

**Soluciones gerenciales para conservar y mejorar la oportunidad de atención
en salud en el año 2020 durante la pandemia por el SARS COV 2 en
instituciones prestadoras de salud del Área Metropolitana del Valle de
Aburrá**

**Ana María Hoyos Falla, María Virginia Ramírez Rodríguez, Andrea María
Ricaurte Cueto**

Universidad CES

Facultad de Medicina – Antioquia

Especialización en Gerencia de IPS

**Soluciones gerenciales para conservar y mejorar la oportunidad de atención
en salud en el año 2020 durante la pandemia por el SARS COV 2 en
instituciones prestadoras de salud del Área Metropolitana del Valle de
Aburrá**

Proyecto de Investigación

Presentado por:

**Ana María Hoyos Falla, María Virginia Ramírez Rodríguez, Andrea María
Ricaurte Cueto**

Asesor:

Dr. Carlos Mario Vega Montoya

Universidad CES

Facultad de Medicina – Antioquia

Especialización en Gerencia de IPS

Medellín

2021 - 2022

CONTENIDO

| | |
|---|----|
| RESUMEN..... | 3 |
| FORMULACIÓN DEL PROBLEMA | 5 |
| PREGUNTA | 5 |
| PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 5 |
| MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL | 9 |
| OBJETIVOS | 18 |
| • OBJETIVO GENERAL | 18 |
| • OBJETIVOS ESPECÍFICOS | 18 |
| METODOLOGÍA..... | 19 |
| • TIPO DE ESTUDIO | 19 |
| • POBLACIÓN | 19 |
| Tabla 1: Cumplimiento de objetivos | 20 |
| CONSIDERACIONES ÉTICAS | 21 |
| RESULTADOS..... | 22 |
| DISCUSIÓN..... | 35 |
| CONCLUSIÓN | 38 |
| BIBLIOGRAFIA..... | 39 |
| ANEXOS ENTREVISTAS | 44 |

RESUMEN

Los coronavirus pertenecen a una gran familia de virus que causan enfermedades que van desde cuadros respiratorios leves hasta severos con múltiples complicaciones que pueden conllevar hasta la muerte, como ha sido el caso específico de SARS COV 2, infección que se fue propagando a nivel mundial por su fácil transmisibilidad, generando altas tasas de mortalidad por lo que fue declarada por la OMS como una emergencia de salud pública. Todo esto lleva a grandes cambios adaptativos de atención médica, no solo de urgencias sino también de consulta externa y atención prioritaria en salud, principalmente con las medidas de aislamiento preventivo obligatorio tomadas por el gobierno nacional, como respuesta a esto aparece la resolución 521 del 2020 la cual implementa la atención domiciliaria y la telesalud como medidas para atender población vulnerable pero que posteriormente se extiende a la población general. Todos estos cambios generan necesidad de reestructuración en el interior de las diferentes instituciones prestadoras de salud. El principal recurso utilizado por parte del sistema de salud para dar frente a los obstáculos que impuso la pandemia, sobre todo en cuanto a la consulta externa, fue la implementación de la virtualidad, no sólo para la consulta por medio de canales virtuales, sino también para mejorar la comunicación con los usuarios. Los hallazgos de esta monografía coinciden en que la estrategia más efectiva implementada durante este periodo fue la telemedicina y la telesalud como método para mejorar no solo la oportunidad sino también la cobertura.

ABSTRACT

Coronaviruses belong to a large family of viruses that cause diseases ranging from mild to severe respiratory conditions with multiple complications that can lead to death, as has been the specific case of SARS COV 2, an infection that spread worldwide by its easy transmissibility, generating high mortality rates, reason why it was declared by the WHO as a public health emergency. All this leads to great adaptive changes in medical care, not only the emergency room but also in outpatient consultation and priority health care, mainly with the mandatory preventive isolation measures taken by the national government. In response to this, resolution 521 of 2020 appears and implements home care and telehealth as measures to serve the vulnerable population, but later extends to the general population. All these changes generate a need for restructuring within the different health-providing institutions. The main resource used by the health system to face the obstacles imposed by the pandemic, especially in terms of outpatient consultation, was the implementation of virtuality, not only for consultation through virtual channels, but also to improve communication with users. The findings of this monograph agree that the most effective strategy implemented during this period was telemedicine and telehealth as a method to improve not only opportunity but also coverage.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

PREGUNTA

¿Qué soluciones gerenciales surgieron para conservar y mejorar la oportunidad de consulta médica en el año 2020 en instituciones prestadoras de servicios de salud en Medellín durante la pandemia por el Virus SARS COV- 2?

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los coronavirus pertenecen a una gran familia de virus que causan enfermedades que van desde un cuadro respiratorio leve hasta cuadros respiratorios severos, con múltiples complicaciones que pueden conllevar hasta la muerte, como ha sido el caso específico de SARS COV 2, infección que se fue propagando a nivel mundial por su fácil transmisibilidad, generando altas tasas de mortalidad por lo que fue declarada por la OMS como una emergencia de salud pública de preocupación internacional el 30 de enero de 2020 y como una pandemia el 11 de marzo de 2020 ante la rápida y progresiva expansión de la epidemia a nivel internacional (1)

En diciembre de 2019 fueron reportados una serie de casos de pacientes hospitalizados por neumonía e insuficiencia respiratoria causada por virus de reciente aparición (SARS COV2), en la provincia de Hubei, China, para el 11 de febrero de 2020 la OMS nombró la enfermedad causada por este agente etiológico como COVID 19 y esta se extendió rápidamente por países de Asia, Medio Oriente y Europa (2) (3)

Posterior al primer caso positivo en Colombia, según el Ministerio de Salud el 6 de marzo de 2020(4) se iniciaron múltiples procesos para la contención del virus; para el 10 de marzo de 2020 surge la Resolución 380 de 2020 "Por la cual se adoptan medidas preventivas sanitarias en el país por causa del coronavirus COVID19 y se dictan otras disposiciones", en esta se implementa cuarentena para personas que ingresen de otros países con alta circulación (China, Italia, Francia y España); la Resolución 385 de 12 Marzo 2020 "Por la cual se declara la emergencia sanitaria por causa del coronavirus COVID 19 y se adoptan medidas para hacer frente al

virus" (5) (6) (7). Sin embargo, para el 24 de abril de 2020 ya se habían reportado 4.881 casos confirmados de COVID 19, cifra que iba en ascenso. Todo esto llevó a grandes cambios adaptativos de atención médica, no sólo de urgencias sino también de consulta externa y de atención prioritaria en salud, principalmente con las medidas de aislamiento preventivo obligatorio tomadas por el Gobierno Nacional. Como respuesta a esto aparece la Resolución 521 del 2020 la cual implementa la atención domiciliaria y la telesalud como medidas para atender población vulnerable pero que posteriormente se extiende a la población general, estos cambios generaron necesidad de reestructuración en el interior de las diferentes instituciones prestadoras de salud (8), principalmente aquellas que prestan servicios de consulta médica general; cambios a nivel de operación y roles del personal, lo que en un principio afectó la oportunidad en la atención en salud, no sólo por la escasez de personal médico y por la necesidad de capacitar primero al personal en esta nueva modalidad en salud, sino también, por el conocimiento y la adaptación de los afiliados a este tipo de atención. Con esto surge la necesidad por parte de los gerentes en cabeza de estas instituciones de diseñar estrategias gerenciales para afrontar este nuevo reto, lograr la cobertura en la atención para los usuarios y no afectar la oportunidad de la misma.

La pandemia originada por el virus SARS COV 2, cambió radicalmente la vida de la gran mayoría de personas en el mundo. Este virus por su alta tasa de mortalidad ha causado la muerte de más de 5 millones de personas a nivel global, llevando a que la vida y más específicamente la salud como la conocíamos antes cambiara, posiblemente de manera permanente. Esto se vio reflejado en un gran reto de adaptación al contexto para el sector salud.

Desde que llegó la pandemia a Colombia, el país se ha visto afectado por ésta en diferentes aspectos, y la atención en salud no es una excepción. Con la implementación de las medidas de aislamiento social preventivas como estrategia para la contención al virus, la oportunidad en la atención en salud cambió, debido a las precauciones en medidas de bioseguridad, el límite de personas permitidas en espacios cerrados y la restricción para salir de los hogares, así como el temor de

los pacientes de asistir a centros de atención médica. Como respuesta a esto las instituciones prestadoras de salud (IPS) comenzaron a implementar varias modificaciones en la atención al usuario, siendo la telemedicina una alternativa crucial para no afectar tan radicalmente la oportunidad en la atención, ni exponer al paciente a la infección por el virus.

Desafortunadamente, por múltiples variables, entre ellas la escasez en el conocimiento de la telemedicina y la telesalud, al ser un proceso emergente y la necesidad de entrenar al personal de salud, además de la adaptación de los espacios y los sistemas tecnológicos, sin mencionar la escasez de personal de salud debido a las altas demandas en los servicios de urgencias y unidades de cuidados intensivos (UCI) por aumento en casos COVID, estas medidas de telemedicina y la telesalud tuvieron sus limitaciones, lo que llevó a los líderes de los diferentes servicios de atención en salud a generar estrategias que permitieran mejorar y optimizar no sólo los procesos sino también capacitar al personal, para no afectar la oportunidad ni la calidad en el servicio.

Por lo anterior se vuelve importante conocer y describir las diferentes soluciones y medidas que se tomaron por parte de gerentes en salud para dar frente a estas adversidades y así, responder con la obligación de las IPS de dar atención en salud oportuna y de calidad a sus usuarios. Se considera pertinente este estudio ya que la pandemia por el COVID 19 fue algo que provocó un gran impacto en todos los aspectos de la vida cotidiana incluyendo la manera como se venían prestando los servicios de salud. Tiene ausencia de duplicación ya que a pesar de que se ha hablado innumerables veces de la pandemia por el COVID 19, muy poco se han mencionado las soluciones generadas e implementadas por los gerentes de las IPS, de igual manera no existen estudios específicos que involucren las fuentes de información que se utilizarán en este estudio. Es un estudio viable ya que se puede tener acceso a la información necesaria para la realización del mismo, se cuenta con los recursos tanto materiales como tecnológicos y del personal. Tiene posibilidad de aplicación de los resultados pues pueden replicar los hallazgos en

otras IPS como solución a barreras en la atención ocasionadas por pandemia por el COVID 19, además con los hallazgos en este estudio se podrán mejorar ciertos procesos ya implementados y optimizarlos, todo esto basado en las experiencias, vivencias y resultados descritos.

MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL

Se realizará el marco teórico en forma de glosario, para facilitar la comprensión de los conceptos claves relacionados con el tema del estudio y simplificar su lectura y análisis. Se describirán las bases teóricas y jurídicas tenidas en cuenta para la realización del presente estudio, organizadas de forma en que se pongan en contexto todas las definiciones.

A. Teóricas

Coronavirus: son una amplia familia de virus que pueden causar diversas afecciones, desde el resfriado común hasta enfermedades graves, como ocurre con el coronavirus causante del síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS-CoV) y el que ocasiona el síndrome respiratorio agudo severo (SRAS-CoV). Son virus zoonóticos, o sea, pueden transmitirse entre animales y humanos, infectan fundamentalmente células del tracto respiratorio y el tracto gastrointestinal. (9)(10)

SARS COV 2: es una nueva cepa de coronavirus que no se había identificado previamente en el ser humano, causante de la pandemia desde 2020. Tiene síntomas generales y sistémicos que en la mayoría de los casos resuelve con medidas básicas, pero, en dependencia del huésped, susceptibilidad, comorbilidades asociadas, desarrolla formas clínicas más graves que van desde una neumonía con insuficiencia respiratoria aguda hasta la disfunción múltiple de órganos y la muerte. Los signos clínicos más comunes son fiebre, tos y síntomas respiratorios (disnea y otras alteraciones de la respiración); también puede haber problemas gastrointestinales, incluida la diarrea. En los casos más severos, la infección puede causar bronquitis o neumonía (bien sea neumonía viral directa o una neumonía bacteriana secundaria), síndrome respiratorio agudo severo, fallo o insuficiencia renal e, incluso, el fallecimiento del paciente. (9)(10)

Pandemia: enfermedad epidémica que se extiende a muchos países o que ataca a casi todos los individuos de una localidad o región. (11)

Epidemia: 1. Enfermedad que se propaga durante algún tiempo por un país, acometiendo simultáneamente a gran número de personas. 2. Mal o daño que se expande de forma intensa e indiscriminada. (12)

Caso sospechoso de infección por el SARS COV 2:

Persona que cumple los criterios clínicos y epidemiológicos:

Criterios clínicos: aparición súbita de fiebre y tos; o aparición súbita de TRES O MÁS signos o síntomas de la lista siguiente: fiebre, tos, debilidad general/fatiga, cefalea, mialgia, dolor de garganta, resfriado nasal, disnea, anorexia/náuseas/vómitos, diarrea, estado mental alterado.

Criterios epidemiológicos: haber residido o trabajado en un entorno de alto riesgo de transmisión del virus (por ejemplo, en entornos residenciales cerrados o entornos humanitarios tales como campamentos o estructuras similares para personas desplazadas) en algún momento del periodo de 14 días anterior a la aparición de los síntomas; o haber residido en una zona en la que haya transmisión comunitaria o haber viajado a ella en algún momento del periodo de 14 días anterior a la aparición de los síntomas; o haber trabajado en un entorno de atención de salud (lo que incluye establecimientos de salud y hogares) en algún momento del periodo de 14 días anterior a la aparición de los síntomas. (10)

Caso probable de infección por el SARS COV 2:

A. Paciente que cumple los criterios clínicos mencionados anteriormente y es contacto de un caso probable o confirmado, o está vinculado a un conglomerado de casos de COVID-19.

B. Caso sospechoso (descrito anteriormente) con signos indicativos de COVID-19 en las imágenes diagnósticas del tórax.

C. Persona con anosmia (pérdida del olfato) o ageusia (pérdida del gusto) de aparición reciente en ausencia de otra causa identificada.

D. Muerte, sin otra causa conocida, en un adulto que haya presentado dificultad respiratoria antes de fallecer y haya estado en contacto con un caso probable o confirmado o guarde relación con un conglomerado de casos de COVID-19. (10)

Caso confirmado de infección por el SARS COV 2:

- A. Individuo que ha dado positivo en una prueba de amplificación de ácidos nucleicos del SARS-CoV-2.
- B. Individuo que ha dado positivo en una prueba rápida de detección de antígenos del SARS-CoV-2 y que cumple con la opción A o la opción B de la definición de caso probable o de la definición de caso sospechoso.
- C. Individuo asintomático que ha dado positivo en una prueba rápida de detección de antígenos del SARS-CoV-2 y que es contacto de un caso probable o confirmado. (10)

Contacto estrecho:

- La persona que se encuentra a menos de 2 metros de un caso confirmado de SARS-CoV-2/COVID-19. Este contacto puede ocurrir mientras cuida, viva, visite, comparta un área de espera, se encuentra en el lugar de trabajo o en reuniones con un caso de SARS-CoV-2/ COVID-19.
- Una persona que tenga contacto directo, sin protección, con secreciones infecciosas de un caso de SARS-CoV-2/COVID-19 (por ejemplo, con la tos o la manipulación de los pañuelos utilizados).
- Un trabajador del ámbito hospitalario que tenga contacto con caso probable o confirmado o con secreciones infecciosas de un caso de SARS-CoV-2/COVID-19 de SARS-CoV-2/COVID-19, sin elementos de protección personal.
- Una persona que viaje en cualquier tipo de transporte y se sienta a distancia de dos asientos o menos, en cualquier dirección, del caso de SARS-CoV-2/COVID-19. Los contactos incluyen compañeros de viaje y personal de la tripulación que brinde atención al caso durante el viaje (13)

Cuarentena: hace referencia a la restricción, voluntaria u obligatoria, del desplazamiento de individuos que han estado expuestos a un potencial contagio y que posiblemente se encuentren infectados. Durante este tiempo, las personas deben permanecer en un lugar determinado hasta que pase el periodo de incubación de la infección, para lo cual se debe garantizar asistencia médica, soporte psicológico, refugio y alimentación. (14)

Aislamiento: separación física de las personas contagiadas de aquellas que están sanas. Esta medida resulta efectiva cuando se ha hecho una detección temprana de la enfermedad y se aísla a la persona infectada en un espacio específico, evitando el contacto con los demás. (14)

Distanciamiento social: consiste en alejarse de lugares concurridos y restringir la interacción entre las personas tomando cierta distancia física o evitando el contacto directo entre ellas. Esta medida se implementa cuando en una comunidad existen personas infectadas que, al no haber sido identificadas ni aisladas, pueden seguir transmitiendo la enfermedad. Por ello, el distanciamiento social implica el cierre de lugares donde hay mayor concentración de personas como escuelas, centros comerciales, sitios para eventos sociales, oficinas, entre otros. (14)

Telesalud: Es 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, entre otras, la Telemedicina o telesalud y la Teleeducación en salud. (15)

Telemedicina: Es la provisión de servicios de salud a distancia en los componentes de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, por profesionales de la 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. (15)

Teleeducación en salud: Es la utilización de las tecnologías de la información y telecomunicación para la práctica educativa de salud a distancia. (15)

Bioseguridad: Conjunto de medidas para la prevención de riesgos para la salud y el medio ambiente provocados por agentes biológicos. (16)

D. Bases Jurídicas

Medidas normativas frente a la pandemia COVID-19: las medidas normativas que se adoptaron se clasifican en tres tipos: medidas sanitarias y de emergencia sanitaria; medidas de emergencia social, económica y ecológica; medidas de orden público y otras de carácter ordinarios. Todas estas normas, se relacionan estrechamente entre ellas (4)

- **Circular 005 de 11 de febrero de 2020:** fue la primera circular emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social, en la cual se dieron las “directrices para la detección temprana, el control y la atención ante la posible introducción del nuevo coronavirus (2019-ncov) y la implementación de los planes de preparación y respuesta ante este riesgo.”

En esta circular se encuentran las directrices específicas para las IPS: fortalecer e intensificar la vigilancia, aplicar el protocolo de vigilancia, realizar la notificación individual inmediata, realizar la obtención y envío de muestras correspondientes; reforzar medidas estándar de protección, adoptar las medidas de control como aislamiento, reforzar medidas de higiene, reforzar la adherencia a los protocolos y entrenamiento, brindar información clara.

Para este punto aún no se habían tomado medidas de telemedicina como estrategia y aun se le solicitaba a las IPS como acciones para la atención de pacientes: implementar estrategias para la tamización de sintomáticos

respiratorios, adecuar zonas especiales en las áreas de triage clínico para casos sospechosos, fortalecer las medidas de precauciones estándar, contar con los planes de contingencia hospitalarios, contar con equipos de protección personal para los profesionales de la salud, aplicar los protocolos y guías de manejo clínico para la atención de las infecciones respiratorias.

- **Circular conjunta 001 del 11 de abril de 2020:** emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social, junto con el Ministerio de Trabajo y de Vivienda, con relación a la pandemia por SARS COV 2, la cual da instrucciones de “orientaciones sobre medidas preventivas y de mitigación para reducir la exposición y contagio por infección respiratoria aguda causada por el sars-cov-2 (covid-19)”.

En esta circular, las medidas de prevención recomendadas se basaban en prácticas comunes teniendo en cuenta la disponibilidad de recursos que existían en el país en el momento de su publicación, y corresponden a las medidas que debían tomar representantes legales, personal administrativo, operativo, contratista, proveedores de bienes y servicios, personal de seguridad y salud en el trabajo encargados de los proyectos de construcción con el fin de reducir el riesgo de exposición al SARS-CoV-2 (COVID-19) durante la emergencia sanitaria. (17)

- **Resolución No. 385 del 12 de marzo de 2020:** del Ministerio de Salud y Protección Social, “por la cual se declara la emergencia sanitaria por causa del coronavirus COVID-19 y se adoptan medidas para hacer frente al virus”. Esta resolución en el inicio señala la ley 1751 de 2015, la responsabilidad del Estado de respetar, proteger y garantizar el acceso a la salud, no dejando atrás el deber de las personas de cuidar su propia salud, la de sus familiares y su comunidad. Para la fecha de publicación se habían detectado nueve

casos provenientes del exterior y entre las ciudades de ubicación estaba Medellín.

Esta declaratoria de emergencia, como lo dice en su primer artículo, fue a nivel nacional y se extendía hasta el 30 de mayo del 2020.

En el artículo 2, punto 2.12 se solicitó a las entidades promotoras de salud (EPS), a las instituciones prestadoras de salud (IPS) y a los entes territoriales facilitar la afiliación de colombianos y migrantes regulares al Sistema General de Seguridad Social en Salud (por canales virtuales). (7)

- **Resolución No. 444 del 16 de marzo del 2020:** publicada también por el Ministerio de Salud y Protección Social, “por las cual se declara la urgencia manifiesta para celebrar la contratación de bienes y servicios necesarios para atender la emergencia sanitaria causada por el coronavirus COVID-19”

En esta nuevamente se hace referencia como la salud siendo un derecho fundamental que no sólo está protegido por la Constitución Política, sino también a través de múltiples instrumentos jurídicos internacionales que hacen parte de la normativa por el bloque de constitucionalidad (art. 93 de la Constitución Política) (15*). Se destaca de esta resolución que para la adquisición de bienes, obras y servicios se debe justificar la inmediatez de la contratación y su nexo con la pandemia. (18)

- **Decreto No. 457 de 2020:** fue el decreto que dio inicio a la cuarentena obligatoria, iniciando el 25 de marzo del mismo año. El asunto de este fue “Por el cual se imparten instrucciones en virtud de la emergencia sanitaria generada por la pandemia del Coronavirus COVID-19 y el mantenimiento del orden público”. En este decreto cita el artículo 24 de la Constitución Política en el cual habla del derecho fundamental de la circulación libre, sin embargo, señalan también que no es derecho absoluto, y que en ciertos casos se

puede restringir con miras a proteger el interés público, el orden público y la salud y la moral públicas, entre otras.

En este se decreta el aislamiento preventivo obligatorio de todos los habitantes en Colombia a partir de las 00:00 am del 25 de marzo del 2020, hasta las 00:00 am del 13 de abril del 2020, fecha que después se extendería. Aquí también se señalaron las excepciones a este decreto, se permitió el derecho de circular a las personas entre otros, en los casos de “asistencia y prestación de servicios de salud” (19)

- **Decreto legislativo No. 538 del 12 de abril del 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”. En este decreto da autorizaciones y permisos para facilitar más la expansión del sector salud con disposiciones como **“Artículo 1.** Autorización transitoria para la prestación de servicios de salud” en el cual se permite adecuar y hacer uso de espacios no autorizados en principio para prestar servicios de salud; o el **“Artículo 4.** Gestión centralizada de la Unidades de Cuidado Intensivo y de las Unidades de Cuidado Intermedio” en el cual busca unificar a nivel distrital el proceso de referencia y contrarreferencia, para los pacientes que van a unidad de cuidados intensivos o especiales.

Precisamente el **artículo 8** “plataformas tecnológicas para las actividades de telesalud”, determina que las IPS deben implementar plataformas digitales accesibles con posibilidad de audio y video, que permitan facilitar el acceso a los servicios de salud.

El decreto también menciona otros temas importantes relacionados con la oportunidad, como el artículo 9 en el que se hace llamado a talento humano en salud. (18*) De este punto posteriormente se obtiene la **Resolución 628 del 2020** “por la cual se definen criterios, el procedimiento y las fases del llamado al talento humano en salud para reforzar o apoyar a los prestadores

de servicios de salud durante la etapa de mitigación de la pandemia por Coronavirus Covid-19” en la cual se especifica cada punto de proceso y sus condiciones. (20)

- **Resolución No. 609 del 13 de abril de 2020:** “por la cual se modifican los artículos 5 y 6 y se adiciona un artículo a la resolución 3460 de 2015”. Esta norma, creado por el Ministerio de Salud y Protección Social, modifica los artículos 5 y 6 y adiciona un artículo a la Resolución 3460 de 2015. En este se busca mejorar el acceso a salud y dar continuidad a esta durante la contingencia, manteniendo las condiciones adecuadas para el personal de salud y talento humano. (21)
- **Resolución No. 914 del 11 de junio de 2020:** “por la cual se define la tarifa máxima o valor máximo a pagar, durante la emergencia sanitaria, por los servicios de unidad de cuidados intensivo adultos, pediátrica y neonatal y de unidad de cuidado intermedio adulto y pediátrica para la atención de pacientes con Coronavirus COVID 19 confirmados y se dictan otras disposiciones”. También creada por el Ministerio de Salud y Protección Social, donde se marca un límite de pago en estas Unidades, esta resolución se tendrá en cuenta sólo durante la emergencia sanitaria por el Covid 19. (22)

OBJETIVOS

- **OBJETIVO GENERAL:** Identificar soluciones y estrategias que dieron los gerentes de IPS de Medellín para mejorar la oportunidad de consulta durante la pandemia por SARS COV 2 en el año 2020.

- **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**
 1. Conocer la oportunidad en la atención durante los años 2019 y 2020 en algunas IPS de Medellín.
 2. Comparar oportunidad en la atención entre los años 2019 y 2020 en esas IPS de Medellín
 3. Describir las diferentes estrategias que utilizaron los gerentes de algunas IPS en Medellín para el mantenimiento y mejoramiento de la oportunidad de consultas durante la pandemia.
 4. Realizar entrevistas a diferentes líderes médicos y gerentes de IPS en Medellín encargados de estos procesos en la pandemia.

METODOLOGÍA

- **TIPO DE ESTUDIO:** Estudio observacional de tipo descriptivo.

- **POBLACIÓN:** Se tomarán dos poblaciones objeto de estudio.
 1. **Población de mayor tamaño:** Información recolectada de diferentes fuentes como el Sistema de Información para la Calidad del Ministerio de Salud y Protección Social y datos propios de las IPS.
 - **Muestra:** Se tomará información del Sistema de Información para la Calidad y diferentes IPS de la ciudad de Medellín que acepten participar en la investigación.

 - **Criterios de inclusión:**
 - Datos sobre cuántas consultas externas hubo en esas IPS de Medellín en el año 2020
 - Datos sobre la oportunidad de las consultas en esas IPS de Medellín en el año 2020

 - **Criterios de exclusión:**
 - Información sobre consultas realizadas en un año diferente al 2020
 - IPS que no autoricen el acceso a esta información.

 2. **Población de menor tamaño:** conformada por líderes médicos y gerentes de diferentes IPS de Medellín
 - **Muestra:** Será seleccionada de forma intencional, pequeña, cerrada y representativa, acorde con los criterios de inclusión.

 - **Criterios de inclusión:**

- Haber sido líder médico o gerente de una IPS en la ciudad de Medellín durante el año 2020.

- Aceptar participar en el proceso de entrevista.

- **Criterios de exclusión:**

- No haberse desempeñado como líder médico o gerente de IPS en el año 2020.

- No aceptar entregar información sobre la gestión realizada en la IPS en el año 2020.

Tabla 1: Cumplimiento de objetivos

| OBJETIVO | CUMPLIMIENTO |
|--|--|
| Identificar las soluciones y estrategias que dieron los gerentes de IPS de Medellín para mejorar la oportunidad de consulta durante la pandemia por SARS COV 2. | Se recolectará información y se identificarán las estrategias utilizadas por algunos líderes y gerentes de IPS en Medellín para hacer frente a la pandemia y mantener adecuada la oportunidad de mejora para los usuarios. |
| Conocer la oportunidad en la atención durante el año 2020 en las IPS de Medellín. | Se buscará información estadística para así calcular la oportunidad de atención en salud en la contingencia. |
| Comparar oportunidad en la atención entre los años 2019 y 2020 en las IPS de Medellín | Los datos recolectados en cuanto a la oportunidad de mejora durante la pandemia se compararán con la misma antes y después de la pandemia. |

| | |
|---|---|
| Realizar entrevistas a diferentes líderes médicos y gerentes de IPS encargados de estos procesos en la pandemia. | Se seleccionarán líderes y gerentes que tomaron medidas e influyeron en la mejoría de oportunidad de mejora y se entrevistarán para conocer las estrategias usadas y sus intenciones con estas. |
|---|---|

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Este proyecto de investigación se considera desde la resolución 8430 de 1993 sin riesgo (31) , porque no incluye pacientes como objeto de estudio, no es sensible a las conductas de los mismos, por el contrario busca evaluar un proceso institucional el cual tiene como objetivo el beneficio del paciente.

RESULTADOS

Como sucedió en el mundo, el COVID-19 llegó a Medellín de manera implacable a cambiar las dinámicas de la población y, por ende, el perfil epidemiológico de sus habitantes: las infecciones asociadas a esta enfermedad fueron la primera causa de muerte en la ciudad. (23)

El 2020 se convirtió tal vez en uno de los años más difíciles en nuestra era y junto con la pandemia trajo grandes desafíos para todos los sectores, incluido el de la salud (24). Algunas IPS proyectaron estos desafíos como una potencialidad o un impulso para mejorar la gestión y así fortalecer la conciencia colectiva, promover el desarrollo innovando, llevando al crecimiento del sector salud (25).

El primero de junio 2020 inició el aislamiento preventivo obligatorio ordenado por el Decreto 847 expedido por el Gobierno nacional (26), y aunque para este punto ya se habían mostrado avances en cuanto a acciones de atención y prevención en los últimos años para la ciudad de Medellín, la pandemia por COVID-19 creó una disrupción importante en estos procesos, pues no solo se vio afectada la población directamente con los contagios, sino también detuvo los esquemas oportunos de atención para otro tipo de enfermedades y esto se debió en gran parte al temor por el contagio por parte de los usuarios al asistir a los centros asistenciales. Un ejemplo claro de esto es la disminución considerable de la vacunación para niños y niñas menores de un año en 2020. (27)

Para la búsqueda de bibliografía que se realizó para el desarrollo del proyecto, entre informes de gestión de diferentes IPS del área metropolitana y otros estudios sobre alternativas para hacer frente a la pandemia, se evidenció que la metodología común para mantener en pie la atención en salud fue la virtualidad, de la cual hablan autores como Mazón Ramos, Pilary Virgós Lamela, Alejandro en su artículo “Reorganización de la actividad asistencial ambulatoria en la era de la COVID-19. La hora de la e-consulta” o Roldán-Gómez Francisco J. y Jordán-Ríos, Antonio en su trabajo “Telemedicina como instrumento de consulta cardiológica durante la

pandemia COVID-19”; estudios en los que, si bien, no se enfocan en la misma área geográfica que este proyecto, exhiben el gran beneficio que se obtuvo al aplicar la telemedicina y están de acuerdo en que la pandemia dio el impulso necesario para que se adaptara esta medida de una forma contundente en la salud. Cabe resaltar que desde hace varios años ya se hablaba de “telesalud” y que desde el 2010 en Colombia salió la ley 1419 en la cual se especifican los lineamientos para el desarrollo de telesalud en el país (28), sin embargo se hablaba de que estos lineamientos eran muy estrictos y requerían de una inversión muy grande para los prestadores de salud, por lo que había pocos avances en su implementación. (29)

Ya en lo que se refiere a los análisis de gestión presentados por diferentes EPS e IPS del área metropolitana, como en el “informe de gestión ESE Metrosalud 2020 (31), con Salud Total en su “Informe de Gestión 2020”(32), Coomeva en su “Informe Anual y Balance Social Cooperativo”(25) y con SURA en su “Informe de Gestión 2020 EPS SURA“ (33), se evidenció que, además de la implementación de la telemedicina para mejorar la oportunidad de consulta, se trabajó y se mejoró también los canales de comunicación con el usuario, permitiendo así facilitar ciertas gestiones administrativas y clínicas, como renovación de fórmulas y revisión de exámenes, y de esta forma disminuir la congestión en las citas médicas.

Otras de las medidas tomadas por las IPS/EPS fueron: cerrar servicios, aplazar y cancelar procedimientos no urgentes, aumentar la capacidad instalada (34)

En un estudio realizado por la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad de Antioquia mencionan también la mejoría de la disponibilidad de camas hospitalarias principalmente en UCI como alternativa para darle frente a la pandemia, sin embargo, este tema se sale del foco principal.

Durante la búsqueda bibliográfica de estudios enfocados hacia la oportunidad de consulta en el año 2020 y las estrategias implementadas para mejorar este servicio,

no se encontraron documentos muy específicos, sin embargo, se obtuvo la información suficiente para identificar las medidas tomadas por los prestadores de salud, para dar continuidad al servicio.

Es muy importante y más durante esta época que ha representado tantos cambios, poder realizar una medición del desempeño del sistema salud del cual hacen parte las instituciones prestadoras de servicios, esta medición teniendo claro que el desempeño se mide de acuerdo a la capacidad de responder a las expectativas de los usuarios y capacidad de mejorar la salud de la población sin descuidar la protección financiera de las instituciones. Hay diferentes formas de medición pero OCAS (Observatorio Nacional de Calidad de la Atención en Salud) que integra información del resultado de los sistemas de garantía de la calidad en atención en salud, analizan y sintetizan la información de diferentes fuentes SISPRO, así se brinda información individual o en conjunto (prestadores o EPS) esto midiendo principalmente efectividad, seguridad, gestión riesgo, experiencia en la atención traducidos en indicadores como oportunidad, seguridad del paciente, entre otros.
(35)

Se va a hacer énfasis en la oportunidad que es el objetivo de este proyecto, pero relacionada con indicadores como la percepción del paciente sobre calidad del servicio.

La oportunidad es un concepto que está integrado al acceso y a factores intrínsecos a este como lo son la calidad en la atención, por lo que describiremos tiempo de espera para los principales servicios ofertados por las IPS básicas y haremos un paralelo entre 2019 cuando había normal funcionamiento y 2020 cuando se iniciaron las restricciones por SARS COV 2.(35)

Tiempo de atención:

Antioquia: Tiempo promedio desde que el paciente solicitó la cita hasta que fue asignada año 2019 (36) :

1. Atención prioritaria 5.28 días
2. Consulta medicina general 19.11 días
3. Consulta medicina interna 59.30 días.
4. Consulta pediatría 41.59

Satisfacción del Usuario por servicios en general a nivel de Antioquia 2019 (36):

| | |
|--|-----|
| Porcentaje de Satisfacción de usuarios que califican satisfecho o totalmente satisfecho. | |
| Cercanía hospitales | 97% |
| Cercanía a puntos | 98% |
| Las instalaciones | 91% |
| Simplicidad y agilidad | 93% |
| Tiempos de espera de atención | 97% |
| Trato administrativo | 97% |
| Trato asistencial | 99% |

Tabla 2: Satisfacción del Usuario por servicios en general a nivel de Antioquia 2019

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/evaluacion-servicios-saluinforme-final-II2019.pdf>

Satisfacción por instituciones prestadoras de servicios de salud 2019

1. SURA

| | |
|--|-----|
| Porcentaje de Satisfacción de usuarios que califican satisfecho o totalmente satisfecho. | |
| Cercanía hospitales | 97% |
| Cercanía a puntos | 96% |
| Las instalaciones | 97% |
| Simplicidad y agilidad | 92% |
| Tiempos de espera de atención | 94% |
| Trato administrativo | 96% |
| Trato asistencial | 99% |

Tabla 3: Satisfacción por instituciones prestadoras de servicios de salud 2019 – Sura

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/evaluacion-servicios-salud-informe-final-II2019.pdf>

2. MEDIMÁS

| Porcentaje de Satisfacción de usuarios que califican satisfecho o totalmente satisfecho. | |
|--|-----|
| Cercanía hospitales | 82% |
| Cercanía a puntos | 85% |
| Las instalaciones | 96% |
| Simplicidad y agilidad | 77% |
| Tiempos de espera de atención | 79% |
| Trato administrativo | 82% |
| Trato asistencial | 83% |

Tabla 4: Satisfacción por instituciones prestadoras de servicios de salud 2019 – Medimás

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/evaluacion-servicios-salud-informe-final-II2019.pdf>

3. Nueva EPS

| Porcentaje de Satisfacción de usuarios que califican satisfecho o totalmente satisfecho. | |
|--|-----|
| Cercanía hospitales | 94% |
| Cercanía a puntos | 95% |
| Las instalaciones | 93% |
| Simplicidad y agilidad | 95% |
| Tiempos de espera de atención | 90% |
| Trato administrativo | 95% |
| Trato asistencial | 96% |

Tabla 5: Satisfacción por instituciones prestadoras de servicios de salud 2019 - Nueva EPS

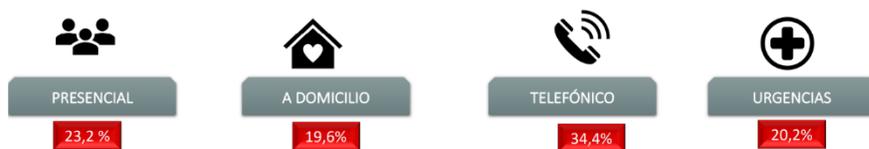
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/evaluacion-servicios-salud-informe-final-II2019.pdf>

Antioquia: Tiempo promedio desde que el paciente solicitó la cita hasta que fue asignada año 2020 (37):

1. Atención prioritaria 1 días
2. Consulta medicina general 4.85 días
3. Consulta medicina interna 22,55 días.
4. Consulta pediatría 8.55 días

Durante el 2020 se fortalece el servicio de telemedicina para ayudar a descongestionar los servicios por lo que nacen nuevas mediciones (37)

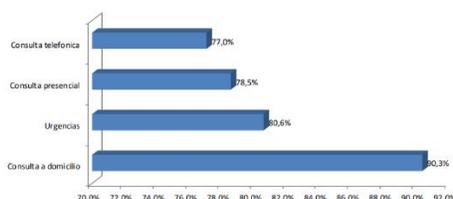
¿Por cual medio fue atendido?



Gráfica1: Tipo de atención a los pacientes

Satisfacción del Usuario por servicios en general a nivel de Antioquia 2020

Califica COMO BUENO O MUY BUENO la consulta donde fue diagnosticado



NO HUBO DIFERENCIAS IMPORTANTES POR Régimen

Gráfica 2: Satisfacción del usuario por servicios en general en Antioquia 2020

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/evaluacion-eps-2020-minsalud.pdf>

| Califica seguimiento Bueno o muy bueno | |
|--|-------|
| Régimen | % |
| CONTRIBUTIVO | 68,6% |
| SUBSIDIADO | 86,1% |
| Total | 72,3% |

Grafica 3: Calificación seguimiento a pacientes.

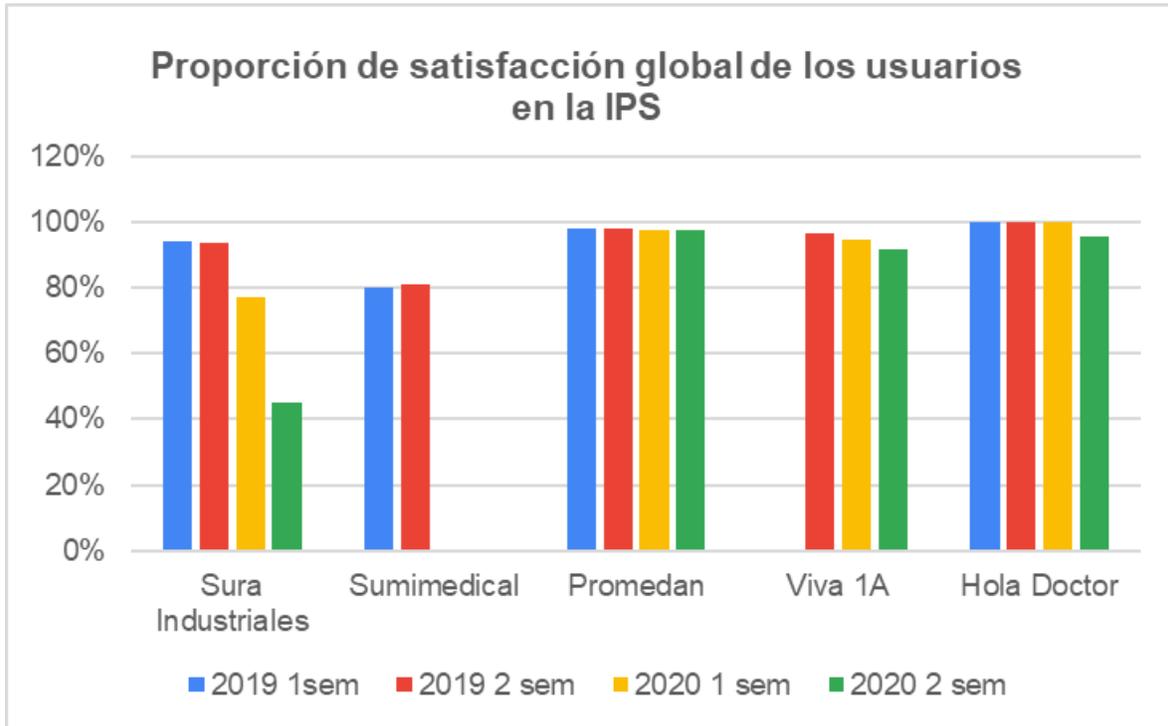
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/evaluacion-eps-2020-minsalud.pdf>

INDICADORES:

Los siguientes datos fueron tomados del Sistema Integrado de Información de la Protección Social SISPRO

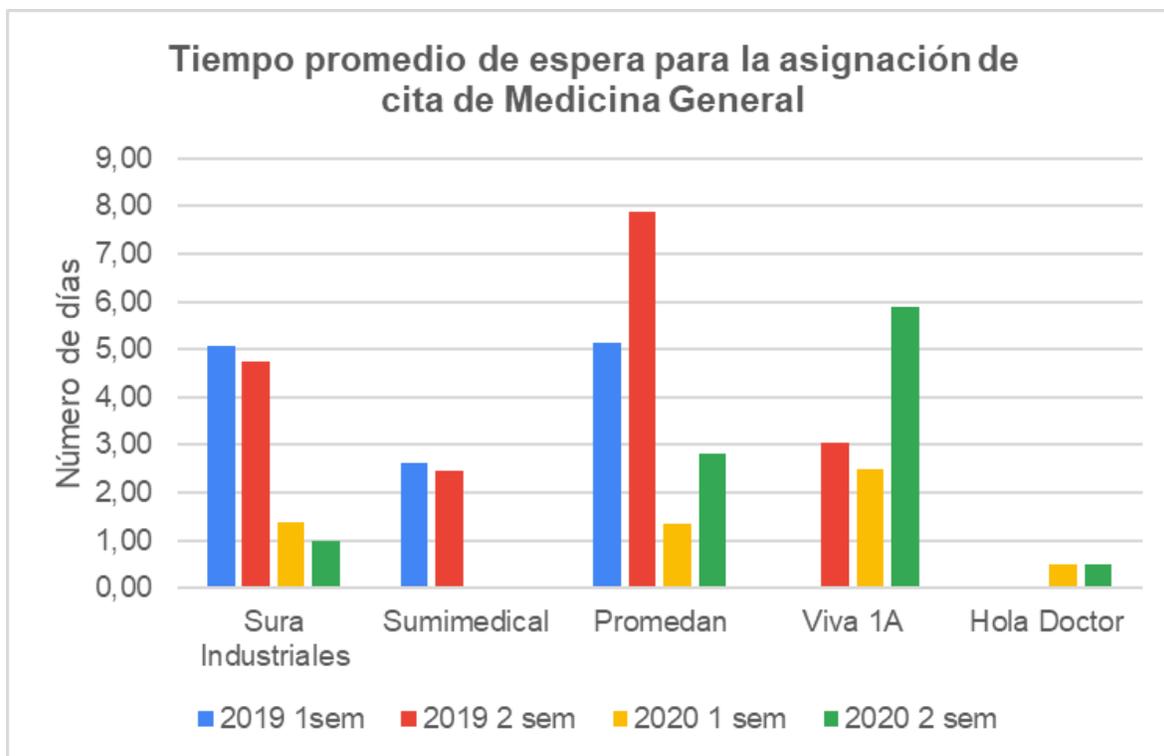
Proporción de satisfacción global de los usuarios en la IPS

Gráfica 4: Proporción de satisfacción global de los usuarios en la IPS



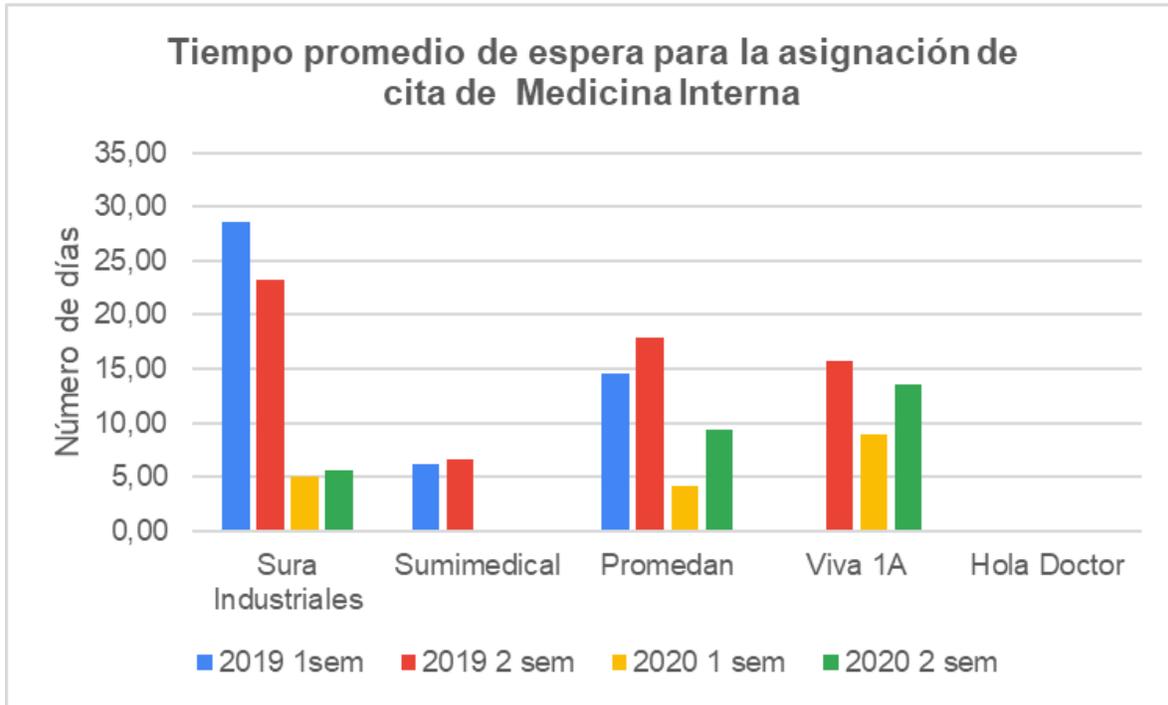
La IPS Sura Industriales tuvo una satisfacción global de sus usuarios muy buena en el año 2019 pero en el 2020 disminuyó significativamente, mientras que las IPS Promedan, Viva 1A y Hola Doctor mantuvieron la satisfacción de los usuarios por encima del 90% en ambos años. La IPS Sumimedical no aportó datos en el 2020, solo en el 2019 con una satisfacción del 80% aproximadamente.

Gráfica 5: Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina General



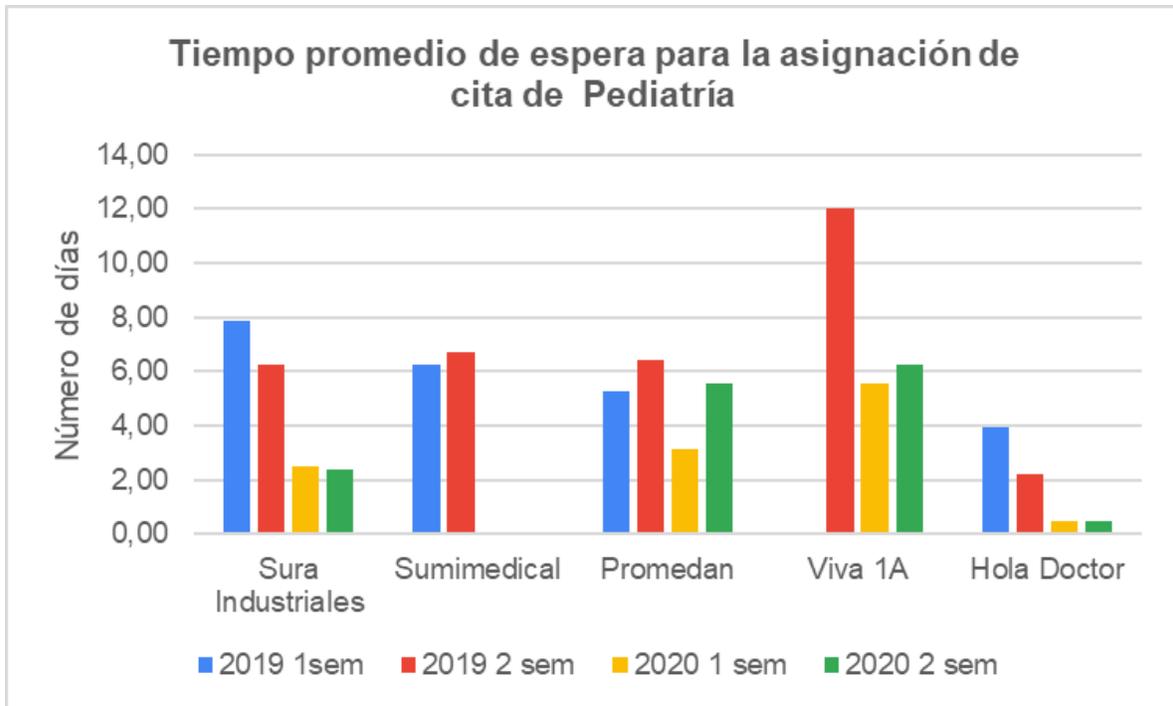
En las IPS Sura Industriales y Promedan el tiempo promedio de espera para la asignación de citas de medicina general disminuyó en el 2020 con respecto al año 2019. Sumimedical no aportó datos en el 2020 con una buena oportunidad en el 2019. Viva 1A disminuyó el tiempo de espera para la asignación de citas en el primer semestre del 2020 pero en el segundo nuevamente aumentó, incluso por encima del tiempo de espera en el 2019. No se encontró información de Hola Doctor sobre el 2019, pero en el 2020 las citas eran asignadas el mismo día que se solicitaban.

Gráfica 6: Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina Interna



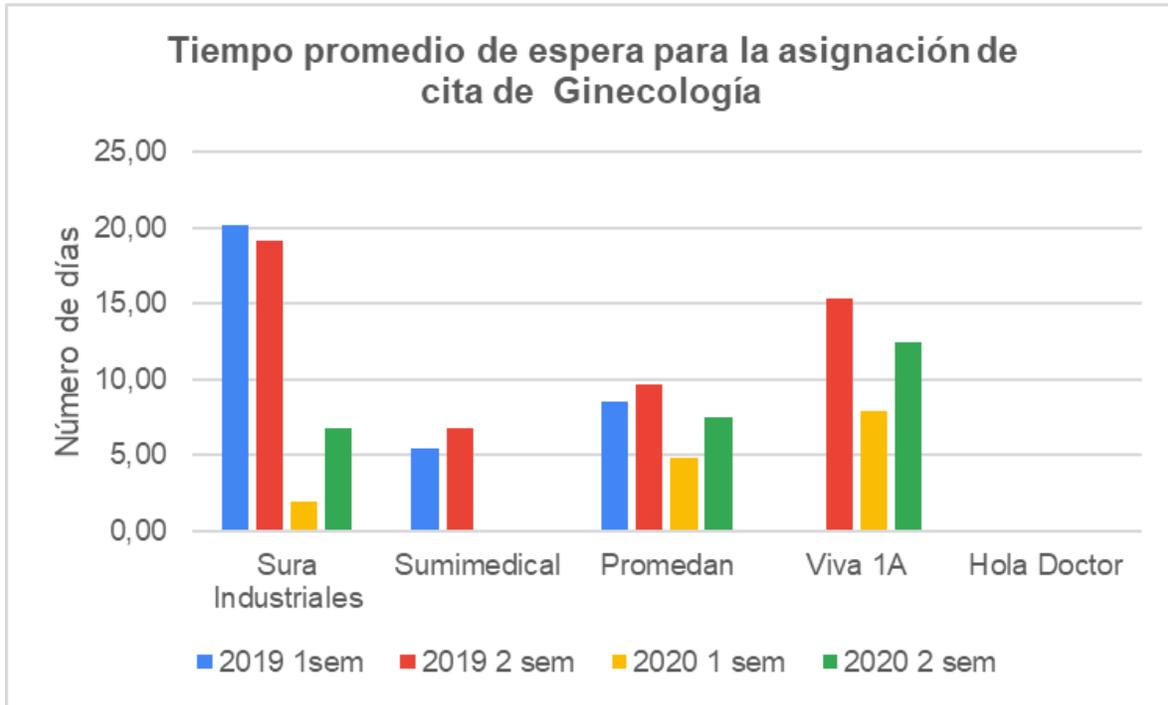
Las IPS Sura Industriales, Promedan y Viva 1A disminuyeron el tiempo promedio de espera para la asignación de citas de medicina interna en el año 2020, con relación al 2019. Sumimedical no aportó información sobre el 2020 pero en el 2019 tenían una oportunidad de citas aceptable. Hola Doctor no cuenta con esta especialidad en su portafolio de servicios.

Gráfica 7: Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Pediatría



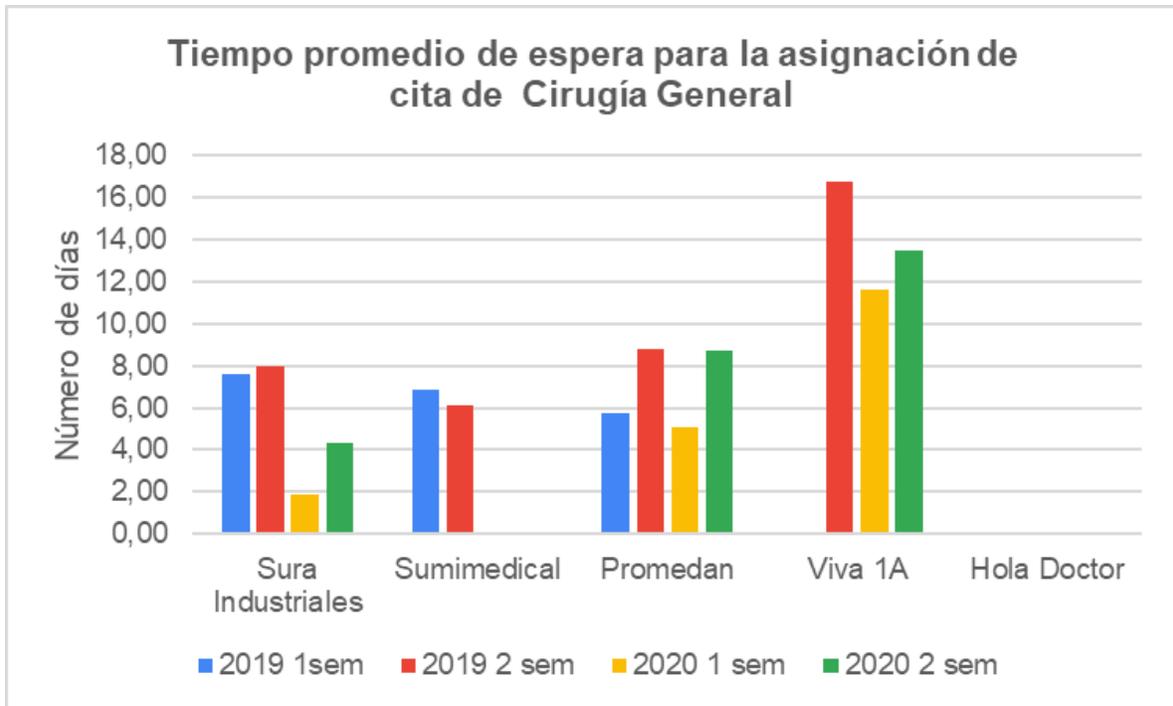
Las IPS Sura Industriales, Viva 1A y Hola Doctor disminuyeron el tiempo promedio de espera para la asignación de citas de pediatría en el 2020, en comparación con el año 2019. Sumimedical no aportó información sobre el 2020 pero en el 2019 tenían una buena oportunidad de citas. Promedan disminuyó el tiempo de espera para la asignación de las citas con pediatría en el primer semestre del 2020 pero aumentó en el segundo semestre con un tiempo de espera mayor que en el primer semestre del 2019.

Gráfica 8: Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Ginecología



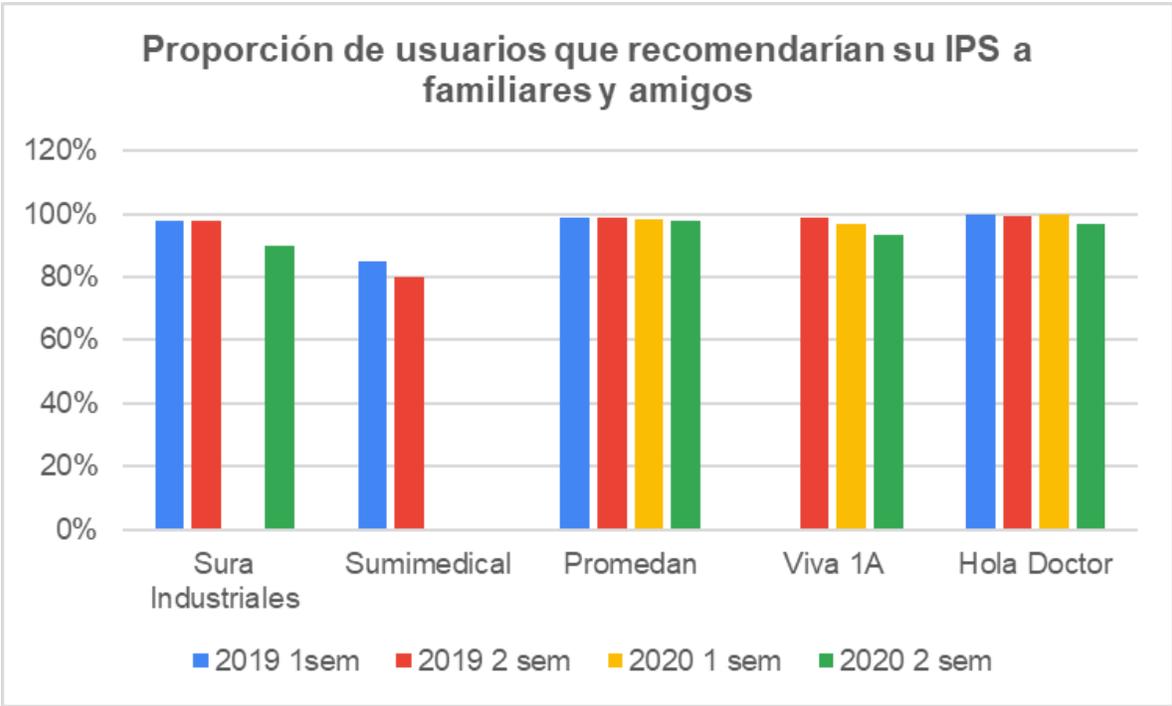
Las IPS Sura Industriales, Promedan y Viva 1A disminuyeron el tiempo promedio de espera para la asignación de citas de ginecología en el año 2020, con respecto al 2019. Sumimedical no aportó información sobre el 2020 pero en el 2019 tenían una buena oportunidad de citas. Hola Doctor no cuenta con esta especialidad en su portafolio de servicios.

Gráfica 9: Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Cirugía General



Las IPS Sura Industriales y Viva 1A disminuyeron el tiempo promedio de espera para la asignación de citas de cirugía general en el año 2020, con relación al 2019. Sumimedical no aportó información sobre el 2020 pero en el 2019 tenían una buena oportunidad de citas. Promedan disminuyó el tiempo de espera para la asignación de las citas con cirugía general en el primer semestre del 2019 y 2020 pero aumentó en el segundo semestre de ambos años. Hola Doctor no cuenta con esta especialidad en su portafolio de servicios.

Gráfica 10: Proporción de usuarios que recomendarían su IPS a familiares y amigos



Las IPS Sura Industriales, Promedan, Viva 1A y Hola Doctor tienen una proporción de usuarios que recomendarían la IPS por encima del 90%. En cambio, Sumimedical tiene una proporción de recomendación entre el 79 y 85% en el 2019 y no aportó datos del año 2020.

DISCUSIÓN

La pandemia por el Covid 19 creó un impacto a nivel mundial en muchos sentidos, y tanto la literatura como los líderes de las instituciones prestadoras de salud están de acuerdo en que, a pesar de todo, esta contingencia fue una oportunidad para recrear la forma en que se ofrece la consulta al usuario y obligó al sistema de salud a crear nuevas alternativas para cubrir la demanda.

El principal recurso utilizado por parte del sistema de salud para dar frente a los obstáculos que impuso la pandemia, sobre todo en cuanto a la consulta externa, fue la implementación de la virtualidad, no sólo para la consulta por medio de canales virtuales, sino también para mejorar la comunicación con los usuarios y así disminuir la demanda de consultas para peticiones que no requerían de esta atención, tal y como lo explica el entrevistado #4 *“Otras alternativas que usamos fue mejorar los canales de comunicación con los pacientes para que peticiones como renovación de fórmulas o revisión de exámenes o transcripción de órdenes, se pudieran hacer por estos medios y el paciente no tuviera que recurrir a una consulta, y de esta forma disminuir la demanda”*.

Uno de los principales retos a la hora de hacer la transición de la presencialidad a la virtualidad fue dejar atrás la creencia de que sin examen físico no se podría llegar a un diagnóstico, como decía el entrevistado #1 *“tener talento humano dispuesto a atender pacientes desde la virtualidad y con la restricción del examen físico, tener una mentalidad abierta al cambio y consciente que aquí la anamnesis e historia clínica cobran un papel fundamental ya que son las únicas herramientas para poder ser resolutivos sin tener al paciente presente”*, y este reto curiosamente no venía solo de los médicos sino también de los pacientes. Otro gran desafío fue equipar y educar tanto al profesional que prestaba el servicio de la atención virtual, como los pacientes que se sometieron a éste, ya que no todos contaban con los dispositivos necesarios, como lo menciona el entrevistado #2 *“El mayor desafío fue educar a los especialistas y que estos se acoplaron a la metodología, eso fue los más desafiante.*

Otras cosas que teníamos que tener en cuenta es que teníamos que revisar que los especialistas contaran con los equipos de trabajo necesarios en la casa.”

Todos nuestros entrevistados coinciden en que la estrategia más efectiva implementada durante este periodo fue la telemedicina y la telesalud como método para mejorar no solo la oportunidad sino la cobertura y respondiendo al miedo del paciente a asistir a los servicios presenciales, todo lo anterior coincide con el reporte de indicadores que señala que aproximadamente el 34% de los pacientes durante la pandemia fueron atendidos de forma telefónica disminuyendo la presencialidad y también disminuyendo la atención en urgencias a un 24% y 20% respectivamente, esto a su vez impactó en el tiempo de espera de atención que fue menor que en el 2019 y también en la satisfacción del usuario lo cual es transversal para todas las instituciones de las que obtuvimos información, es clave resaltar que en los indicadores se observa cómo los pacientes dentro de la satisfacción exaltan la simplicidad y agilidad en el servicio que fue uno de los mayores retos como lo describen los gerentes entrevistados a la hora de implementar la telesalud y la telemedicina, sobrepasar las barreras del acceso y hacerlo asequible para el paciente.

A pesar de los diferentes retos que tuvieron que afrontar las IPS evaluadas en el presente proyecto para cubrir la demanda de consulta externa durante la pandemia por SARS COV 2 en los años 2019 y 2020, se evidencia en sus indicadores que tuvieron buena respuesta y la mayoría pudo adaptarse a los cambios de manera oportuna para el beneficio de sus usuarios. El tiempo promedio de espera para la asignación de citas con medicina general y especialidades como medicina interna, pediatría, ginecología y cirugía general disminuyó considerablemente, puede ser por el aumento en la contratación de personal médico debido al incremento en la demanda sobre todo de médicos generales y/o por la cancelación de citas agendadas previamente o disminución en la solicitud de las mismas por miedo a la exposición al virus por parte de los usuarios, lo que mejoró la oportunidad de las diferentes consultas médicas.

Otros indicadores que reflejan la opinión de los usuarios sobre los distintos cambios que se dieron en la prestación de los servicios de salud fueron la proporción de satisfacción global de los usuarios en la IPS y la proporción de usuarios que recomendarían la IPS a familiares y amigos los cuales arrojaron muy buenos resultados en la mayoría de las IPS estudiadas. Lo anterior indica que las estrategias implementadas por los líderes y/o gerentes de las IPS como comentó el entrevistado #1: *"Buscar otras alternativas de atención a los pacientes, ampliar la capacidad de todos los servicios en las instituciones de salud, aumentar su planta de personal asistencial, capacitarse en medidas de bioseguridad y estar en constante aprendizaje sobre una enfermedad de la cual no conocíamos ni teníamos una solución para mitigarla"* cumplieron su objetivo que era continuar brindando una atención médica oportuna y de calidad a sus usuarios.

CONCLUSIÓN

La pandemia trajo muchos cambios a la vida como la conocíamos previamente, unos positivos y otros negativos. Entre los positivos están la oportunidad de explotar la capacidad resolutive de los líderes y gerentes de las IPS y también impulsarnos a usar herramientas que si bien ya existían no se habían explorado lo suficiente. Una de las estrategias, que según se evidenció con los datos registrados, dio mejor resultado fue la virtualidad con la cual la oportunidad de consulta mejoró para todos los servicios. Es importante aclarar que, en el momento de la implementación de la virtualidad, otros factores pudieron alterar las estadísticas favoreciendo su resultado, como el aislamiento social y la desconfianza a esta modalidad, por la cual los pacientes cancelaban las citas y disminuían su demanda. Otras de las estrategias con buenos resultados y más prevalentes fueron: la atención domiciliaria, y el mejoramiento de los canales de comunicación del paciente. De todo esto se puede rescatar que durante esta emergencia sanitaria se fortalecieron la telemedicina y la telesalud, no solo como una herramienta para dar respuesta a la contingencia, sino como una estrategia que se está estructurando para fortalecer la salud a corto y largo plazo. Todo esto posibilitado por la acogida y la adaptación por parte de los pacientes y los prestadores.

Se recomiendan más estudios en condiciones cotidianas y con mayor tiempo de uso para reafirmar los beneficios de esta herramienta.

BIBLIOGRAFIA

1. Enfermedad por el Coronavirus (COVID-19) | OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. [citado 12 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/enfermedad-por-coronavirus-covid-19>
2. Manrique-Hernández EF, Moreno-Montoya J, Hurtado-Ortiz A, Prieto-Alvarado FE, Idrovo ÁJ. Desempeño del sistema de vigilancia colombiano durante la pandemia de COVID-19: evaluación rápida de los primeros 50 días. *Biomédica*. 12 de noviembre de 2020;40(Suppl 2):96-103.
3. Serrano-Cumplido A, Antón-Eguía Ortega PB, Ruiz García A, Olmo Quintana V, Segura Fragoso A, Barquilla Garcia A, et al. COVID-19. La historia se repite y seguimos tropezando con la misma piedra. *Semergen*. agosto de 2020;46:48-54.
4. Colombia confirma su primer caso de COVID-19 [Internet]. [citado 18 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Colombia-confirma-su-primer-caso-de-COVID-19.aspx>
5. Ferrer R. Pandemia por COVID-19: el mayor reto de la historia del intensivismo. *Med Intensiva*. 1 de agosto de 2020;44(6):323-4.
6. [resolucion-380-de-2020.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-380-de-2020.pdf) [Internet]. [citado 12 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-380-de-2020.pdf>
7. [resolucion-385-de-2020.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-385-de-2020.pdf) [Internet]. [citado 12 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-385-de-2020.pdf>

8. resolucion-521-de-2020.pdf [Internet]. [citado 12 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/RID/resolucion-521-de-2020.pdf>
9. Infección por SARS-CoV-2 | Miranda Pedroso | Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencias [Internet]. [citado 18 de noviembre de 2021]. Disponible en: <http://www.revmie.sld.cu/index.php/mie/article/view/730/pdf>
10. Coronavirus - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. [citado 18 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/coronavirus>
11. ASALE R, RAE. epidemia | Diccionario de la lengua española [Internet]. «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario. [citado 18 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://dle.rae.es/epidemia>
12. ASALE R, RAE. pandemia | Diccionario de la lengua española [Internet]. «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario. [citado 18 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://dle.rae.es/pandemia>
13. Trujillo CHS. Consenso colombiano de atención, diagnóstico y manejo de la infección por SARS-COV-2/COVID 19 en establecimientos de atención de la salud. Recomendaciones basadas en consenso de expertos e informadas en la evidencia. Infectio. 14 de abril de 2020;24(3):1-153.
14. Sánchez-Villena AR, de La Fuente-Figuerola V. COVID-19: cuarentena, aislamiento, distanciamiento social y confinamiento, ¿son lo mismo? An Pediatr Barc Spain 2003. julio de 2020;93(1):73-4.
15. LEY 1419 DE 2010 [Internet]. [citado 18 de noviembre de 2021]. Disponible en: <http://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Leyes/1679693>
16. ASALE R, RAE. bioseguridad | Diccionario de la lengua española [Internet]. «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario. [citado 18 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://dle.rae.es/bioseguridad>

17. circular-conjunta-001-abril-2020.pdf [Internet]. [citado 18 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/RID/circular-conjunta-001-abril-2020.pdf>
18. resolucion-444-de-2020.pdf [Internet]. [citado 18 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/RID/resolucion-444-de-2020.pdf>
19. DECRETO 457 DEL 22 DE MARZO DE 2020.pdf [Internet]. [citado 18 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://dapre.presidencia.gov.co/normativa/normativa/DECRETO%20457%20DEL%2022%20DE%20MARZO%20DE%202020.pdf>
20. resolucion-628-de-2020.pdf [Internet]. [citado 18 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-628-de-2020.pdf>
21. 609 por la cual se modifican los artículos 5 y 6 y se adiciona un artículo a la resolución 3460. (3460):6.
22. resolucion-914-de-2020.pdf [Internet]. [citado 25 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-914-de-2020.pdf>
23. Resolucion_8430_de_1993.pdf [Internet]. [citado 21 de septiembre de 2021]. Disponible en: https://www.hospitalsanpedro.org/images/Comite_Investigacion/Resolucion_8430_de_1993.pdf
24. Salud Informe de Calidad de Vida de Medellín, 2020.pdf [Internet]. [citado 21 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.medellincomovamos.org/system/files/2021-09/docuprivados/Salud%20Informe%20de%20Calidad%20de%20Vida%20de%20Medell%C3%ADn%2C%202020.pdf>

25. Coomeva. Informes de Gestión Anual Coomeva [Internet]. Coomeva. 2011 [citado 21 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.coomeva.com.co/dirigencia/publicaciones/33370/informes-de-gestion-anual-coomeva/>
26. (Informe de Gestión Hospital General de Medellín Luz Castro de Gutiérrez E.S.E.). - Buscar con Google [Internet]. [citado 21 de junio de 2022]. Disponible en: [https://www.google.com/search?q=\(Informe+de+Gesti%C3%B3n+Hospital+General+de+Medell%C3%ADn+Luz+Castro+de+Guti%C3%A9rrez+E.S.E.\)&rlz=1C1JZAP_esCO958CO958&oq=\(Informe+de+Gesti%C3%B3n+Hospital+General+de+Medell%C3%ADn+Luz+Castro+de+Guti%C3%A9rrez+E.S.E.\)&aqs=chrome..69i57.194j0j9&sourceid=chrome&ie=UTF-8](https://www.google.com/search?q=(Informe+de+Gesti%C3%B3n+Hospital+General+de+Medell%C3%ADn+Luz+Castro+de+Guti%C3%A9rrez+E.S.E.)&rlz=1C1JZAP_esCO958CO958&oq=(Informe+de+Gesti%C3%B3n+Hospital+General+de+Medell%C3%ADn+Luz+Castro+de+Guti%C3%A9rrez+E.S.E.)&aqs=chrome..69i57.194j0j9&sourceid=chrome&ie=UTF-8)
27. Medidas tomadas para el Aislamiento preventivo [Internet]. [citado 21 de junio de 2022]. Disponible en: <https://coronaviruscolombia.gov.co/Covid19/>
28. Salud Informe de Calidad de Vida de Medellín, 2020.pdf [Internet]. [citado 21 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.medellincomovamos.org/system/files/2021-09/docuprivados/Salud%20Informe%20de%20Calidad%20de%20Vida%20de%20Medell%C3%ADn%2C%202020.pdf>
29. Ley 1419 de 2010 - Gestor Normativo [Internet]. [citado 21 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=40937>
30. Telemedicina: atención que rompe fronteras [Internet]. [citado 21 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.elcolombiano.com/tendencias/telemedicina-atencion-que-rompe-fronteras-EA17712745>
31. ESE Metrosalud. Informe de gestion ESE Metrosalud 2020. 2020.
32. informe de gestión 2020” Informe de Gestion [Internet]. 2021. Disponible en: <https://saludtotal.com.co/wp-content/uploads/2021/04/INFORME-DE-GESTION-2020-jueves-25-de-marzo-de-2021.pdf>

33. . EPS SURA. INFORME DE GESTIÓN 2020 EPS SURA. 2020.
34. Observador del GES N°11: Situación de hospitales y clínicas en medio de la contingencia del Covid-19 en Colombia [Internet]. [citado 21 de junio de 2022].
Disponible en:
https://www.udea.edu.co/wps/portal/udea/web/generales/interna!/ut/p/z0/fY5BD4lwDIX_Chw4mg0wiEdCjInhplmBXUwdi1ZxRTqJP9-JJxPjpe99aftaoUQtIIURT-CQLHSeG5Ud8mWZxMVcVuvtpRfVharxW5fJXkiNkL9H_AJeLnfVSGUJuvM04m6p8FB92gNRBL4m850Mx-PdjTs_C8aQ52Gx9RG8jQ8euKgNcGvrkZjNQIHTF46w37hXYCn0xZbmqhDdtBSJOnlZhi9HWZxLPqral5xRD72/
35. Guia Metodologica_Observatorio de Calidad_. :48.
36. Rodríguez A. Estudio nacional de evaluación de los servicios de las EPS – Régimen contributivo y subsidiado Colombia 2019. :172.
37. Rodríguez A. Estudio nacional de evaluación de los servicios de las EPS – Régimen contributivo y subsidiado Colombia 2019. :172.

ANEXOS ENTREVISTAS

RESPUESTAS ENTREVISTADO #1

1. ¿Cuáles fueron las estrategias que los líderes y/o gerentes dieron para mejorar la oportunidad de consulta en la IPS en la que trabaja?

R: Buscar otras alternativas de atención a los pacientes, ampliar la capacidad de todos los servicios en las instituciones de salud, aumentar su planta de personal asistencial, capacitarse en medidas de bioseguridad y estar en constante aprendizaje sobre una enfermedad de la cual no conocíamos ni teníamos una solución para mitigarla

2. ¿Cuál considera que fue la estrategia más efectiva para mejorar la oportunidad de consulta?

R: Sin lugar a duda considero que una de las estrategias más significativas fue el uso de la Telesalud en el marco de la pandemia. Esta modalidad está regida por la ley 1419 de 2010 y aunque se reglamentó hace muchos años no fue hasta la pandemia que demostró su importancia y la utilidad para descongestionar servicios de urgencias, consulta externa presencial y también brindarles comodidad a los pacientes de tener una atención de calidad sin necesidad de desplazamiento y gastos adicionales. La telemedicina llevó a mejorar la oportunidad de consulta en los diferentes servicios de salud y permitir que llegaran a la presencialidad aquellos pacientes que realmente requerían un examen físico e intervenciones adicionales.

3. ¿Qué considera usted importante a la hora de implementar estas estrategias?

R: Para poder llevar a cabo consultas por telemedicina se requiere tener al día todas las normas de habilitación estipuladas por la Resolución 3100 de 2019, tener talento humano dispuesto a atender pacientes desde la virtualidad y con la restricción del examen físico, tener una mentalidad abierta al cambio y consciente que aquí la anamnesis y historia clínica cobran un papel fundamental ya que son las únicas herramientas para poder ser resolutivos sin tener al paciente presente.

4. ¿Hay algo que quisiera comentar?

R: La pandemia más allá de ser un momento fuerte para la humanidad, representada por muertes, secuelas y enfermedad, se convirtió en la oportunidad para que el área de la salud creciera a pasos de gigante, se desarrollara tecnología en tiempo récord y demostrara la capacidad de la humanidad para progresar en la adversidad. De ahora en adelante considero que las IPS deben tener muy presente que la innovación es el camino para sobrevivir a la competencia y a las dificultades del medio, debemos tener líderes visionarios, compromiso de todo el equipo administrativo y asistencial para generar nuevas ideas, establecer una cultura innovadora y abrir cada vez más canales de comunicación para poder desarrollar nuevas soluciones a problemas como los que surgieron en la pandemia.

RESPUESTAS ENTREVISTADO #2

1. ¿Cuáles fueron las estrategias que los líderes y/o gerentes dieron para mejorar la oportunidad de consulta en la IPS en la que trabaja?

R: En realidad como nadie salía, la demanda de consulta disminuyó mucho al inicio de la pandemia, pero igual para cumplir con la demanda, lo primero que hicimos fue establecer las consultas desde la casa, enviamos a los especialistas y trabajamos con soporte de sistemas para poder educar a los especialistas en cómo hacer la consulta desde la casa, ellos desde sus computadores y celulares llamaban a los pacientes a hacer las consultas.

2. ¿Cuál considera que fue la estrategia más efectiva para mejorar la oportunidad de consulta?

R: pues como tal para mitigar el impacto de la pandemia la tele-consulta nos ayudó mucho, así podíamos definir si el paciente debía ser visto en urgencias o con un tratamiento que se pudiera ordenar el paciente iba a estar bien.

3. ¿Qué considera usted importante a la hora de implementar estas

estrategias?

R: El mayor desafío fue educar a los especialistas y que estos se acoplaran a la metodología, eso fue lo más desafiante. Otras cosas que teníamos que tener en cuenta es que teníamos que revisar que los especialistas contaran con los equipos de trabajo necesarios en la casa.

4. ¿Hay algo que quisiera comentar?

R: si, la verdad al implementar la tele-consulta nos ayudó mucho en el momento, pero siempre tuvimos claro que no era una estrategia permanente. Nosotros nos dimos cuenta que para nuestra población (pediátrica) es muy importante la valoración presencial, entonces apenas tuvimos la oportunidad de volver a la presencialidad lo hicimos. Hoy en día seguimos usando la tele-consulta, pero para casos muy puntuales y esporádicos, casi que el 100% de nuestras atenciones son presenciales.

RESPUESTAS ENTREVISTADO #3

1. ¿Cuáles fueron las estrategias que los líderes y/o gerentes dieron para mejorar la oportunidad de consulta en la IPS en la que trabaja?

R: Durante los primeros meses de la pandemia, los servicios de salud presenciales no se ofertaron, excepto que se presentaran urgencias, el flujo de pacientes disminuyó considerablemente, por lo que se pensó en los médicos virtuales como estrategia de acercamiento a los pacientes y migración de servicios según las necesidades. Lo primero fue que se inició con la tele orientación, llamábamos a los pacientes a su casa en la hora que tenía asignada la cita, para preguntarle cómo estaba y asesorarlo a través de este medio. Se realizaron apertura de sedes que estaban planeadas a futuro, agilizando estas aperturas nos preparamos para recibir a los pacientes que consultarían por síntomas respiratorios y demás, las salas de espera y los servicios debían ser separados y para ello no se contaban con los espacios. En algunas sedes se cambió totalmente el modelo de la IPS básica y se

migró a servicios de observación, donde el paciente que requería una remisión podía esperar con al menos lo básico para darle confort, los consultorios se convirtieron en camillas de espera, generadores de oxígeno y espacios para toma de muestras.

Se creó un servicio de medicina domiciliaria, donde el medico asistía a la casa de los pacientes previamente clasificados, con mayor edad, alteración de su movilidad y condiciones especiales para realizar la consulta de riesgo Cardiovascular en casa.

2. ¿Cuál considera que fue la estrategia más efectiva para mejorar la oportunidad de consulta?

R: La tele-orientación y virtualidad

La cita del paciente en casa (medicina domiciliaria)

3. ¿Qué considera usted importante a la hora de implementar estas estrategias?

Conocer las poblaciones, caracterización y condiciones de los afiliados que se tienen a cargo en la IPS

Ser de mente abierta para los cambios, crear en conjunto con un equipo que lo haga posible.

La velocidad de la implementación para ser oportunos en las respuestas.

4. ¿Hay algo que quisiera comentar?

Considero que lo aprendido en la pandemia no puede olvidarse, si la virtualidad y la atención en casa fueron pioneros, por qué no continuar con estas estrategias, identifico que al finalizar la emergencia sanitaria muchas IPS y EAPB regresaron al modelo antiguo.

RESPUESTAS ENTREVISTADO #4

1. ¿Cuáles fueron las estrategias que los líderes y/o gerentes dieron para

mejorar la oportunidad de consulta en la IPS en la que trabaja?

R: Lo primero que hicimos fue crear listas de los pacientes para clasificarlos según su estado de salud (alto, bajo o sin riesgo), estas bases de datos se compartieron y distribuyeron entre los médicos para que estos hicieran un seguimiento telefónico en el cual se iba a interrogar sobre síntomas de alarma, cambios en las condiciones, formulas u órdenes pendientes. Esto se implementó mientras se creaba bien todo el proceso de la tele-consulta lo cual fue la estrategia que se tomó posteriormente para que la demanda de consulta se pudiera suplir. Otras alternativas que usamos fue mejorar los canales de comunicación con los pacientes para que peticiones como renovación de fórmulas o revisión de exámenes o transcripción de órdenes, se pudieran hacer por estos medios y el paciente no tuviera que recurrir a una consulta, y de esta forma disminuir la demanda.

2. ¿Cuál considera que fue la estrategia más efectiva para mejorar la oportunidad de consulta?

R: La mejor fue la tele-consulta, es una estrategia que desafortunadamente necesito de una pandemia para implementarse, pero que llego para quedarse, porque si bien nos ayudó sobre manera a mantener una atención de calidad y una oportunidad de consulta buena, también nos ayudó a proteger a los médicos y a los pacientes de contagios.

3. ¿Qué considera usted importante a la hora de implementar estas estrategias?

R: Muchas cosas se tuvieron que tener en cuenta, por parte de la IPS, por parte de los médicos y por parte del paciente.

- Por la IPS nosotros teníamos que garantizar que los médicos tuvieran los medios para poder llevar acabo las tele-consulta, no todos tenían computador o internet estable.

- Por parte de los médicos fue muy difícil convencerlos de que no en todos los casos era necesario de un examen físico para llegar a un diagnóstico y establecer un plan, solo cuando ellos empezaron a hacerlo fue que se dieron cuenta de que

era posible, igual nosotros dejábamos siempre abierta la opción de que si era algo que sí o sí necesitaba examen físico, el paciente podía ser redirigido a valoración presencial.

- Las dificultades con los pacientes fueron muy similares a las de los médicos, no creían que iban a ser bien valorados por teléfono, por un lado, y por el otro establecer una conexión telefónica o por internet muchas veces no era posible con el paciente.

4. ¿Hay algo que quisiera comentar?

R: como ya dije la tele-consulta y la telemedicina llego para quedarse, con ese impulso que cogió en la pandemia logramos ver millones de ventajas que con ella traía, y todo lo que nos falta. Esto cambió la medicina, antes era inconcebible crear una receta médica o hacer un seguimiento o si quiera establecer un diagnostico sin el examen físico, ahora se sabe que hay alternativas y en muchos casos no es esencial. Pero también hay que tener en cuenta existen otros casos en los que definitivamente la clínica, la semiología y el examen físico sigue siendo fundamental para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento del paciente.