

# LIMITADA RESPUESTA A LA PANDEMIA Y A LOS OTROS PROBLEMAS SANITARIOS...

*Mauricio Torres-Tovar / Médico, profesor de la Universidad Nacional de Colombia.*

Colombia tuvo la oportunidad, en relación con el brote epidémico por el virus SARS CoV-2 (covid-19) que inició en China a finales de 2019, de que no la tomara por sorpresa, en tanto el virus demoró un poco más de dos meses en llegar a nuestro territorio.

A pesar de contar con este tiempo, que en términos epidemiológicos es de oro, la respuesta del gobierno tuvo y ha seguido teniendo grandes limitaciones, en razón de varios elementos: el enfoque de sus políticas, los problemas estructurales del sistema de salud y la ausencia de un sistema de protección social para el conjunto de la población.

## Enfoque de las políticas de salud

Las medidas en materia de salud asumidas por el gobierno frente a la pandemia, se han concentrado en las fases de contención y mitigación, mientras planteó acciones muy equivocadas y débiles para que hubiera una adecuada fase de

prevención<sup>1</sup>. Teniendo el tiempo, nunca hubo grandes esfuerzos en la prevención, si se compara lo hecho en el país con experiencias de otros que han realizado un manejo adecuado de la pandemia. Países asiáticos como Singapur, Vietnam y Camboya, incluso, la propia China, desarrollaron una fase muy importante de prevención, haciendo un cierre de fronteras, anticipadamente, y detección de casos mediante pruebas de laboratorio a amplios grupos de la población. Con esto último, detectaron, de manera temprana, los casos positivos de contagio y los llevaron rápidamente a aislamiento para cortar la cadena de transmisión del virus. Las respuestas de Cuba y Costa Rica en la región de América Latina se han soportado en su modelo de atención, basado en la estrategia de Atención Primaria en Salud. Esta les ha permitido contar con equipos profesionales de salud directamente en los territorios, que hacen la labor de detección temprana y aislamiento y seguimiento al estado de salud de la gente.

<sup>1</sup>En el argot de la epidemiología, se habla de cuatro fases de una epidemia: prevención, contención, mitigación y supresión. La prevención busca que el germen, en este caso, un virus, no ingrese a un territorio; el objetivo de la contención es limitar su propagación, principalmente, con las medidas de aislamiento; la mitigación persigue desacelerar la propagación del virus mediante el uso de intervenciones no farmacéuticas y por medio de medidas sanitarias y la supresión se puede lograr, bien con un fármaco, una vacuna, o porque el mayor porcentaje de la población se infectó y ganó inmunidad natural.

Colombia asumió tardíamente y de manera poco rigurosa el cierre de fronteras, en especial, de sus aeropuertos internacionales. Inicialmente, no hizo ningún tipo de control y seguimiento a los viajeros que llegaron, sobre todo, de Europa, donde el virus ya estaba circulando. Fue por esa vía que llegó, finalmente, al país.

De otro lado, el énfasis de la respuesta se ha puesto en aumentar las camas de Unidades de Cuidado Intensivo (UCI), de modo que se refuerza el enfoque hospitalo-céntrico del sistema de salud. Eso implica que se descuida el componente más importante desde el campo de la salud pública: la vigilancia territorializada mediante equipos de salud y estableciendo los cercos epidemiológicos. Esto último garantizaría, como se señaló antes en el caso de otros países, la detección temprana de casos positivos y de sus contactos y con ello, un aislamiento a tiempo, junto

al seguimiento a la condición de salud de las personas contagiadas.

A su vez, las medidas han sido generalizadas y homogéneas, lo que significa que se ha desatendido la particularidad de las regiones apartadas. Eso llevó a que se presentaran situaciones muy críticas en Leticia, Tumaco y Quibdó, entre otros. Allí, se reveló una condición del sistema de salud en extremo precaria en los territorios no centrales del país, con las consiguientes consecuencias de morbilidad y letalidad para la población, tal como lo muestran las tasas de incidencia y mortalidad por millón de habitantes por covid-19, que evidencian las tablas 1 y 2. Por ejemplo, Leticia tiene la segunda tasa nacional de incidencia por covid-19: por cada millón de habitantes, se contagian 5.371 personas; allí también se tiene la tasa más alta, en el país, de mortalidad: por cada millón de habitantes, mueren 3.336 personas por covid-19.

*Tabla 1. Municipios del país con mayor tasa de incidencia por covid-19*

Municipio	Tasa de Incidencia x millón de habitantes
Yavaraté	5.393
Leticia	5.371
Buruticá	4.596
Baranoa	2.485
Ituango	2.471
Barranquilla	2.364
Agua de Dios	2.260
Puerto Colombia	2.225
Galapa	2.139
Murindó	2.070

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

**Tabla 2.** Municipios del país con mayor tasa de mortalidad por covid-19

Municipio	Tasa de Mortalidad x millón de habitantes
Leticia	3.336
Galapa	1.260
Malambo	1.216
Soledad	1.187
Ciénaga	1.177
Puebloviejo	1.114
Barranquilla	1.094
Sincelejo	1.036
Puerto Colombia	964
Taraira	920

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

Las medidas iniciales que llevaron a una lentificación de la expansión del virus, cambiaron luego de dos meses de ingreso del SARS-CoV-2 (covid-19) al territorio nacional. Ese cambio fue producto de la decisión de desconfinamiento, que, en la práctica, el mismo gobierno nacional estableció con la

**El sistema de salud está inscrito en un modelo de mercado y las empresas que lo promueven no se interesan en las regiones apartadas, pues no son fuente de lucro.**

tesis de salvar la economía y, también, porque amplios sectores sociales no tienen otra forma de sobrevivir sino de la economía informal, por lo que se vieron obligados a salir de sus casas, dada la ausencia gubernamental de una real protección económica.

Esta situación tiene que ver en gran medida con el modelo de mercado en el que está inscrito el sistema de salud, en el que el actor central lo componen las empresas promotoras de salud (EPS) (empresas de aseguramiento), que intermedian la asistencia de la gente, que en esta pande-

mia ha llevado a que las pruebas de detección hayan sido muy lentas en tomar, lo mismo que la entrega de sus resultados, llevando a que el proceso de vigilancia en salud fuese supremamente débil, reflejo del comportamiento histórico de estas instituciones que colocan barreras de acceso a los servicios de salud y dilatan los procesos diagnósticos y terapéuticos. Así mismo, las EPS no han tenido interés en las regiones apartadas, pues estas no son para ellas fuente de lucro y allí solo se encuentra una red pública hospitalaria totalmente deteriorada y diezmada.

Así lo sostiene el informe *Acceso a servicios de salud en Colombia*, elaborado por el Observatorio Nacional de Salud del Instituto Nacional de Salud (INS-OBN, 2019). Allí se muestra que los municipios de departamentos distantes de los grandes centros urbanos, como Amazonas, Vaupés, Vichada, Chocó, Arauca y Guajira, son los que tienen mayor porcentaje de muy bajo o bajo acceso a los servicios de atención (véase tabla 3).

*Tabla 2. Distribución de municipios de acuerdo con el nivel de acceso potencial a servicios de salud por departamento. 2019*

	Muy bajo		Bajo		Intermedio		Alto		Muy Alto		Total Municipios
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Amazonas	10	90,9	1	9,1	0	0,0	0	0,0	0	0	11
Antioquia	65	52,0	43	34,4	14	11,2	2	1,6	1	1	125
Arauca	6	85,7	1	14,3	0	0,0	0	0,0	0	0	7
Atlántico	1	4,3	6	26,1	14	60,9	2	8,7	0	0	23
Bogotá D.C.	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100	1
Bolívar	31	67,4	11	23,9	3	6,5	1	2,2	0	0	46
Boyacá	43	35,0	54	43,9	25	20,3	1	0,8	0	0	123
Caldas	7	25,9	13	48,1	6	22,2	1	3,7	0	0	27
Caquetá	14	87,5	1	6,3	1	6,3	0	0,0	0	0	16
Casanare	12	63,2	6	31,6	1	5,3	0	0,0	0	0	19
Cauca	35	83,3	6	14,3	1	2,4	0	0,0	0	0	42
Cesar	14	56,0	9	36,0	2	8,0	0	0,0	0	0	25
Chocó	27	90,0	2	6,7	1	3,3	0	0,0	0	0	30
Córdoba	18	60,0	11	36,7	1	3,3	0	0,0	0	0	30
Cundinamarca	47	40,5	39	33,6	27	23,3	3	2,6	0	0	116
Guainía	9	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0	9
Guaviare	4	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0	4
Huila	28	75,7	6	16,2	2	5,4	1	2,7	0	0	37
La Guajira	11	73,3	4	26,7	0	0,0	0	0,0	0	0	15
Magdalena	22	73,3	5	16,7	2	6,7	1	3,3	0	0	30
Meta	20	69,0	6	20,7	3	10,3	0	0,0	0	0	29
Nariño	31	48,4	28	43,8	4	6,3	1	1,6	0	0	64
Norte de Santander	28	70,0	6	15,0	5	12,5	1	2,5	0	0	40
Putumayo	9	69,2	4	30,8	0	0,0	0	0,0	0	0	13
Quindío	0	0,0	7	58,3	4	33,3	1	8,3	0	0	12
Risaralda	2	14,3	4	28,6	6	42,9	2	14,3	0	0	14
San Andrés	0	0,0	1	50,0	1	50,0	0	0,0	0	0	2
Santander	42	48,3	31	35,6	11	12,6	3	3,4	0	0	87
Sucre	13	50,0	10	38,5	2	7,7	1	3,8	0	0	26
Tolima	20	42,6	15	31,9	10	21,3	2	4,3	0	0	47
Valle del Cauca	3	7,1	22	52,4	15	35,7	2	4,8	0	0	42
Vaupés	6	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0	6
Vichada	4	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0	4

Fuente: INS- ONS, 2019.

Con ese modelo, se ha debilitado la salud pública, que privilegia los procesos preventivos. En el modelo de mercado, se privilegia atender la enfermedad, hay mínimas dinámicas preventivas y limitada vigilancia en salud. Por muchos años ha sido así y el gobierno actual lo sostiene.

Por tales razones, ni las políticas gubernamentales ni el sistema de salud han respondido de manera pertinente a la epidemia del covid-19. Pero, tampoco, lo venía haciendo con otros problemas de salud de la población que, igualmente, han presentado brotes epidémicos: dengue y

malaria: o con la malnutrición, hipertensión, diabetes y cáncer, que se han vuelto más agudos en el contexto actual, que ha limitado su atención.

Por ejemplo, en relación al dengue, en 2019, hubo 127.553 casos. De ellos, 64.716 (50,7 %) se clasificaron como *dengue con signos de alarma* y 1.406 (1,1 %) como *dengue grave*. Se produjeron 261 muertes causadas, probablemente, por dengue; de ellas, 87 tuvieron como causa confirmada esta enfermedad (INS, 2019). Para lo transcurrido hasta comienzos de junio de 2020 (véase gráfica 1), ya se ha-

bían reconocido en el país 56.923 casos de dengue, de los que 29.296 (51,5 %) mostraban signos de alarma; 103 eran muertes causadas probablemente por dengue, 63 confirmadas (INS, 2020). Es decir, en relación con 2019, hay una tendencia de mayor contagio de dengue en el país.

**Con el modelo de mercado se debilita la salud pública que privilegia la prevención; pues él privilegia atender la enfermedad.**

*Gráfica 1. Colombia. Informe de dengue. Periodo epidemiológico V.*



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

## Trabajadores y trabajadoras de la salud: otras víctimas del sistema

La pandemia ha revelado con enorme crudeza otro aspecto: las difíciles condiciones laborales y del ejercicio de su trabajo del personal de salud. El conjunto de organizaciones sindicales y de agremiaciones de profesionales del sector venían denunciando desde antes de la pandemia la gravedad de la situación de sus afiliados: durante meses, se les deja de pagar sus salarios; por otra parte, sus contratos,

que para el grueso de trabajadores de la salud es por prestación de servicios, son muy inestables; además de que en ese tipo de contratación, el empleador no les cubre el pago de seguridad social (ni pensión, ni salud, ni riesgos laborales); y en materia de condiciones de trabajo, las medidas de salud y seguridad son muy débiles o inexistentes (Torres-Tovar, 2020a). Eso que se venía advirtiendo, se exacerbó con la pandemia.

Las formas de contratación son, principalmente, intermediadas y temporales. Para

el caso del personal profesional de enfermería, el 68 % se compone de trabajadoras dependientes, el 28%, de independientes (por cuenta propia) y el 4 % restante, de otras variantes laborales (CTNE, 2019; ANEC, 2016); para el caso del personal médico, el 37 % de los médicos generales está contratado por prestación de orden de servicios, mientras que entre los especialistas, ese porcentaje sube al 48 % (Colegio Médico Colombiano, 2019); y para el caso de fisioterapeutas, el 32,8 % está contratado por prestación de servicios y el 16 % está conformado por trabajadores independientes (Asocofi, 2015).

Como parte de un ejercicio de monitoreo clínico y crítico<sup>2</sup>, una encuesta implementada a 1.360 trabajadores del sector salud, tanto del sector público como del privado, reveló, ya en el periodo de pandemia, que el 45 % de ellos está vinculado en forma indirecta, es decir intermediada, tercerizada. Eso significa que la institución para la que trabajan estas personas no los reconoce como trabajadores directos. Además, el 66,5 % tiene contratación temporal (Grupo organizador Mesa de monitoreo, 2020) (véase tabla 4).

*Tabla 4. Condiciones laborales de los trabajadores del sector salud en Colombia*

Variable		N.	%
<b>Tipo de contratación vinculación laboral</b>	Vinculación directa	337	53%
	Vinculación indirecta	287	45%
	Sin Dato	8	1,30%
	<b>Total</b>	<b>632</b>	<b>100,00%</b>
<b>Tipo de contratación estabilidad laboral</b>	Temporabilidad definido	420	66,5%
	Temporabilidad indefinido	212	33,5%
	<b>Total</b>	<b>632</b>	<b>100,0%</b>

*Fuente: Mesa de trabajo monitoreo clínico y crítico, 2020.*

<sup>2</sup> Impulsado por 24 gremios y sindicatos de trabajadores de la salud en Colombia. Véase <https://www.anec.org.co/62-inicio/432-informe-encuesta.html>



De manera específica, se han denunciado dos situaciones: la falta de garantías de bioprotección por parte de los empresarios y gerentes de las instituciones de salud y el desentendimiento de las administradoras de riesgos laborales (ARL) de su responsabilidad de actuar para proteger la salud y la vida del conjunto de trabajadores de salud que se encuentra afiliados a ellas (Gran Coalición por los Trabajadores de la Salud, 2020).

Según el mencionado ejercicio de monitoreo clínico y crítico, se halló que hay un problema muy serio con la entrega en cantidad y oportunidad de los elementos de protección personal (EPP) al personal de la salud, reflejado en que el 65 % de trabajadores no había recibido uniformes, el 57 %, polainas; el 32 %, gorros; el 37%, batas; el 57 %, visores; el 45 %, gafas y el 12%, tapabocas; un incumplimiento de entrega de EPP en un 64 %. De otro lado, un 44 % de personas de este sector reportó no contar con barreras físicas adecuadas para aislar a los pacientes, el 67% no cuenta con duchas y un 72 % no tiene programas de mantenimiento de los sistemas de ventilación (Mesa de trabajo monitoreo clínico y crítico, 2020).

Esta situación de biodesprotección ha llevado al contagio con el SARS-CoV-2 a más de 5.000 trabajadores del sector salud del país. Las labores que más contagios presentan son las de auxiliar de enfermería (34 %), medicina (16,7 %), enfermería (13,7 %), administrativas (8,7 %), aseo y alimentación (4,4 %). Tal situación ha cobrado, desafortunadamente, la vida de 41 personas<sup>3</sup>.

**Se han denunciado la falta de garantías de bioprotección para los trabajadores de la salud y la desatención de las ARL para proteger la salud y vida de estos trabajadores.**

Pues bien, tanto las condiciones de contratación, como las de salud y seguridad en el trabajo se articularon al modelo de mercado en la salud, es decir, se volvieron un elemento que debía diseñarse en función del negocio y del lucro de las EPS y de las

ARL y no de los derechos de las y los trabajadores. Esa es la razón de que se volvieran tan precarias y desatendidas. También, en función de la sobrevivencia de los hospitales (ESE) y de las clínicas (IPS), que, igualmente, se han ajustado al modelo de mercado y han venido expropiando el trabajo al personal de salud.

**Conclusión: el sistema de salud que se requiere**

Se puede decir, entonces, que la pandemia de la covid-19 ha revelado con contundencia la crítica situación del sistema de salud en Colombia, que ya se conocía. Durante más de dos décadas se ha denunciado el hecho de que ese sistema ha debilitado la configuración de las respuestas para atender las necesidades y resolver los problemas de salud de la población. Se han hecho ver las precarias condiciones laborales. En síntesis, se ha mostrado con creces una sistemática violación del derecho a la salud en el país.

Las EPS y las ARL, lucradas con la administración que se les entregó de la salud de millones de personas durante más de veinte años, han mostrado en este momento de emergencia sanitaria, de un lado, su inoperancia; de otro, la prevalencia de su ambición económica por encima de la protección de la vida de amplios

<sup>3</sup> <http://www.ins.gov.co/Noticias/Paginas/Coronavirus.aspx> corte al 3 de agosto de 2020.

grupos poblacionales. La privatización y el modelo de mercado dejaron al desnudo su incapacidad para atender la salud, de manera que lo público en el campo de la salud se sitúa como lo fundamental.

En el contexto de esta gran crisis social y sanitaria que ha producido la pandemia, las comunidades urbanas y rurales, igual que los y las trabajadoras del sector salud han intensificado sus denuncias y su insistencia en la necesidad de cambios de fondo al sistema; las articulan a las elevadas por más de dos décadas de implementación de la Ley 100 (en procesos de resistencia y movilización social como se describen en Torres-Tovar, 2013; Echeverry-López y Borrero-Ramírez, 2015) en las que destacan cómo configurar un sistema de salud soberano, de base pública, universal y gratuito, lo que exige la total eliminación de las EPS y las ARL. Un sistema que reconozca la diversidad existente en el país y que, por lo tanto, no establezca que hay una única respuesta para la atención en la salud, sino que desarrolle una intervención de base territorial y poblacional. Un

sistema que garantice condiciones dignas de trabajo para el personal de salud. Un sistema que reoriente sus prioridades hacia la prevención y la atención primaria en salud. Un sistema que reoriente también la formación del personal de salud para que sea posible atender las nuevas prioridades; que impulse la investigación y la tecnología y permita construir y reconocer conocimientos autóctonos que ayuden a enfrentar los problemas de salud propios que tiene el país (Torres-Tovar, 2020b).

**La covid-19 ha revelado la crítica situación del sistema de salud en Colombia, una sistemática violación del derecho a la salud en el país.**

Sin duda, enfrentar los problemas de salud en Colombia, incluida la pandemia, requiere de un conjunto adecuado de políticas de salud pública que se sume a una real protección social, para garantizar el derecho a la salud, algo muy ausente en el país.

## Referencias bibliográficas

- Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia, ANEC. (2016, agosto). Indicadores sociolaborales de las profesionales de enfermería registradas por la ANEC 1997-agosto 2015. *ANEC. Publicación oficial de la asociación nacional de enfermeras de Colombia*. Bogotá, Colombia. Consultado el 6 de agosto de 2020 en <https://www.anec.org.co/revista81/revista81.pdf>
- Asociación Colombiana de Fisioterapia, Ascofi. (2015). *Estudio nacional de condiciones de salud y trabajo de los fisioterapeutas*. Bogotá, Colombia.
- Colegio Médico Colombiano. (2019). Encuesta de Situación laboral para los profesionales de la salud 2019. *Epicrisis. Órgano de información del Colegio Médico Colombiano*. Consultado el 6 de agosto de 2020 en <https://epicrisis.org/2019/09/20/encuesta-de-situacion-laboral-para-los-profesionales-de-la-salud-2019/>



- Consejo Técnico Nacional de Enfermería, CTNE. (2019). *Plan Nacional de Enfermería 2020-2030*. Bogotá, Colombia. Consultado el 6 de agosto de 2020 en <https://www.oceinfo.org.co/difusion/normatividad/send/4-normatividad/147-propuesta-plan-nacional-de-enfermeria-2020-2030>
- Echeverry-López, M.E., y Borrero-Ramírez, Y.E. (2015). Protestas sociales por la salud en Colombia: la lucha por el derecho fundamental a la salud, 1994-2010. *Cadernos de Saúde Pública*, 31: 354-364.
- Instituto Nacional de Salud, INS, y Observatorio Nacional de Salud, ONS. (2019). *Acceso a servicios de salud en Colombia. Décimo primer Informe Técnico*. Bogotá, Colombia. Consultado el 6 de agosto de 2020 en <https://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/Informes/11.%20Acceso%20a%20servicios%20de%20salud%20en%20Colombia2.pdf>
- Instituto Nacional de Salud, INS. (2019). *Informe de evento*. Consultado en <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/DENGUE%20PE%20XIII%202019.pdf>
- Gran Coalición por los Trabajadores de la Salud. (2020, 18 de junio). *Incumplimiento del Estado en el manejo de la pandemia a todos los trabajadores de la salud desde hace 4 meses. Segundo comunicado de prensa*. Bogotá, Colombia. Consultado en <https://www.ascofi.org.co/index.php/10-destacados/472-segundo-informe-monitoreo-critico-a-condiciones-de-trabajo-y-bioseguridaden-de-salud-en-pandemia-covid19>
- Grupo organizador - Mesa de monitoreo. (2020, 29 de marzo -12 de abril). *Monitoreo crítico de las condiciones de bioseguridad en el personal de salud Boletín No. 1*. Bogotá, Colombia. Consultado el 6 de agosto de 2020 en [https://www.anec.org.co/images/INFORME\\_ENCUESTA.pdf](https://www.anec.org.co/images/INFORME_ENCUESTA.pdf)
- Torres-Tovar, M. (2013). *Lucha social contra la privatización de la salud*. Bogotá, Colombia: Cinep/Programa por la Paz.
- Torres-Tovar, M. (2020a, marzo). ¡Se debe cuidar la salud de los y las trabajadoras que cuidan la salud de la gente en la epidemia! *Semana Virtual Caja de Herramientas. Edición No. 675*. Consultado en <http://viva.org.co/cajavirtual/svc0675/articulo13.html>
- Torres-Tovar, M. (2020b, mayo). Merecemos sistemas de salud soberanos que protejan la vida, no el lucro. Enseñanza de la pandemia. *Le Monde Diplomatique*. Edición Colombia, 199: 6-7. Consultado en <https://www.desdeabajo.info/ediciones/item/39684-ensenanza-de-la-pandemia.html>