



**Colegio Médico de Cundinamarca y Bogotá 1919-2020**  
100 años en defensa de la salud pública, el ejercicio ético de la profesión médica  
y el Derecho Fundamental a la Salud



V.02 **SALIDAS PARA LA EPIDEMIA COVID-19** 01may20

## SALIDAS PARA LA EPIDEMIA COVID-19

Sobre la Presentación de la página Web “[COVID-19 en Bogotá](#)”



La Alcaldesa Claudia López al presentar la página Web “COVID-19 en Bogotá” explicó las medidas de salud pública que pueden constituir la salida más razonable para que la capital de Colombia supere la emergencia inédita que enfrentamos.

### 1. Equivocaciones que enseñan: El no haber cerrado oportunamente los Aeropuertos

A partir del minuto 11 de la [Presentación](#) disponible en Internet, la Alcaldesa enfatizó en la importancia de no haber detenido oportunamente el ingreso de contagiados y contagiados por los Aeropuertos. Al día de la presentación (19abr20), Bogotá había alcanzado los **1.200** casos confirmados y **60** defunciones (hoy 1° de mayo a nivel nacional, pasamos los **7.000** confirmados y **310** defunciones) que -según experiencia internacional ya innegable- pudieron evitarse o disminuirse, al tomar oportunamente la medida de control y seguimiento epidemiológico a algo más de 65.000 pasajeros provenientes de los ocho países con mayor contagio, que ingresaron solo en marzo, cuando ya se sabía de la altísima infectividad de este virus. Aquí los hechos:

- Según Comunicado de prensa de la Contraloría General de la República [N°038](#) de este 17 de marzo, el Aeropuerto Internacional El Dorado, por donde transita más del 59% de los viajeros internacionales que pasan por el territorio nacional, tenía solo 6 médicos en el día y 8 en la noche. El 93.75% de los aeropuertos del país presentó deficiencias en los controles y medidas de contingencia, más del 70% no disponían de protocolo para viajeros internacionales y un 58% de los mismos no tenía establecida una zona de cuarentena. [El Dorado fue calificado con 3 sobre 10. Antes.](#)
- Estructuralmente, lo anterior se debió a que el control de aeropuertos está *privatizado* y su administración entregada a consorcios con *demasiado poder y autonomía*. El imaginario de mejor gestión por los operadores privados resultó negado por los hechos y *se hicieron evidentes la falta de una dirección central efectiva, la debilidad institucional, la hipotonía regulatoria y la insuficiencia de mecanismos de vigilancia y control* (la CGR solo pudo hacer [un informe](#)).

Finalmente, la presión social y mediática obligó a las autoridades nacionales a ordenar el cierre de los aeropuertos y podemos decir que ésta es ya, una enseñanza: En las grandes crisis, pueden generarse respuestas sociales suficientes para forzar -por lo pronto- las rectificaciones necesarias, así no se logren verdaderos cambios estructurales.

## 2. Aislamiento Preventivo-Distanciamiento Social: Oportunidad, Pertinencia y Beneficios

En su [Presentación](#), la Alcaldesa enfatizó al máximo en la importancia del aislamiento preventivo o distanciamiento social como la mejor vía para limitar la propagación de la epidemia. Presentó los hechos que justifican las medidas de su administración y las razones por las cuales podrá restringir más o ampliar la circulación en la ciudad. Pero ciertamente, la oportunidad, pertinencia y costo-beneficio del aislamiento preventivo está siendo objeto de un debate intenso entre grupos de expertos y equipos asesores de los gobiernos sobre el “Cuándo, Cuánto y Para qué” de esta medida.

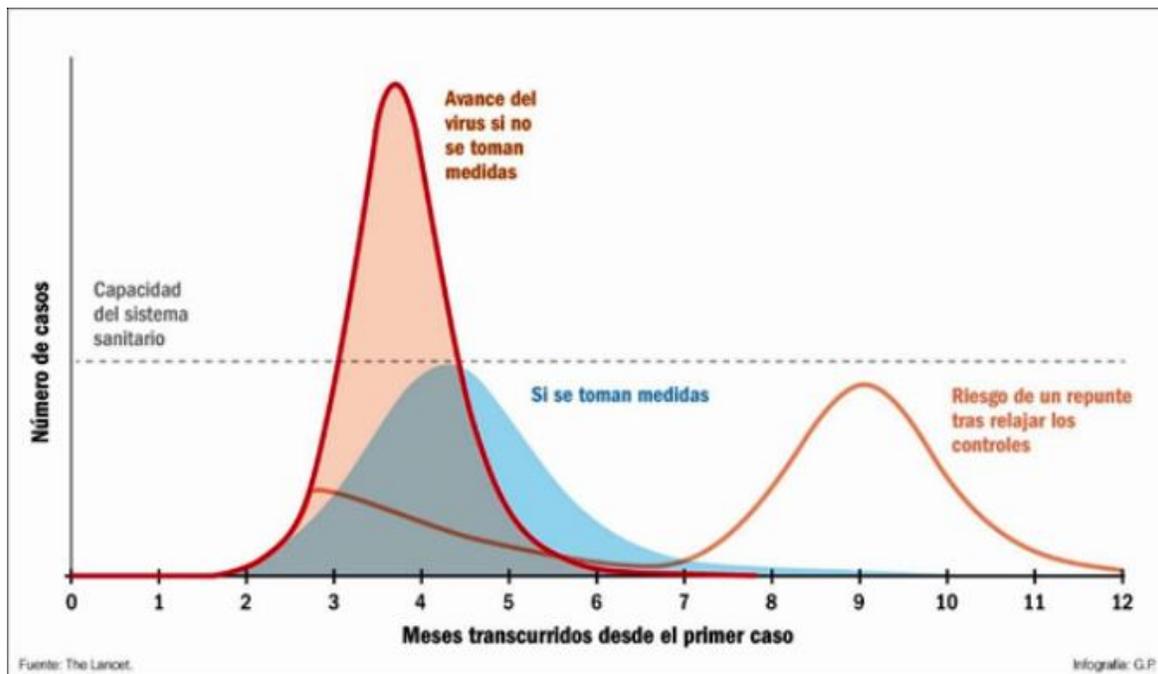


Gráfico N°2: El Aislamiento preventivo puede generar una **curva azul** en lugar del **pico rojo** visto en EEUU (Fuente The Lancet)

Al contextualizar la cuarentena en Bogotá entre las experiencias internacionales sobre este tema, es posible concluir que el aislamiento preventivo no fue oportuno como en Alemania (que aplanó rápidamente la curva) ni tan tardío como en los [EEUU](#) que hoy [1° de mayo de 2020](#) superó los **1,131.000** casos con más de **65.700** muertes, o [Ecuador](#) que llenó los medios con imágenes de víctimas en sus calles, o Brasil -que siendo el país con más casos (>**92.000**) y defunciones (>**6.400**) en nuestra Sudamérica- parece no haber iniciado aún el crecimiento exponencial que se espera. Los hechos a considerar, son:

- **Oportunidad, pertinencia y beneficios del Aislamiento preventivo:** La evidencia disponible ya demostró que las cuarentenas son [la estrategia más exitosa](#) para controlar la fase inicial de la difusión de esta epidemia. Sin embargo, los niveles de éxito, dependen de la oportunidad de su aplicación, las medidas de control epidemiológico con que se acompañan y la forma en que el tiempo ganado, se dedique a la preparación de los recursos humanos y asistenciales necesarios para cuando los pacientes requieran de hospitalización y cuidados intensivos. Obviamente, los gobiernos *negacionistas* demoraron demasiado el aislamiento masivo, no tomaron medidas eficaces de control epidemiológico y sus recursos de salud pública se vieron dramáticamente desbordados, con saldos patéticos en muertes evitables.
- Pero **el Aislamiento preventivo tiene costos en pérdida de empleos, crisis economía y financiera**, que deben resolverse sin caer en las tendencias *economicistas irracionales* de desconfinamiento a cualquier costo o a un costo que los *economicistas* consideran “menor” porque se mide en muertes de pobres, viejos y enfermos.



- En el contexto mencionado, la [Presentación](#) de la Alcaldesa es tranquilizadora por su decisión de énfasis en el **apoyo científico**, la apertura a la **participación democrática** y la apuesta por la **mayor transparencia** posible. Y en ese camino, son alentadoras las señales de aprobación a su gestión y el inusitado éxito de la “Donatón” que promovió. Pero, el problema es de tal magnitud, que este buen comienzo, resulta relativamente tardío y urgen tareas complejas que mencionamos a continuación:
- La **eliminación del subregistro de casos confirmados**, constituye sin duda la tarea más importante para **focalizar** más los **casos asintomáticos** que están contagiando, **aislar contactos** y **tratar precozmente** los pacientes positivos. Aquí no importa el nombre que se ponga a la fase en que se encuentra la epidemia, La tarea de focalizar cada nexo epidemiológico y su manejo adecuado, seguirá siendo una tarea fundamental y aquí la situación real es preocupante.

El sistema de respuesta de la Línea 1-2-3, se sobresaturó rápidamente, se caía con frecuencia, era inespecífico y estaba bajo responsabilidad policial. La Alcaldía Mayor de Bogotá publicó una lista de líneas de información de las EPS y a nivel nacional se [habilitó la Línea 1-9-2](#). En las página del INS y MinSalud se publicaron listas de Líneas de [Secretarías de Salud](#) y [Líneas de EPS](#). Esta multiplicidad de vías de comunicación -desarticuladas- junto con la falta de dirección unificada, los problemas de traslado de muestras y la reducida capacidad de procesamiento generaron un represamiento y subregistro de datos que a la fecha aún no se ha superado totalmente (ni a nivel local ni nacional). Con 40 laboratorios habilitados a nivel nacional y el ingreso de las pruebas rápidas este problema tiende a resolverse y a la fecha (1º mayo) la [página del INS](#) muestra una pestaña “Muestras” que transparenta -pero no resuelve- el tema.

Alcaldía Mayor de Bogotá  
36 min · 🌐

Estas son las líneas en Bogotá de las EPS 📞 para que puedas comunicarte con la tuya y resolver cualquier duda que tengas sobre el COVID-19. #Cuar... Ver más

**LINEAS DE INFORMACIÓN CORONAVIRUS COVID-19**  
**ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD - EPS**

ASMET Salud: 316 288 7576	Ecoopso: 353 4000
Nueva EPS: 307 7022	EPS Sura: 369 5100
Aliansalud: 756 8080 Opción 5	Famisanar: 653 1387
Capital Salud: 310 266 9100	Medimas: 651 0777
Comfacundi: 307 8181	Salud total: 313 9888
Comparta: 317 818 0398	Savia salud: 409 0000
Compensar: 444 1234	SOS EPS: 614 1000
Convida: 323 229 7975	Sanitas: 375 9000
Coomeva: 018000 930779	

Gráfico N°3: De 17 líneas encuestadas el 30mar20, **5 no servían**, 10 eran mecánicas y solo 2 humanas (Fuente Observamed)



- Pero de nada sirve superar el subregistro si no se acompaña de un seguimiento estricto de los casos confirmados (sean clínicos o subclínicos) para **focalizar los aislamientos y los tratamientos**. Aquí es donde resulta preocupante la [Presentación](#) de la Alcaldesa (minuto 17) cuando dice que se practicaron solo 17.000 pruebas desde marzo/2020, ya se compraron 400.000 pruebas, pero la capacidad de procesamiento es solo de 2.000 pruebas. *A ese ritmo, sería imposible una **focalización** efectiva de aislamientos y tratamientos y lógicamente se mantendría la necesidad de los aislamientos masivos, pese a sus implicaciones para el deterioro económico, que será cada vez más insostenible.*
- Y si el panorama es sombrío con la **multiplicación de las pruebas de diagnóstico**, resulta más preocupante que la idea de **Equipos especializados de atención domiciliaria**, se reduzca a solo unos ochenta, algo realmente irrisorio para una ciudad como Bogotá. La conformación urgente de equipos médicos con todas las garantías de *capacitación adecuada, condiciones laborales dignas y de bioseguridad adecuada*, hace parte de las soluciones inteligentes para esta emergencia y este sistema de atención debería multiplicarse hasta una **cobertura completa** de la ciudad.
- Y como el servicio domiciliario resuelve solo una parte del problema, resulta indispensable que con la [flexibilización normativa](#) que permite la emergencia, se amplíe más la conformación de la red de **IPSs Especializadas** o prestadores de atención primaria que –con las mismas garantías de *capacitación adecuada, condiciones laborales dignas y de bioseguridad adecuada*- cubran la atención de los casos no resueltos por el servicio domiciliario. Esto, mediante la contratación directa con IPS existentes, o creando y adecuando las que sean necesarias para cubrir la ciudad.
- Obviamente estas **Redes Especializadas** deben estar *coordinadas por la autoridad territorial* y complementarse con las redes de atención de tercer y cuarto nivel, como las mencionadas por la Alcaldesa en su [Presentación](#) (minuto 4). La Alcaldesa apuesta por la ciencia, la participación y la transparencia, poniendo la dirección de la crisis en manos de autoridades con capacidad técnica reconocida, con amplia apertura a la participación democrática y el mayor nivel de transparencia posible.
- En suma, estas redes de "**Focalización Intensiva de Diagnósticos y Tratamientos**" en los grupos de mayor riesgo, está implementándose parcialmente y sin duda es una tarea que tarde o temprano tendrá que ejecutarse a cabalidad.

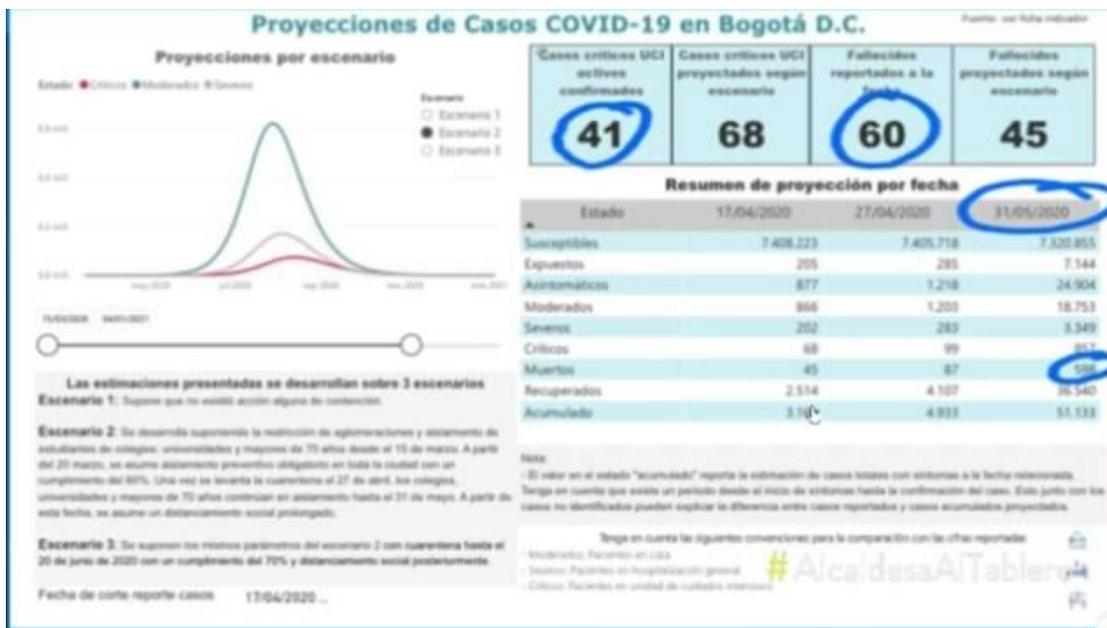


Gráfico N°4: Proyecciones de casos de contagio, muerte, requerimientos de UCI y restricción vehicular (Fuente Caracol min4)



### 3. “Solución Directa” con Focalización Intensiva de Diagnósticos y Tratamientos

¿Por qué en la [Presentación](#), de “COVID-19 en Bogotá” la Alcaldesa no mencionó el rol de las EPS? ¿Cuál es el rol que las “aseguradoras especiales” están jugando en esta coyuntura? Para responder estas preguntas, veamos las respuestas del Ministro Fernando Ruiz a un par de preguntas de la Representante Juanita Goebertus en un [Derecho de petición](#) a la ADRES:

1. **¿Cómo se va a garantizar que los recursos girados lleguen a las IPS y proveedores de servicios de salud y no se queden concentrados en a las EPS o EOC?**

La estrategia de acuerdo de punto final, en su componente de saneamiento, definidos por el artículo 237 y 238 de la Ley 1955 de la Ley 1955 de 2019, establece en su parágrafo 4 que “los beneficiarios de este mecanismo cederán su titularidad, cuando tengan deudas asociadas a la prestación de servicios y tecnologías no financiados con la UPC del régimen contributivo, a los agentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) que hayan prestado o suministrado dichos servicios, tales como las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, quienes a su vez priorizarán las deudas laborales, en caso de tenerlas. Como requisito para la cesión de su titularidad las EPS deberán acreditar haber surtido la conciliación de las cuentas a pagar.” Teniendo lo anterior en cuenta, cuando las EPS presenten cuentas al proceso de saneamiento, les resulten valores aprobados en el proceso de auditoría y tengan deudas por concepto de servicios y tecnologías no financiadas con cargo a la UPC, deberán informar a la ADRES la lista de beneficiarios, IPS y proveedores, para que la ADRES gire directamente a dichos beneficiarios. En este sentido, las condiciones definidas en la reglamentación privilegia el giro de los recursos a la red de prestadores y proveedores y ayudará a apalancar la prestación de servicios y a aliviar la situación de muchos trabajadores de salud a los cuales se les adeudan pagos.

Gráfico N°5: Respuestas del Ministro Ruiz a preguntas de la Representante Juanita Goebertus sobre sobre recursos girados

2. **¿Cómo se va a garantizar que todas las EPS y EOC manejen mancomunadamente los recursos con las IPS y que esto no resulte en asimetrías de nivel y calidad de atención del COVID-19 para los usuarios dependiendo de la EPS o EOC a la que estén afiliados?**

Los mecanismos de financiación definidos por el Gobierno nacional, son de tres tipos. El primero, es la aceleración de los mecanismos de saneamiento y liquidez que propende por agilizar los flujos de recursos dispuestos para facilitar la adecuación de condiciones que permitan desatrasar obligaciones entre actores, lo cual a su vez permite apalancar pagos de acreencias de recurso humano y proveedores, e inversiones que permitan las adecuaciones funcionales en los actores en miras de atender las necesidades en población durante la pandemia del COVID-19 y posteriores necesidades en salud de la población.

Segundo, simultáneamente a los mecanismos de saneamiento, el Gobierno nacional, está asegurando que el flujo de los recursos corrientes, como lo son la Unidad de Pago por Capitación y los presupuestos máximos, se anticipen para garantizar la atención a todos sus afiliados, independientemente del comportamiento de las cotizaciones.

Tercero, ha diseñado dos mecanismo excepcionales para financiar la necesidad creciente de recursos requeridos para enfrentar la pandemia: el primero, son recursos para financiar las adecuaciones requeridas en la expansión de la capacidad instalada, sobre todo de alta complejidad, por la progresión que tiene la enfermedad hacia la necesidad de Unidades de Cuidado Intensivo. Estas expansiones de capacidad instalada se tiene previstas en función del impacto regional de la pandemia y la disponibilidad actual; segundo, para financiar una mayor utilización de servicios para atender el COVID-19, se ha diseñado un mecanismo excepcional mediante el cual se financiará la canasta de servicios asociados al COVID-19, los cuales se girarán directamente a los prestadores, una vez se presenten los picos de casos de acuerdo a las modelaciones oficiales.

En consecuencia, los recursos que se distribuyan en el marco de la emergencia económica, social y ecológica decretada deberán ser focalizados de acuerdo a las necesidades de capacidad instalada y la población afectada, no deberá hacerse bajo un criterio de proporcionalidad, dado que dichos recursos pretenden responder a necesidades particulares en la prestación del servicio por el aumento rápido de frecuencias por el COVID-19.

Gráfico N°6: Respuestas del Ministro Ruiz a preguntas de la Representante Juanita Goebertus sobre manejo mancomunado de recursos

**Según las respuestas del Ministro Ruiz Gómez, la normas están claras y solo nos queda esperar que se cumplan.**



**Colegio Médico de Cundinamarca y Bogotá 1919-2020**  
100 años en defensa de la salud pública, el ejercicio ético de la profesión médica  
y el Derecho Fundamental a la Salud



V.02 **SALIDAS PARA LA EPIDEMIA COVID-19** 01may20

Pero la realidad es que al día de hoy, no existe un sistema de información -para acceso público y en tiempo real- que nos muestre el microdato de lo realmente girado de los recursos de la salud. La Plataforma MedColSTAT para el seguimiento a la UPC, acaba de publicar los datos de 2018 (con más de un año de atraso). El microdato de las bases utilizadas para los cálculos de la distribución de los recursos con el Acuerdo de Punto Final y los Presupuestos Máximos, así como el microdato de lo ya girado, finalmente no son de conocimiento público. La transparencia en la destinación de recursos de la salud sigue siendo solo un propósito y -por lo tanto- las preguntas de la Representante Goebertus probablemente quedarán sin respuesta real. Los prestadores interesados y las organizaciones de la sociedad civil que busquemos acceder a esa información, tendremos que volver a recurrir a acciones legales, para conocer aquello que -por definición- debe ser público y transparente.

La pandemia nos sorprendió precisamente cuando el gobierno culminaba el andamiaje normativo del traslado total de la gestión y administración del NoPOS a las EPS, lo que implicaba el traslado de prácticamente todos los recursos asistenciales de la salud (unos 50 Billones de UPC+ Acuerdo de Punto Final + Techos o Presupuestos Máximos) a las EPS que recibieron el trato de “aseguradoras especiales” -ver [Resolución 255 de 2020](#)- sin las debidas formalidades de Ley y sin que haya trascendido ningún compromiso real o explícito de los cambios esperados en su rol de intermediarios financieros, informáticos, estadísticos, prestacionales, epidemiológicos, etc. La pandemia llegó cuando culminaba la política pública de empoderamiento total de las EPS, con profundización de la Ley 100 y desconocimiento fáctico de la Ley Estatutaria de Salud.

El “tsunami” del COVID-19 llegó exigiendo fortalezas de la salud pública, cuando la mayor parte de los recursos económicos y asistenciales del Sistema de Salud estaban siendo más focalizados para la atención de las enfermedades de alto costo (en el caso de los medicamentos, para Biotecnológicos, Oncológicos, Vitales No Disponibles y No Vitales Monopólicos), es decir, cuando los hospitales públicos y entes territoriales estaban más debilitados y los recursos estaban siendo entregados a grandes actores con poder dominante dentro el sistema.

Hoy, el “tsunami” del COVID-19 aún no mostró toda su letalidad, pero ya hizo evidentes *la falta de una dirección central efectiva, la debilidad institucional, hipotonía regulatoria e insuficiencia de los mecanismos de vigilancia y control*. Hoy la irracional fragmentación en la dirección y prestación de servicios por las diferentes EPS determina una innegable falta de eficiencia en aspectos que solo se resuelven con dirección centralizada, economías de escala y optimización de recursos. El modelo actual permite apreciar capacidades diferenciadas entre las pocas EPS que funcionan, pero hace más evidente la desigualdad en la captación de recursos, la asignación de responsabilidades y la distribución de la carga asistencial.

Al final, quienes sufren todas las ineficiencias son los pacientes, que cotizan por igual en el régimen contributivo o tienen iguales derechos en el subsidiado. Son los pacientes quienes hasta la fecha ni siquiera cuentan con la *intercambiabilidad* del carnet de afiliación, es decir que, **con un documento de afiliación al sistema, puedan recibir por lo menos atención básica en cualquiera de las redes de prestadores de las distintas EPS**. En la práctica, incluso la carnetización es contraria a la Ley Estatutaria de Salud (que reconoce ese derecho fundamental sin necesidad de ninguna afiliación) pero la negación del derecho es de tal nivel, que pese a múltiples pronunciamientos de la Corte Constitucional, incluso el seguimiento a esa práctica es inútil, porque no tiene un mecanismo para incluir las negaciones reales que se ejecutan mediante celadores, operadores telefónicos y trabas burocráticas como la famosa frase “no hay agenda”. Y no se trata de limitaciones tecnológicas, porque estamos en la era de Big Data, Blockchain e Inteligencia Artificial y ya existen insumos como la [Base de Datos Única de Afiliados BDU](#) del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Pero la precariedad y fragmentación de los sistemas de información es tal, que basta ver los problemas que varias EPS tuvieron para organizar la entrega domiciliaria de tratamientos para pacientes crónicos en esta cuarentena... porque les faltaba del dato de la dirección.

Por todo lo anterior, los gobiernos regionales deben asumir que el Gobierno central está atrapado por el “aseguramiento” y, por irracional que parezca, es muy difícil que abandone su política de empoderar las EPS. Los líderes regionales no tienen más remedio que encontrar las soluciones que sus electores esperan y la crisis exige, mediante acuerdos con las Entidades más eficientes de su región y consensos e iniciativas exitosas como cuando prácticamente impusieron el Confinamiento Preventivo.



#### 4. De la Solución Directa con Aislamiento Preventivo al Desconfinamiento Social

Como ya se dijo, la experiencia internacional demostró claramente que el Aislamiento Preventivo o Distanciamiento Social constituye la estrategia más eficiente para limitar la propagación de la epidemia y que su éxito es tanto mayor cuanto más oportuna, pertinente y beneficiosa sea. Y en el caso Colombiano, es indispensable que los gobiernos regionales avancen hacia el Desconfinamiento Social con Soluciones Directas y Focalización Intensiva de Diagnósticos y Tratamientos:

- a) La **Solución Directa** implica la participación activa de las autoridades regionales para *contratación directa con los prestadores, con garantía de flujo directo y eficiente de recursos, dirección centralizada* de la salud pública e implantación de un robusto *sistema de información de aspectos clínicos, epidemiológicos y económicos del manejo de la epidemia*, que sea accesible para el público, en tiempo real.
- b) La **Focalización Intensiva de Diagnósticos y Tratamientos** implica acciones directas de autoridades regionales en:
  - *La resolución urgente del subregistro de casos positivos, con multiplicación urgente de pruebas diagnósticas* para los grupos de mayor riesgo (incluyendo el personal de salud y las redes de contactos sospechosos);
  - La multiplicación de los **Equipos especializados de atención domiciliaria**, que con todas las garantías de *capacitación adecuada, condiciones laborales dignas y de bioseguridad adecuada*, cubran toda la ciudad;
  - La multiplicación de las **IPSs especializadas** o prestadores de atención primaria que –también con garantías de *capacitación adecuada, condiciones laborales dignas y de bioseguridad adecuada*- atiendan los casos irresueltos del servicio domiciliario. Incluye la contratación directa de IPS existentes, creación o adecuación de más IPSs.
  - La conformación de la **Red pública especializada** que se complementará con las redes de atención de tercer y cuarto nivel, como las mencionadas por la Alcaldesa Claudia López en su [Presentación](#) (minuto 4).
  - Sin la Focalización Intensiva de Diagnósticos y Tratamientos, el aislamiento preventivo o distanciamiento social terminarán siendo **insuficientes y cada vez más insostenibles**. Cuanto más efectiva sea esta focalización, tanto más viable será el paso razonable al Desconfinamiento Social, que de todas maneras tendrá que ser progresivo.
- c) Las consecuencias económicas y sociales del Aislamiento Preventivo, lo harán cada vez más insostenible y el tema de **Desconfinamiento Social** se hará inevitable. Varios gobiernos ya están probando modalidades ajustadas a su realidad y es posible diferenciar casos de “desconfinamiento economicista” donde no importa el estado de la epidemia y los casos con racionalidad económica y social, donde se espera pasar el pico de la epidemia para iniciar el proceso.

La Alcaldesa Claudia López tiene a su favor un alto índice de favorabilidad en las encuestas y el reciente éxito de su Donatón confirma los altos niveles de aceptación de su gestión. Las líneas generales que bosquejó en su presentación tienen un buen pronóstico, especialmente si insiste en sus soluciones directas y su focalización intensiva de diagnósticos y tratamientos, para llegar a la fase de desconfinamiento social.

Dr. Leonardo García Rojas  
Presidente Colegio Médico de Cundinamarca y Bogotá  
Director del MONITOR DE LA SALUD  
Fiscal Médico de la  
Federación Médica Colombiana

Oscar Andia Salazar  
Vicepresidente Colegio Médico de Cundinamarca y Bogotá  
Director de OBSERVAMED-FMC  
Vicepresidente de Política Farmacéutica Nacional  
Federación Médica Colombiana