

**Impacto generado a la calidad en la prestación de los servicios de salud no relacionados con el Covid-19 durante la pandemia en Colombia, 2020-2022: Una revisión documental.**

**Impact generated to the quality in the provision of services of health unrelated to Covid-19 during the pandemic in Colombia, 2020-2022: A documentary review.**

**Carol Juliet Gutiérrez Toro**

**Universidad de Antioquia  
Facultad Nacional de Salud Pública  
“Héctor Abad Gómez”  
Medellín, Colombia  
2022**

**Impacto generado a la calidad en la prestación de los servicios de salud no relacionados con el Covid-19 durante la pandemia en Colombia, 2020-2022: Una revisión documental.**

**Impact generated to the quality in the provision of services of health unrelated to Covid-19 during the pandemic in Colombia, 2020-2022: A documentary review.**

**Carol Juliet Gutiérrez Toro**

**Trabajo de grado para optar al título de Especialista en  
Administración de Servicios de Salud**

**Asesor  
Camilo Noreña Herrera**

**Universidad de Antioquia  
Facultad Nacional de Salud Pública  
“Héctor Abad Gómez”  
Medellín, Colombia  
2022**

## Tabla de Contenido

Lista de cuadros .....	4
Lista de tablas .....	5
Lista de gráficas .....	6
Lista de figuras .....	7
Resumen .....	8
1. Introducción .....	10
2. Planteamiento del problema .....	13
3. Justificación .....	16
4. Objetivos.....	18
4.1 Objetivo general .....	18
4.2. Objetivos específicos .....	18
5. Marco teórico.....	19
5.1 Calidad en la prestación de servicios de salud .....	20
5.2 Llegada y evolución de la pandemia por Covid-19.....	23
5.3 Estrategias implementadas para enfrentar la pandemia .....	26
6. Metodología.....	30
6.1 Criterios de inclusión de los documentos .....	30
6.2 Obtención de artículos y selección de bases de datos.....	31
6.3 Términos de búsqueda.....	31
6.4 Selección de artículos .....	31
6.5 Criterios de exclusión .....	31
6.6 Diagrama de flujo .....	32
6.7 Análisis de los artículos encontrados .....	33
6.8 Consideraciones éticas .....	33
7. Resultados.....	35
7.1 Fase de preparación de la pandemia de la Covid-19 .....	37
7.2 Fase de contención de la pandemia de la Covid-19.....	40
7.3 Fase de contagio comunitario de la pandemia de la Covid-19.....	54
7.4 Fase de transmisión sostenida de la pandemia de la Covid-19 .....	57
8. Discusión y recomendaciones .....	62
9. Conclusiones .....	67
Referencias bibliográficas.....	69
Anexos .....	77

### **Lista de cuadros**

**Cuadro 1.** Dimensiones y definiciones sobre la calidad en salud en Colombia.

**Cuadro 2:** Caracterización de artículos incluidos

## **Lista de tablas**

**Tabla 1:** Dimensiones y definiciones sobre la calidad en salud en Colombia.

**Tabla 2:** Caracterización de artículos incluidos

### **Lista de gráficas**

**Gráfica 1:** PQRD impuestas ante la Supersalud en el año 2020 por macromotivos

**Gráfica 2:** PQRD impuestas ante la Supersalud en el año 2020 por motivos específicos

**Gráfica 3:** PQRD impuestas ante la Supersalud en el año 2021 por macromotivos

**Gráfica 4:** PQRD impuestas ante la Supersalud en el año 2021 por motivos específicos

**Gráfica 5:** PQRD impuestas ante la Supersalud en el año 2019 por macromotivos

**Gráfica 6:** PQRD impuestas ante la Supersalud en el año 2019 por motivos específicos

## **Lista de figuras**

**Figura 1:** Fases de la pandemia en Colombia

**Figura 2.** Diagrama de flujo de la revisión documental

## Resumen

El presente estudio tiene como objetivo analizar el impacto generado a la calidad en la prestación de los servicios de salud no relacionados con el Covid-19 durante la pandemia en Colombia, 2020-2022. El tipo de investigación es cualitativa documental con un componente de estadística descriptiva en el cual se procesaron las peticiones, quejas, reclamos y denuncias (PQRD) impuestas a la Supersalud durante el periodo de la pandemia.

Durante la búsqueda de información, se seleccionaron 24 artículos lo que permitió dar una descripción y análisis de los datos obtenidos en tres dimensiones principales, cada una de ellas referente a las fases de la pandemia y su impacto en términos de los atributos de la calidad: oportunidad, continuidad, seguridad, pertinencia y accesibilidad.

Así mismo, evidenciar los grupos poblacionales y enfermedades que tuvieron un mayor impacto en la prestación de servicios de salud dada la nueva dinámica de atención surgida como estrategia para hacer frente a la crisis sanitaria que se avecinaba.

Por otro lado, mostrar todas aquellas estrategias implementadas por el Gobierno Nacional y las Instituciones Prestadoras de Salud en busca del goce efectivo del derecho a la salud que, si bien la prioridad en su momento era responder de manera eficaz y oportuna a la pandemia, no se podía desatender en términos de salud al resto de la población no contagiada por el virus brindándole también una atención en salud de calidad y acorde a sus necesidades.

Por último, se realizan recomendaciones acerca de la creación de estrategias que permitan garantizar un acceso en todos los niveles de atención en la prestación de servicios de salud para evitar las consecuencias negativas a mediano y largo plazo que contribuyan al progreso, sean generadoras de oportunidades de mejora, fortalezcan su autoevaluación y encontrando sus falencias y así mismo, trabajar de forma intersectorial para garantizar una cobertura universal y un acceso equitativo.

**Palabras clave:** Atención en salud, pandemia, Covid-19, Colombia



### **Abstract**

The objective of this study is to analyze the impact generated to the quality in the provision of health services not related to Covid-19 during the pandemic in Colombia, 2020-2022. The type of research is qualitative documentary with a descriptive statistics component in which petitions, complaints, claims and denunciations (PQRD) imposed to "Supersalud" during the period of the pandemic were processed.

During the search for information, 24 articles were selected, which made it possible to give a description and analysis of the data obtained in three main dimensions, each of them referring to the phases of the pandemic and its impact in terms of quality attributes: timeliness, continuity, safety, relevance and accessibility.

Likewise, to show the population groups and diseases that had a greater impact on the provision of health services given the new dynamics of care that emerged as a strategy to face the health crisis that was approaching.

On the other hand, to show all those strategies implemented by the National Government and the Health Care Providing Institutions in search of the effective enjoyment of the right to health that, although the priority at the time was to respond in an effective and timely manner to the pandemic, the rest of the population not infected by the virus could not be neglected in terms of health, also providing them with quality health care according to their needs.

Lastly, recommendations are made regarding the creation of strategies to guarantee access at all levels of care in the provision of health services in order to avoid negative consequences in the medium and long term, to contribute to progress, to generate opportunities for improvement, to strengthen self-evaluation and to find weaknesses, as well as to work in an intersectoral manner to guarantee universal coverage and equitable access.

**Key words:** Health care, pandemic, Covid-19, Colombia.

## 1. Introducción

La calidad en salud es entendida como el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la prestación de servicios de salud y contiene las dimensiones de seguridad, pertinencia, oportunidad, continuidad y accesibilidad según el decreto 780 de 2016 el cual reglamenta al Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en Salud, SOGCS (1).

Sin embargo, la pandemia del Covid-19, ha afectado significativamente la salud y la calidad de los servicios, la vida y los medios de subsistencia a nivel mundial, y ha generado una crisis social y económica exacerbando las desigualdades en salud (2).

En algunos países se vio que la transmisión del Covid-19 de una persona a otra se podía disminuir o detener mediante acciones que incluían el aislamiento obligatorio de gran parte de la población, la cancelación de citas y cirugías programadas dejando espacio sólo para los casos urgentes y la implementación de la telemedicina. Estas acciones salvaron vidas y proporcionaron al resto del mundo herramientas y mayor tiempo para prepararse ante la llegada del Covid-19, ayudando a los sistemas de respuesta de la emergencia a estar mejor organizados; aumentando la capacidad de detectar y atender a los pacientes; asegurando que los hospitales tuvieran espacio, los suministros y el personal necesario; y a desarrollar intervenciones médicas que salvaran vidas (3). Y Colombia no fue la excepción, pues se tomaron todas las medidas necesarias para frenar y prevenir que su sistema de salud se saturara debido a pacientes gravemente enfermos con Covid-19.

En Colombia la Ley 1751 de 2015 o Ley Estatutaria de Salud, definió el ámbito del derecho fundamental de la salud y definió también los elementos esenciales, interrelacionados y principios del derecho fundamental a la salud, entre los que se encuentran disponibilidad, aceptabilidad, universalidad, progresividad, solidaridad, eficiencia, interculturalidad, integralidad, accesibilidad, oportunidad y continuidad; siendo los tres últimos atributos propios de la calidad en salud y que toda persona está en su derecho de exigir cuando requiere que le presten un servicio de salud, incluso en tiempos de pandemia, es decir, una atención de calidad (4-6).

De este modo, el recibir el servicio de salud con calidad hace parte del derecho fundamental a la salud que tienen todas las personas en Colombia, derecho que

debido a la pandemia del Covid-19 se ha visto vulnerado, no sólo en términos de los atributos de la calidad, sino también en la garantía el goce efectivo del derecho a la salud, viendo comprometida la atención médica, diagnóstica, terapéutica, hospitalaria o ambulatoria (5).

Durante la pandemia del Covid-19, los servicios y las instituciones de salud para dar prioridad a los pacientes gravemente enfermos y dar respuesta a la emergencia sanitaria, tuvieron que reorganizarse, lo que implicó que los pacientes con enfermedades no relacionadas con el Covid-19 que si bien en su momento alguna de ellas no era de vital urgencia su atención, presentarían retraso en su diagnóstico, al igual que demoras o interrupciones en su tratamiento ya fuera farmacológico, quirúrgico o de otro tipo y que llevaron a complicaciones como emergencias hipertensivas, los síndromes coronarios agudos, el empeoramiento de la insuficiencia cardíaca incluso en pacientes con dispositivos cardíacos, candidatos a trasplantes de cualquier órgano, los accidentes cerebrovasculares, las actividades de atención primaria en salud, la atención de pacientes oncológicos, niños y niñas, adolescentes y mujeres.

Esto aumentó el riesgo de presentar complicaciones fatales que se debieron a múltiples factores: el acceso limitado a los servicios de primer nivel de atención como resultado de las medidas de distanciamiento físico, la interrupción del acceso a los medicamentos administrados crónicamente, así como las dificultades para obtener aprobaciones de reabastecimiento de las recetas y acceder a las farmacias y suministros. Todas estas complicaciones se fueron aumentando por el confinamiento, dado que la actividad física fue limitada al igual que el acceso a frutas y verduras (7).

Siendo las enfermedades no transmisibles (ENT) la primera causa de muerte y discapacidad en el mundo es de aclarar que el tratamiento eficaz de estos trastornos crónicos depende en gran medida de la continuidad, de unos servicios receptivos, accesibles y de calidad, así como de la participación de los pacientes y su autocuidado (8).

Motivo por el cual la salud digital como la telemedicina fue pertinente para asegurar la continuidad de la atención, especialmente cuando hubo alteraciones de los servicios, además de facilitar el seguimiento y evaluación de las intervenciones contra las ENT (8).

Sin embargo, en Colombia no se logró dar cumplimiento total a las necesidades de la población motivo por el cual es de vital importancia la generación de políticas públicas, regulación e incentivos que busquen mejorar temas como la accesibilidad a los servicios de salud, búsqueda de usuarios, demanda inducida y la implementación de modalidades de atención menos restrictivas en los momentos en que sean requeridos mediante la provisión de insumos y tecnologías para la salud inclusive donde no hay una conectividad a internet mediante vía telefónica, dispensación de medicamentos y atención al domicilio con el fin de evaluar el entorno del paciente. Todo esto, mediante conformación de grupos interdisciplinarios que hagan accesibles los servicios de salud, faciliten el empoderamiento y participación de la comunidad con el fin no solo de hacerse partícipe de ésta, también ser actor de su propia salud (7).

Considerando lo anterior, este documento hace una revisión documental sobre el impacto a la calidad en la prestación de servicios de salud no relacionados con el Covid-19 en Colombia durante la pandemia durante los años comprendidos entre el 2020 y 2022, desde una mirada a lo vivido durante las fases de la pandemia en términos de los atributos de la calidad: oportunidad, continuidad, seguridad, pertinencia y accesibilidad.

## 2. Planteamiento del problema

La humanidad ha atravesado a lo largo de su historia por más de 20 epidemias y pandemias de las que se tiene constancia, entre las 5 principales de ellas se encuentran (9):

*La viruela*, que se cree que se originó en la India o Egipto hace unos 3.000 años; llegó a América en el siglo XVI y se estima que acabó con gran parte de sus poblaciones indígenas. En Europa pudo causar la muerte de 60 millones de personas solo en el siglo XVIII, y de unos 300 millones en todo el mundo durante el siglo XX. Que se haya erradicado se considera un gran éxito de la vacunación (9)

*Peste o 'muerte negra'* (1346-1353): Es difícil conocer el número de fallecidos, se calcula de 80 a 200 millones en África del Norte y Eurasia, y que acabó con entre el 30% y el 60% de la población europea (9)

*Gripe española* (1918-1920): No se sabe dónde comenzó la pandemia que costó la vida a entre 40 y 50 millones de personas en todo el mundo. Si se ha terminado popularizando esta denominación es porque España, al ser un país neutral en la I Guerra Mundial, no censuró la publicación de los informes sobre la enfermedad y sus consecuencias, como sí lo hicieron las naciones involucradas en el conflicto (9).

*VIH* (desde 1981): No tiene cura, pero la ciencia ha conseguido al menos paliar sus peores efectos y convertirlo en una dolencia crónica para la mayor parte de pacientes. Entre 30,2 millones y 45 millones de personas padecían VIH en todo el mundo en 2020, según los últimos datos de ONUSIDA (programa conjunto de Naciones Unidas sobre VIH/SIDA) (9).

*La enfermedad por coronavirus (Covid-19)*: Es una enfermedad infecciosa provocada por el virus SARS-CoV-2 la cual afecta principalmente la vía respiratoria y ha sido responsable a nivel mundial 627,195,515 casos confirmados y muertes de 6,577,251 personas, en el caso de Colombia responsable de 6,309,168 casos confirmados y muertes de 141,827 personas, cifras reportadas al 22 de octubre de 2022 (10)

La actual pandemia del Covid-19, se diferencia de las anteriores pandemias en la conexión global que facilita el contagio, pero también en una respuesta científica con una coordinación y una inversión sin precedentes (9). Sin embargo, según las Naciones Unidas, ya hemos terminado la fase de emergencia, pero es importante abordar otras amenazas sanitarias que requieren atención (11), puesto que, debido al gran número de infecciones, varias de ellas requirieron hospitalización e incluso ingreso a la unidad de cuidados intensivos, principalmente en personas no vacunadas, esto sin mencionar, las nuevas variantes del virus que representaron una amenaza y que en definitiva continuaron colapsando el sistema de salud y restringiendo la accesibilidad, continuidad y oportunidad en la prestación de servicios de salud a personas o grupos poblacionales con enfermedades diferentes al Covid-19.

Y aunque la llegada de la vacuna contra el Covid-19, disminuyó notablemente del número de muertos, se evidenció la falta de ésta en algunos países e incluso en regiones apartadas, demostrando que en el mundo existió una brecha importante para el acceso a la vacuna, representando al 22 de octubre de 2022, a nivel mundial 4.981.346 de personas vacunadas, lo que representa un 64.1% de la población mundial; Colombia por su parte no es ajena a esta brecha, representando 36,725,822 de personas vacunadas para un total de 74.4% de la población a nivel nacional (10).

Sin embargo, las vacunas por sí mismas no lograrán terminar con la pandemia ni mucho menos con las consecuencias que ella generó y que hoy aún genera, pues mientras se implementaron éstas a nivel mundial, una transmisión progresiva de la respuesta a la pandemia a la recuperación requirió un enfoque renovado en la construcción de sistemas de salud resilientes (2).

Teniendo en cuenta este panorama, es de vital importancia mencionar que las enfermedades crónicas no transmisibles (ENT) matan a 57 millones de personas cada año, lo que equivale al 71% de todas las defunciones del mundo. Para la Región de las Américas, son responsables de 5,5 millones de muertes, es decir, el 81%, siendo las enfermedades cardiovasculares responsables del 28% de todas las muertes al año, seguidas de las enfermedades oncológicas (20%), respiratorias (7%) y la diabetes (5%). Por otro lado, el tabaquismo, el sedentarismo, el consumo nocivo de alcohol y la alimentación poco saludable son factores de riesgo comunes para las ENT. Así mismo, el 62% de los adultos de las Américas tienen sobrepeso u obesidad.

La Región de las Américas se encuentra en segundo lugar, a nivel mundial, en consumo de alcohol per cápita y episodios de consumo excesivo de alcohol. En cuanto a la salud mental que se vio agudizada en época de pandemia y hasta la fecha, la depresión grave se manifiesta en algún momento de la vida en el 14,5% de la población; por otro lado, el suicidio como potencial consecuencia grave de las enfermedades mentales, causó 97.288 muertes en la región en el 2016. Más del 90% de las víctimas padecen un trastorno mental crónico diagnosticable, como la depresión u otros trastornos por consumo de sustancias. (8)

Esta monografía cobra importancia ya que busca resolver la siguiente pregunta: *¿Cuál fue el impacto generado a la calidad en la prestación de los servicios de salud no relacionados con el Covid-19 durante la pandemia para el periodo 2020-2022?*

### 3. Justificación

El sistema de Salud a nivel mundial, con la llegada de la pandemia del Covid-19, se ha sometido a una gran exigencia y ha puesto en manifiesto las deficiencias en la atención de salud, por tal motivo, es importante visibilizar el impacto que generó a la calidad de la prestación de servicios de salud en Colombia durante este periodo desde una mirada integral; por un lado, describiendo los escenarios, principalmente los hospitalarios ya que toda su dinámica requirió ser cambiada desde el punto de vista administrativo dado el momento crítico vivido por la pandemia, evidenciando así, sus virtudes y debilidades al crear en tiempo récord mayor capacidad de atención y movilizándolo sus estrategias para duplicar sus capacidades en tecnología y talento humano.

Por otro lado, describir la dinámica en el nuevo modelo de atención en cuanto a prestación de servicios de salud que día a día se vieron en la obligación de ser reinventados con el fin de dar una atención continuada y generando el mínimo impacto negativo a la población.

Así mismo, evidenciar al usuario como centro de objeto de cuidado y sus percepciones con la prestación o no de dichos servicios de salud, además, evidenciar las falencias en la atención de prestación de servicios de salud en términos de los atributos de la calidad en cuanto a oportunidad, seguridad, pertinencia y accesibilidad durante cada una de las fases de la pandemia del Covid-19 en Colombia.

Adicionalmente, reconocer cada una de las estrategias implementadas tanto por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud como por las diferentes Asociaciones de especialidades médicas y el mismo Gobierno Nacional encaminadas a fomentar la continuidad en la atención y al mismo tiempo dar respuesta a la crisis sanitaria por la que se estaba atravesando.

Como consecuencia, evidenciar la necesidad en cuanto a búsqueda de estrategias que nos lleven a la construcción de sistemas de salud sostenibles y resilientes el cual se refiere a la capacidad de absorber perturbaciones, responder y recuperarse con la prestación oportuna de los servicios necesarios y la capacidad de



prepararse y responder eficazmente a la crisis, adaptar las lecciones aprendidas, reorganizar y transformar si las condiciones lo requieren (9).

Además, la evidencia científica acá generada permitirá las decisiones que permitan orientar la atención hacia los servicios y poblaciones más afectadas durante la pandemia de Covid-19 considerando que atributos como la seguridad, la continuidad y la accesibilidad a los servicios de salud son fundamentales para la garantía con calidad del derecho a salud.

Por otro lado, como trabajadora del área de la salud y actual estudiante de la Especialización en Administración de Servicios de Salud, surgió en mí el interés de conocer la dinámica, las estrategias implementadas y sus consecuencias en la prestación de servicios de salud de la población con enfermedades o necesidades en salud no relacionadas con el Covid-19 ya que, al igual que los pacientes infectados por el virus, se vieron afectados por la dinámica en la prestación de servicios de salud.

Por tal razón, la presente monografía tiene como finalidad determinar el impacto a la calidad de atención en servicios de salud durante la pandemia del Covid-19, al crear un espacio de reflexión desde el ámbito académico y de total pertinencia en el campo de la Administración en Servicios de Salud, ya que recoge en gran medida la organización de dichos servicios y el cambio en su dinámica en la prestación de servicios y sus consecuencias en torno a una crisis sanitaria de tal envergadura en la cual no sólo las personas infectadas por el virus o sus familias se vieron enfrentadas de cara a la enfermedad y empeoramiento de su estado de salud; también aquellos grupos poblacionales que indirectamente lo estuvieron dada la atención y acciones que giraron en torno a la respuesta de la pandemia que en su momento era prioridad.

## **4. Objetivos**

### **4.1 Objetivo general**

Analizar el impacto generado a la calidad en la prestación de los servicios de salud no relacionados con el Covid-19 durante la pandemia en Colombia, 2020-2022.

### **4.2. Objetivos específicos**

- Analizar la accesibilidad como atributo esencial de la calidad en la prestación de servicios de salud durante la pandemia del Covid-19 en Colombia.
- Determinar la oportunidad y continuidad en la atención en salud en Colombia durante la pandemia del Covid-19.
- Describir la seguridad y pertinencia en la prestación de servicios de salud durante la pandemia del el Covid-19 en Colombia.

## 5. Marco teórico

Para hablar del impacto generado a la calidad en la prestación de los servicios de salud durante la pandemia del Covid-19 en Colombia es necesario hacer precisión de varios conceptos. El primero de ellos corresponde a lo que se entiende por salud que según la OMS “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (12), así mismo; manifiesta que el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social (12).

Por otro lado, la Ley 1751 de 2015 manifiesta que el sistema de salud garantizará el derecho fundamental a la salud a través de la prestación de servicios y tecnologías, estructurados sobre una concepción integral de la salud, que incluya su promoción, la prevención, la paliación, la atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas (4), por otro lado, manifiesta que el derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo.

Relacionado con la atención en salud, el Decreto 1011 de 2006, lo define como el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población (6)

En cuanto a la calidad en la prestación de servicios de salud, la Resolución 1751 de 2015 establece que el acceso a los servicios de salud debe ser de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. Así mismo, El Estado, debe adoptar políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas. De igual manera, las obligaciones del Estado relacionadas con el acceso a los servicios de salud de interés para la actual monografía corresponden a (4):

Abstenerse de afectar directa o indirectamente en el disfrute del derecho fundamental a la salud, de adoptar decisiones que lleven al deterioro de la salud de la población y de realizar cualquier acción u omisión que pueda resultar en un daño en la salud de las personas; formular y adoptar políticas de salud dirigidas a garantizar el

goce efectivo del derecho en igualdad de trato y oportunidades para toda la población, asegurando para ello la coordinación armónica de las acciones de todos los agentes del Sistema; formular y adoptar políticas que propendan por la promoción de la salud, prevención y atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas, mediante acciones colectivas e individuales y velar por el cumplimiento de los principios del derecho fundamental a la salud en todo el territorio nacional, según las necesidades de salud de la población (4)

Por otro lado, el Estado debe garantizar la disponibilidad de los servicios de salud para toda la población en el territorio nacional, en especial, en las zonas marginadas o de baja densidad poblacional. La extensión de la red pública hospitalaria no depende de la rentabilidad económica, sino de la rentabilidad social. En zonas dispersas, el Estado deberá adoptar medidas razonables y eficaces, progresivas y continuas, para garantizar opciones con el fin de que sus habitantes accedan oportunamente a los servicios de salud que requieran con necesidad (4).

Sin embargo, en la etapa de pandemia por el Covid-19, se evidenció que varias de estas obligaciones dada la respuesta a la crisis sanitaria, se vieron afectadas.

### **5.1 Calidad en la prestación de servicios de salud**

Por otro lado, la OMS en cuanto a la calidad de servicios de salud, manifiesta que corresponde al “grado en que los servicios de salud para las personas y los grupos de población incrementan la probabilidad de alcanzar resultados sanitarios deseados y se ajustan a conocimientos profesionales basados en datos probatorios. Esta definición de calidad de la atención abarca la promoción, la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y la paliación” (13).

Así mismo, nos habla que la “calidad de la atención puede medirse y mejorarse continuamente mediante la prestación de una atención basada en datos probatorios que tenga en cuenta las necesidades y preferencias de los usuarios de los servicios: los pacientes, las familias y las comunidades” (13).

La calidad puede llegar a ser subjetiva, ya que parte de la percepción y la experiencia que cada individuo adquiere en la adquisición de un servicio, en este caso, servicios de salud, sin embargo, cuando hablamos de calidad en la prestación de

servicios de salud, éstos, según la OMS, deben poseer elementos esenciales que lo caracterizan y que deben ser (13)

- *Efícaces*: proporcionarán servicios de salud basados en datos probatorios a quienes los necesiten.
- *Seguros*: evitarán lesionar a las personas a las que dispensen atención.
- *Centrados en la persona*: dispensarán atención adecuada a las preferencias, las necesidades y los valores personales, en el marco de servicios sanitarios que se organizan en torno a las necesidades de la persona.
- *Oportunos*: reducirán los tiempos de espera y las demoras, que en ocasiones son perjudiciales, tanto para los que reciben la atención como para los que la prestan.
- *Equitativos*: dispensarán una atención cuya calidad no variará por motivos de edad, sexo, género, raza, etnia, lugar geográfico, religión, situación socioeconómica, idioma o afiliación política.
- *Integrados*: dispensarán una atención coordinada a todos los niveles y entre los distintos proveedores que facilite toda la gama de servicios sanitarios durante el curso de la vida.
- *Eficientes*: maximizarán los beneficios de los recursos disponibles y evitarán el despilfarro.

Así mismo, la legislación colombiana, por medio del decreto 780 de 2016, define al Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, SOGCS como el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud y deberá cumplir con las características de (1):

Tabla 1: Dimensiones y definiciones sobre la calidad en salud en Colombia.

Dimensión	Definición
Accesibilidad	Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
Oportunidad	Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.
Seguridad	Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.
Pertinencia	Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales
Continuidad	Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.

Fuente: Elaboración propia basada en el sistema obligatorio de garantía de la calidad de Colombia (1).

Por otro lado, para el óptimo funcionamiento de la prestación de servicios de salud y una continuidad en la atención del proceso salud/enfermedad se debe contar con una adecuada infraestructura hospitalaria e insumos y equipos médicos suficientes, en el caso de Colombia, estas condiciones se encuentran reglamentadas en el Decreto 1011 de 2006, Sistema Único de Habilitación que se define como el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud y las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (13).

## 5.2 Llegada y evolución de la pandemia por Covid-19

Es importante aclarar y diferenciar diferentes términos los cuales nos brindan un panorama que nos contextualiza y nos permite entender la emergencia sanitaria que tuvo su inicio en Wuhan en diciembre del 2019 y se extendió a nivel mundial.

➤ *Brote*: Un brote epidémico es una clasificación usada en la epidemiología para denominar la aparición repentina de una enfermedad debida a una infección en un lugar específico y en un momento determinado. El ejemplo más claro de esta situación es cuando se produce una intoxicación alimentaria provocando que aparezcan casos durante dos o tres días. Otro ejemplo son los brotes de meningitis o sarampión que pueden llegar a extenderse dos o tres meses (14)

➤ *Epidemia*: Por su parte, se cataloga como epidemia cuando una enfermedad se propaga activamente debido a que el brote se descontrola y se mantiene en el tiempo. De esta forma, aumenta el número de casos en un área geográfica concreta (14)

➤ *Pandemia*: Para que se declare el estado de pandemia se tienen que cumplir dos criterios: que el brote epidémico afecte a más de un continente y que los casos de cada país ya no sean importados sino provocados por transmisión comunitaria (14)

Es así que, mientras los casos eran importados y el foco epidémico estaba localizado en China, la situación era calificada de epidemia, pero en el momento en que saltó a otros países y empezó a haber contagios comunitarios en más de un continente se convierte en pandemia (15)

Respecto a los inicios del Covid-19 a nivel mundial, el 31 de diciembre de 2019 la Oficina de la OMS en la República Popular China detectó una declaración de la Comisión Municipal de Salud de Wuhan para los medios de comunicación publicada en su sitio web en la que se mencionan casos de una «neumonía vírica» en Wuhan (República Popular China), dicha oficina en el país transmite al centro de enlace para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de la Oficina Regional de la OMS para el

Pacífico Occidental la declaración de la Comisión Municipal de Salud de Wuhan para los medios de comunicación, junto con una traducción del texto (15).

Adicionalmente, varias autoridades de salud de todo el mundo se ponen en contacto con la OMS para solicitar información adicional, ya para el 1 de enero de 2020, la OMS solicitó a las autoridades chinas información sobre el conglomerado de casos de neumonía atípica en Wuhan del que ha tenido noticia. Para el 5 de enero, la OMS publica también su primer parte en el boletín de brotes epidémicos, en él se recogió información sobre el número de casos y su estado clínico; pormenores sobre las medidas de respuesta adoptadas por la autoridad nacional de Wuhan; y la evaluación de riesgos por parte de la OMS y consejos sobre las medidas de salud pública (15)

El 9 de enero, la OMS informa que las autoridades chinas han determinado que el brote está provocado por un nuevo coronavirus. El 16 de enero de 2020, El Ministerio de Salud, Trabajo y Bienestar del Japón notifica a la OMS un caso confirmado de infección por el nuevo coronavirus en una persona que había viajado a Wuhan (15)

Dicho caso, es el segundo confirmado y detectado fuera de la República Popular China y a su vez, la Organización Panamericana de la Salud/Oficina Regional de la OMS para las Américas (OPS/AMRO) publicó su primera alerta epidemiológica sobre el nuevo coronavirus. La alerta incluía recomendaciones dirigidas a los viajeros internacionales sobre medidas de prevención y control de infecciones y sobre pruebas de laboratorio; hasta que el 11 de marzo de 2020, profundamente preocupada por los alarmantes niveles de propagación y gravedad y por los alarmantes niveles de inacción, la OMS llegó a la conclusión en su evaluación de que la Covid-19 puede considerarse una pandemia (15)

Reconociendo que la Covid-19 no es solo una crisis de salud pública, sino que afectará a todos los sectores, se reitera el llamamiento de la OMS para que los países adopten un enfoque pangubernamental, es decir, un trabajo intersectorial que combine la relación horizontal entre los sectores y la gestión vertical entre los diferentes niveles de los gobiernos en torno a una estrategia integral dirigida a prevenir



las infecciones, salvar vidas y reducir al mínimo las consecuencias de la pandemia (15).

En Colombia, al igual que en otros países, para la pandemia del Covid-19, se definieron 4 fases (16):

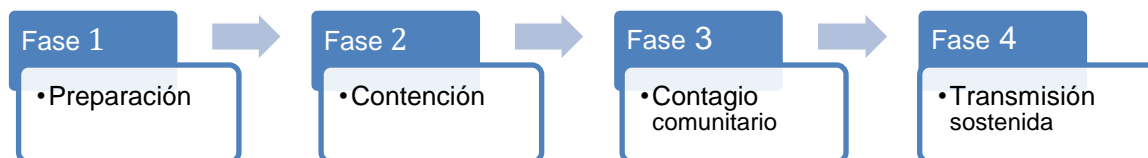


Figura 1: Fases de la pandemia en Colombia

**Fase 1: Preparación:** Es la etapa en que ante el conocimiento de la enfermedad y tras la declaratoria en otros países, comienza la preparación para el probable arribo de casos importados del coronavirus. Esta etapa habría terminado el 6 de marzo de 2020, fecha en la que el Ministerio de Salud y de la Protección Social dio a conocer el primer caso de brote de enfermedad por coronavirus - Covid-19 en el territorio nacional según el decreto 417 de 2020 por el cual se declara un Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica en todo el territorio Nacional (16).

**Fase 2: Contención:** La fase dos consiste en identificar a aquellas personas que presenten la infección por SARs-CoV-2/ Covid-19 importada desde el extranjero y lograr una contención adecuada. Se aplican medidas de aislamiento y control para evitar transmisión.

Las medidas buscan evitar que el virus se propague a nivel domiciliario, comunitario, a nivel de espacios colectivos. Se promueven medidas básicas de higiene y evitar concentraciones. También se incluyen órdenes de restricción de ingreso de viajeros, y se restringen salidas a lugares públicos, promoviendo teletrabajo y teleeducación.

Mediante Resolución 385 del 12 de marzo de 2020, el ministro de Salud y Protección Social, de acuerdo con lo establecido en el artículo 69 de la Ley 1753 de 2015, declaró el estado de emergencia sanitaria por causa del Coronavirus Covid-19 en todo el territorio nacional hasta el 30 de mayo de 2020 y, en consecuencia, adoptó una serie de medidas con el objeto de prevenir y controlar la propagación del

Coronavirus Covid-19 y mitigar sus efectos. Así mismo, se decreta el aislamiento obligatorio el 20 de marzo de 2020 con algunas excepciones (16)

**Fase 3: Contagio comunitario:** Colombia ingresa a esta fase el 31 de marzo de 2020, tras evidenciar casos de infección SARs-CoV-2/ Covid-19 autóctonos, sin nexo epidemiológico (16).

**Fase 4: Transmisión sostenida:** Cuando se producen casos de transmisión comunitaria sostenida. En este caso, las autoridades sanitarias deben garantizar el manejo oportuno de la emergencia y garantizar los recursos (16).

En algunos países se vio que la transmisión del SARs- CoV-2/Covid-19 de una persona a otra se pudo disminuir o detener. Estas acciones salvaron vidas y proporcionaron al resto del mundo más tiempo para prepararse para la llegada del Covid-19: ayudando a los sistemas de respuesta de emergencia a estar mejor organizados; aumentando la capacidad de detectar y atender a los pacientes; asegurando que los hospitales tuvieran el espacio, los suministros y el personal necesario; y a desarrollar intervenciones médicas que salvaran vidas.

### **5.3 Estrategias implementadas para enfrentar la pandemia**

Uno de los recursos más valiosos al enfrentar la pandemia no solo en Colombia, sino también a nivel mundial, corresponde al talento humano en salud el cual es el fundamento de los sistemas de salud que, a través de su acción, se materializa el derecho a la salud y se garantiza el acceso y la calidad de los servicios de salud (17). De esa misma manera, la OPS reconoce como factor crítico para lograr los objetivos del sistema de salud los siguientes principios (19):

➤ *Los recursos humanos son la base del sistema de salud:* El desarrollo de los recursos humanos en salud conforma la base social y técnica de los sistemas de salud y de su mejoramiento. La contribución de los trabajadores de la salud es un factor esencial de la capacidad del sistema de salud de asegurar el acceso equitativo a servicios de calidad a toda la población (19).

➤ *Trabajar en salud es un servicio público y una responsabilidad social:* El trabajo en salud es un servicio público y un bien social de gran

importancia para el desarrollo humano. Es necesario un equilibrio entre los derechos y responsabilidades sociales de los trabajadores de salud y el de los ciudadanos que merecen la atención en salud (19)

➤ *Los trabajadores de salud son protagonistas de su desarrollo:* El desarrollo de los recursos humanos en salud es un proceso social orientado a mejorar la situación de salud de la población y la equidad social, a través de una fuerza de trabajo bien distribuida, saludable, capacitada y motivada (19).

Así mismo, la eficiencia en el desempeño y sostenibilidad de los sistemas de salud y sus instituciones es altamente dependiente del talento humano. Sin embargo, las características de cada sistema establecen requerimientos diferentes en cuanto a la cantidad, distribución, calidad y organización de sus recursos humanos (18), características que se vieron notablemente afectadas ante el estado de emergencia durante la pandemia del Covid-19 a nivel mundial. Motivo por el cual, el Estado Colombiano mediante la Resolución 628 de 2020 por la cual definió los criterios, el procedimiento y las fases del llamado al talento humano en salud para reforzar y apoyar a los prestadores de servicios de salud durante la etapa de mitigación de la pandemia del coronavirus de Covid-19 (20).

Otra de las estrategias establecidas con el fin de continuar con la atención de prestaciones de salud fue la implementación de la telemedicina que según el Plan de Acción para la Prestación de Servicios de Salud durante las Etapas de Contención y Mitigación de la Pandemia por SARS-CoV-2 (Covid-19), la define como la provisión de servicios de salud a distancia en los componentes de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad, por talento humano en salud que utilizan tecnologías de la información y la comunicación, que les permiten intercambiar datos con el propósito de facilitar el acceso y la oportunidad en la prestación de servicios a la población que presenta limitaciones de oferta, de acceso a los servicios o de ambos en su área geográfica (21).

La telesalud es definida como el conjunto de actividades relacionadas con la salud, servicios y métodos, los cuales se llevan a cabo a distancia con la ayuda de las tecnologías de la información y telecomunicaciones. Incluye, la Telemedicina y la Teleeducación en salud. La teleeducación en salud: Es la utilización de las tecnologías

de la información y telecomunicación para la práctica educativa de salud a distancia (21).

Así mismo, en el Decreto 538 de 2020, por el cual se adoptan medidas en el sector salud, para contener y mitigar la pandemia de Covid-19 y garantizar la prestación de los servicios de salud, en el marco del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica, busca garantizar la atención a larga distancia por video o imágenes, atención remota de la población, lo cual garantiza la prestación de los servicios de salud de manera oportuna a la población que por razones geográficas o económicas, no pueden acceder fácilmente a los mismos y contribuye al cumplimiento de aislamiento preventivo obligatorio. De esta manera, se refuerzan los principios del derecho fundamental a la salud relacionados con el acceso, la continuidad, la oportunidad y la equidad (22).

De este modo, se evidencia que el Estado Colombiano en busca de brindar una cobertura en cuanto a la prestación de servicios de salud, incluyendo pacientes con necesidades de atención relacionadas o no con el Covid-19, implementó medidas y cambios en la dinámica del funcionamiento normal de sus instituciones prestadoras de salud lo que le permitió adaptarse a cada una de las fases de la pandemia.

De este modo, los sistemas de salud ante la pandemia del Covid-19, tuvieron que reinventarse y replantear sus modelos de atención convirtiéndose en sistemas de salud resilientes los cuales tienen mayor capacidad de respuesta, son previsibles, complejos, adaptativos, sólidos, integrados, participativos y se centran en las personas y las comunidades. La resiliencia de un sistema de salud es (23):

- La capacidad de absorber perturbaciones, responder y recuperarse brindando la prestación oportuna de los servicios necesarios.
- La capacidad de los actores de salud, las instituciones y las poblaciones de prepararse para afrontar situaciones de crisis y responder eficazmente a ellas, mantener las funciones básicas cuando sobreviene una crisis, y reorganizarse en función de las enseñanzas aprendidas.

- Es un atributo de los sistemas de salud bien desarrollados, los cuales están orientados al acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud.

## 6. Metodología

Se realizó una monografía mediante la estrategia de revisión documental la cual es una de las técnicas de la investigación cualitativa que se encarga de recolectar, recopilar y seleccionar información de documentos, revistas, libros, grabaciones, filmaciones, periódicos, artículos resultados de investigaciones, memorias de eventos, y demás fuente documental posible; permitiendo así, el análisis de datos, su identificación, selección y articulación con el objeto de estudio (24). Esto para analizar el impacto generado a la calidad en la prestación de los servicios de salud no relacionados con el Covid-19 durante la pandemia en Colombia durante el 2020-2022.

### 6.1 Criterios de inclusión de los documentos

- **País de estudio:** Colombia.
- **Idioma de los documentos:** español.
- **Periodo:** 2020-2022. Tiempo en el cual se generó la declaración por parte de la OMS de estado de pandemia y se continuaron con las diferentes fases para atención.
- **Fuentes de información:**
  - Bases de datos de literatura científica indexada de las ciencias de la salud.
  - Repositorios de diferentes universidades y medios informativos nacionales,
  - Revistas médicas no indexadas de enfermería y de diferentes asociaciones de diferentes especialidades médicas,
  - Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia,
  - Superintendencia Nacional de Salud de Colombia,
  - Organización Mundial de Salud/Organización Panamericana de Salud

## 6.2 Obtención de artículos y selección de bases de datos

Se inició el proceso de búsqueda de información identificando palabras claves con su respectiva homologación en el DECS encaminadas a la obtención de artículos que permitieran su respectivo análisis y posterior logro de los objetivos.

Seguido a esto, se realizó una búsqueda en la base de datos bibliográfica adscrito al Sistema de Biblioteca de la Universidad de Antioquia de literatura científica indexada de ciencias de la salud como Scielo, Elsevier, Dialnet, Lilacs, BVS, NIH, además repositorios de universidades y revistas de diferentes especialidades médicas colombianas.

## 6.3 Términos de búsqueda

Se utilizaron los operadores booleanos AND, OR, haciendo combinaciones con los siguientes términos: Atención a la Salud; Colombia; Pandemia; Covid-19; Garantía de la Calidad de Atención de Salud; Continuidad de la Atención al Paciente; accesibilidad; Calidad en salud; Seguridad del paciente; Enfermedades crónicas; Daño del paciente; Asignación de Recursos para la Atención de Salud; Necesidades de Servicios de Salud. Todas ellas con previa homologación en el DECS con su respectivo significado y sinónimos **(ver anexo # 1)**.

## 6.4 Selección de artículos

Se realizó la selección de artículos en cada una de las bases de datos ingresada aplicando filtros de acuerdo con los criterios de inclusión: años comprendidos entre el 2020-2022, idioma español y si la opción lo permitía, Colombia.

Posteriormente se seleccionaron artículos luego de la lectura del título y su respectivo resumen con un total de 71, con el fin de seleccionar aquellos que aportaran al cumplimiento de los objetivos; consolidando dicha información en una tabla que permitiera visualizar la información **(ver anexo # 2)**.

## 6.5 Criterios de exclusión

Se obtuvieron mediante diferentes combinaciones de términos homologados en el DECS y lectura de título y resumen un total de 71 documentos en las diferentes

bases de datos que fueron leídos en su totalidad. Se realizó su respectivo análisis realizando un segundo filtro, de ellos se excluyeron 33 por ser de diferente país o porque no aportaban en términos de lo interesado, quedando 38 artículos seleccionados. De este modo, se realizó una nueva lectura excluyendo 14 artículos, 2 de ellos por tener acceso restringido y 1 por no encontrarse en la base de datos. Finalmente, se incluyeron para su codificación 24 artículos de los cuales fueron llevados a una matriz de Excel el cual contenía datos de cada uno de ellos como título, autor, referencia bibliográfica, departamento, municipio, año del estudio, institución de salud, nivel de complejidad, servicios analizados, grupo poblacional, enfermedad tratada (**Ver la caracterización de los artículos incluidos en el cuadro 2**) y su aporte en términos de los atributos de la calidad: oportunidad y continuidad, seguridad y pertinencia y accesibilidad y su relación con las cuatro fases de la pandemia correspondientes a preparación, contención, contagio comunitario y transmisión sostenida (**ver Figura 1. Diagrama de flujo de la revisión documental**)

## 6.6 Diagrama de flujo

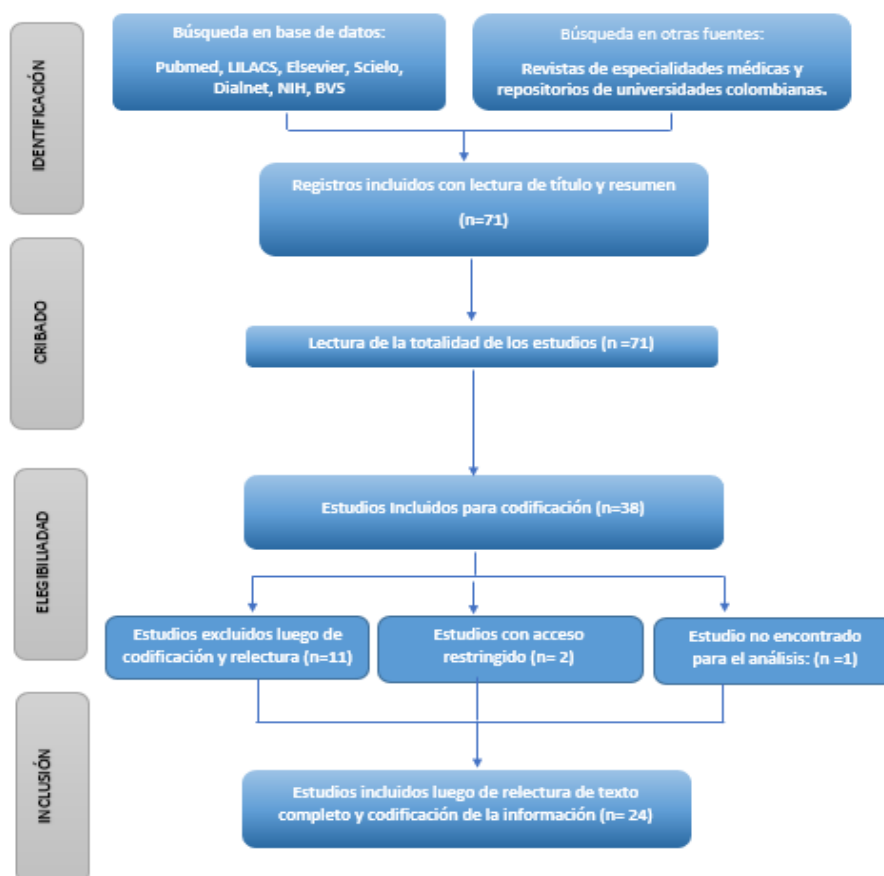


Figura 2. Diagrama de flujo de la revisión documental



## 6.7 Análisis de los artículos encontrados

Inicialmente, se extrajo la información de cada artículo en una ficha de Excel con las diferentes variables de análisis que incluyen los atributos de calidad definidos en los objetivos y las fases de la pandemia. Esta ficha fue creada por la investigadora y validada con el asesor del trabajo (**ver anexo 3 formato de la ficha**). En un segundo momento, se pasó a la fase analítica en la cual la información textual de las fichas fue codificada por la investigadora y discutida con el asesor.

Posteriormente, se pasó a la fase escritural en la cual se elaboró un reporte, revisado y discutido con el asesor; luego de la revisión y discusión del primer reporte se definió la estructura del reporte de los resultados considerando las fases de la pandemia y al interior de cada fase se analizó los efectos de la pandemia en los atributos de calidad definidos. De esta manera, surgen tres dimensiones y dada su similitud en términos de su definición, se agrupan así: oportunidad y continuidad; seguridad y pertinencia y accesibilidad. Así, se describe el impacto que se tuvo en cada una de las fases de la pandemia: preparación, contención, contagio comunitario y transmisión sostenida.

Al terminar de realizar dicha escritura, se evidencia información similar en cada una de las dimensiones, de tal manera que se decide realizar un ajuste importante en el cual las fases de la pandemia son el eje central y en cada una de ellas se narra lo vivido en términos de los atributos de la calidad mencionados anteriormente.

Finalmente, el reporte fue revisado y aprobado por los bibliotecólogos de la facultad nacional de salud pública en aras del cumplimiento de las normas Vancouver.

## 6.8 Consideraciones éticas

Según la resolución 8430 de 1993, la presente monografía es una investigación sin riesgo, puesto que no se realizó trabajo de investigación que involucraría directamente contacto con usuarios, es decir, se tuvieron en cuenta fuentes de información secundaria, así mismo, se respetó toda la propiedad intelectual no tomando ideas como propias, citando entre comillas y usando referencias en todos los párrafos para el autor según la normativa institucional. Así mismo, por tratarse de una

investigación documental de fuente secundaria, no requirió aprobación de un comité de ética.

## 7. Resultados

De los 24 artículos incluidos según las variables definidas los *años de publicación* para el 2020, 2021 y 2022; fueron 12, 10 y 2 artículos respectivamente.

Según *grupo poblacional*, se encontraron principalmente artículos de usuarios en general, seguido de usuarios de telemedicina y población pediátrica.

En cuanto a *patologías tratadas*, se evidencia en su mayoría usuarios con enfermedad general. Respecto al *departamento*, se encontraron principalmente artículos a nivel nacional, seguido del departamento de Antioquia con 2 artículos y en los departamentos de Cundinamarca, Córdoba y Santander con 1 artículo cada uno **(ver cuadro 2)**.

Tabla 2: Caracterización de artículos incluidos

Departamento	Referencia	n	%
<b>Nivel Nacional</b>	25, 26, 27, 29, 30, 35, 37, 38, 40, 42, 43, 45, 46, 48, 49, 32, 34, 44	18	75
<b>Antioquia (Medellín)</b>	31, 47	2	8.33
<b>Córdoba (Montería)</b>	36	1	4.16
<b>Santander (Bucaramanga)</b>	33	1	4.16
<b>Cundinamarca (Bogotá)</b>	28, 46	2	8.33
<b>Total</b>		<b>24</b>	<b>100</b>

Año del estudio	Referencia	n	%
<b>2020</b>	26, 27, 28, 31, 32, 33, 41, 42, 43, 44, 48, 49,	12	50
<b>2021</b>	25, 34, 35, 36, 37, 38, 40, 45, 46, 47	10	41.66
<b>2022</b>	29, 30	2	8.3
<b>Total</b>		<b>24</b>	<b>100</b>

Patología tratada	Referencia	n	%
<b>Enfermedad en general</b>	25, 28, 29, 30, 34, 35, 37, 40, 41, 42, 43, 46, 47, 48	14	58.33
<b>Cáncer de colon</b>	26	1	4.16
<b>Cáncer de cabeza y cuello</b>	31	1	4.16

Accidente cerebrovascular	49	1	4.16
Estrabismo y ambliopía	45	1	4.16
Estado de gestación	36	1	4.16
Cuidados paliativos	38	1	4.16
Riesgo cardiovascular	33	1	4.16
Enfermedad de Parkinson	44	1	4.16
Interrupción voluntaria del embarazo	27	1	4.16
Trasplante y donación de órganos	32	1	4.16
	<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>100</b>

Grupo poblacional	Referencia	n	%
Usuarios en general	25, 28, 35, 37	4	16.6
Usuarios de telemedicina	30, 46, 48	3	12.5
Niños y niñas	41, 42, 47	3	12.5
Embarazadas, recién nacidos, niños, adolescentes y mujeres	35	1	4.16
Usuarios con cáncer	26, 31	2	8.33
Usuarios con accidente cerebrovascular	49	1	4.16
Atención primaria en Salud	29, 40	2	8.33
Usuarios con necesidad de cuidados paliativos	38	1	4.16
Gestantes	36	1	4.16
Usuarios con riesgo cardiovascular	32	1	4.16
Usuarios de oftalmología	45	1	4.16
Usuarios con enfermedad de Parkinson	44	1	4.16
Usuarios receptores de órganos	32	1	4.16
Usuaris con necesidad de IVE	27	1	4.16
	<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>100</b>

A continuación, se presentan los resultados considerando las fases de la pandemia del Covid-19. Cada una de las fases se analizan en términos de los atributos de la calidad como accesibilidad, oportunidad, continuidad, seguridad y pertinencia considerando lo definido en el Decreto garantía de la calidad en salud para Colombia (1).

### **7.1 Fase de preparación de la pandemia de la Covid-19**

En esta etapa, que para el caso de Colombia terminó el 6 de marzo de 2020 con la llegada del primer caso importado de Covid-19 y en vista de la experiencia que en su momento se evidenciaba a nivel mundial, era pertinente que para la fecha se contara con un sistema de salud sólido desde una mirada a todas sus dimensiones: reasignación de talento humano en salud y recursos físicos, aumento de la capacidad instalada, en especial de camas de cuidados intensivos, equipos biomédicos suficientes y estrategias encaminadas a la protección de la población más vulnerable que asegurara el goce efectivo del derecho a la salud en todos los niveles pese a la emergencia sanitaria.

#### **Dimensión de oportunidad y continuidad en los servicios de salud no relacionados con la Covid-19**

Según Almeida, su estudio realizado en 2020 sobre las implicaciones del Covid-19 en Colombia, manifiesta que en Colombia se evidenció la limitada preparación del sistema de salud frente a una contingencia como la pandemia, reflejado en la insuficiencia de recursos físicos como de talento humano suficientemente capacitado y comprometido para enfrentar esta contingencia. Así mismo, un número insuficiente de camas de unidad de cuidado intensivo, lo que implicó falta de oportunidad y continuidad en la atención de servicios de salud para enfermedades diferentes al Covid-19 (25).

En contraste con lo anterior, la Asociación Colombiana de Coloproctología, expresó que las medidas tomadas de forma temprana por el Gobierno Nacional, permitieron que el sistema de salud se preparara para aumentar su capacidad en cuanto al recurso físico y de talento humano para enfrentar la crisis que se avecinaba, es así como dicha Asociación, se acogió a estas medidas reduciendo

significativamente la actividad ambulatoria y cirugías electivas tanto en salas como en unidades de endoscopia (26).

Por otro lado, en la línea de derechos de las mujeres. Para Mondragón et al, no existió un plan o estrategias que se desplegaran para asegurar la protección del derecho a la interrupción voluntaria del embarazo por parte del Ministerio de Salud y de la Protección Social; y tampoco un enfoque territorial y social para la mitigación de las múltiples barreras que se incrementaron dada la crisis sanitaria (27).

Así mismo, un estudio realizado en un centro de salud de Bogotá se evidenció que el impacto que tuvo la pandemia del Covid-19, en relación con el déficit de infraestructura que presenta el Centro de Atención Primaria en Salud (CAPS), interfirió en la prestación de servicios de salud de consulta externa evidenciándose de una manera más marcada las falencias de la infraestructura que se venían presentando 4 años antes (28).

En dicho CAPS para el servicio de Odontología, teniendo en cuenta las cifras de la oferta y en comparación a las consultas por salud oral para promoción y prevención, se estableció que la morbilidad de enfermedades orales representa una demanda mucho más alta, lo que requería de una infraestructura y dotación adecuada para la resolutivez de las mismas; teniendo el servicio de terapia respiratoria un comportamiento muy similar (28).

Para Hernández, "Colombia, al igual que numerosos países, ha integrado estrategias de atención primaria en salud para mejorar las condiciones sanitarias de la población teniendo en cuenta sus condiciones sociales". No obstante, Rincón y Pimental señalan que la normativa en respuesta al Covid-19 se limitó a la formulación de resoluciones clasificadas en medidas sanitarias y de emergencia sanitaria; medidas de emergencia social, económica y ecológica; y medidas de orden público y otras de carácter ordinario. Pero estas no se fundamentaron en estrategias de atención primaria en salud, aunque incluyen aspectos de promoción y prevención (29)

En cuanto a la preparación en herramientas tecnológicas durante esta fase, que permitieran adaptar los servicios de salud a la telemedicina, la situación en el país era compleja. Según Barragán, utilizando datos del censo de población y vivienda del 2018, el 72.2% de los colombianos tenían un teléfono celular, entre los cuales el 78.1%

era un teléfono inteligente y el 22.6% un teléfono convencional, es decir, que con estas características de la población se limitó una atención completa por telemedicina. Incluso se reportó que solo el 52.7% de los hogares tenían acceso a internet, y entre las razones que motivan esta cifra, el 44.8% no sabían usarlo y el 18.1% manifestaron que era costoso (30).

No obstante, cabe señalar que Colombia creó programas enfocados a la Telesalud con el fin de brindar teleasistencia domiciliaria y prehospitalaria, teleeducación a pacientes en zona rural y urbana que permitiera un adecuado control de las enfermedades crónicas con el fin de disminuir las barreras de acceso a la salud brindando una atención integral (30).

Así mismo, para garantizar la accesibilidad para la prestación de servicios de salud, era de vital importancia garantizar el acceso a tecnologías de la información, comunicación, adquisición o fácil acceso a redes de internet, equipos o teléfonos móviles que permitieran que dicha tecnología llegara tanto a zonas rurales como urbanas para el seguimiento a enfermedades de manejo ambulatorio y enfermedades crónicas (30), sin embargo se evidenció que gran cantidad de la población no tuvieron acceso a la prestación de servicios de salud en la modalidad no presencial.

### **Dimensión de seguridad y pertinencia en los servicios de salud no relacionados con la Covid-19**

En la fase de preparación de la pandemia, otro grupo afectado fueron los pacientes oncológicos, si bien se consideran prioritarios dada la patología maligna que requiere tratamiento quirúrgico y un retraso en el tratamiento puede producir una progresión de la enfermedad y un empeoramiento de la sobrevida. Sin embargo, no hubo una adecuada preparación para este tipo de pacientes, viéndose afectada su seguridad dada la no continuidad de su tratamiento ya fuera quirúrgico o no, esto debido a cancelación de cirugías electivas y modificación de su tratamiento habitual (31).

### **Dimensión de accesibilidad en los servicios de salud no relacionados con la Covid-19**

En el estudio de Blanco del año 2022 en Bucaramanga se mide la adherencia a la terapia farmacológica de pacientes del programa con riesgo cardiovascular. Con

respecto a la calificación del acceso a los servicios durante la pandemia, la totalidad de pacientes reportaron algún grado de empeoramiento, así: entre el 10-15% para el cumplimiento de horarios de atención, entre el 20-30% en la calidad y factores relacionados con el despacho de medicamentos y entre 30-35% para la asignación de citas y tiempos de espera, así como la disponibilidad de recursos económicos y medios de transporte para acceder a los servicios (33), datos que reflejan la ausencia de preparación ante la crisis sanitaria que se avecinaba.

Por otro lado, las estrategias implementadas para garantizar la cobertura y el acceso a los servicios de salud, no se basaron en las inequidades y determinantes sociales de los grupos más vulnerables, traduciendo esto en aumento de la mortalidad, interrupción de servicios de salud, entre ellos el acceso a métodos anticonceptivos y en términos generales al acceso en la gran mayoría de servicios de salud, situación que probablemente continuará creciendo como resultado del aumento de barreras de acceso y cobertura existentes en nuestro país como lo señalan Vanegas en su estudio realizado en el 2021 acerca de los cambios en el acceso equitativo y la cobertura universal en los servicios de salud durante la pandemia del Covid-19 y Villalobos en lo que se refiere a la interrupción de servicios de salud para embarazadas, recién nacidos, adolescentes y mujeres (34) (35).

Igualmente, a Colombia las múltiples desigualdades sociales, la pluriculturalidad y la geografía compleja de algunos territorios para su acceso, imposibilita una atención en salud de calidad especialmente a poblaciones indígenas. En este caso los y las indígenas que tuvieron contacto con el exterior pudieron llevar el contagio a estas comunidades, incluyendo madres gestantes que, si bien antes de la pandemia no contaban con los controles prenatales, pues con la llegada del Covid-19 se presentaron mayores obstáculos para su atención siendo esto un factor de riesgo importante para la salud del binomio madre-hijo (36).

## **7.2 Fase de contención de la pandemia de la Covid-19**

En esta fase de la pandemia, es clave la identificación de casos confirmados para evitar la propagación y contención del virus mediante la implementación de estrategias encaminadas en la prevención como lo son el aislamiento, la cuarentena y el distanciamiento social. Así mismo la continua monitorización, evolución y



seguimiento epidemiológico de la enfermedad que permitan la toma de decisiones de una manera oportuna y eficaz. Además, brindar a la comunidad educación y promover la participación en cuanto a medidas de prevención e higiene de manos. Por otro lado, proteger la salud de los trabajadores de la salud.

### **Dimensión de oportunidad y continuidad en los servicios de salud no relacionados con la Covid-19**

Para Almeida en esta fase de la pandemia, los entes gubernamentales y privados como las direcciones de instituciones de salud, secretarías de salud municipales y departamentales y aseguradoras de riesgos profesionales, no se enfocaron en la protección del recurso humano en salud, ni tampoco en el fortalecimiento del sistema de salud (25).

Del mismo modo, Martínez en su análisis de la implementación de la Resolución 521 de 2020 por la cual se adopta el procedimiento para la atención ambulatoria de población en aislamiento preventivo obligatorio con énfasis en población con 70 años o más o condiciones crónicas de base o inmunosupresión por enfermedad o tratamiento, durante la emergencia sanitaria por Covid-19; desde la perspectiva para la garantía del principio de la accesibilidad; manifiesta que durante la pandemia del Covid-19, los servicios y las instituciones de salud para dar prioridad a los pacientes gravemente enfermos y dar respuesta a la emergencia sanitaria tuvieron que reorganizarse, lo que implicó que los pacientes con enfermedades no relacionadas con el Covid-19 que si bien en su momento alguna de ellas no era de vital urgencia su atención, presentarían retraso en su diagnóstico, demoras o interrupciones en su tratamiento farmacológico, quirúrgico que llevaron a complicaciones como emergencias hipertensivas, los síndromes coronarios agudos, el empeoramiento de la insuficiencia cardíaca incluso en pacientes con dispositivos cardíacos o candidatos a trasplantes y los accidentes cerebrovasculares (37).

Igualmente, para responder a la pandemia de una manera eficaz, se identificaron condiciones que dificultaron la prestación de servicios de salud, como la baja disponibilidad de camas de UCI y la disminución en la oportunidad y continuidad para el seguimiento ambulatorio de pacientes lo que llevó al deterioro de enfermedades crónicas y la necesidad de adopción de medidas de atención no

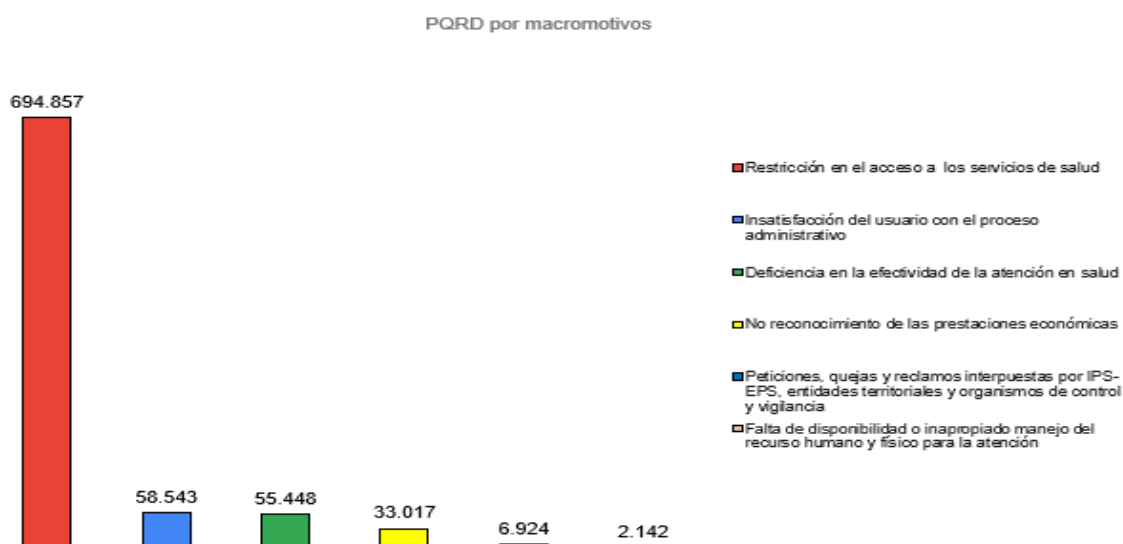
presencial como lo manifiesta Hernández en su estudio sobre atención domiciliaria de los pacientes en cuidados paliativos (38).

Así mismo, frente a las enfermedades crónicas, el aumento del riesgo de presentar estas complicaciones se debió a múltiples factores: el acceso limitado a los servicios de atención primaria como resultado de las medidas de distanciamiento físico y la interrupción del acceso a los medicamentos administrados de forma continua, como resultado de las dificultades para obtener aprobaciones de reabastecimiento de las recetas y acceder a las farmacias, así como la escasez de suministros (37). Todas estas complicaciones fueron aumentando ya sea por el confinamiento y la actividad física limitada al igual que el acceso a frutas y verduras (37).

Adicional a lo anterior, es evidente que las personas que padecen hipertensión o enfermedades cardiovasculares son vulnerables a desarrollar un cuadro grave de Covid-19 y aún peor, morir por esta causa. Este grupo poblacional también tuvo un mayor riesgo de sufrir complicaciones de su enfermedad de base debido a las restricciones generadas por el Covid-19 implicando interrupciones de los servicios de atención en salud; motivo por el cual se deberían haber cumplido con los lineamientos establecidos para la continuación de atención de pacientes entendidos de alto riesgo (37).

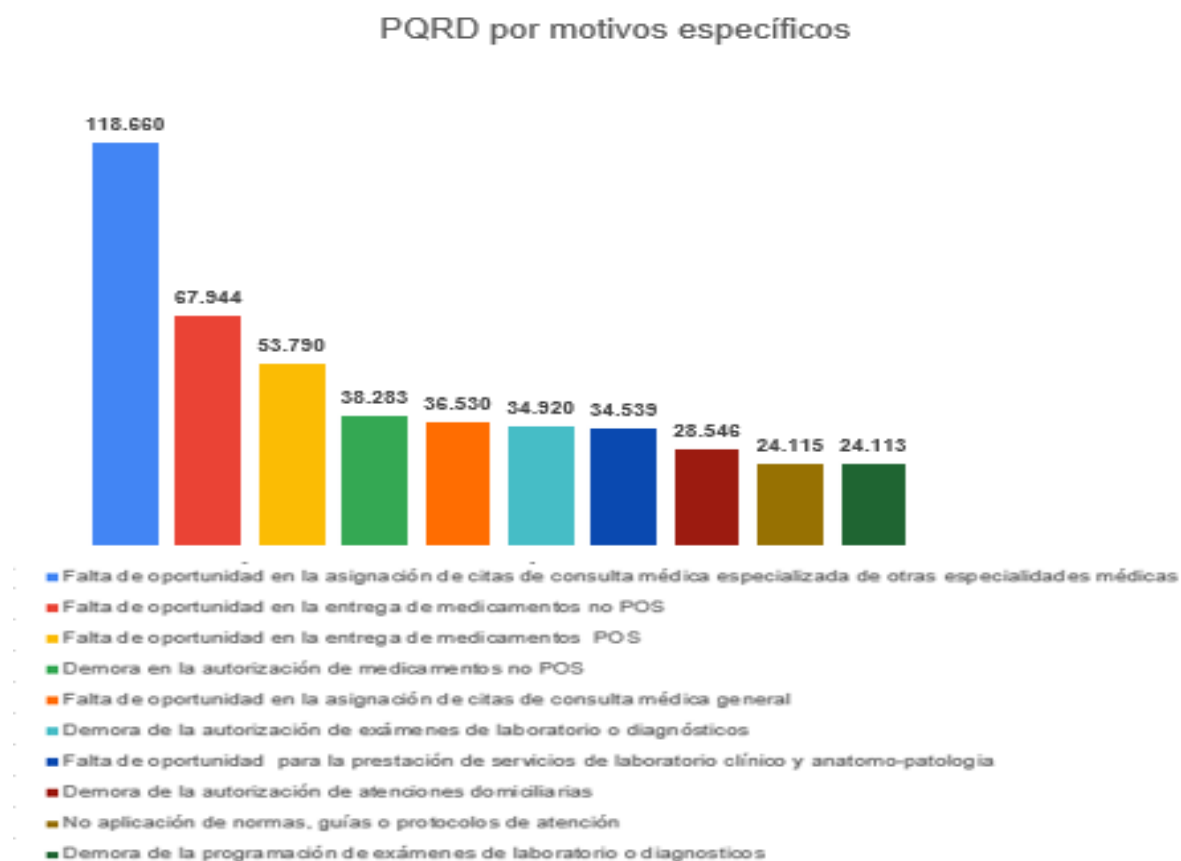
Por otro lado, según las estadísticas oficiales de la Superintendencia Nacional de Salud el número de peticiones, quejas, reclamos y denuncias en cuanto a restricción en los servicios de salud para el año 2020 fueron de 694.857 y para el año 2021 de 826.816, en cuanto a falta de oportunidad en la asignación de citas de consulta médica especializada, ascendieron a 118.660 para el año 2020 y 193.1127 para el año 2021 y en cuanto a falta de oportunidad para el entrega de medicamentos para el año 2020 fueron 3.986 y para el año 2021 de 48.578, es decir 12 veces mayor (39) **(ver graficas 1 a la 4 )**.

Gráfica 1: PQRD impuestas ante la Supersalud en el año 2020 por macromotivos



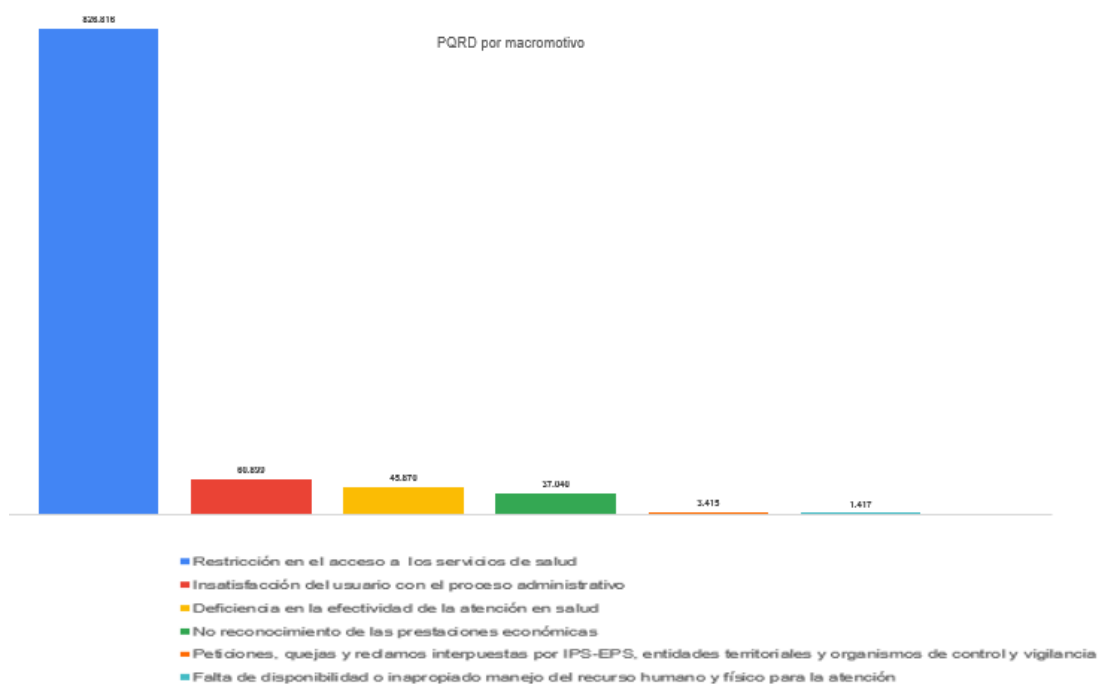
Fuente: Base de datos SNS año 2020 (Enero-Diciembre)

Gráfica 2: PQRD impuestas ante la Supersalud en el año 2020 por motivos específicos



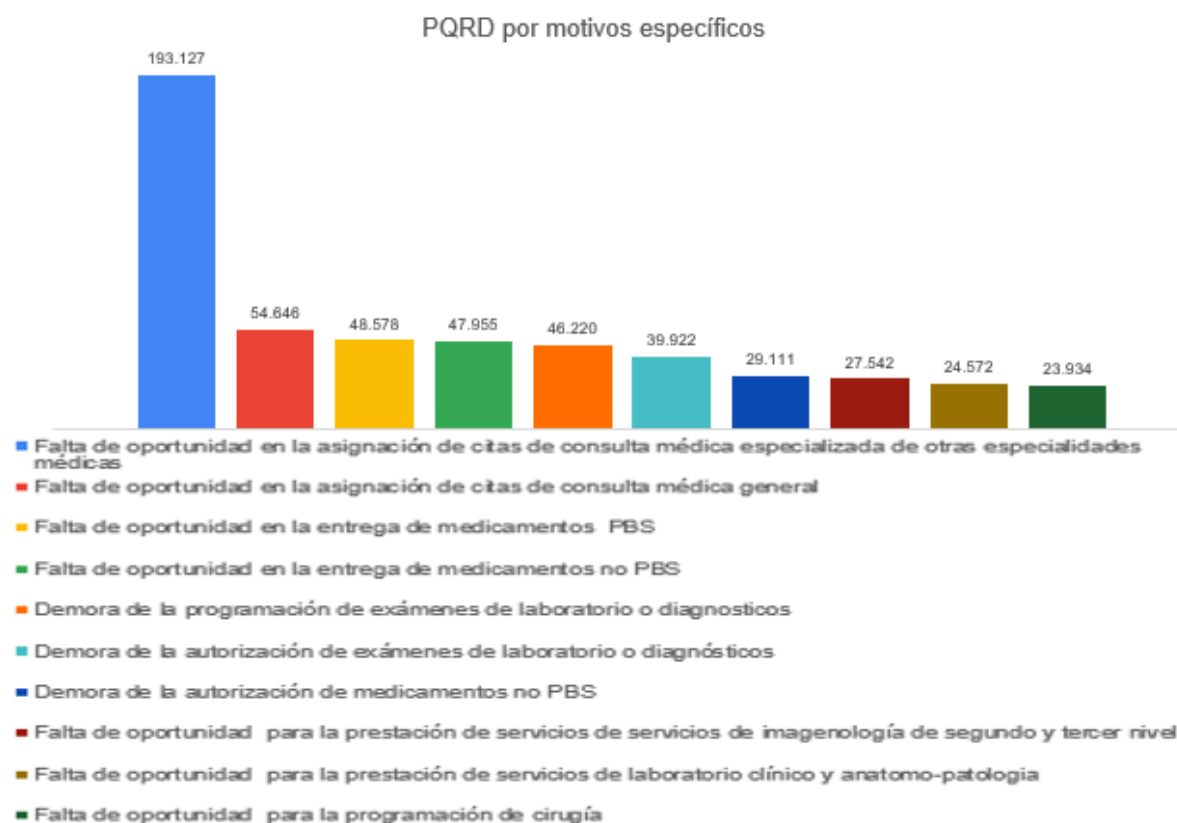
Fuente: Base de datos SNS año 2020 (Enero-Diciembre)

Gráfica 3: PQRD impuestas ante la Supersalud en el año 2021 por macromotivos



Fuente: Base de datos SNS año 2021 (Enero-Diciembre)

Gráfica 4: PQRD impuestas ante la Supersalud en el año 2021 por motivos específicos



Fuente: Base de datos SNS año 2021 (Enero-Diciembre)

Por otro lado, en lo referente a las estrategias de Atención Primaria en Salud (APS) Vega et al señalan que como parte integral de la respuesta a la pandemia por Covid19; los equipos de atención primaria en salud, en términos generales, abandonaron la articulación con organizaciones comunitarias, solidarias y autónomas al igual que las acciones intersectoriales; motivo por el cual es evidente el impacto generado en términos de oportunidad y continuidad en la atención, aunque en los territorios urbanos y rurales de Colombia existen pocas experiencias documentadas relacionadas con el trabajo comunitario y el abordaje autogestionado para enfrentar la pandemia (40).

Para Parra, al momento de publicar su estudio en el año 2020 acerca del impacto oculto de la pandemia del Covid-19 en pediatría; aún no se contaba con cifras oficiales del impacto generado por esta pérdida de continuidad en la atención para las enfermedades crónicas no transmisibles, pero al igual que ellas, entre los pediatras se observó una importante disminución en las diferentes áreas de consulta externa y de urgencias, suponiendo un retraso de los controles y tratamientos en esta población. Por lo tanto, era importante asegurar la continuidad de los programas de promoción y prevención, de modo que se garantizara el tratamiento de enfermedades crónicas no transmisibles y la oportuna consulta a los servicios de urgencias (41).

Por otro lado, en Colombia según Parra, en el año 2020 para la semana epidemiológica número 46 se registró en el Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) 9.151 casos de niños y niñas menores de 5 años con desnutrición aguda, siendo los departamentos más afectados: Vichada, Arauca, Amazonas, Vaupés, Guajira, Cesar y Chocó reportando una importante disminución con respecto al año anterior (40) y adicional a esto, en estas regiones, no se garantizó la entrega de canastas nutricionales a la primera infancia, no se reforzó la promoción de las prácticas alimentarias y de nutrición saludables, viendo vulnerado el derecho a la alimentación de toda la población (41).

Otros problemas de la malnutrición son el sobrepeso y la obesidad. La OMS comunica que en el mundo alrededor de 41 millones de niños, niñas y adolescentes sufren de sobrepeso u obesidad. Con la pandemia, las comunidades no contaron con los recursos para acceder a una comida nutritiva y dietas saludables, observando un incremento en el consumo de refrigerios no saludables, alimentos ultra procesados y

mucho tiempo en sedentarismo y frente a la pantalla de computador o dispositivos móviles, lo que elevó el riesgo del aumento excesivo de peso infantil (41)

Por otro lado, según Durán en su estudio realizado en el 2020 referente a recuperar el tiempo perdido debido a la pandemia del Covid-19, manifiesta que dada una encuesta del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) se evidenció que el 41.7 % de las personas afirmaron que tuvieron que dejar de asistir a citas médicas o controles de desarrollo integral infantil desde el inicio de la cuarentena, situación que afectó el diagnóstico oportuno y el tratamiento adecuado de múltiples problemas de salud, impactando significativamente el cubrimiento de acciones claves de salud infantil y adolescentes, como, el diagnóstico de la situación nutricional, la vacunación, la fortificación nutricional, la detección temprana de problemas de salud física y mental y de alertas en el desarrollo, el seguimiento a las enfermedades crónicas, las acciones de rehabilitación y la planificación familiar (42).

También evidenciado en el número de peticiones, quejas, reclamos y denuncias (PQRD) de la Superintendencia de Salud, en el ítem de demora de la programación de exámenes de laboratorio o diagnósticos para el año 2020 fue de 24.113 y para el 2021 correspondió a 39.922, medidas que influyen directamente en una dilación de diagnósticos y posterior tratamiento, tal como se aprecia en las figuras 2 y 4.

En el caso de los cuidados paliativos, siendo esta una disciplina que necesita acompañamiento de otras ciencias humanas como la psicología y trabajo social y por otro lado ramas de la medicina que incluye fonoaudiología y terapia física, respiratoria y ocupacional, se generó una pérdida en la continuidad de la atención y a su vez falta de apoyo psicológico, social y espiritual generando un impacto en la calidad de vida y control sintomático de los pacientes; debido a que muchos de los profesionales dejaron de asistir a visitas domiciliarias por el rechazo de hogares geriátricos para el ingreso de personal de salud, al igual que la restricción a familiares, esto por temor al contagio ya que los adultos mayores se consideraban población vulnerable (38).

Lo anterior, puede evidenciarse en lo reportado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en su informe “Salud digital: Una estrategia de continuidad asistencial para personas con enfermedades no transmisibles durante la Covid-19”, quienes señalan que los gobiernos de América Latina para dar una

respuesta oportuna a la crisis sanitaria implementaron estrategias como la reducción del transporte público, el cierre de consultorios, cancelación de citas y reasignación de sus funciones del personal de salud, lo cual llevó a la interrupción de programas de tamizaje poblacional, la anulación de intervenciones quirúrgicas programadas, la carencia de personal para prestar servicios e incluso la insuficiencia de medicamentos esenciales (43).

Castro, por su parte referente a la fase de contención, en la dimensión de oportunidad y continuidad relacionado con la prevención y atención del cáncer, manifiesta que se suspendieron las colonoscopias electivas por lo que a los pacientes programados para resección de lesiones malignas y premalignas no se les brindó un tratamiento oportuno quedando, así en lista de espera (26).

Así mismo, se reconoce que para la estadificación del cáncer colorrectal es de suma importancia la realización de colonoscopias diagnósticas para definir su tratamiento, sin embargo, se evidenció que durante la fase de contención de la pandemia de Covid-19, estos fueron diferidos afectando la continuidad y oportunidad en el proceso, siendo supeditado según la capacidad institucional por la atención del Covid-19, programándolos así: si la ocupación era menor del 50 % y había suficientes elementos de protección personal, se podían programar los pacientes oncológicos; si la ocupación del Covid era mayor, se prefirió diferir o reconsiderar otras opciones y se dejó la cirugía solo para emergencias como obstrucción completa, perforación o sangrado masivo (26).

De hecho, también para pacientes con otro tipo de cáncer, se realizó un estudio en la ciudad de Medellín en un centro de Cirugía de cabeza y cuello, en el periodo estudiado de 2019 se realizaron 1743 consultas, con un promedio de  $249 \pm 26,1$  consultas/mes, mientras que en 2020 se realizaron 1778 consultas, con un promedio de  $254 \pm 62,9$  consultas/mes, que aunque en número fueron mayor en el 2020, el comportamiento por meses muestra una caída progresiva del número de consultas, que alcanzó su punto más bajo en el mes de abril de 2020, con un 33,9 % de disminución (31).

Respecto a consultas por primera vez, se realizaron 622 consultas en 2019, con un promedio de consultas de  $88,8 \pm 7,0$  por mes, mientras que en 2020 se realizaron 580 consultas, con un promedio de  $82,9 \pm 38,8$  por mes lo cual disminuye

con respecto al año anterior. “La mayor disminución ocurrió en el mes de abril de 2020, con un 51,8 % de disminución, De manera similar, se realizaron 1121 consultas de control en 2019, con un promedio de consultas de  $161,5 \pm 26,4$  por mes, mientras que en 2020 se realizaron 1198 consultas, con un promedio de  $171,1 \pm 38,3$  por mes. La mayor disminución ocurrió en el mes de abril de 2020, con un 24,8 % de disminución” (31)

Específicamente derivado de la situación de pandemia, el número de consultas de telemedicina aumentó de manera dramática, hasta alcanzar un 98 % en el mes de abril (31), lo cual representa una estrategia satisfactoria para dar seguimiento y posterior tratamiento a pacientes con cáncer.

Cabe mencionar que al iniciar la pandemia fueron limitados los procedimientos diagnósticos como la nasofibrolaringoscopia o biopsia percutánea, , sin embargo, con el mayor conocimiento y el uso adecuado de los elementos de protección personal (EPP), estos fueron reasumidos, lo que permitió disminuir el tiempo de espera para la definición de un diagnóstico y el inicio del tratamiento adecuado (31), con el fin de mantener la atención de los pacientes con enfermedades potencialmente malignas de cabeza y cuello.

De igual forma lo manifiesta Moreno en su estudio del 2020 relacionado con pacientes con enfermedad de Parkinson. Para este tipo de población, así como con los pacientes oncológicos, las cirugías electivas tuvieron que ser pospuestas hasta asegurar el menor riesgo de contagio posible y evitar el uso de servicios de salud procurando dar prioridad a los pacientes con enfermedades de mayor gravedad y las emergencias (43) y que según el número de PQRD impuestas a la Superintendencia de Salud en el ítem de falta de oportunidad en la programación de cirugías para el año 2021 ascendieron a 23.934 (39) **(ver grafica 4)**.

En cuanto a la donación de órganos en la regional 1 de la Red de Donación y Trasplantes de Colombia, se registraron 13 donantes reales y se ejecutaron 22 trasplantes de órganos sólido durante los meses de marzo, abril y mayo de 2020, dichas cifras significan una reducción del 63,89% y del 71,05% respecto a los 36 donantes y 76 trasplantes ejecutados en el mismo periodo de tiempo del año 2019 (32).



Así mismo, a nivel nacional se registraron 27 donantes reales en el periodo marzo-abril de 2020 comparado con los 62 donantes reales registrados en el mismo periodo de tiempo del año 2019. Eso significa una reducción del 56,45% en la donación cadavérica en Colombia (31); afectando en gran medida a los pacientes receptores de órganos en lista de espera y que su estado general de salud tiende a agudizarse con el paso del tiempo aumentando su riesgo de mortalidad y viendo afectada su calidad de vida.

En el campo de la salud visual, se realizó una encuesta en el 2021 a los oftalmólogos sobre el impacto de la pandemia en la atención del estrabismo y la ambliopía en Latinoamérica los cuales manifestaron una disminución en el número de consultas, en este caso viendo reflejado que, en los pacientes con ambliopía, el 35.9% refirió que tuvo un gran impacto generando un agravamiento de su enfermedad, el 9.6% consideró que no ha afectado de ningún modo y el 6.3% respondió que fue difícil estudiar a sus pacientes por falta de espacios apropiados, lo que generó un retroceso en su tratamiento (45).

Así mismo, en la pregunta 4 (157 respuestas), el 33.1% de los oftalmólogos consideró que los casos de estrabismo relacionados con eventos graves se hubieran podido estudiar adecuadamente, el 49% consideró que el retraso afectó a cuadros estables y el 17.8% consideró que se vio afectado severamente la detección de estrabismos asociados a causas graves (45).

Con la llegada de la pandemia, surgió una nueva barrera para la atención en servicios de salud de la población gestante, ya que gran parte de dicha población perdió la continuidad de los controles prenatales por varios motivos, entre ellos, la preocupación por adquirir la enfermedad, el aislamiento obligatorio y el individual responsable, la limitación de asistencia a centros de salud para la atención vulnerable, el distanciamiento social y no permitir el contacto estrecho del personal de la salud con los pacientes con el fin de propagar el virus (36).

De la misma manera ocurrió con el ejercicio, la terapia física y la rehabilitación de los pacientes con enfermedad de Parkinson, ya que, por el distanciamiento social y el aislamiento por la cuarentena, se vieron interrumpidos, llevando a un empeoramiento de los síntomas motores y no motores como el estreñimiento y algún tipo de dolor (44).

Por otro lado, en un estudio realizado en la ciudad de Bogotá acerca del impacto del servicio de teleconsulta en pacientes con enfermedad general durante la pandemia, se realizaron una serie de preguntas a dichos usuarios que fueron atendidos bajo la modalidad de tele consulta obteniendo los siguientes resultados: a la pregunta ¿Durante la pandemia su tratamiento funcionó efectivamente como cuando es presencial? El 59,8 % de los encuestados indicaron que mientras recibieron atención por tele consulta, su tratamiento funcionó efectivamente, no obstante, el 40,2% indicaron que su tratamiento no había sido efectivo (46).

Así mismo, se evidenció que la causa más representativa fue la falla en el proceso de autorización de servicios con un 38% para lo cual fue necesario reforzar este proceso en las EAPB quienes son las encargadas de autorizar los servicios de tal forma que estas fallas no terminaran afectando la continuidad de los tratamientos necesarios para una buena calidad de vida de los pacientes (46).

Además, el 35,2% de los encuestados refirieron dificultad para obtener los medicamentos, en la cual la mayoría de las veces se dio por el desabastecimiento de estos, perjudicando la continuidad de los tratamientos lo que conllevó al deterioro de su salud, ya que en muchos casos los medicamentos son de alto costo y no es posible que los adquirieran de forma particular. Sin embargo, es de aclarar, que esta problemática no solamente se dio por la pandemia, realmente es una debilidad que se presenta a nivel nacional y viene de años atrás (46).

Por lo tanto, una de las estrategias creadas por las EAPB con el fin de brindar una continuidad y oportunidad a los usuarios del sistema de salud, además de la telemedicina, fue implementar el servicio de entrega de medicamentos a los pacientes de tercera edad y los que presentan algún tipo de comorbilidad ya que son los más expuestos a complicarse si llegan a adquirir Covid19, según la encuesta anterior, solo el 11,3% de los encuestados indicaron que habían tenido dificultad en la entrega de medicamentos, así mismo, se presentó dificultad en la recepción de las órdenes vía electrónica como lo indica el 15,5% de los participantes de esta encuesta (46).

## **Dimensión de seguridad y pertinencia en los servicios de salud no relacionados con la Covid-19**

En el caso del área de la salud visual, son de gran relevancia los casos de estrabismos o nistagmos, o diferentes causas de daño ocular grave, como tumores, enfermedades autoinmunitarias, inflamatorias graves o metabólicas que se hayan quedado guardados en casa por diversos motivos, entre ellos el desconocimiento sobre los peligros en la salud que pueden estar relacionados con estrabismos nuevos o con recaídas, paralíticos o nistagmos, retrasando así el diagnóstico e identificación de casos nuevos, su evolución y tratamiento; comprometiendo no solo su función visual, también su vida (45).

Por otro lado, la limitación para la movilidad por el aislamiento obligatorio definido en Colombia por el Decreto 575 de 2020, acrecentó las barreras para el acceso a los derechos de las mujeres relacionados con la interrupción voluntaria del embarazo ya que las mujeres que deseaban trasladarse desde zonas rurales a centros urbanos para solicitar una atención médica, asesorías o procedimientos se enfrentaban con una exposición de su caso frente a las autoridades lo que violó su derecho a la intimidad por lo cual prefirieron realizar los procedimientos sin acompañamiento profesional lo que implica poner en riesgo su vida (27).

En el caso de los pacientes paliativos, en las visitas domiciliarias se evidenció que estos requerían traslado a servicios hospitalarios de forma inmediata dado el empeoramiento de su cuadro clínico, sin embargo, era frecuente que los pacientes rechazaran dicho traslado por temor al contagio y así mismo, se evidenció que pacientes que podrían ser dados de alta para continuar con manejo domiciliario óptimo en casa lo rechazaran llevando a un sufrimiento evitable desde el punto de vista físico (29).

Sin embargo, es importante aclarar que, para garantizar la seguridad de los pacientes no infectados por el virus, los servicios intrahospitalarios enfocaron sus esfuerzos en la atención de los pacientes con Covid-19 mediante adecuación de espacios que garantizaran a su vez una expansión de su capacidad instalada (29).

## **Dimensión de accesibilidad en los servicios de salud no relacionados con la Covid-19**

En la fase de contención, la accesibilidad para las mujeres en estado de gestación al igual que la de otros grupos poblacionales, también se vio comprometida ya que al reconocer que los controles prenatales y especialmente cuando se realiza la inscripción a parte del servicio de primera consulta por Obstetricia, es necesario complementarlo con consultas de otras especialidades, evidenciando que éstas no se vieron integradas y no se logró una atención completa con las respectivas orientaciones al inicio del embarazo a fin de prevenir complicaciones futuras en el desarrollo del embarazo (36).

De igual manera, según Villalobos, el acceso a los servicios de salud para el grupo de niñas, niños y adolescentes, se vio afectado durante la etapa de la pandemia, afectando sus necesidades y llevando a un retroceso en cuanto a sus indicadores de salud y el financiamiento de servicios esenciales de salud ya que era prioridad las estrategias enfocadas en enfrentar la pandemia (35), encontrando, por ejemplo, que en los programas nacionales de inmunización y de acceso a los métodos anticonceptivos donde la cobertura inicial era baja, el impacto de la pandemia fue mayor (35)

El atributo de la accesibilidad, se vio afectada no solo para pacientes, también para acompañantes, en este caso, los padres de niños hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos neonatal (UCIN) que si bien allí se promueve la participación de ambos padres en las actividades de cuidado, con el fin de ganar mayor confianza y oportunidades de aprendizaje en el desarrollo de habilidades para el cuidado, con la llegada de la pandemia, el acceso para el ingreso a los padres fue restringido o muy limitado, permitiendo únicamente el ingreso de las madres (47).

Osorio y Salazar en su estudio presentan una serie de relatos de madres de niños y niñas en UCIN: "nosotros venimos de un pueblo, con eso de la pandemia y el trabajo, yo le decía: para qué vas a venir si solo te puedes quedar una hora"... "Me hubiera gustado que el padre entrara porque está muy interesado en su bebé y quería saber todo"... "en el plan canguro decían: papá no puedes entrar, yo decía: quiero saber", "El pediatra finalmente me dejó entrar y afortunadamente me explicó muchas cosas y eso se lo agradezco" (47).

Así mismo, se vio afectada también la lactancia materna ya que las madres no podían acompañar a sus bebés con la misma regularidad. "Yo le puse a mamar dos días antes de que empezara el confinamiento y luego ya no la pude amamantar" (47). Dichas situaciones interfieren no sólo en el desarrollo y mejoramiento del estado de salud del neonato, también interfieren en el aprendizaje que deben adquirir ambos padres para dar a su bebé un cuidado adecuado una vez es dado de alta del hospital.

En el caso de los pacientes adultos, durante la pandemia, muchas personas fueron separadas de seres sus queridos en la fase final de la vida afectando notablemente su proceso de duelo, motivo por el cual suelen experimentar un mayor sufrimiento al no poder despedirse de él y sin la posibilidad de recibir un apoyo social o psicológico debido a las medidas impuestas por las autoridades siendo las medidas tecnológicas no accesibles para todos (38).

Torres, por otro lado, manifiesta que el atributo de la calidad que tuvo mejor comportamiento gracias a la herramienta de la telemedicina fue la accesibilidad a los servicios de salud a pesar del aislamiento, al igual que la disponibilidad, oportunidad, continuidad y cobertura de los servicios de salud, generando un impacto negativo en la satisfacción del usuario como es de esperarse ante un nuevo modelo de atención ya que a su vez ante la limitación de examen físico, el personal médico recurrió a las ayudas diagnósticas para enfocar el diagnóstico y tratamiento, aumentando los trámites administrativos para el paciente y a su vez aumentando el uso y costos de los servicios de salud (48).

Vanegas expresa que cuando nos vimos enfrentados a la pandemia por el Covid-19, se reconoció la importancia de la solidez de los sistemas de salud ya que ante la alta demanda y la sobrecarga de servicios de salud muchos servicios de salud no lograron garantizar el acceso equitativo a la población lo que sin duda alguna impactó negativamente en la mortalidad directa e indirecta (34).

Dicha sobrecarga del sistema, provocó muertes de trabajadores de salud, limitación de recursos y el colapso de las instalaciones; todo ello generando la inequidad para el acceso a los servicios de salud (33), como lo muestra el número de PQRD impuestas a la Superintendencia de Salud en el ítem de Restricción en el acceso a servicios de salud las cuales ascendieron 694.857 y 826.816 en los años 2020 y 2021 respectivamente (Ver gráficas de la 1 a la 4) (39).

De igual manera, el aumento desbordado en el número de pacientes infectados por el virus, la adaptación de los establecimientos en centros especializados en la atención de Covid-19, la disminución en la fuerza laboral del personal de salud debido a contagios y el confinamiento obligatorio, la capacidad hospitalaria se vio afectada, especialmente los servicios de urgencias destinando sus recursos principalmente a la atención de dichos pacientes, motivo por el cual la atención de enfermedades como el infarto agudo de miocardio (IAM) y accidente cerebrovascular (ACV) se vieron comprometidas al igual que la restricción progresiva de las actividades de atención primaria en salud (49) (40).

Otros servicios tales como los de prevención y tratamiento de las enfermedades no transmisibles se vieron gravemente afectados desde el comienzo de la pandemia de Covid-19, imposibilitando el hecho de cumplir con la normativa vigente para la accesibilidad a los servicios de salud, lo cual generó complicaciones crónicas aumentando el proceso de salud enfermedad en grupos poblacionales y por supuesto generando la necesidad de buscar servicios de salud (4)(6)(37)(29).

### **7.3 Fase de contagio comunitario de la pandemia de la Covid-19**

Durante esta fase, al verse comprometida la capacidad hospitalaria dado el número de infectados por el virus y el aumento de la demanda de servicios de salud, es necesaria la reorganización de los servicios de salud, con el fin de hacer frente no solo a la emergencia sanitaria actual, además la atención de otras enfermedades para garantizar el goce efectivo del derecho a la salud de toda la población, en especial, grupos poblacionales con necesidades específicas a lo largo de territorio Nacional.

Por otro lado, mantener las medidas de prevención en todos los niveles de atención, optimizando la atención en salud con el fin de brindar una atención continua.

### **Dimensión de oportunidad y continuidad en los servicios de salud no relacionados con la Covid-19**

Para Román, Colombia y su sistema de salud no estuvo preparado al enfrentar los momentos más críticos de la pandemia para mantener nula, baja o estable la transmisión de la infección porque se priorizó fuertemente la atención hospitalaria

dejando de lado la identificación de casos y su rastreo a los contactos para así realizar un oportuno aislamiento (40).

Sumado a esto, la insostenibilidad de las medidas se ha asociado a la inequidad estructural y la fragilidad de la política económica y social, que en su momento fue incapaz de retribuir a quienes quedaron desempleados, viven en informalidad o no han sido incluidos en los subsidios existentes o, por otro lado, mitigar el impacto en salud mental, violencia basada en género e inseguridad alimentaria (48).

Referente a la telemedicina, se implementaron consultas virtuales dado el cierre completo de servicios médicos, pero la ausencia de regulación de este tipo de consultas, imposibilitó su continuidad y además no ofreció una posibilidad de exploración para el campo de la oftalmología u otras especialidades médicas las cuales requieren de un examen físico para su adecuada valoración (45).

El estudio de Villalobos reporta que “los servicios en los que se percibió una menor interrupción fueron los dirigidos a recién nacidos, gestantes y programas de inmunización, mientras que los más afectados fueron los de cuidado infantil, acceso a métodos anticonceptivos, salud mental y medición del desarrollo infantil”. Esto pudo deberse a que se priorizaron los servicios con mayor impacto inmediato en la sobrevivencia de estos grupos de población para evitar su interrupción (35).

Para los prestadores de medicina domiciliaria la pandemia también generó un impacto en cuanto a la alta demanda de sus servicios ya que no solo atendían pacientes de cuidados paliativos, sino también a pacientes con enfermedades crónicas y pacientes infectados por el virus aumentando así su capacidad funcional extendiendo sus horarios a prácticamente una disponibilidad completa sin dejar de lado la continuidad de pacientes paliativos, generando así una percepción satisfactoria de familiares y pacientes (38).

Por otro lado, en un estudio realizado en la ciudad de Bucaramanga acerca de efectos de la pandemia por Covid-19 en la adherencia a la terapia farmacológica de pacientes de un programa de riesgo cardiovascular, la adherencia durante el periodo prepandemia fue del 85.3%, disminuyendo significativamente al 54.7% durante la misma (33).

Así mismo, de acuerdo con los grupos de patología de base, dicho cambio fue: 90.8% a 60.6% en los exclusivamente hipertensos, 65.2% a 39.1% en los exclusivamente diabéticos y 81.6% a 47.4% en los pacientes con ambas condiciones (33), lo que deja en evidencia el impacto que tuvo la pandemia en población con otro tipo de enfermedades no transmisibles que, al tratarse de enfermedades crónicas, aún se desconoce su impacto a largo plazo.

Además, entre los factores más representativos relacionados con la no utilización de servicios de salud correspondió al temor de contagio por Covid-19 el cual fue reportado por el 41.9% de los pacientes que se hicieron no adherentes en comparación con el 20.5% de quienes siguieron siéndolo en la pandemia (33).

### **Dimensión de seguridad y pertinencia en los servicios de salud no relacionados con la Covid-19**

En el atributo de seguridad y pertinencia, como se ha mencionado anteriormente, para el caso de las enfermedades crónicas no transmisibles, en Colombia se vio restringido el acceso a los servicios de atención en salud por la modificación de la provisión efectiva de servicios para atender los requerimientos de los pacientes con Covid-19. Igualmente, se evidenció durante la pandemia, que se priorizaron pacientes oncológicos con casos sintomáticos urgentes y se pospusieron las cirugías oncológicas y la quimioterapia por la falta de personal y capacidad hospitalaria, además, se notificó un impacto en el acceso a procedimientos de intervención cardiovascular y la disponibilidad de unidades de cuidado intensivo cardiaco (34).

### **Dimensión de accesibilidad en los servicios de salud no relacionados con la Covid-19**

Un estudio en una localidad de Bogotá, evidenció que la accesibilidad fue el mayor problema evidenciado en cuatro servicios: consulta externa, terapia física, odontología y apoyo diagnóstico. Las causas que se presentaron fueron: el déficit de infraestructura física por el incremento de la demanda en dichos servicios (que se incrementó a causa del Covid-19), la baja capacidad de la infraestructura para la cobertura de servicios en toda la población, la dotación insuficiente y la obsolescencia de los equipos (28).



Teniendo en cuenta que, aunque en Colombia, el Ministerio de Salud y Protección Social expidió la 536 de 2020 por el cual se adoptó el plan de acción para la prestación de servicios de salud durante las etapas de contención y mitigación del Covid-19, su desarrollo fue escaso y los lineamientos respectivos a las mujeres con necesidad de hacer valer su derecho a la interrupción voluntaria del embarazo fueron inexistentes (27).

En la práctica diaria, también hubo limitaciones para el cumplimiento de voluntades anticipadas de los pacientes ya que el paciente o familiar no deseaban que el lugar de fallecimiento fuera el domicilio, pero la alta ocupación hospitalaria durante la pandemia generó una barrera de acceso para dichos servicios impactando el proceso de duelo de las familias de manera negativa. En contraste con lo mencionado, pacientes que deseaban fallecer en su domicilio requerían el uso de los servicios hospitalarios por cursar con enfermedades respiratorias que obligaban el uso de oxígeno medicinal que en su momento se encontraba en desabastecimiento para uso domiciliario. (37).

Adicionalmente, según Hernández, las interacciones sociales durante la atención médica también se vieron comprometidas ya que el contacto físico estaba limitado, esto por las medidas implementadas en cuanto a las medidas de bioseguridad y los implementos de protección personal impuestos para la interacción con los pacientes dificultado el trato humanizado a personas con necesidades emocionales especiales (27).

De este modo, se recurre a la tecnología para la valoración de pacientes generando una barrera física cuando la comunicación presencial es posible con los elementos de protección personal necesarios, generando un impacto negativo en la comunicación entre el profesional y el paciente (37).

#### **7.4 Fase de transmisión sostenida de la pandemia de la Covid-19**

En esta etapa de la pandemia, las instituciones de salud y en general los entes gubernamentales deben trabajar de manera intersectorial e incentivar acciones que lleven a la implementación de actividades encaminadas a mitigar el impacto de la pandemia y sus consecuencias, no solo en la salud de la población, también en el ámbito social y económico. Así mismo, realizar una evaluación de lo aprendido,

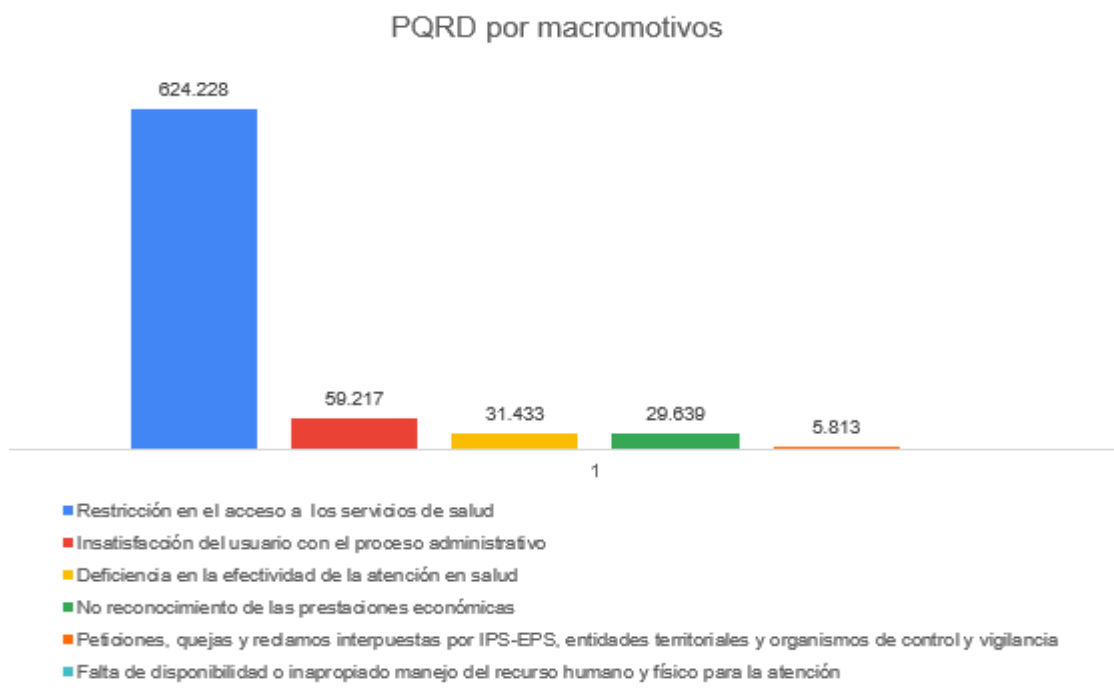
identificando todas aquellas acciones tomadas durante la pandemia que permitan la toma de decisiones a futuro.

### **Dimensión de oportunidad y continuidad en los servicios de salud no relacionados con la Covid-19**

Es así como el sistema de salud colombiano durante la pandemia del Covid-19, se vio enfrentado a varios retos, entre ellos maximizar su capacidad de atención para hacer frente a la situación actual sin disminuir la calidad de atención en la prestación de servicios de salud. Sin embargo, en medio de la atención a la urgencia sanitaria, se evidenció, según estadísticas de la Supersalud haciendo una comparación del número de demandas durante el año 2019, año en que aún la pandemia no se manifestaba, junto con los años 2020 y 2021, un aumento significativo de éstas en cuanto a la calidad en la prestación de servicios de salud **(ver gráficas de la 1 a la 4)**.

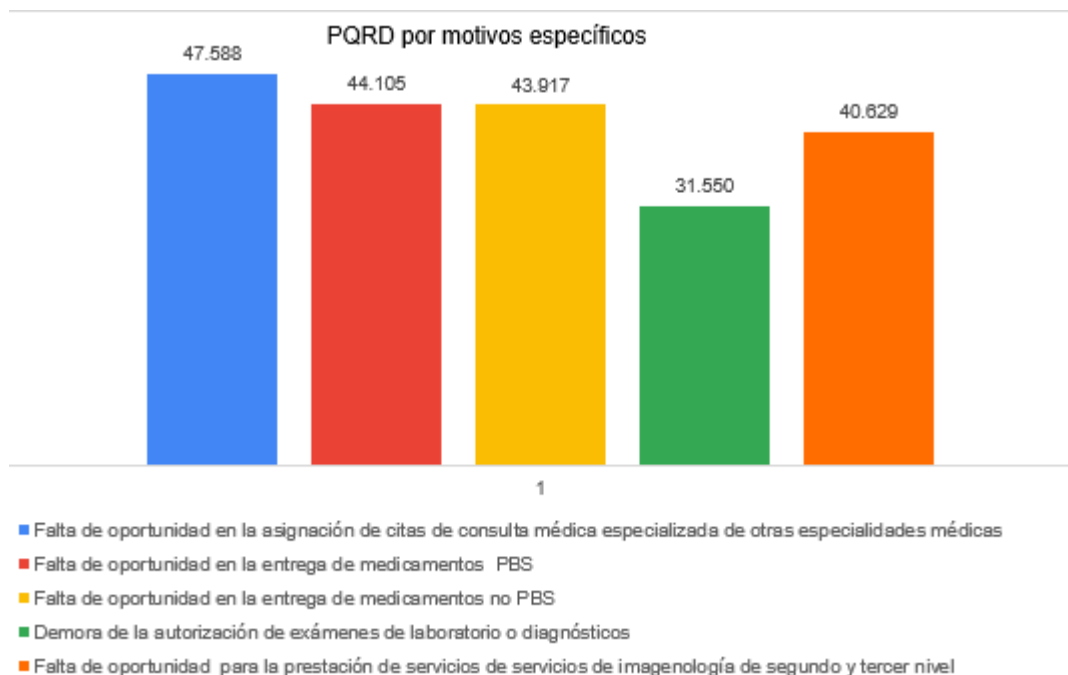
Ejemplo de ello es el caso del número de demandas relacionadas con la insatisfacción del usuario con el proceso administrativo en el cual para el año 2019 se interpusieron 59.217 mientras que para el año 2021 aumentaron a 60.699 **(ver gráficas 1 y 6)**.

Gráfica 5: PQRD impuestas ante la Supersalud en el año 2019 por macromotivos



Fuente: Base de datos SNS año 2019 (Enero-Diciembre)

Gráfica 6: PQRD impuestas ante la Supersalud en el año 2019 por motivos específicos



Fuente: Base de datos SNS año 2019 (Enero-Diciembre)

Otro ejemplo de ellos va ligado a la falta de oportunidad, característica esencial dentro del Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad en Salud y corresponde a la falta de oportunidad en la asignación de citas de consulta médica especializada en la cual en el periodo del 2019 representa 163.000 demandas aumentado para el año 2021 a 193.127, lo que implica la no continuidad de tratamientos o diagnósticos oportunos. Así mismo sucedió con la entrega de medicamentos que para el año 2019 se interpusieron 48.634 demandas aumentando significativamente en el año 2020 a 67.944. Por otro lado, en el ítem de efectividad en la atención de salud para el año 2019 se evidencian 31.433 demandas y ya para el año 2020 de 55.448 (**ver gráficas de la 1 a la 6**) (39).

En la etapa de la pos pandemia surge un modelo de atención en servicios de salud centrado en la persona que permitirá que los pacientes tomen un rol más activo dentro de su cuidado de la salud y este modelo se vea favorecido por las soluciones digitales que continuamente se están reinventando para permitir que la comunicación, continuidad del seguimiento y la calidad en la atención prestada a las personas con enfermedades crónicas no transmisibles mejore (42).

### **Dimensión de seguridad y pertinencia en los servicios de salud no relacionados con la Covid-19**

En el campo de la pediatría, según Duran se empiezan a conocer algunos datos que reflejan el impacto que han tenido la pandemia y las medidas tomadas para detener la transmisión del virus en la vida de los niños, niñas y adolescentes del país, ejemplo de ello es el incremento de las muertes maternas y defunciones neonatales, aumento de la desnutrición y como causa del confinamiento, aumento en los conflictos intrafamiliares, maltrato infantil, violencia sexual y deterioro de la salud mental tanto de la población menor como de sus padres y/o cuidadores, deserción escolar y disminución de tiempo para el juego, el deporte y actividades al aire libre (41)

Y aunque esta situación afectó a toda la población en edad pediátrica, su impacto fue mayor en poblaciones altamente vulnerables, como son los más pobres, los migrantes, los desplazados, las comunidades indígenas y las minorías étnicas, los que están en instituciones de protección, los que están en situación de discapacidad; todos ellos vieron afectada de manera importante la garantía de sus derechos en salud, educación, seguridad alimentaria y protección (41).

### **Dimensión de accesibilidad en los servicios de salud no relacionados con la Covid-19**

Una vez se fueron reasignando los recursos para responder a la pandemia, sigue siendo una prioridad que a toda la población gestante se le brinde una atención de calidad, sin discriminación, violencia y coerción ya que en la medida que existan limitaciones en el acceso para la prestación de servicios de salud se crea la posibilidad de sufrir maltrato, abuso durante el parto y violaciones del consentimiento informado afectando principalmente a poblaciones vulnerables como minorías raciales y étnicas, en situación de pobreza o que viven en entornos rurales (27).

Con respecto a la población infantil, durante la pandemia se evidenció que en los servicios de consulta de pediatría hubo una disminución significativa en el número de consultas, lo cual representa en el estado de postpandemia nuevos retos y oportunidades para garantizar los derechos humanos de niños, niñas y adolescentes, sin olvidar que la salud tanto mental como física depende en gran medida de las condiciones en las cuales se desenvuelven. De este modo, los pediatras deben

reconocer que el impacto de la pandemia trae consigo grandes crisis económicas, de salud y de educación, que van a repercutir en la vida social y emocional y que estos deben ser mitigados a través de políticas internacionales, nacionales, regionales e institucionales y así impactar positivamente en la salud física y mental la educación y la prevención de la violencia y contribuir al desarrollo integral en esta población (41).

Por último, dados los efectos a mediano y largo plazo de algunas enfermedades como el cáncer, la enfermedad cardíaca y otras enfermedades crónicas por la interrupción en el acceso a la prestación de servicios de salud, es importante el análisis y la evaluación de indicadores que nos lleven a conocer el impacto real en dicha población y que, sin lugar a duda, repercutirán en el progreso de los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (34).

## 8. Discusión y recomendaciones

La prestación de servicios de salud sufrió una dinámica importante no solo en nuestro país como es de esperarse ante una crisis como la evidenciada, también lo fue a nivel mundial.

En el caso de Latinoamérica, específicamente en México, se buscó principalmente el incremento de la capacidad hospitalaria con el fin de dar una mejor respuesta a la enfermedad, evidenciando así las limitaciones que prevalecían en el sistema de salud incluso antes de pandemia (50), entre ellas, los serios problemas de salud que afectaban a la mayor parte de los niños y adultos como la diabetes, hipertensión arterial y obesidad y por otro lado la profunda descoordinación entre las autoridades federales y estatales de salud y llevó a que se “reconociera que el país contaba con un déficit de por lo menos 120 mil médicos(as) y enfermeras(os) (50). Así mismo se observó una minimización de la pandemia afirmando en reiteradas ocasiones que la curva se había aplanado, cuando la realidad mostraba lo contrario (50).

En el caso de Brasil, se evidenciaron situaciones que se han vivido en otras circunstancias como consecuencia de la desigualdad social, las malas condiciones de vida de gran parte de la población, la falta del saneamiento básico, entre otras, que llevaron a la exacerbación en tasas de transmisión y mortalidad por Covid-19 causado por la imposibilidad de la implementación de medidas de prevención en diferentes regiones del país (50). Por otro lado, también fue evidente la falta de integración entre el gobierno federal y los estados, por ejemplo, con la llegada de las vacunas puesto que se vieron como una solución tecnológica para combatir la pandemia, sin tener en cuenta los problemas estructurales de fondo (50).

Por otra parte, durante el análisis de la información obtenida, se encuentra que debido a la pandemia por Covid-19 en Colombia, la prestación de servicios de salud en términos de los atributos de la calidad como oportunidad, continuidad, seguridad, pertinencia y accesibilidad tuvieron un gran impacto; en el caso de esta monografía, usuarios con enfermedades o necesidades especiales en servicios de salud diferentes al Covid-19.

De este modo, se evidenció que, durante la pandemia, las prioridades principalmente fueron proteger a la población del contagio, detectar precozmente

casos y contactos para cortar la transmisión y atender integralmente tanto a enfermos como a personas aisladas; demostrando que, dado nuestro sistema de salud actual, sigue primando una mirada antropocéntrica de la enfermedad.

Es así como desde la fase de preparación se crearon estrategias encaminadas a dar respuesta a la pandemia tratando de minimizar el impacto negativo en la prestación de servicios de salud.

Las acciones llevadas a cabo por el Gobierno Nacional, así como por las IPS para facilitar la contención y evitar la propagación del virus, fueron: la disminución del transporte público, confinamientos, aislamientos y cuarentenas, cierre de consultorios, cancelación de citas y cirugías ya programadas, reasignación de las funciones del personal de salud, incrementar la capacidad hospitalaria, interrupción de programas de tamizaje poblacional, interrupción o reducción de los servicios en todos los niveles de atención. Por otro lado, también se atribuyen acciones propias de los usuarios como miedo a asistir a los centros de salud, aislamiento voluntario.

Dichas acciones trajeron consecuencias en la atención de la dinámica de atención en salud, que si bien, en su momento la prioridad era responder de la manera más eficaz a la pandemia, se evidenció un efecto negativo en términos de los atributos de la calidad respecto a retraso en el diagnóstico, evolución y tratamiento de enfermedades no relacionadas con el Covid-19, alta demanda de servicios de salud incluyendo la modalidad de medicina domiciliaria, pérdida de adherencia farmacológica por el no despacho oportuno de medicamentos y aplazamiento de los tratamientos planificados, disminución significativa de trasplante de órganos agudizando la enfermedad de base y disminuyendo la calidad de vida de posibles receptores, pérdida en la continuidad de controles prenatales, y en general, deterioro de la cantidad y calidad de una parte significativa de las acciones en salud en todos los campos: promoción, prevención, diagnóstico y atención.

Así mismo, las consecuencias indirectas asociadas al sedentarismo por la limitación en cuanto a realización de actividad física y pérdida en la continuidad de tratamientos enfocados en terapia física y rehabilitación. Además, debido a los aislamientos obligatorios y cuarentenas, el deterioro de la salud mental de la población en general.

Por lo tanto, aún se desconocen los efectos a mediano y largo plazo como consecuencia de la pandemia, sin embargo, se evidencia que a medida que se volvió a la normalidad, los servicios de salud se han visto colapsados por todo aquello que se dejó de atender.

Es el caso, por ejemplo, de los servicios de urgencias los cuales no son suficientes dado el gran volumen de pacientes que buscan una atención y el pronto acceso a citas con diferentes especialidades médicas o procedimientos que, si bien no son urgentes, este servicio es la puerta de entrada para acceder a ellos dado la larga espera una vez solicitado de forma programada.

Por último, es importante señalar que, dados los hallazgos de la actual monografía, se recomienda la creación de herramientas y estrategias que lleven a garantizar un acceso en todos los niveles de atención en la prestación de servicios de salud para evitar las consecuencias negativas a mediano y largo plazo. Herramientas que contribuyan al progreso, sean generadoras de oportunidades de mejora, fortalezcan su autoevaluación y encontrando sus falencias y así mismo, trabajar de forma intersectorial para garantizar una cobertura universal y un acceso equitativo.

Por otro lado, es importante tener en cuenta retomar actividades desde la APS que se venían adelantando para progresivamente mejorar el nivel de salud de la población y no perder los avances logrados en este campo. Todo esto, mediante conformación de grupos interdisciplinarios que hagan asequibles los servicios de salud, faciliten el empoderamiento y participación de la comunidad con el fin no solo de hacerse partícipe de ésta, también actor de su propia salud.

Además, resaltar el papel de la telemedicina como una herramienta que permite dar continuidad en la atención en salud, dadas las múltiples barreras existentes, es prioridad identificar las brechas tecnológicas y la población objeto según patología, la cantidad y calidad de información requerida para cada modalidad; capacitar a los profesionales en el uso y efectividad de dicha herramienta y acompañar al paciente en un proceso de aprendizaje y adaptación para este nuevo modelo de atención para que se pueda llevar a cabo y llegar a la totalidad de la población ya que Colombia cuenta con un gran porcentaje en su territorio de zona rural, además inequidades sociales y económicas que podrían ser condiciones que limiten el goce efectivo de la



telemedicina y por ende una barrera de accesibilidad, oportunidad y continuidad para la prestación de servicios de salud.

## **Resiliencia en el sistema de salud colombiano en época de pandemia por Covid-19**

La suspensión de cierto tipo de actividades encaminadas a dar prioridad a la emergencia sanitaria en el país, el modelo de atención en salud tuvo que reorganizar su dinámica para dar una continuidad en la prestación de servicios de salud, esto buscando el mínimo impacto negativo posible en todos los niveles de atención.

Durante la búsqueda y el análisis de información obtenida, se pudo evidenciar que, en varios niveles de atención, así como en la atención de diferentes grupos poblacionales, se crearon estrategias que permitieran garantizar la prestación de servicios de salud. Entre ellos, usuarios de programas de cuidados paliativos, atención a pacientes con cáncer y enfermedades crónicas, gestantes y la reorganización en general del modelo de atención en salud desde talento humano hasta la reestructuración de la infraestructura hospitalaria.

En el caso de los cuidados paliativos, la telemedicina jugó un papel muy importante en el manejo domiciliario de dichos pacientes, ya que permitió una comunicación oportuna, efectiva y asertiva tanto con el paciente como con sus familias para la toma de decisiones, orientar un esfuerzo terapéutico consensuado y aclarar dudas; a su vez que optimizar los recursos económicos y el tiempo al evitar el desplazamiento a las instituciones prestadoras de salud (38).

Referente al talento humano, para garantizar la cobertura en salud, Colombia gestionó la densidad de talento humano en salud con medidas como el reclutamiento de voluntarios y la modificación en la legislación de promoción de estudiantes, logrando el crecimiento de la densidad de médicos por medio de la priorización de la graduación de médicos en pregrado y posgrado, sin modificar las legislaciones para habilitar el ejercicio de médicos extranjeros, con un incremento de 8,01 % entre 2019 y 2020 (33)

Finalmente, para garantizar la capacidad hospitalaria, Colombia contempló estrategias como el traslado de servicios hospitalarios a telemedicina, la interrupción de cirugías electivas y la ampliación de las camas a otras instalaciones

médicas. Entre 2019 y 2021, la densidad de camas de (UCI) tuvo un aumento del 124,43%, duplicando su capacidad de cuidado intensivo por medio de un enlace de coalición de atención entre los diferentes tipos de aseguradoras y hospitales logrando un promedio superior al de los países de la OECD (33).

## 9. Conclusiones

Se evidencia que los atributos de la calidad en la prestación de servicios de salud que tuvieron un mayor impacto en Colombia debido a la pandemia por Covid-19, corresponden a la oportunidad y continuidad, características que, desde la fase de preparación, inclusive antes de pandemia, se encontraban con falencias importantes en nuestro actual sistema de salud.

Escenarios como insuficiencia de camas de UCI, planes estratégicos desde la APS, inequidades en salud, una alta tasa acumulada de población con enfermedades crónicas no transmisibles y acceso limitado ya sea a herramientas tecnológicas o a redes de internet, impidieron que los usuarios con necesidades de salud específicas diferentes al Covid-19 disfrutaran de un goce efectivo del derecho a la salud en términos de continuidad y oportunidad en la atención.

En cuanto a los atributos de seguridad y pertinencia, se encontró que durante las cuatro fases de la pandemia, población con necesidades en salud que se considera necesaria su atención en el menor tiempo posible, es decir, de atención prioritaria, esto debido al aumento de comorbilidad asociada o por riesgo de descompensación de su enfermedad de base, efectivamente la pandemia tuvo un impacto negativo en su proceso de salud -enfermedad ya que se evidenció un retraso en el diagnóstico y tratamiento, situaciones que pusieron en riesgo su vida o empeoramiento de su cuadro clínico.

Es así como por ejemplo en los pacientes oncológicos es primordial establecer un diagnóstico oportuno para un adecuado inicio de tratamiento a fin de que no se propague su enfermedad; en pacientes en espera de recepción de algún órgano en largas listas de espera aumentaron el riesgo de mortalidad y disminuyeron su calidad de vida y pacientes con cuidados paliativos con medicina domiciliaria una falta de integralidad en prestación de servicios de salud de las diferentes especialidades médicas, entre otros.

Referente a la accesibilidad en la prestación de servicios de salud, ésta se vio comprometida en diferentes niveles de atención durante la pandemia. En primer lugar, porque muchas de las medidas implementadas con el fin de dar una continuidad en la atención y minimizar el impacto negativo en los usuarios del sistema, fue la

telemedicina, herramienta que si bien trajo consigo un cambio en la dinámica en la atención, ésta no se encontró disponible para la totalidad de la población que requería una atención en salud y tampoco el conocimiento necesario para acceder a ella. Por otro lado, es una herramienta que no permite el contacto o examen físico que en variados escenarios es crucial al momento de establecer un diagnóstico y una conducta o tratamiento a seguir.

Por otro lado, la limitada capacidad hospitalaria, de infraestructura, equipos biomédicos de y talento humano, sumado al número desbordado de pacientes contagiados por Covid-19 que en su momento eran prioridad dada la emergencia sanitaria, imposibilitaron el adecuado acceso a servicios de salud en todos los niveles de atención.

Finalmente, aunque se evidenciaron diferentes barreras en la atención durante la pandemia, es importante señalar que se crearon estrategias desde cada una de las especialidades médicas, instituciones prestadoras de salud y EAPB, encaminadas a minimizar el impacto negativo generado por la pandemia del Covid-19 en Colombia, representando así, un reto importante en la prestación de servicios de salud dado el cambio en la dinámica de atención.

## Referencias bibliográficas

1. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 780 de 2016 Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social. [Consultado el 1 de junio de 2022]. Disponible en: <<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=77813>>

2. Organización Panamericana de la Salud. Resiliencia de los sistemas de salud: lecciones de la pandemia COVID-19 - OPS/OMS | [Internet]. OPS.org. 2022 [consultado el 3 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/eventos/resiliencia-sistemas-salud-lecciones-pandemia-covid-19>

3. Asociación Colombiana de Infectología. ¿Cuáles son las fases de la pandemia? [Internet]. Acin.org. 2020 [citado el 25 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.acin.org/index.php/antecedentes/antecedentes-5>

4. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Ley Estatutaria 1751 de 2015 “Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones” [consultado el 21 de octubre de 2022]. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf)

5. Beltrán, L. Ulahy. Calidad en salud en tiempos de pandemia. Edición Médica. [consultado el 21 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://www.edicionmedica.com.co/opinion/calidad-en-salud-en-tiempos-de-pandemia-18>

6. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 1011 de 2006 Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. [consultado el 21 de octubre de 2022]. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf)

7. Martínez Rojas, S, García Medina, A. Análisis del impacto de la implementación de la resolución 521 de 2020, desde la perspectiva del aseguramiento

para la garantía del principio de accesibilidad a los servicios de salud en Colombia año 2021. Santiago de Cali: Institución Universitaria Antonio José Camacho; 2021 [consultado el 18 de agosto 2022] Disponible en: <https://repositorio.uniajc.edu.co/handle/uniajc/682>

8. Organización Panamericana de la Salud. Salud digital: Una estrategia de continuidad asistencial para personas con enfermedades no transmisibles durante la COVID-19. [consultado el 19 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52575>

9. ¿Qué es una pandemia y que ha producido a lo largo de la historia? [Internet]. BBVA NOTICIAS. 2021 [consultado el 25 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.bbva.com/es/sostenibilidad/que-es-una-pandemia-y-cuantas-ha-habido-a-lo-largo-de-la-historia/>

10. Google noticias. [consultado el 22 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://news.google.com/covid19/map?hl=es-419&mid=%2Fm%2F0199tc&gl=CO&ceid=CO%3Aes-419>

11. Organización de las Naciones Unidas. La pandemia de COVID-19 puede entrar en una nueva fase de certeza [Internet]. Noticias ONU. 2022 [consultado el 25 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://news.un.org/es/story/2022/01/1503002>

12. Organización mundial de la Salud [Internet]. [Consultado el 23 de octubre de 2022] Disponible en: <https://www.who.int/es/about/frequently-asked-questions#:~:text=%C2%BFC%C3%B3mo%20define%20la%20OMS%20la,ausencia%20de%20afecciones%20o%20enfermedades%C2%BB>.

13. Servicios sanitarios de calidad [Internet]. Quién.int. 2020 [citado el 2 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services>

14. Gaceta médica. ¿Cuál es la diferencia entre brote, epidemia y pandemia? [Internet]. [consultado el 24 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://gacetamedica.com/investigacion/cual-es-la-diferencia-entre-brote-epidemia-y-pandemia/>

15. Organización Mundial de la Salud. Cronología de la respuesta de la OMS a la COVID-19 [Internet]. [consultado el 24 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/29-06-2020-covidtimeline>

16. Asociación Colombiana de Infectología. [Internet]. Acin.org. 2020 [consultado el 25 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.acin.org/index.php/antecedentes/antecedentes-5>

17. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 417 de 2020. [Internet]. [consultado el 24 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=110334>.

18. Ortiz L, Cubides J, Restrepo D. Superintendencia Nacional de Salud [Internet]. [www.minsalud.gov.co](http://www.minsalud.gov.co). 2013 [citado el 25 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Caracterizacion-talento-humano-en-salud.pdf>

19. Valdés A. OPS/OMS | Recursos Humanos para la Salud [Internet]. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. 2022 [consultado el 25 de mayo de 2022]. Disponible en: [https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=2558:human-resources-health&Itemid=42273&lang=es](https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=2558:human-resources-health&Itemid=42273&lang=es)

20. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 628 de 2020. [Internet]. [consultado el 24 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-628-de-2020.pdf>

21. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan de Acción para la Prestación de Servicios de Salud durante las Etapas de Contención y Mitigación de la Pandemia por SARS-CoV-2 (COVID-19). [Internet]. [consultado el 24 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Procesos%20y%20procedimientos/PSSS01.pdf>

22. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 538 de 2020. [Internet]. [consultado el 24 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=111934>

23. Organización Panamericana de la Salud. Sistemas de salud resilientes en la región de Las Américas [Internet]. [consultado el 24 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://healthsystemsresearch.org/hsr2016/sistemas-de-salud-resilientes-en-la-region-de-las-americas/>

24. Reyes L, Carmona F. [Internet]. Bonga.unisimon.edu.co. 2020 [consultado el 29 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://bonga.unisimon.edu.co/bitstream/handle/20.500.12442/6630/La%20investigaci%C3%B3n%20documental%20para%20la%20compresi%C3%B3n%20ontol%C3%B3gica%20del%20objeto%20de%20estudio.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

25. Almeida Espinosa, A, Sarmiento Ardila, J. COVID-19: implications of SARS-CoV-2 in Colombia. Gac. Méd. Méx [revista en la Internet]. 2020 Ago [Consultado el 15 de agosto de 2022]; 156(4): 330-334. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0016-38132020000400330&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0016-38132020000400330&lng=es). Epub 27-mayo-2021

26. Castro Beltrán J, Reyes Meneses J, Figueroa Avendaño C, Lombana Amaya L, Martínez Jaramillo C, Londoño Schimmer E et al. Cáncer colorrectal durante la pandemia COVID-19, recomendaciones de la Asociación Colombiana de Coloproctología. Rev. colomb. Gastroenterol. [Internet]. 2020 Junio [Consultado el 15 de agosto de 2022] ; 35( 2 ): 187-195. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-99572020000200187&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-99572020000200187&lng=en).

27. Mondragón Duarte SL, Parra Granados LM. La interrupción voluntaria del embarazo como derecho de acceso restringido en el marco de la COVID-19. Opin. jurid. [Internet]. 18 de septiembre de 2020 [citado el 4 de septiembre de 2022];19(40):49-6. Disponible en: <https://revistas.udem.edu.co/index.php/opinion/article/view/3253>



28. Méndez Díaz, M, Moreno Yate, A, Urban Lupinetti, G. Barreras de acceso y su impacto en la demanda de los servicios de salud de un centro de atención prioritaria en salud (CAPS), en una localidad de Bogotá, durante el marco de la pandemia por Covid -19. Repositorio Institución Universitaria Colegios de Colombia. [Internet]. 18 de septiembre de 2020 [consultado el 4 de septiembre de 2022];19(40):49-6. Disponible en: <http://repositorio.unicoc.edu.co:8080/xmlui/handle/1/991>

29. Hernández Rincón, E, Pimentel, J. Descripción y análisis de las intervenciones fundamentadas en la atención primaria para responder al COVID-19 en Colombia. [Internet]. 7 de abril de 2021. [consultado el 4 de septiembre de 2022]. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/350734682\\_Descripcion\\_y\\_analisis\\_de\\_las\\_intervenciones\\_fundamentadas\\_en\\_la\\_atencion\\_primaria\\_para\\_responder\\_al\\_COVID-19\\_en\\_Colombia](https://www.researchgate.net/publication/350734682_Descripcion_y_analisis_de_las_intervenciones_fundamentadas_en_la_atencion_primaria_para_responder_al_COVID-19_en_Colombia)

30. Barragán Vergel MF, Ortiz Labrador JA. Barreras de acceso a la telemedicina en tiempos de COVID-19, un desafío profesional y gubernamental. MedUNAB [Internet]. 10 de mayo de 2022 [consultado el 15 de agosto de 2022];25(1):83-5. Disponible en: <https://revistas.unab.edu.co/index.php/medunab/article/view/4253>

31. Castañeda, M, Jiménez, J, Morales, C, Sánchez, J, García, C, Isaza, A et al. Cirugía de cabeza y cuello durante la pandemia de COVID-19 en Colombia: Experiencia de un centro de excelencia. rev. colomb. cir. [Internet]. 2021 Mar [Consultado el 16 de agosto de 2022] ; 36( 1 ): 35-41. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2011-75822021000100035&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2011-75822021000100035&lng=en). Epub Apr 29, 2021

32. Castañeda, D, Pardo, J, Cortés, D, Gómez, A, Pachón, A; Ramírez, L; Fajardo, W. Donación y trasplante de órganos en medio de la pandemia COVID-19: Consecuencias y retos para un país emergente [Consultado el 16 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7644273>

33. Blanco Barrera, N. Efectos de la pandemia por COVID 19 en la adherencia a la terapia farmacológica de pacientes de un programa de riesgo cardiovascular en Bucaramanga. Repositorio Universidad Autónoma de Bucaramanga [Consultado el 16

de agosto de 2022]. Disponible en:  
<https://repository.unab.edu.co/handle/20.500.12749/15112>

34. Vanegas Duarte, E. Cambios en el acceso equitativo y la cobertura universal de los servicios de salud en tres sistemas de salud durante la pandemia de COVID-19 desde el enfoque de un marco estratégico de seguimiento. Estudio de casos. [Internet]. Universidad de los Andes; 2021 [consultado el 2022, agosto] 42 páginas. Disponible en: <https://repositorio.uniandes.edu.co/handle/1992/55801>

35. Villalobos Dintrans P, Maddaleno M, Granizo Román Y, Valenzuela Delpiano P, Castro A, Vance C, et al. Interrupción de servicios de salud para embarazadas, recién nacidos, niños y niñas, adolescentes y mujeres durante la pandemia de COVID-19: proyecto ISLAC 2020. [Internet]. Rev Panam Salud Publica. 2021;45: e140. 2021 [consultado el 2022, agosto]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8559667/>

36. Álvarez Llorente, A, Bulla Cerpa, G, Polo Gutiérrez, C El cuidado brindado a maternas de bajo riesgo obstétrico desde el prestador primario en salud en tiempos de pandemia por COVID-19. [Internet]. Repositorio Universidad de Córdoba [consultado el 19 de agosto de 2022] Disponible en: <https://repositorio.unicordoba.edu.co/handle/ucordoba/4261>

37. Martínez Rojas, S, García Medina, A. Análisis del impacto de la implementación de la resolución 521 de 2020, desde la perspectiva del aseguramiento para la garantía del principio de accesibilidad a los servicios de salud en Colombia año 2021. [Internet]. Santiago de Cali: Institución Universitaria Antonio José Camacho; 2021 [Consultado el 20 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://repositorio.uniajc.edu.co/handle/uniajc/682>

38. Hernández Rico AN, Ballén Vanegas MA. Cuidados paliativos en Colombia: atención domiciliaria, barreras de acceso y avances en la implementación de estos programas durante la pandemia por COVID-19. Rev. Fac. Med. 2022;70(4): e95147. [Consultado el 20 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/95147>

39. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social, SuperSalud. [Consultado el 20 de agosto de 2022]. Disponible en:

<https://www.supersalud.gov.co/es-co/transparencia-y-acceso-a-la-informacion-publica/planeacion-presupuesto-e-informes/informes-trimestrales-sobre-acceso-a-informacion-quejas-y-reclamos>

40. Román, L. Tejerina Silva H et al. ¿Es la atención primaria de salud integral parte de la respuesta a la pandemia de Covid-19 en Latinoamérica? *Trab. educ. saúde*. Vol. 19. [Consultado el 20 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/tes/a/CJX9Rs5gSBJmsMrfwhkdJrL>

41. Parra García, J. C., Roldán Tique, P. A., & Torres Nossa, M. P. Impacto oculto de la pandemia por SARS-CoV-2, un reto en pediatría. *Pediatría*, 53(3), 91-96. [Consultado el 20 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://doi.org/10.14295/rp.v53i3.247>

42. Durán Strauch, E. Recuperar el tiempo perdido , *Pediatría*: Vol. 53 Núm. 4 (2020): Volumen 53 número 4. Octubre - Diciembre 2020. [Consultado el 20 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://revistapediatria.org/rp/article/view/291>

43. Organización Panamericana de la Salud. Salud digital: Una estrategia de continuidad asistencial para personas con enfermedades no transmisibles durante la COVID-19. [Consultado el 20 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52575>

44. Moreno, López, C , Bernal Pacheco,O, Barrios, Vincos G, Cerquera, Cleves SC. Enfermedad de Parkinson y covid-19: una pandemia en medio de otra. *Acta Neurol Colomb*. [Internet]. 2020 Aug [consultado el 30de agosto de 2022]; 36(2 Suppl 1): 39-46. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-87482020000300039](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-87482020000300039)

45. Moguel Ancheita, S. Cuestionario sobre el impacto de la pandemia en la atención del estrabismo y la ambliopía en Latinoamérica. *Rev. mex. oftalmol* [revista en la Internet]. 2021 Jun [consultado el 17 de agosto de 2022] ; 95(3 ): 107-117. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2604-12272021000300107&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2604-12272021000300107&lng=es).

46. Bernal Moreno, L, Villamil Bernal, Y, Garrido Rodríguez, E, García Barbosa, J Impacto del servicio de tele consulta en pacientes con enfermedad general durante

la pandemia por SARS COV-2. [Internet]. Repositorio Iberoamericana Corporación Universitaria [consultado el 17 de agosto de 2022] Disponible en: <https://repositorio.ibero.edu.co/bitstream/handle/001/2926/Impacto%20del%20servicio%20de%20tele%20consulta%20en%20pacientes%20con%20enfermedad%20general%20durante%20la%20pandemia%20por%20SARS%20COV-2.pdf;jsessionid=35C96C225CF97CE8188ADC14D7F03BE4?sequence=1>

47. Osorio SP, Salazar AM. Experiencias de los padres de niños prematuros hospitalizados en torno a las restricciones impuestas por la pandemia para la interacción con su hijo. *Invest. Educ. Enferm.* 2021; 39(2):e10. [consultado el 17 de agosto de 2022] Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-53072021000200010&script=sci\\_abstract&lng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-53072021000200010&script=sci_abstract&lng=es)

48. Torres, P. A. Covid -19 generador de cambio en el modelo de atención en salud en Colombia. Repositorio Universidad Militar. [consultado el 17 de agosto de 2022] Disponible en: <https://repository.unimilitar.edu.co/handle/10654/38331>

49. Amaya, P; Bayona, H; Folleco, E; Martínez, C; Coral, J; Roa, L; Rivera, C; Patiño, H; Vergara, E; Villarraga, A; Florez, A; Celis, J; Betancourt, A; Mantilla, D; Schroeder, N; Jaramillo, E; Meza, N; Muñoz, M; Pérez, G. Recomendaciones de diagnóstico y tratamiento del ataque cerebrovascular isquémico agudo durante la contingencia por covid-19. *Acta Neurológica Colombiana.* [consultado el 17 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://acnweb.org/es/acta-neurologica/volumen-36/211-volumen-36-no-2-suplemento-1-abril-junio-2020/1844-recomendaciones-de-diagnostico-y-tratamiento-del-ataque-cerebrovascular-isquemico-agudo-durante-la-contingencia-por-covid-19.html>

50. Agostoni, C; Ramacciotti, K; Lopes, G. Historia en tiempos pandémicos: covid-19 en Latinoamérica. [Internet] Scielo. 06 jun 2022. [consultado el 20 de noviembre de 2022] Disponible en: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/FtGLqTyjzDjLZhsnBfGtSvD/?lang=es>

## Anexos

### Anexo 1: Verificación de términos en el DECS

Descriptor	Sinónimos	Definición
<b>Atención a la Salud</b>	Atención de Salud Atención de la Salud Normas Básicas de	La atención a la salud abarca todo el conjunto de acciones, en todos los niveles de gobierno, para el atendimento de las demandas personales y de las exigencias ambientales, comprendiendo tres grandes campos: 1. de la atención; 2. de las intervenciones ambientales, en su sentido más amplio; y 3. de las políticas externas en el sector salud. (Traducción libre del original: Norma Operacional Básica/1996, Brasil)
<b>Garantía de la Calidad de Atención de Salud</b>	Evaluación de la Calidad de Atención de Salud	Actividades y programas encargados de asegurar la calidad de la atención en un acto o programa médico definido.
<b>Covid-19</b>	Pandemia de COVID-19 Pandemias de COVID-19 Pandemia del Nuevo Coronavirus 2019	Trastorno viral generalmente caracterizado por fiebre alta; tos, disnea, escalofríos, temblor persistente, dolor muscular, cefalea, dolor de garganta, pérdida del gusto y / o del olfato (ver ageusia y anosmia) que son de nueva aparición, así como por otros síntomas de una neumonía viral. en casos graves, se observa una mirada de síntomas asociados a la coagulopatía que a menudo se correlacionan con la gravedad del COVID-19.
<b>Humanización de la Atención</b>	Humanización de la Atención Hospitalaria Humanización de los Servicios	Tipo de asistencia que se supone que el tratamiento es más efectivo cuando el paciente sea escuchado y respetado por los profesionales de la salud. También es necesario humanizar las condiciones de trabajo de estos profesionales.
<b>Fuerza Laboral en Salud</b>	Fuerza Laboral en Ocupaciones de Salud Investigación sobre Personal de Salud Mano de Obra de Trabajadores de la Salud Mano de Obra en Salud Recursos Humanos para la Salud	Disponibilidad de personal de salud. Incluye la demanda y el reclutamiento de personal de salud tanto profesional como afiliado, su suministro y distribución presente y futuro, y su asignación y utilización.

---

<b>Personal de Salud</b>	<p>Proveedores de Atención de Salud</p> <p>Trabajadores de la Salud</p>	<p>Individuos que trabajan en la prestación de servicios de salud, ya sea como practicantes individuales o como empleados de instituciones y programas de salud, aunque no tengan entrenamiento profesional, y estén o no sujetos a regulación pública.</p>
<b>Riesgo a la Salud</b>	<p>Riesgo Sanitario</p> <p>Riesgo a la Salud Humana</p> <p>Riesgos a la Salud</p> <p>Riesgos a la Salud Humana</p>	<p>1. Propiedad que tiene alguna actividad, servicio o substancia de producir efectos nocivos o perjudiciales en la salud humana. (Material IV - Glosario de Protección Civil, OPS, 1992) 2. Probabilidad de un efecto adverso a la salud humana causado por un evento desfavorable o accidente que puede ser agravado o atenuado por condiciones, factores o procesos físicos, sociales, económicos y ambientales que involucran una comunidad.</p>
<b>Daño del Paciente</b>		<p>Una medida de la seguridad del paciente considerando los errores u omisiones que resulten en daño al paciente. se incluyen los errores en la administración de fármacos y otros medicamentos (errores de medicación), errores en la realización de procedimientos o el uso de otros tipos de terapia, en el uso de equipos y en la interpretación de los hallazgos de laboratorio y los accidentes evitables involucrando a los pacientes.</p>
<b>Agotamiento Profesional</b>	<p>Agotamiento Laboral</p> <p>Agotamiento Ocupacional</p> <p>Agotamiento en la Carrera</p> <p>Desgaste Laboral</p> <p>Desgaste Profesional</p>	<p>Reacción de estrés excesivo al entorno ocupacional o profesional. Puede caracterizarse por sentimientos de agotamiento emocional y físico, unido a un sentimiento de frustración y fracaso</p>
<b>Continuidad de la Atención al Paciente</b>	<p>Continuación de la Atención</p> <p>Longitudinalidad</p>	<p>Cuidados continuos prestados al paciente, por el médico que lo acompaña desde el contacto inicial durante todas las etapas de su enfermedad.</p>
<b>Seguridad del Paciente</b>		<p>Los esfuerzos para reducir el riesgo, para tratar y reducir los incidentes y accidentes que pueden afectar negativamente a los consumidores de salud.</p>
<b>Accesibilidad a los Servicios de Salud</b>	<p>Acceso a la Atención de Salud</p> <p>Acceso a los Servicios de Salud</p>	<p>El grado por el cual individuos están impedidos o facilitados en sus capacidades para adentrar a y recibir atención y servicios del sistema de atención de salud. Factores que influyen en esta capacidad incluyen consideraciones geográficas,</p>

---

---

	Disponibilidad de Servicios de Salud	arquitectónicas, de transporte y financieras, entre otras.
<b>Necesidades y Demandas de Servicios de Salud</b>	<p>Necesidades y Demandas de Servicios de Salud</p> <p>Necesidades Básicas</p> <p>Necesidades de Servicios de Salud</p>	Servicios de salud requeridos por una población o comunidad; también servicios de salud que la población o comunidad puede y quiere pagar. Incluye la identificación y evaluación de las necesidades, medidas a través de objetivos, criterios y normas.
<b>Tiempo de Tratamiento</b>	<p>Retraso del Tratamiento</p> <p>Tiempo para el Tratamiento</p> <p>Tratamiento Diferido</p> <p>Tratamiento Retrasado</p> <p>Tratamientos Diferidos</p> <p>Tratamientos Retrasados</p>	Intervalo de tiempo entre el inicio de los síntomas y el inicio de la terapia.
<b>Enfermedad crónica</b>	<p>Casos Crónicos</p> <p>Cuadros Crónicos</p> <p>Dolencias Crónicas</p> <p>Enfermedades Crónicas</p>	Enfermedades que tienen una o más de las siguientes características: son permanentes, dejan incapacidad residual, son causadas por alteración patológica no reversible, requieren entrenamiento especial del paciente para rehabilitación, se puede esperar requerir un largo periodo de supervisión, observación o atención.
<b>Instalaciones para Atención de Salud, Recursos Humanos y Servicios</b>		Los servicios que se brindan en la prestación de cuidados de salud, instalaciones asociadas al cuidado de salud, y la fuerza de trabajo asistente que se requiere o disponible.
<b>Recursos en salud</b>		Mano de obra disponible, instalaciones, recursos financieros, equipos y material para ofrecer los servicios de salud necesarios.
<b>Asignación de Recursos para la Atención de Salud</b>	<p>Asignación Racional de la Asistencia Sanitaria</p> <p>Distribución de Recursos para la Atención de Salud</p>	Planificación para asignación equitativa, rateo o distribución de recursos de salud disponibles.

---

<b>Evaluación de Recursos Humanos en Salud</b>	Análisis de los procesos, resultados y / o impactos de las actividades realizadas por personas que trabajan en la salud.
<b>Recursos Materiales en Salud</b>	Equipos, suministros y materiales necesarios para el funcionamiento de los servicios sanitarios y asistencia médica.

## Anexo 2: Algoritmo de búsqueda de información

<b>Término de búsqueda</b>	<b>Base de datos</b>	<b>Resultados</b>	<b>Incluidos (título y resumen)</b>
<b>Atención a la Salud AND Colombia AND pandemia</b>	LILACS	8	<ul style="list-style-type: none"> <li>- COVID-19: implicaciones del SARS-CoV-2 en Colombia</li> <li>- Cáncer colorrectal durante la pandemia COVID-19, recomendaciones de la Asociación Colombiana de Coloproctología.</li> <li>- Hábitos alimentarios en tiempos del COVID 19: un estudio con escolares de la ciudad de Puerto Colombia (Atlántico)</li> </ul>
	BVS	67	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cambio en la mortalidad intrahospitalaria durante el primer pico por SARS- COV-2 en Bogotá, Colombia.</li> <li>- Recolección de datos durante la pandemia por la COVID-19 y la inclusión de la población con discapacidad en América Latina y el Caribe.</li> <li>- Barreras de acceso a la telemedicina en tiempos de COVID-19, un desafío profesional y gubernamental.</li> <li>- Condiciones de vulnerabilidad, sociodemográficas y clínicas de la población diagnosticada con COVID-19 incluida en la estrategia de atención primaria en salud del municipio de Mosquera 2020.</li> <li>- Efectos indirectos de la pandemia por SARS CoV-2 en la prevalencia de lactancia materna: modelación de su impacto</li> <li>- Acompañamiento virtual y presencial a pacientes hospitalizados durante la pandemia de COVID-19 en Colombia.</li> <li>- Descripción y análisis de las intervenciones fundamentadas en la atención primaria para responder al COVID-19 en Colombia.</li> <li>- Cirugía de cabeza y cuello durante la pandemia de COVID-19 en Colombia: Experiencia de un centro de excelencia</li> </ul>



			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Recomendaciones para la respuesta contra la COVID-19 en contextos migratorios bajo una frontera cerrada: el caso de Colombia.</li> <li>- Telesalud en Colombia, retos asociados con el COVID-19.</li> <li>- Pautas éticas para la reanimación cardiopulmonar en el contexto de la pandemia de COVID-19 en Colombia</li> <li>- Problemas éticos en la asignación de recursos escasos y cuidado intensivo en la atención de la pandemia por SARS-CoV-2 Una reflexión desde los principios, criterios, derechos y deberes</li> <li>- Recomendaciones de diagnóstico y tratamiento del ataque cerebrovascular isquémico agudo durante la contingencia por covid-19.</li> <li>- Condiciones en la frontera sur entre Colombia y Venezuela ante la pandemia de COVID-19.</li> <li>- Colombia y Uruguay ante la COVID-19: datos epidemiológicos, medidas generales y en la práctica odontológica.</li> <li>- El derecho a la salud en tiempos de pandemia en Colombia: entre la inequidad endémica y el estado de emergencia</li> <li>- Preocupaciones y cambio social durante la pandemia de coronavirus en Colombia</li> </ul>
	Scielo	11	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuestionario sobre el impacto de la pandemia en la atención del estrabismo y la ambliopía en Latinoamérica.</li> <li>- Coronavirus (COVID 19) Infection in Pregnancy</li> </ul>
	Dialnet	21	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pandemia y salud mental en la nueva realidad</li> <li>- La Vinculación de la odontología a los sistemas de salud de Colombia y Uruguay</li> <li>- Psicoterapia online en tiempos de pandemia</li> </ul>
<b>Garantía de la Calidad de Atención de Salud AND pandemia</b>	BVS	19	Control metabólico y recursos tecnológicos de niños con diabetes durante la pandemia de COVID-19
	Repositorio: Universidad EAN	1	Percepción de calidad de los usuarios de telemedicina en la IPS Centro de Diagnóstico Clínico SAS de la ciudad de Armenia-Colombia en el periodo de junio a septiembre de 2021
	Repositorio: Universidad Javeriana	1	Los retos de la informalidad en el marco de la emergencia sanitaria por COVID-19 en la localidad de Kennedy
<b>Atención a la salud AND calidad AND pandemia</b>	Scielo	57	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Intervenciones para la salud mental de estudiantes universitarios durante la pandemia por COVID-19: una síntesis crítica de la literatura.</li> <li>- Reorganización de la rehabilitación basada en comunidad frente al COVID-19</li> </ul>

			- Experiencias de los padres de niños prematuros hospitalizados en torno a las restricciones impuestas por la pandemia para la interacción con su hijo
	BVS	237	-Interrupción de servicios de salud para embarazadas, recién nacidos, niños y niñas, adolescentes y mujeres durante la pandemia de COVID-19: proyecto ISLAC 2020.  - Portales de pacientes seguros, interoperables y con datos de calidad.  - Covid-19 y la odontología latinoamericana para pacientes con necesidades especiales.  - Teleodontología para la atención de pacientes durante la pandemia de la COVID-19  - Salud digital: Una estrategia de continuidad asistencial para personas con enfermedades no transmisibles durante la COVID-19.
<b>Continuidad de la Atención al Paciente AND pandemia AND Colombia</b>	Dialnet	2	- Recomendaciones sobre el manejo de pacientes adultos con enfermedades reumáticas en el contexto de la infección por SARS-CoV-2/COVID-19. Asociación Colombiana de Reumatología.
	Google académico	2	La teleconsulta en enfermedades respiratorias durante la epidemia de COVID-19: a propósito de un caso
<b>Accesibilidad AND pandemia AND Colombia</b>	Repositorio: Institución Universitaria Colegios de Colombia	1	Barreras de acceso y su impacto en la demanda de los servicios de salud de un centro de atención prioritaria en salud (CAPS), en una localidad de Bogotá, durante el marco de la pandemia por Covid-19
	Repositorio: Institución Universitaria Antonio José Camacho	1	Análisis del impacto de la implementación de la resolución 521 de 2020, desde la perspectiva del aseguramiento para la garantía del principio de accesibilidad a los servicios de salud en Colombia año 2021
<b>Seguridad del paciente AND pandemia AND Colombia</b>	Repositorio: Universidad Simón Bolívar	1	Impacto de la pandemia por Covid-19 en programa de seguridad del paciente enfocado en grado de percepción de seguridad en una institución de alta complejidad, Barranquilla, periodo 2020-2021
	Repositorio: Universidad EAN	1	Auditoría de eventos adversos en tiempos de pandemia Covid – 19 en un servicio de urgencias de un hospital del Valle del Cauca durante el primer semestre del 2020.
	Repositorio: Universidad Cooperativa de Colombia	1	Percepción del personal de salud en la seguridad del paciente frente al marco del covid-19 en dos instituciones prestadoras de servicios de salud en el año 2021
	Repositorio:	1	El cuidado brindado a maternas de bajo riesgo obstétrico desde el prestador primario en salud en tiempos de pandemia por COVID-19

	Universidad de Córdoba		
	Google académico		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Donación de órganos y trasplante en la era COVID-19: ¿Realmente se deben parar los programas?</li> <li>- Terapia endovascular para el manejo del infarto cerebral isquémico agudo durante la pandemia por covid-19</li> <li>- Satisfacción de los usuarios con la telemedicina en la IPS Cardiología Siglo XXI de la ciudad de Ibagué atendidos en tiempo de pandemia Covid -19 durante los meses abril a agosto 2020.</li> <li>- Causas de cancelación de cirugía programada en una clínica de alta complejidad de Popayán, Colombia</li> </ul>
<b>Enfermedades crónicas AND Pandemia AND Colombia</b>	Revista Facultad de Medicina UNAL	1	Cuidados paliativos en Colombia: atención domiciliaria, barreras de acceso y avances en la implementación de estos programas durante la pandemia por COVID-19
	Profamilia	1	Ansiedad, depresión y miedo: impulsores de la mala salud mental durante el distanciamiento físico en Colombia.
	Scielo	6	<p>Recomendaciones para el cuidado de pacientes con cáncer y neoplasias hematológicas en el estado de pandemia COVID-19 en Colombia</p> <p>Enfermedad de Parkinson y covid-19: una pandemia en medio de otra.</p>
	Revista: Universidad Pedagógica y tecnológica de Colombia	1	Efectos del confinamiento por la pandemia de SARS-CoV-2 en trastornos metabólicos (Obesidad y DM2) y carcinoma lobulillar de seno.
	Repositorio: Universidad de los Andes	1	Cambios en el acceso equitativo y la cobertura universal de los servicios de salud en tres sistemas de salud durante la pandemia de COVID-19 desde el enfoque de un marco estratégico de seguimiento. Estudio de casos
	Revista de pediatría	1	Impacto oculto de la pandemia por SARS-CoV-2, un reto en pediatría, Recuperar el tiempo perdido
	Revista de Urología Colombiana	1	Donación y trasplante de órganos en medio de la pandemia COVID-19: Consecuencias y retos para un país emergente
	Repositorio: Corporación Universitaria Iberoamerican	1	Impacto del servicio de tele consulta en pacientes con enfermedad general durante la pandemia por SARS COV-2

	Google académico		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Artritis reumatoide y telemedicina en tiempos de COVID-19</li> <li>- Diabetes Mellitus y Síndrome Post-COVID 19: ¿Es un Período de Riesgo Metabólico?</li> <li>- Colombia de cara a las epidemias, pandemias y otras enfermedades</li> <li>- Impacto psicológico del aislamiento social en el paciente comórbido: a propósito de la pandemia COVID-19</li> <li>- Enfermedades cardio metabólicas y la mortalidad por el COVID-19 en el inicio de la pandemia en Colombia</li> <li>- Reorganización de la rehabilitación basada en comunidad frente al COVID-19.</li> <li>- Efectos de la pandemia por COVID 19 en la adherencia a la terapia farmacológica de pacientes de un programa de riesgo cardiovascular en Bucaramanga</li> <li>- Los riesgos de la pandemia de COVID-19 para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.</li> <li>- Salud colectiva en tiempos de COVID-19. Modelo escalar para comprender las afectaciones en la ruralidad de Urabá, Antioquia, Colombia, 2020</li> </ul>
	NIH	54	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Qué hemos dejado de atender por la COVID-19? Diagnósticos perdidos y seguimientos demorados. Informe SESPAS 2022</li> <li>- La Parasitología en Colombia: una visión panorámica</li> </ul>
	Dialnet	52	Hábitos de vida durante la cuarentena por COVID-19 en una muestra de la población colombiana
<b>Daño del paciente AND pandemia</b>	Scielo	1	El daño colateral de la atención de la pandemia de COVID-19.
<b>Asignación de Recursos para la Atención de Salud AND pandemia AND Colombia</b>	Repositorio: Universidad Militar Nueva Granada	1	Covid -19 generador de cambio en el modelo de atención en salud en Colombia
	Google académico		<ul style="list-style-type: none"> <li>-Triage en la pandemia COVID-19: un abordaje con perspectiva de derechos humanos.</li> <li>- ¿Es la atención primaria de salud integral parte de la respuesta a la pandemia de Covid-19 en Latinoamérica?</li> <li>-Enemigo silencioso durante la pandemia COVID-19 en Colombia: "La violencia contra la mujer".</li> </ul>
<b>Atención a la Salud OR Atención de Salud and</b>			

**Necesidades de Servicios de Salud and Covid-19 and Colombia**

**Garantía de la Calidad de Atención de Salud AND pandemia OR Covid-19**

Otros términos de búsqueda realizados en las diferentes bases de datos y en las cuales aparecen artículos repetidos según los términos de búsqueda relacionados anteriormente o artículos no pertinentes para la actual monografía.

**Daño del paciente and Colombia and Covid-19 OR pandemia**

**Anexo 3: Formato ficha de recolección de datos**

	A	B	C	D	E
1	TITULO				
2	AUTOR				
3	REFERENCIA BIBLIOGRAFICA				
4	DEPARTAMENTO				
5	MUNICIPIO				
6	AÑO DEL ESTUDIO				
7	INSTITUCION DE SALUD				
8	NIVEL DE COMPLEJIDAD				
9	SERVICIOS ANALIZADOS				
10	GRUPO POBLACIONAL				
11	PATOLOGIA TRATADA				
12	RECOMENDACIONES				
13	APORTE				
14		Fase de la pandemia			
15		Fase de la pandemia			
16	Dimensión de la calidad	1-preparación,	2-contención,	3-contagio comunitario	4-transmisión sostenida
17	Oportunidad, continuidad				
18	Seguridad, pertinencia				
19	Accesibilidad				
20					