

## LAS RESPONSABILIDADES EN TIEMPO DE PANDEMIA

*Adriana Rocío Roa Piedrahita*<sup>1</sup>

### **Resumen**

El presente capítulo pretende contextualizar al lector sobre la situación a la que debe responder el Estado como garante del derecho a la salud y como máxima autoridad sanitaria para la vigilancia en salud pública. La incertidumbre que generó en Colombia la pandemia de la COVID-19, en donde, los cálculos eran insospechados, no solo, frente a los posibles contagios y sus contactos, sino ante la debilidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) que viene tratando de fortalecer la salud pública desde la expedición de las Leyes 1122 y 1438 de 2007 y 2011 respectivamente; aunque tienen la pretensión de modificar la prestación de servicios de salud pasando de un modelo curativo a un modelo preventivo basado en estrategias de atención primaria en salud, gestión del riesgo, cuidado de la salud y enfoque diferencial. No obstante, solo se evidencia la formulación de la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) en 2016 y el Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE) en 2019 del cual, no se ha dado mayor cuenta de su implementación y cuyos resultados corresponden a algunas actividades de su antecesor, el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) como son: la priorización de problemas de salud y la habilitación de redes prestadoras de servicios por parte de los entes

---

1 Enfermera, Magistra en Administración de Salud (Pontificia Universidad Javeriana), actualmente Asistente de la Vicerrectoría Nacional de Investigaciones de la Escuela Superior de Administración Pública (ESAP), docente hora catédra en el programa Especialización de Auditoría en Salud de la Facultad de Salud de la Universidad Santiago de Cali. Email: adriana.roa01@usc.edu.co

territoriales. Sin embargo, lo que se demuestra es la dificultad para afrontar la atención de las personas con COVID-19 en condiciones de calidad y seguridad, sin vulnerar el derecho a la salud.

**Palabras claves:** COVID-19, responsabilidad del Estado, responsabilidad Institucional, responsabilidad del talento humano en salud.

## **RESPONSIBILITIES IN PANDEMIC TIME**

### **Abstract**

This chapter aims to contextualize the reader on the situation to which the State must respond as guarantor of the right to health and as the highest sanitary authority for public health surveillance. The uncertainty generated in Colombia by the COVID-19 pandemic, where the estimates were unsuspected, not only in terms of possible contagions and their contacts, but also due to the weakness of the General System of Social Security in Health (SGSSS) that has been trying to strengthen public health since the issuance of Laws 1122 and 1438 of 2007 and 2011, respectively; although they are intended to modify the provision of health services from a curative model to a preventive model based on primary health care strategies, risk management, health care and differential approach. However, there is only evidence of the formulation of the Comprehensive Health Care Policy (PAIS) in 2016 and the Territorial Comprehensive Action Model (MAITE) in 2019 of which, no further account has been given of its implementation and whose results correspond to some activities of its predecessor, the Comprehensive Health Care Model (MIAS) such as: the prioritization of health problems and the enabling of service provider networks by the territorial entities. However, what is demonstrated is the difficulty in providing quality and safe care for people with COVID-19, without violating the right to health.

**Keywords:** COVID-19, responsibility of the State, Institutional responsibility, responsibility of human talent in health

## INTRODUCCIÓN

El síndrome respiratorio agudo grave (SRAS) (en inglés: *Severe Acute Respiratory Syndrome*, SARS) es una patología viral causada por un coronavirus, que produce síntomas respiratorios, razón por la cual se denomina SRAS (SRAS-CoV), dadas las características mostradas en cuanto a sintomatología, severidad y celeridad en el contagio del brote presentado en Wuham (China) se le da como nombre SRAS-CoV2.

La sintomatología y la presentación clínica es variada va desde personas con pocos o ningún síntoma hasta personas con cuadros clínicos moderados o graves que pueden llevar a la muerte. Los síntomas pueden incluir: fiebre, tos, falta de aliento o dificultad respiratoria (disnea), escalofríos o temblores repetidos con escalofríos, cansancio, dolor muscular, cefalea, odinofagia, nueva pérdida del olfato o del gusto, congestión o secreción nasal, náuseas o vómitos, diarrea. Si bien, la incubación del virus está entre los 2 y 14 días, el periodo prodrómico puede variar entre 4 a 5 días (Manual MSD).

El riesgo de enfermedad grave y muerte en los casos de COVID-19 aumenta con la edad, en las personas fumadoras y en las personas con comorbilidades graves, como cáncer, enfermedad cardíaca, pulmonar, renal o hepática, diabetes, enfermedades inmunocomprometidas, anemia de células falciformes (anemia drepanocítica) u obesidad grave. La enfermedad grave se caracteriza por disnea, hipoxia y compromiso pulmonar extenso en las imágenes. (Manual MSD).

Las complicaciones generalmente son graves y luego de presentarse el Síndrome de Dificultad Respiratoria Aguda (SDRA), la

mayoría de los pacientes terminan en una cama de cuidados intensivos, ad portas de la muerte. Los últimos estudios dan cuenta de: cardiopatías, incluyendo arritmias, miocardiopatía y lesión cardíaca aguda; trastornos de la coagulación que incluyen tromboembolia y embolia pulmonar, Coagulación Intravascular Diseminada (CID), hemorragia y formación de coágulos arteriales; Síndrome de Guillain-Barré (muy poco frecuente); Septicemia, choque y fallo multiorgánico. Escenario que afecta seriamente el plan de tratamiento y por supuesto el avance hacia la mejoría o la muerte (Manual MSD).

Entonces, es importante diferenciar términos epidemiológicos como: brote, epidemia y pandemia para fijar los alcances que una situación como la que se presenta puede afectar condiciones sanitarias, económicas, sociales y ambientales de una región, Se considera brote a la aparición súbita de una enfermedad causada por infección que se desarrolla en un lugar específico y en un momento determinado; la epidemia se produce cuando una enfermedad contagiosa se extiende aceleradamente, en una población y zona geográfica delimitada, durante un periodo de tiempo determinado, y la pandemia a diferencia de la epidemia se transmite aceleradamente en diversas zonas geográficas, trasciende fronteras y es de difícil control.

Sin embargo, para decretarse una pandemia se deben cumplir dos preceptos: que se afecte más de un continente y que los contagios dejen de ser “importados”, es decir, que la transmisión se realiza entre personas que no han salido al extranjero y que no han tenido contacto con individuos, que lo hayan hecho. Aclarados los conceptos patológicos y los términos epidemiológicos, es importante señalar cómo la Organización Mundial de la Salud (OMS) instaura fases para mitigar el riesgo de contagio y determina medidas de control sanitario.

Colombia a diferencia de Países con sistemas de salud desarrollados y fortalezas en salud pública, acepta los retos que la vigilancia epidemiológica impone, es así como, se debe hacer detección

temprana de casos mediante la utilización de pruebas PCR, las que resultan costosas por falta de reactivos y de laboratorios certificados para realizar este tipo de estudios y a partir de sus resultados, realizar seguimiento a contactos y empezar medidas de aislamiento controlado. Aunque pareciera una actividad sencilla, la velocidad del contagio y la inoportunidad inicial en el reporte de resultados, obviamente, imposibilita procesos de búsqueda activa de casos y contactos, conforme a lo señalado en la guía de atención.

La situación presentada refleja, la oportunidad de atenciones acordes con las necesidades de las personas con COVID-19 en los diferentes periodos de la enfermedad, en parte debido a la incompetencia, de algunos actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud y a la capacidad institucional demandada para atender a los posibles afectados que requieren cuidados intensivos (EPS e IPS). No obstante, el Estado atento a las expectativas, toma decisiones tendientes a robustecer la oferta de servicios, como estrategia ante el colapso hospitalario, quedándose corto en prever el recurso humano de salud especializado con experiencia en cuidado intensivo.

## **LA COVID-19 AGUDIZÓ EL PROBLEMA**

La pandemia de la COVID 19 ha exhibido debilidades que, si bien, habían permanecido soterradas bajo premisas de un Sistema de Salud preocupado por restablecer la salud pública, haciendo énfasis en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, estas se manifiestan abruptamente, cuando se desdibujan los principios básicos, la institucionalidad y la responsabilidad que se requiere para ejercer con liderazgo las funciones que como Estado garante de los derechos debe a los ciudadanos.

Los principios de la salud pública en Colombia se cimientan en modelos de atención que no van más allá del papel y que a

la postre no han cumplido con lo que muy bien se ha escrito, es así como la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), pretende desde estrategias como la atención primaria en salud, el autocuidado, el enfoque diferencial y la gestión integral del riesgo, abarcar la problemática de salud de la población colombiana. No sin antes estructurar un modelo de acción integral territorial (MAITE), que busca articular sus ocho (8) líneas de acción desde el aseguramiento en salud, hasta la gobernanza.

A simple vista, se avizoran condiciones favorables para responder a la contención de enfermedades transmisibles, el saneamiento ambiental, la capacidad corporativa para afrontar precoz y asertivamente las contingencias y la responsabilidad que atañe a la institucionalidad y al quehacer de los profesionales de la salud. Sin embargo, las cavilaciones son muchas frente a una situación de magnitudes insospechadas, lo que hace suponer que no hay preparación alguna que pueda enfrentar de manera expedita tal condición, pero Colombia tuvo un comportamiento particular y único a pesar de contar con un Sistema General de Seguridad Social en Salud, algunos de sus actores se quedaron inertes y expectantes, ante el manejo que el Gobierno le diera al escenario planteado.

Ante las vicisitudes, surge la imperiosa necesidad de enfrentar el problema desde las capacidades del Estado y es ahí, cuando se empiezan a esbozar las primeras dificultades, por un lado, insuficiente capacidad instalada para atender los posibles usuarios en estado crítico que requieren no solo de infraestructura, sino también de talento humano entrenado y capacitado, interdependencia de servicios que soporten la atención, red prestadora de servicios y sistemas de referencia y contrarreferencia con la competitividad estimada, y por el otro, debilidad o falta de liderazgo en la toma de decisiones tendientes a mitigar el contagio.

Con la declaratoria de Pandemia por la Organización Mundial de la Salud (OMS) dada la aceleración de la propagación del virus a

nivel mundial, los Estados algunos con incertidumbre y otros como el nuestro incrédulos ante la magnitud del problema que se avecinaba, si bien tomaron algunas medidas, no mostraron los resultados esperados para prevenir el ingreso del virus y mucho menos frente al manejo de los que ya mostraban síntomas y sus contactos, condición que empezó a agravar progresivamente la situación del sistema de salud, y sin lugar a dudas la condición de los pacientes sintomáticos del virus.

La normatividad expedida durante la pandemia da cuenta del sin número de decisiones tomadas con la intención de garantizar derechos fundamentales y evitar o mitigar el contagio del coronavirus, que va desde la emisión de decretos por la Presidencia de la República hasta las Resoluciones emanadas por los diferentes Ministerios que para el caso particular, se tienen en cuenta aquellas provenientes del Ministerio de Salud y Protección Social, lo anterior, para ilustrar de manera secuencial lo que ha ocurrido a partir de la declaratoria de “Estado de emergencia económica, social y ecológica” (Decreto 417, 2020).

Es importante acotar que, el decreto es posterior a las Resoluciones de Minsalud que declaran la emergencia sanitaria y aquella “por la cual se adoptan medidas preventivas sanitarias en el País, por causa del coronavirus COVID-19 y se dictan otras disposiciones” y que tiene como objeto:

Art. 1. Prevenir y controlar la propagación de la epidemia de coronavirus COVID2019, se adoptan las medidas preventivas sanitarias de aislamiento y cuarentena de las personas que, a partir de la entrada en vigencia del presente acto administrativo, arriben a Colombia de la República Popular China, de Italia, de Francia y de España (Resolución 380, 2020).

En esta que fue la primera resolución emitida después de confirmarse el primer caso en el País, en el Art.2. se determinan las responsabilidades para Instituto Nacional de Salud (INS), entes te-

rritoriales y migración Colombia para dar cumplimiento a la misma. Es importante, hacer referencia a lo enunciado en el considerando cuando aduce que, el “Estado es responsable de respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, como uno de los elementos fundamentales del Estado Social de Derecho” (Ley Estatutaria 1751, 2015), además de aludir expresamente, lo expuesto en el Art.10 de la Ley en donde, hace énfasis en algunos deberes relacionados con la prestación de servicios de salud, tales como, “propender por su autocuidado, el de su familia y el de su comunidad’ y “actuar de manera solidaria ante situaciones que pongan en peligro la vida y la salud de las personas”.

El considerando de la Resolución en la que se declara la emergencia sanitaria por causa del coronavirus COVID-19 y se adoptan medidas para hacer frente al virus (Resolución 385, 2020), refiere las obligaciones que tiene el Ministerio como autoridad sanitaria del Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Decreto 780 , 2016), y se le faculta para tomar las medidas necesarias, a fin de contener la propagación de una enfermedad, minimizando el riesgo dentro de una población o zona establecida. Así mismo, menciona que el ministerio ante la descripción y peligrosidad del virus mantiene vigilancia preventiva a fin de mitigar el riesgo de contagio y mantener un control sobre los casos positivos y sus contactos.

De igual manera, explícitamente indica las posibles modalidades de contagio y las recomendaciones para tener en cuenta dado que, no se conoce un tratamiento efectivo y no existe vacuna que pueda contener la infección. Por ende, en el citado Decreto se enuncian: medidas sanitarias en cabeza de alcaldes y gobernadores; la elaboración de un plan de contingencia por parte del ministerio que deberá actualizarse según se vaya presentando la pandemia, medidas preventivas de aislamiento y cuarentena para los viajeros que ingresen al País, inobservancia de las medidas en caso de que las hubiere (penales y pecuniarias) y cultura de la prevención por parte de la ciudadanía en general.

Lo anterior, no es más que el inicio de una serie de normas que tratando de prevenir contagios masivos de coronavirus, vulneraran directa o indirectamente derechos ciudadanos.

## **UN ESTADO SOCIAL DE DERECHO QUE RESPONDE A LA COVID-19**

Mencionando la Constitución Política de Colombia de 1991 en el Artículo. 1:

Colombia es un Estado social de derecho, organizado en forma de república unitaria, descentralizada, con autonomía de sus entidades territoriales, democrática, participativa y pluralista, fundada en el respeto de la dignidad humana, en el trabajo y la solidaridad de las personas que la integran y en la prevalencia del interés general (Constitución política de Colombia, 1991).

Se hace necesario elucidar sobre lo que a la postre significa un Estado Social de Derecho, máxime cuando se reconocen derechos individuales y colectivos en lo social, económico y cultural y en donde se espera que el Estado en su afán de protegerlos de manera equitativa y acorde a las necesidades que se presenten en los diferentes momentos de la pandemia, tome decisiones tendientes a mejorar la calidad de vida de los individuos, familias y comunidades.

Entonces surge otra pregunta, ¿hasta dónde se pueden vulnerar derechos que son fundamentales en una pandemia como la COVID-19? Pues bien, dentro de las medidas iniciales se contempla el confinamiento y el distanciamiento social y se hace énfasis en la población mayor de 70 años, tal y como lo expresa la Resolución 464 de 2020 “por la cual se adopta la medida sanitaria de aislamiento preventivo, para proteger a los adultos mayores de 70 años”, por un periodo inicial de 70 días, salvo las excepciones descritas en la misma, y a posteriori con la Resolución 844 “se prorroga la emergencia sanitaria por el nuevo Coronavirus que causa la COVID-19.....”, en el Art 2, numeral 2.2. enuncia:

Extender hasta el 31 de agosto de 2020, las medidas sanitarias de aislamiento y cuarentena preventivo para las personas mayores de 70 años, previsto en la Resolución 464 de 2020. Para proteger su salud mental, además de las excepciones previstas en dicha resolución, se permitirá su salida en los términos y condiciones que defina este Ministerio (Resolución 844, 2020).

Situación que conlleva a la presentación de una tutela por un grupo de adultos mayores con las siguientes pretensiones:

Le pedimos señor(a) juez(a) proteger nuestros derechos fundamentales a la igualdad en conexidad con las libertades de locomoción y el derecho al libre desarrollo de la personalidad, y en consecuencia ordenar inaplicar las resoluciones 464 y 844 de 2020 proferidas por el Ministerio de Salud y Protección Social en lo relativo a las medidas sanitarias de aislamiento y cuarentena preventivo para las personas mayores de 70 años. En consecuencia, les solicitamos que inapliquen los decretos 749 y 847 de 2020 en cuanto imponen una restricción más severa para realizar ejercicio y que a ellos se aplique la norma prevista para los adultos menores de 70 años, a saber, que pueden salir para realizar ejercicio hasta por dos horas todos los días. Le pedimos también extender los efectos de este fallo no solo a los peticionarios sino a todos los ciudadanos que ven vulnerados sus derechos fundamentales con estas resoluciones sin necesidad de acudir a la acción de tutela para ello (Sentencia de tutela N° 061, 2020).

Dentro de los requerimientos solicitados por el juzgado para emitir un fallo, se solicitan entre otros, el concepto del Instituto de Envejecimiento de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Javeriana, destacando lo mencionado por la Sociedad Británica de Gerontología con relación a la disminución en la actividad física que conlleva al empeoramiento de las condiciones de salud. De igual manera se expresa que la posibilidad de contagio es igual al resto de personas en otros grupos de edad, pero que la mortalidad en caso de contagio, si es mayor en este grupo poblacional, por las comorbilidades que asociadas al coronavirus aumentan su peligrosidad.

El Fallo que resuelve TUTELAR los derechos fundamentales a la igualdad, libre desarrollo de la personalidad y libertad de locomoción, de los accionantes y adultos mayores de 70 años residentes y domiciliados en Colombia. Ordenando entre otros: otorgar tiempo para desarrollar actividades físicas al aire libre, la expedición de un acto administrativo en donde se indique como actuar para mitigar el riesgo del aislamiento en cuanto a la salud mental y física de los adultos mayores. Este es un fallo que se ganó en segunda instancia, ante la impugnación del gobierno. Más allá de lo que significa el fallo en sí, es la libertad que se logra, cuando a pesar de la edad que es inocultable se reconoce la condición de los adultos mayores “no abuelitos”, en donde muchos a pesar de sus comorbilidades controladas, siguen siendo independientes, productivos y con buen estado de salud.

Al revisar a profundidad lo sucedido en Europa con este grupo de edad, se demuestra que culturalmente, se han incrementado las conductas discriminatorias hacia los adultos mayores asociando su vulnerabilidad, fragilidad con la proximidad a la muerte. Así mismo, las restricciones implementadas, limitan el uso de los servicios médicos para la atención de sus enfermedades crónicas y los riesgos de afectaciones mentales como irritabilidad, ansiedad, depresión, trastornos del sueño y estrés ante la probabilidad de contagio agravan aún más la situación. (Gerontología, Sociedad Española de Geriatria y, 2021).

Lo acontecido con los adultos mayores, también ocurrió con los niños, aún no se estiman los daños que el confinamiento va a causar en ellos a futuro, pero si se evidencian problemas de salud que eran poco comunes como las gastritis erosivas, dermatitis alérgicas y depresiones que denotan no solo el estrés causado por el aislamiento, las clases remotas con ayuda de TIC´S – mal llamadas virtuales- sino también, soportar violencia intrafamiliar que se acrecienta durante el periodo.

Desafortunadamente, los padres no estaban acostumbrados a vivir con sus hijos 24 horas, los siete días de la semana, independientemente de nivel socioeconómico este factor contribuye de manera exponencial al maltrato en cualquiera de sus manifestaciones, adaptarse a este tipo de condiciones no es fácil y, sin embargo, así, se pasaron los días y los meses que para muchos fueron eternos e insoportables. Los anteriores, son ejemplos de lo que el Estado, con la mejor intención, sin duda, generó en la salud de estos dos grupos de población.

## **CAPACIDAD INSTALADA PARA AFRONTAR LA PANDEMIA**

Para comenzar a dilucidar esta problemática, es importante hacer alusión a lo que expresa la Comisión Interamericana De Derechos Humanos (CDIH) frente a los que conciernen a las personas con COVID en el numeral 10 de la Resolución 4 de 2020:

Los Estados deben garantizar la provisión de tratamiento intensivo y prestaciones médicas de hospitalización para las personas con COVID-19 en situaciones de urgencia médica donde se encuentre en riesgo la vida si no se da el soporte vital requerido; en particular velando por que se dé un trato humanizado que tenga como centro la dignidad y la salud integral de la persona, así como la disponibilidad y accesibilidad de bienes esenciales y básicos para el tratamiento de urgencia y emergencia de esta enfermedad. Entre las medidas que podrían adoptarse con tal fin se encuentran: el incremento de la capacidad de respuesta de las Unidades de Cuidado Intensivo, la disponibilidad, y en su caso, adquisición o producción de óxígeno medicinal, medicación relacionada o respiradores mecánicos, insumos de cuidados paliativos, disponibilidad de ambulancias, suficiente personal de salud capacitado, así como el incremento de camas y espacios adecuados para la hospitalización. Esto incluye también la posibilidad de facilitar el traslado oportuno, inclusive por vía fluvial o aérea, de personas con necesidad de atención médica de urgencia o emergencia a centros sanitarios con capacidad para responder adecuadamente a las necesidades médicas de la persona, además

de facilitar la comunicación de ésta con los familiares directos por los medios más apropiados. (CIDH-OEA, 2020)

En este contexto, la estructura del SGSSS planteada a partir de la reglamentación de la Ley 100 de 1993, da cuenta de las entidades promotoras de salud (EPS) definidas como aquellas responsables de la afiliación y el riesgo de los afiliados, cuya “función básica será organizar y garantizar directa o indirectamente la prestación del plan obligatorio de salud a sus afiliados” (Titulo III, capítulo I Art.177), lo que presupone como lo establece el numeral 6 del Art. 178 de la misma Ley que, las EPS deben “ controlar la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad” en instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) adscritas o propias, no obstante, cuando la entrada del coronavirus al País es inminente, las EPS se quedan inertes, esperando la respuesta del Gobierno a una problemática de salud pública.

De tal manera que, se hace necesario, establecer la capacidad instalada para atender pacientes críticos en condiciones que garanticen seguridad y calidad. Según la normatividad vigente, una unidad de cuidados intensivos para adultos debe cumplir, entre otros, con los mínimos exigidos para los estándares de talento humano y dotación así:

Especialista en Medicina Crítica y Cuidado Intensivo o Anestesiología o Medicina Interna o Ginecobstetricia o Cirugía General o Medicina de Urgencias, según la oferta de servicios; enfermera con especialización en medicina crítica y cuidado intensivo o certificado de formación del control del paciente de cuidado intensivo adultos; terapeuta respiratoria o fisioterapeuta y Auxiliares de enfermería.

Cama de tres planos con baranda, ventilador, bomba de infusión, equipos para monitoreo de: frecuencia cardíaca, respiratoria, tensión arterial no invasiva, electrocardiografía y oximetría de pulso, monitoreo de: presión invasiva y medición de gasto cardiaco invasivo o no invasivo, mínimo dos puntos de consumo de oxígeno, aire medicinal y succión. (Resolución 3100, 2019)

A pesar de haberse fortalecido durante la última década, la tecnología en la alta complejidad y de contar con, talento humano preparado para la atención del paciente crítico, ningún cálculo parece satisfacer las necesidades de los usuarios que tuviesen que acceder a este tipo de servicios por COVID-19, es ineludible reconocer el número de camas con las condiciones antes mencionadas que existen en el País. Situación que implica predecir a partir de proyecciones epidemiológicas, la capacidad a instalar para cumplir con los requerimientos establecidos y, así mismo, brindar las atenciones demandadas.

Es así como, al inicio de la pandemia en Colombia el Registro Especial de Prestadores (REPS), muestra 5.346 camas de cuidados intensivos adultos habilitadas, con la expedición del decreto 538 de 2020 y la autorización referida en su Artículo 1°, para la prestación de servicios de salud, se aumenta la oferta en un 91,26%, alcanzando un total de 10.225 camas para el territorio nacional, lo que significa pasar de 1,06 a 2,04 camas por cada 10.000 habitantes. Aunque pareciera un incremento importante, no lo es tanto si se compara con países de América Latina como Brasil que ostentan 6,7 camas por 10.000 habitantes.

No obstante, el esfuerzo del Estado por cumplir con lo estimado en recursos físicos y tecnológicos, el talento humano especializado continúa siendo insuficiente. A junio del 2020 se reconoce un total de 1000 especialistas en medicina crítica y cuidado intensivo, para atender en promedio 390 unidades de cuidado intensivo adultos (UCIA), representadas en 5.346 camas; la formación no se consigue con la urgencia requerida, debido al tiempo que se precisa para ser especialista en el área, el cual oscila entre, dos y cuatro años dependiendo, si se es, médico especialista en: medicina interna, cirugía, anestesiología, ginecobstetricia o urgencias (según Resolución 3100 del 2019) o médico general, respectivamente.

Es poco viable pensar en calidad y seguridad, cuando el número de camas aumenta y el recurso humano continúa siendo el

mismo, la educación continuada, ofertada para suplir las deficiencias con más personal, no garantiza seguridad para el paciente y su familia, el entrenamiento en unidades de cuidado crítico requiere el desarrollo de competencias y habilidades específicas, tanto así, que, se debe contar con personal profesional especializado en el área.

Ante el panorama expuesto, la Asociación Colombiana de Cuidado Intensivo (ACCINI) plantea como posibilidad:

La norma de habilitación ordena que otras especialidades como medicina interna, anestesia, cirugía, emergentología y obstetricia puedan asumir esta responsabilidad luego de haber tomado una capacitación denominada “Plan de formación continua”, lo cual, incluso antes de la pandemia, nos permitía tener un cubrimiento de 24/7 en los servicios de cuidado crítico. Claramente no son intensivistas, pero así han funcionado las UCI del país, especialmente en lugares donde solo hay dos o tres intensivitas que hacen la cobertura parcial ( Academia Nacional de Medicina, 2020).

Pese a lo anterior, surge la inquietud de ¿cómo personas poco entrenadas pueden asumir la atención de los pacientes en UCI?, con respuesta que se fundamenta básicamente, en el uso de la telemedicina, soportada por un grupo de intensivistas que de manera remota atienden las necesidades de los médicos que lo requieran.

## **RESPONSABILIDAD INSTITUCIONAL FRENTE AL MANEJO DE LA COVID-19**

Las instituciones de salud, al igual que los demás actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, tienen la responsabilidad de garantizar el derecho fundamental, consagrado en la Ley Estatutaria 1751 de 2015, sin embargo, las circunstancias frente al actuar durante los picos epidemiológicos de la pandemia dejan a merced de los recursos disponibles la atención de los pacientes, que se supone son los necesarios para responder adecuadamente a sus necesidades.

En estos casos, es conveniente hacer referencia a lo que representa la responsabilidad civil institucional a partir de la premisa: todo aquel que cause daño está obligado a repararlo, en este sentido, las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), están inmersas en las obligaciones de resultados, lo que significa que deben responder por todo acto que se encuentre bajo su dominio y solamente, se pueden excusar cuando los actos sean culpa del paciente, producidos por terceros o en un contexto que denote fuerza mayor.

El código civil colombiano hace distinciones entre la responsabilidad civil contractual y la extracontractual en términos que van más allá de la mediación de un contrato. Empero, existen cuatro elementos que les son comunes: el hecho, tiene que ver con la transformación de una situación anterior; la imputación con la culpa en términos de culpa leve, descuido leve o descuido ligero, culpa o descuido levísimo y dolo; el daño en términos de menoscabo y perjuicio y nexo causal como la relación entre el hecho y el daño, así las cosas, y en el entendido que, durante la atención de un paciente en condiciones clínicas complicadas, como son, las producidas por el coronavirus pueden confluír, mencionados elementos de no contar con las condiciones mínimas requeridas.

Lógicamente, la teoría del derecho con sus argumentaciones puede establecer la relación entre la responsabilidad institucional de las EPS frente al aseguramiento de sus afiliados para recibir los servicios de salud en sus redes prestadoras y la responsabilidad de la IPS en la prestación de los servicios y la atención a los usuarios.

Como factor adicional y ante la queja permanente de falta de recursos para la atención, se expide la Resolución 914 de 2020, en donde se establecen los valores máximos a reconocer por atenciones en unidades de cuidados intermedios adultos y pediátricos (UCINA, UCINP); atenciones en cuidados intensivos adultos (UCIA, UCIP) y; atenciones en cuidados intensivos neonatales (UCIN), en

caso de no existir acuerdo de voluntades, los mencionados servicios incluyen: Internación estimada en días del servicio para atención por medicina especializada, cuidado interdisciplinario, realización de paraclínicos, medicamentos, atención ventilación-mecánica, según indicación médica y en cumplimiento de los lineamientos del MINSALUD y el INS, realización de prueba RT-PCR 000 repetición y por los cuales, se pagarán máximo las siguientes tarifas:

ITEM	SERVICIO	DIAS	VALOR TOTAL	VALOR DÍA	ESTIMADOS A PAGAR
1	UCINA	10	\$ 15.870.133	\$ 1.715.690	Con un valor día de \$1.715.690, el pago del día 1 al 7 al 100%, del día 8 al 10 al 75%. A partir del día 11 se pagará al 65% del valor día.
2	UCIA	14	\$ 30.854.200	\$ 2.373.400	Con valor día de \$2.373.400, el pago del día 1 al 10 al 100%, del día 11 al 14 al 75% A partir del día 15 se pagará al 65% del valor día.
3	UCINP	10	\$ 16.455.676	\$ 1.778.992	Con un valor día de \$1.778.992, el pago del día 1 al 7 al 100%, del día 8 al 10 al 75%. A partir del día 11 se pagará al 65% del valor día.
4	UCIP	14	\$ 28.090,14	\$ 2.160.780	Con valor día de \$2.160.780, el pago del día 1 al 10 al 100%, del día 11 al 14 al 75% A partir del día 15 se pagará al 65% del valor día.
5	UCIN	14	\$ 35.126.351	\$ 2.702.027	Con valor día de \$2.702.027, el pago del día 1 al 10 al 100%, del día 11 al 14 al 75% A partir del día 15 se pagará al 65% del valor día.

**Fuente:** Artículo 3 de la Resolución 914 de 2020.

Además:

durante el término de la emergencia sanitaria, las Entidades Promotoras de Salud o las Entidades Obligadas a Compensar deberán anticipar como mínimo el 50% del valor pactado en el acuerdo de voluntades o el 50% del valor establecido en el artículo 3 de la presente resolución, en ambos casos, por cada paciente con Coronavirus COVID-19 confirmado que requiera de los servicios de Unidades de Cuidado Intensivo o de Unidad de Cuidado Intermedio. (Resolución 914, 2020).

En consecuencia, las IPS durante la atención de un paciente en condición crítica a causa de la COVID-19 deben responder, como mínimo, con todos los estándares definidos en la Resolución 3100 de 2019, que incluyen: talento humano; infraestructura; dotación y mantenimiento de equipos; medicamentos e insumos médicos; procesos prioritarios; historia clínica y registros médicos e interde-

pendencia de servicios que garanticen seguridad y calidad en la atención. Con lo anterior, se busca mitigar los riesgos en la prestación de los servicios de salud requeridos.

La gestión del riesgo en salud presupone entornos que garantizan no solo, el derecho a una atención en condiciones dignas, sino también, a minimizar los posibles riesgos durante la atención. Al evidenciar la diferencia entre el incremento de camas de cuidado crítico y el recurso humano calificado disponible, aunado a las características de la tecnología, a la escasez de medicamentos e insumos médicos y a la complejidad de las complicaciones que se presentan en este tipo de pacientes, aumentan la probabilidad de que se presenten fallas en la atención y eventos adversos, aunque involuntarios, y en algunos casos prevenibles, pueden causar lesiones mayores o la muerte.

Advirtiendo lo anterior, la responsabilidad médica en la pandemia comienza cuando el profesional de la salud reconoce que no se encuentra capacitado y entrenado para atender pacientes en UCI y esto nada tiene que ver con *lex artis*, más bien, es cuestión de ética y, ante el compromiso que representa procurar seguridad en la atención, se debe tener en cuenta el consentimiento informado del paciente y su familia para acceder los tratamientos recomendados, según el estado clínico y lo establecido en las guías de manejo clínico. De tal manera, que el personal médico apoyado en los derechos de las personas con COVID-19, descritos en la Resolución 4 de 2020 de la CIDH en su numeral 20 enuncia:

Toda persona con COVID-19 tiene derecho a que los prestadores de servicios médicos les suministren información oportuna, completa, comprensible, clara, sin tecnicismos, y fidedigna, teniendo en cuenta sus particularidades y necesidades específicas. Asimismo, se le debe informar, incluso de manera oficiosa al menos, sobre: I) la evaluación de diagnóstico; II) el objetivo, método, duración probable, beneficios y riesgos esperados del tratamiento propuesto; III) los posibles efectos desfavorables del tratamiento propuesto; IV) las alternativas de

tratamiento, incluyendo aquellas menos intrusivas, y el posible dolor o malestar, riesgos, beneficios y efectos secundarios del tratamiento alternativo propuesto; V) las consecuencias de los tratamientos, y VI) lo que se estima ocurrirá antes, durante y después del tratamiento. La información debe ser suministrada de manera clara, accesible y culturalmente adecuada. (CIDH-OEA, 2020)

Consentimiento que protege en alguna medida, el actuar médico, siempre y cuando se asegure que el paciente y su familia, se percatan de la complejidad del transcurso de la enfermedad y las complicaciones que pueden conducir a la muerte. El actuar médico, está sujeto entre otras, a la disponibilidad de recursos que le permitan su quehacer, de tal manera, que no contar con ellos, atenta contra la seguridad.

## CONCLUSIONES

La salud pública se prepara para responder, en tiempo real, a la presencia de otras enfermedades que afecten de manera similar al coronavirus, para evitar su propagación y realizar acciones con la inmediatez requerida, máxime cuando una virosis como ésta, ha dado muestras de cambios vertiginosos en términos de mutaciones más agresivas y complejas.

El contar con herramientas informáticas que permitan establecer, entre otros, el cumplimiento de medidas de aislamiento para evitar contagios o la exacerbación de los síntomas durante el mismo, dan cuenta de protecciones directas, sin afectar sectores económicos y sociales.

Los temores latentes con relación a la información retan a los gobiernos a proteger los intereses comerciales y, la privacidad de los individuos, mediante el usufructo de la información que generalmente, se encuentra y es producida por la empresa privada. Es así como, en algunos lugares, la georreferenciación de casos de in-

terés en salud pública permite establecer, las zonas de contagio y los contactos.

Si bien, los avances son significativos, las proyecciones iniciales daban para el año 2020 casos sintomáticos entre activos y recuperados un total de 3.631.683 con un rango entre 1.421.363 y 4.585.637 y de fallecidos de 41.622 con un rango entre 15115 y 55411 (salud, 2020). No obstante, las cifras entre activos y recuperados fue de 1.637.457 y la de fallecidos de 44.187 (OPS, 2021) las cifras de casos activos y recuperados y, fallecidos se encuentran dentro de los rangos proyectados.

Empero, lo anterior, es importante señalar, el ajuste realizado a los fallecidos que pasan a 51.397, esto debido primordialmente a la reclasificación de los casos sospechosos o probables que se consolidan como confirmados, a partir, de la revisión por parte de epidemiólogos del INS, en donde se verifican: casos no confirmados por pruebas de laboratorio; certificados de defunción con diagnóstico; la autopsia verbal que consiste en el diligenciamiento de un formato que recolecta “información relacionada con los signos, síntomas y antecedentes relevantes de la persona extinta (factores de riesgo, obstétricos, de atención en salud, entre otros) en aquellos casos con sospecha de muerte por COVID-19” (MINSALUD, 2020) y, el nexo epidemiológico que posiblemente tuvieron con personas sintomáticas diagnosticadas.

La complejidad del asunto radica principalmente en la consideración de particularidades de personas que fallecen por el SARS-CoV2, aquellos que mueren con diagnóstico en vida y los diagnosticados post mortem. Generalmente, los diagnósticos póstumos se relacionan con personas que mueren en la casa, en la calle o que no recibieron atención, ya sea porque: nunca consultaron, llegaron muertos la IPS o no tuvieron acceso a los servicios de salud, por desconocimiento de signos y síntomas de alarma o dificultades en el autocuidado. El Ministerio de Salud ante el desconcierto que

pueden producir estos casos, diseña el formato denominado autopsia verbal, con el fin de detectar defunciones que en su momento fueron inadecuadamente clasificadas y reportadas como COVID-19 al INS.

Lo alcanzado, le ha permitido al Estado tomar decisiones tendientes a mejorar la gestión de la información, con el acceso a las aplicaciones del INS y del Ministerio, se facilita el seguimiento de la pandemia en términos de casos activos, asintomáticos y recuperados; a su vez los datos de vacunados con primeras y segundas dosis por grupos de edad, facultan la apertura de nuevos grupos para alcanzar la anhelada “inmunidad de rebaño” y por ende permiten fortalecer las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Pese a lo anterior, preocupa el comportamiento de algunas EPS que aun cuando, el ministerio aprueba las tarifas descritas en el Decreto 914 para las atenciones de personas con COVID-19 en unidades de cuidado intermedio e intensivo y al giro de recursos por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) para el pago de eventos que no están a cargo de la Unidad de Pago por capitación (UPC), se dé cuanta, de inoportunidad en el pago de estas, a las IPS que han desbordado su capacidad instalada para cubrir la demanda por la pandemia y sobre las cuales podrían recaer acciones judiciales por situaciones que hayan puesto en riesgo a las personas con COVID-19 en términos de seguridad y calidad de la atención.



## BIBLIOGRAFÍA

Academia Nacional de Medicina. (junio de 2020). *anmdecolombia.org.co*. Obtenido de <https://anmdecolombia.org.co/los-intensivistas-no-damos-a-basto-con-tantas-camas-de-uci-accini/>

Basile, G. (junio de 2020). SARS-CoV-2 en América Latina y Caribe: Las tres encrucijadas para el pensamiento crítico en salud. *OPINION*, 3557-3562. doi:10.1590/1413-81232020259.20952020

BOGOTÁ, J. S. (01 de julio de 2020). Sentencia de tutela N° 061.

Bonilla, R.-G. M. (2020). La necesidad de un cambio de paradigma económico y social. *CienciAmérica*, 77-88. doi:doi:10.33210/ca.v9i2.288

Bravo LE, Grillo-Ardila EK. (2020). Análisis de mortalidad por COVID-19 en Colombia: Medidas de ocurrencia. *Univ. Salud. Suplemento1: Especial Covid19*. doi:<https://doi.org/10.22267/rus.202203.202>

Castillo-Esparcia, A., Fernández-Souto, A.-B., & Puentes-Rivera, I. (2020). Comunicación política y Covid-19. Estrategias del gobierno de España. *Profesional de la información*, 29(4). Obtenido de <https://doi.org/10.3145/epi.2020.jul.19>

CIDH-OEA. (2020). *Derechos de las personas con COVID 19*. Obtenido de <https://www.oas.org/es/cidh/decisiones/pdf/Resolucion-4-20-es.pdf>

Colombia, C. d. (23 de diciembre de 1993). Título III, capítulo I Art.177. *LEY 100*.

Constituyente, A. N. (1991). Constitución política de Colombia.

*Gerontología, Sociedad Española de Geriatria y.* (6 de abril de 2021). Obtenido de <https://www.segg.es/actualidad-segg/2021/04/06/thomas-scharf-la-pandemia-aconseja-una-convenccion-sobre-derechos-de-los-mayores>.

Giovanella Ligia, V. R.-R.-L. (2020). ¿Es la atención primaria de salud integral parte de la respuesta a la pandemia de Covid-19 en Latinoamérica? *TES Trabalho, Educação e Saúde*, 1-25. doi:10.1590/1981-7746-sol00310 | 2021; 19:e00310142

Gonzales-Castillo Jorge R, V.-C. L.-M. (Marzo de 2020). Pandemia de la COVID-19 y las Políticas de Salud Pública en el Perú: marzo-mayo 2020. *Revisat de Salud Pública*, 1-9. doi:10.15446/rsap

González Nancy Yomayusa, Y. E. (2020). Consenso colombiano de expertos sobre recomendaciones informadas en la evidencia para la prevención, diagnóstico y manejo de infección por SARS-CoV-2/COVID-19 en pacientes con Enfermedad Renal Crónica en diálisis. *Revista Colombiana de Nefrología*, 7. Obtenido de <https://revistanefrologia.org/index.php/rcn/article/view/474>

Hernandez-Aguado Idelfonso, G. A. (2021). ¿Será mejor la salud pública tras la COVID-19? *Gaceta Sanitaria*, 1-2. Obtenido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911120301369?via%3Dihub>

LIFE, M. I. (s.f.). *Manual MSD*. Obtenido de <https://www.msd-manuals.com/es-co/professional/enfermedades-infecciosas/virus-respiratorios/coronavirus-y-s%C3%ADndromes-respiratorios-agudos-covid-19-mers-y-sars>

Lustig Nora, M. J. (2020). Latinoamérica en el centro de la pandemia: las respuestas durante la primera fase. *Pensamiento Iberoamericano*, 51-63. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7596936>

Minsalud. (6 de Mayo de 2016). Decreto 780. *Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social. parágrafo 1. Art. 2.8.8.1.4.3.* Bogotá.

MINSALUD. (2019). Resolución 3100. *por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud.* Bogotá.

Minsalud. (2020). *EXCESO DE MORTALIDAD EN COLOMBIA 2020.* Bogotá. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/VSP/estimacion-exceso-mortalidad-Colombia-2020.pdf>

MINSALUD. (2020). *Formato autopsia verbal.* Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/OT/formato-autopsia-verbal-COVID19.pdf>

Minsalud. (10 de Marzo de 2020). Resolución 380. *Por la cual se adoptan medidas preventivas sanitarias en el país, por causa del coronavirus COVID2019 y se dictan otras disposiciones.*

Minsalud. (12 de marzo de 2020). Resolución 385. *Por la cual se declara la emergencia sanitaria por causa del coronavirus COVID-19 y se adoptan medidas para hacer frente al virus.* Bogotá.

Minsalud. (26 de mayo de 2020). Resolución 844. *Por la cual se prorroga la emergencia sanitaria por el nuevo Coronavirus que causa la COVID - 19.*

MINSALUD. (11 de junio de 2020). Resolución 914. Obtenido de Art. 4.

OPS. (2021). *Reporte situación COVID-19.*

Oszlak, O. (2020). *El Estado después de la pandemia COVID-19*. Buenos Aires: Buenos Aires. Obtenido de <http://repositorio.iaen.edu.ec/handle/24000/4992>

Oszlak, O. (2020). *El Estado en la era exponencial*. Instituto Nacional de Administración Pública. Obtenido de <http://repositorio.cedes.org/handle/123456789/4549>

Pinzón, E. R. (2020). COLOMBIA IMPACTO ECONÓMICO, SOCIAL Y POLÍTICO DE LA COVID-19. *Fundación CArolina*, 1-13.

Pinzón, J. E. (2021). COVID-19 en Colombia: un año después de confirmar su primer caso. *Repertorio de ciencia y medicina*, 30, 10-15. doi:10.31260/RepertMedCir.01217372.1182

Renato Alonso Llerena Lanza, C. A. (2020). *Emergencia, gestión, vulnerabilidad y respuestas frente al impacto de la pandemia COVID-19 en el Perú*. Obtenido de SciELO: <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.94>

REPÚBLICA, C. D. (16 de Febrero de 2015). Ley Estatutaria 1751. *Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones*.

República, Presidencia de la. (17 de marzo de 2020). Decreto 417. *“Por el cual se declara un Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica en todo el Territorio Nacional”*. Bogotá.

Restrepo, O. O. (2021). *La Nueva Anomalidad. Una guía para entender un mundo en constante evolución*. Bogotá: Intermedio.

REUTERS COVID-19. (27 de JULIO de 2021). *Colombia: los datos, graficos y mapas mas recientes sobre el .....* Obtenido de <https://graphics.reuters.com/world-coronavirus-tracker-and-maps/es/countries-and-territories/colombia/salud>, U. d. (2020). El reto evitar 40.000 muertes este año. *El TIEMPO*.