



**COVID-19 EN
LATINOAMERICA:
¿COMO ESTAMOS?**

**EL IMPACTO
ECONOMICO
DEL COVID-19**

**BREVE ESTUDIO DESCRIPTIVO
DEL INFARTO AGUDO DE
MIOCARDIO EN COLOMBIA
ENTRE 2015 Y 2019**

**LA SALUD EN LOS
TIEMPOS DEL**

COVID 19

Director Editorial

Dr. Carlos Felipe Muñoz Paredes

Gerente Administrativa

Liliana Palacios Muñoz

Directora de Proyectos

Laura Daniela Muñoz Palacios

Coordinación Editorial

Yedni Paola Velásquez

Michell Andrea Vivas

Corrector de Estilo

Yedni Paola Velásquez

Diseño y Diagramación

Julián Yobany Garzón

Preprensa Digital

FORMARSALUD

TIENDA VIRTUAL

En nuestra tienda virtual encontrará webinarios, e-books, cursos virtuales y muchos más productos con los que estará actualizado con la información estratégica **del sector salud.**

SOLUCIONES TECNOLÓGICAS



CURSO DE MARKETING



PAUTA



CURSOS



REVISTA





SALUD COMO DERECHO Y UNOS OBJETIVOS ALCANZABLES
 Por José E. Cabrejo Paredes MD, PhD, MPH
 Médico Auditor
 Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria
 Presidente de la Sociedad Peruana de Doctores

DESDE QUE A NIVEL MUNDIAL SE ACEPTÓ COMO DEFINICIÓN DE SALUD AL "ESTADO COMPLETO"

TRES EJEMPLOS DEL SECTOR SALUD ILUSTRAN CABALMENTE EL PUNTO:

1 En 2007, después de tremendas discusiones de Colombia aprobó una norma (artículo 1 de 2007), que textualmente dice lo siguiente: "Las Promotoras de Salud (EPS) no podrán contratar servicios de terceros, con sus propias IPS más del 10% del gasto en salud..." Es evidente que el legislador quería ponerle un límite al gasto en salud que las EPS propias, esto es, las que son de su patrimonio, las que, en los términos de derecho de dominio. No es posible, de otra forma el término "IPS propias" no puede una EPS contratar más servicios de terceros, con sus propias IPS más del 10% del gasto en salud. Pues respecto de la cosa, es lo que dice la norma.

SUPUESTO MÁXIMO GASTO PARA MEDICAMENTOS, SERVICIOS COMPLEMENTARIOS Y SOPORTE NUTRICIONAL

TECHOS EN SALUD: EL GOBIERNO ENTREGA LA RESPONSABILIDAD A LAS EPS

Conocimiento que transforma

06

LA SALUD EN LOS TIEMPOS DEL COVID 19

Los colombianos estamos ya refugiados en casa, mientras ganamos tiempo para preparar y dotar a nuestros prestadores...



12

EL IMPACTO ECONÓMICO DEL COVID-19

No es fácil medir el impacto económico de la COVID-19 de China en las diferentes economías, la economía China constituye el 17% del total del PIB mundial...

16

BREVE ESTUDIO DESCRIPTIVO DEL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO EN COLOMBIA ENTRE 2015 Y 2019

En el siguiente reporte se presenta una descripción del comportamiento del infarto...

20

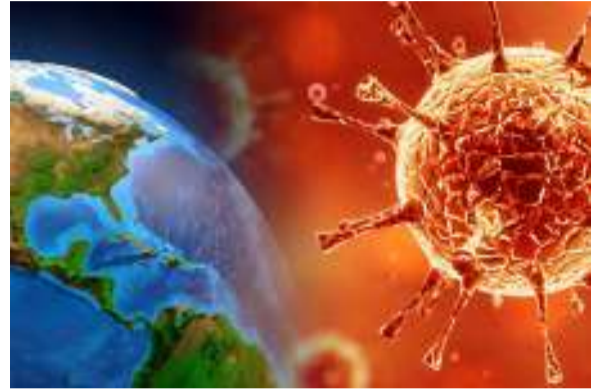
LA TELEMEDICINA COMO SOLUCIÓN DE ALTO VALOR EN MOMENTOS DEL COVID - 19

En este momento coyuntural que vive la humanidad, una gran mayoría de entidades del sector salud...

24

LO QUE LOS PACIENTES CON CÁNCER DEBEN SABER SOBRE EL COVID-19: INFORMACIÓN ACTUALIZADA.

Al día de hoy (abril 01 2020) el Ministerio de Salud informa que se ha confirmado el contagio de 1.065...



10

COVID-19 EN LATINOAMERICA: ¿CÓMO ESTAMOS ACTUANDO?

Cuando América Latina fue sorprendida en su fase de preparación, para evitar...

29

SOLO CON LA POBLACIÓN DE PACIENTES RENALES PODRÍA COLAPSAR EL SISTEMA DE SALUD. A PROPÓSITO DE ESTA PANDEMIA.

32

POLÍTICA PÚBLICA Y CÁNCER ¿UNA REALIDAD EN COLOMBIA?

Al hablar de política pública en cáncer (CA) es necesario insistir en la complejidad que esto implica...



35

UNA PERSPECTIVA A LAS DEFUNCIONES ASOCIADAS A EPOC ENTRE 2005 Y 2018.

Se realizó un breve análisis descriptivo a los diagnósticos de Enfermedad pulmonar...



Carlos Felipe Muñoz Paredes
Gerente General
CONSULTORSALUD

LA SALUD EN LOS TIEMPOS DEL COVID 19

Los colombianos estamos ya refugiados en casa, mientras ganamos tiempo para preparar y dotar a nuestros prestadores, de la infraestructura altamente especializada y muy costosa que permita atender a miles de futuros pacientes que, ineludiblemente van a requerir las intervenciones de internación.

Este desafío para proteger las millones de vidas que se encuentran en riesgo, y evitar el colapso de las economías mundiales, nos tiene a todos con los pelos de punta.

Reglamentos para todos

Gozando de una ventaja (que tiene claramente un mal sabor), proveniente de las dolorosas experiencias vividas por italianos, españoles y franceses, el gobierno colombiano ha emitido, como pocas veces hemos visto, un sin número de reglamentos relacionados que incluyen:

- Declaración de un estado de emergencia económica, social y ecológica (decreto 417);
- Medidas en materia de orden público (decreto 418 y 420); plazos especiales para registros nacionales: Runeol, Runes, reuniones ordinarias de asambleas (decreto 434);
- Medidas aduaneras (decreto 436); medidas tributarias transitorias (decreto 438); suspensión de desembarcos (decreto 439); medidas de urgencia en contratación estatal (decreto 440);
- Disposiciones en servicios públicos (decreto 441); creación del FOME Fondo de Mitigación de Emergencias (decreto 444); asilamiento preventivo (decreto 457);
- Medidas para los hogares en condición de pobreza (decreto 458); Comisarias de familia (decreto 460);
- Reorientación de rentas y reducción de tarifas de impuestos territoriales (decreto 461);
- Prohibición de exportación de productos para atender la emergencia (decreto 462);
- Modificación parcial del arancel de aduanas para la importación de medicamentos y dispositivos médicos (decreto 463);
- No suspensión de servicios de telecomunicaciones (decreto 464); auxilios para beneficiarios del Icetex (decreto 467);

- Autorización de nuevas operaciones a Findeter y el Banco de comercio exterior para otorgar créditos (decreto 468);
- Garantía de continuidad de las funciones de la jurisdicción constitucional (decreto 469); alimentación escolar (decreto 470);
- Política de precios de insumos agropecuarios (decreto 471);
- Medidas especiales relacionadas con el sector cultura (decreto 475);
- Medidas para garantizar la prevención, diagnóstico y tratamiento del Covid (decreto 476);
- Prestación del servicio público de transporte (decreto 482);
- Incentivo económico para los trabajadores y productores del campo (decreto 486);
- Medidas de urgencia para garantizar la atención y la prestación de los servicios por parte de autoridades públicas (decreto 491);
- Fortalecimiento del fondo nacional de garantías (decreto 492);
- Tasa de interés a deudores de créditos de vivienda (decreto 493);

El impacto es multidimensional

Podemos prepararnos para enfrentarlo con nuestros mejores alfiles sectoriales, y esperar lo menos malo, pero ya se intuyen resultados negativos que abarcan un gran grupo de componentes de nuestra cotidianidad, y de la gestión pública de los gobiernos, tal y como lo hemos reseñado previamente en algunos de nuestros podcast

Para no ir demasiado lejos, la secretaria ejecutiva de la CEPAL Alicia Bárcena, hace un par de días, dijo que debíamos prepararnos para una economía de guerra, que incrementará la pobreza y el desempleo.

Las proyecciones más optimistas de la CEPAL indican que en términos de consecuencias internas de las economías locales, esto puede alcanzar el decrecimiento macroeconómico del -3% sin ninguna duda.

En declaraciones hechas a la BBC la Dra Bárcena asegura que, "lo que habría que



ver es cómo se va a reconstituir una economía distinta, más integrada hacia lo local, buscando también pautas de autosuficiencia, por ejemplo, alimentaria, que es otro de los temas que no ha salido, pero seguramente va a venir una muy importante escasez de comida, especialmente en las economías vulnerables que dependen de importaciones”.

La CEPAL intuye además que “va a haber una gran recesión a nivel mundial en los próximos seis meses, que los gobiernos tienen que prepararse y apuntalar a los hogares más pobres, a los que no tienen ingresos, a la informalidad... Para eso hay que prepararse, por lo menos, para los próximos seis meses”.

El impacto multidimensional internacional puede verse en otros aspectos claves, como el desplome de las bolsas, la subida increíble en el número de pedidos de subsidios al desempleo en los estados unidos que ya se acercan a 5 millones, la caída en picada del turismo y los viajes, la cuarentena que frena la producción industrial (13%) y las ventas en China, más una caída del 86% en la demanda de vehículos, el precio del petróleo que marca números históricos, mientras la OCDE rebaja sus pronósticos de crecimiento.

El sector salud colombiano

Seguramente cuando comencemos a liberarnos de las cuarentenas, entendiendo que no nos habremos liberado del coronavirus, y que tendremos una larga convivencia con esta patología, hasta que logremos encontrar las terapias y vacunas apropiadas, el mundo que conocíamos habrá cambiado para siempre.

Las universidades habrán descubierto que sus alumnos pueden quedarse

en casa en jornadas completas, las empresas aprovecharán una productividad hasta ahora solamente decretada en libros, la del teletrabajo; las grandes superficies identificarán una competencia feroz en las compras electrónicas; tendremos que volver a definir las reglas para el futuro de la defensa global sanitaria, porque de nada servirán preparaciones individuales por países, frente a adversarios microscópicos cada vez mejor dotados, mas contagiosos y mas letales; la telesalud abrigará rápidamente la asistencia y la educación virtual será imbatible.

Pero hay muchos mas escenarios que despejan la bruma de haber mirado por el cristal opacado de la política tradicional, la corrupción y las guerras: los campesinos, el campo y los productores son la cimiento de las naciones; los transportadores son los rieles inquebrantables para la sobrevivencia; el personal sanitario es el argumento insuperable por el momento para diagnosticar, para tratar, pero especialmente para cuidar.

Otros perfiles de labor que siempre pasaron desapercibidos, deben cobrar relevancia no solo para aplaudir, sino para reconocer en varios entornos incluido el económico y el laboral; y estoy hablando de las aseadoras, de las auxiliares, de los vendedores de tienda, de la policía, del ejército, de los fabricantes y expendedores de medicamentos, de los taxistas, de los panaderos, etc.





El sector salud colombiano

Mientras nos preocupábamos de enfatizar en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, y discutíamos como reducir la velocidad de construcción de hospitales para avanzar en medicina ambulatoria, domiciliaria y telesalud, nos sorprende una pandemia que requiere infraestructura y tecnologías que no tenemos en los volúmenes mínimos para resolver de inusitada demanda.

Y volvemos a preguntarnos si el camino del MAITE es el apropiado, o debemos regresar a la senda del privilegio de lo hospitalario de alta complejidad: la respuesta al menos para mí, sigue siendo inequívoca, debemos concentrarnos en los Modelos de Atención Territoriales e Integrales, a los que les esta haciendo falta financiamiento apropiado, para convertirlos en autónomos, en autosuficientes.

Nuestro sistema está mostrando una alta dependencia al centralismo, no está evidenciando el abandono al patrocinio suficiente de los guardianes epidemiológicos de la frontera como el Instituto Nacional de Salud, el IETS y el INVIMA.

Debemos exigir que los nuevos presupuestos sean suficientes y apunten a crear un nuevo orden institucional, en donde exista una sólida gobernanza desde lo técnico científico, invulnerable a la politiquería, y dotada de los mejores equipos y el mejor personal, para estar preparados para la siguiente pandemia, porque de esta, espero confiado, y en oración, podremos salir con vida y más optimismo la mayoría de los que hoy estamos leyendo este artículo.

El MAITE debe entonces incluir en sus territorios hospitales solventes, de alta calidad e integrados en redes que ofrezcan para el futuro una respuesta apropiada a los desafíos que esperan en el almanaque.

Desde aquí y despidiendo esta columna, le envío un abrazo fraterno, largo y sincero a todos los equipos sanitarios de hombres y mujeres que a esta hora atienden a pacientes con síntomas o diagnosticados con Covid 19 con abnegación, con amor, con suficiencia técnica, aunque en su corazón se presienta siempre el miedo a la exposición, al contagio, a la muerte; no hay como expresar en un frase el orgullo que sentimos por ustedes.

Desde CONSULTORSALUD seguiremos empujando porque las mejoras al sistema de salud comiencen por mejorar sus condiciones laborales y su seguridad.
Dios los guarde.

COVID-19 EN LATINOAMERICA: ¿CÓMO ESTAMOS ACTUANDO?

Quando América Latina fue sorprendida en su fase de preparación, para evitar la epidemia de COVID-19, y no pudo evitar su primer caso detectado el 26 de febrero en Brasil y la primera muerte el 7 de marzo en Argentina, sabíamos de alguna manera que la "primera oleada" ya estaba con nosotros y que iba a poner a prueba la fortaleza de los sistemas de salud de la región pero sobretodo la importancia que se le haya dado a las acciones de salud pública en los últimos 40 años, con adecuado presupuesto y planificación sensata.

Características comunes

Como se ha observado, al principio, llegaron casos "importados" pero rápidamente se diseminó principalmente en las personas de altos recursos económicos o con "costumbres viajeras" y extrañamente se dispersó luego en esa gran cantidad de población joven que no puede evitar un encerramiento de fin de semana y mucho menos una cuarentena. Algunos pensaron engañar a las disposiciones de aislamiento domiciliario y lo único que han conseguido es que se incremente la mortalidad en sus abuelos, padres o familiares con comorbilidades. La estadística de la letalidad puede ser baja pero la vida humana es más que un número.



José E. Cabrejo Paredes
MD, PhD, MPH

Médico Auditor
Médico Especialista
en Medicina Familiar y
Comunitaria
Presidente de la Sociedad
Peruana de Doctores

Las estadísticas y su confusión con la epidemiología

Si bien es cierto la bioestadística es una base importante para las tendencias e intervenciones epidemiológicas ésta pierde su relevancia si no se realiza un análisis fino del comportamiento en situaciones y actores. Mirar sólo con criterios matemáticos o biomédicos en pleno siglo XXI es no reconocer que los modelos de “caja negra” y “caja china” son relevantes en sucesos donde las enfermedades crónicas juegan un factor de riesgo muy importante en esta emergencia de las transmisibles. Se necesita una visión de salud pública que mire desde todas las aristas de intervención en esta epidemia en los comportamientos sociales, económicos y sobretodo políticos en América latina.

Entre el distanciamiento social y la inmunidad de grupo

El mundo científico, en sus evaluaciones del comportamiento del COVID-19, se dividió en dos recomendaciones: Unos han considerado que el distanciamiento o aislamiento social precoz puede retardar el avance de la epidemia y otros consideran que el “Herd immunity” o inmunidad de grupo puede ser la mejor opción. Inglaterra, ha optado por el segundo; Sin embargo, los más de 5800 casos y 289 muertos no le han dado la razón y es que el motivo es muy simple: “No conocemos exactamente el comportamiento viral ni el comportamiento social”. Intentar hacer una inmunidad comunitaria resulta óptimo cuando sabemos que la respuesta inmunitaria será muy pronta o inmediata y no hay riesgo de letalidad. Inglaterra se confió por la supuesta baja letalidad de esta epidemia (entre 2 a 3%) y nos dio el mensaje que podamos confiarnos, como se confiaron Italia y España quienes no reflexionaron en su pirámide poblacional y ahora asumen las consecuencias de no practicar un distanciamiento social oportuno y radical y un cierre de fronteras como si hicieron algunos países, en Fase 1, siguiendo el ejemplo de Rusia.

Por ahora el distanciamiento social sigue siendo la estrategia más eficaz si la practicamos radical y adecuadamente.

El fenómeno socio antropológico latinoamericano

América Latina es una región muy alegre, de entornos familiares y costumbres coloridas. En plena cuarentena y preparativos para semana

Santa nos tomó el COVID-19, cuando ya muchos jóvenes se preparaban para vacacionar, bailar en discotecas y hacer campamento lejos de las costumbres religiosas y otros para asistir turísticamente a las procesiones masivas y abarrotar las iglesias no se si por culto o por tradición, lo cierto es que ha sido frustrante para la gran mayoría mantenerse encerrados en casa y por eso vemos tan insolente rebeldía de algunos quienes asumen, por claras contradicciones de información en redes, “que a ellos no les va a pasar nada”. El sentido alegre se volvió poco solidario y el sentido familiar poco humano, la diversión prima aun cuando el riesgo es muy grande para el sistema sanitario.

El colapso del sistema sanitario

La suma de todos estos acontecimientos parece llevar inevitablemente al sistema sanitario latinoamericano a una “Tormenta Perfecta” en la que se requiere “giros de timón” muy osados para detener un colapso sanitario. En la medida que avance la epidemia incrementando la hospitalización y la mortalidad, se hará necesaria la mayor protección con mejor organización de nuestros frentes de atención, nuestros médicos y enfermeras, así como la optimización de nuestros equipos de cuidados intensivos. El triaje diferenciado será la primera opción para no descuidar la atención de otras morbilidades propias de una región con perfil epidemiológico en un estado transicional permanente. Las decisiones radicales resultan una decisión más que acertada en esa coyuntura.

Nuevos horizontes para la inversión en salud

Si bien es cierto, estamos viendo una crisis de salud muy severa, también debemos tener en cuenta que se abre una puerta para oportunidades de entender y abordar lo que es realmente salud, cuál es la importancia de la salud pública y el trabajo territorial-multisectorial, cuál es el costo-beneficio de prevenir o de curar, qué tan modernos y equipados estamos, ¿Trabajamos en redes sanitarias? Es una oportunidad para hacer una planificación que beneficie el BIENESTAR (Salud) de los ciudadanos abordando los grandes vacíos sociales que deja una economía inequitativa. Es una oportunidad para mejorar nuestro medio ambiente y sobre todo para reencontrarnos en familia, demostrar solidaridad y crecer juntos como latinoamericanos.

PhD. Florentino Rico Calvano.

Economista. Líder grupo de investigación "Democracia y modernización del Estado Colombiano".



EL IMPACTO ECONÓMICO

DEL COVID-19

Resumen

No es fácil medir el impacto económico de la COVID-19 de China en las diferentes economías, la economía China constituye el 17% del total del PIB mundial. Es un hecho que en poco tiempo las repercusiones en las bolsas de valores sus variaciones están por encima de 1.000 puntos, caso Estados Unidos, fluctuaciones en los precios del barril de petróleo por debajo de los 27 dólares y cambios negativos en las bolsas de Asia y Europa con resultados del petróleo WTI a niveles muy bajos, crecimiento de China por debajo del 6%. Esta crisis no se disipará mientras no se resuelva la pandemia de la COVID-19, que tiene a los mercados mundiales volátiles en 60 y en pánico. Mientras eso ocurre, el crecimiento y el empleo disminuye. La crisis llega y no estábamos preparados por la ausencia de modelos para atender y conocer los inventarios de médicos, enfermeras, hospitales, dotación e insumos, enfrentar una cuarentena total y los medios para enfrentar una emergencia sanitaria y aplicación de los instrumentos de la política fiscal expansiva para llenar el vacío del sector privado en el consumo. No olvidar que se trata de una crisis sanitaria de gran magnitud que demanda recursos en efectivo.

Introducción

Predecir el impacto del COVID-19, es complejo debido a las numerosas variables desconocidas que pueden influir en la gravedad de la pandemia. La programación de escenarios para pronosticar diferentes resultados potenciales y ayudar a los tomadores de decisiones a comprender mejor el papel de las incertidumbres y prepararse para tomar decisiones importantes. No es un secreto que las economías del mundo no estaban preparadas para enfrentar la pandemia del CORONAVIRUS, existe preocupación con el COVID-19, debido a su alta mortalidad entre los casos reportados y su amplia distribución geográfica. La COVID-19 es una enfermedad infecciosa causada por el coronavirus que se ha descubierto recientemente. Tanto el nuevo virus como la enfermedad eran desconocidos antes de que estallara el brote en Wuhan (China) en diciembre de 2019 (OMS, 2020). La mayoría de los casos de infección por el COVID en humanos han resultado del contacto directo por secreciones respiratorias (Prevention, 2009). En medio de la emergencia sanitaria por la COVID-19, el Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación de Colombia lanzó convocatoria relámpago para encontrar soluciones a los desafíos que representa la pandemia en el país, en una semana la entidad recibió más de 700 propuestas de profesionales de todo el territorio nacional orientados a la investigación y el

desarrollo de tecnologías que permitan combatir el COVID-19 en Colombia (Semana, 2020), pienso que se debe hacer énfasis en programas de prevención con soluciones innovadoras de investigación y de innovación social, es evidente que el buen ejecutivo se caracteriza por prevenir problemas antes que resolver problemas.

Análisis del impacto

La COVID-19 no estaba en los parámetros de las variables exógenas para originar una recesión económica más fuerte que la crisis del 2009, es el momento de hacer usos según el contexto de los países emergentes de una Política fiscal expansiva (Rico, 2015) cuyo objetivo es estimular la demanda agregada, que representa la cantidad de bienes y servicios que los habitantes, las empresas, las entidades públicas y el resto del mundo desean y pueden consumir para un nivel determinado de precio. La curva de demanda agregada tiene pendiente negativa: si suben los precios la gente querrá comprar menos y si bajan, querrá comprar más, es cuando la economía está atravesando un período de recesión económica, resultado de la presencia del COVID-19, para lo cual se necesita un impulso para expandirse, se asume el riesgo de un déficit o incluso provoca inflación.

De acuerdo con la decisión de la junta directiva del Banco de la Republica de bajar las tasas de interés al 3,75% y al mismo tiempo inyectarle a la economía dólares al mercado financiero para aumentar la oferta de dólares y bajar el tipo de cambio y frente a la picada exagerada del barril de petróleo que ha llegado al nivel mas bajo en la historia de 25 dólares el barril y permitir que las cesantías sean retiradas de los fondos para dar liquidez a las personas, los cambios brusco que experimenta el tipo de cambio en Colombia y un Dólar por encima de 4.100 pesos, demanda analizar con cabeza fría como las variables económicas responden a la incertidumbre de la COVID-19 y la recesión económica, los problemas económicos y políticos que se presentan en Argentina, México y Venezuela entre otros, en Colombia conflictos en el proceso de Paz, los anuncios del gobierno norteamericano sobre el gobierno de Venezuela con la presencia de la disidencia de la FARC en el proceso, frenan proyectos de inversión de gran envergadura, ampliación de la brecha de la balanza de pago con China por encima del 13,3% en situación desfavorables, no se pueden alcanzar los 926.000 empleos programados sobre la base del desarrollo del comercio, la especulación en los bienes y servicios y la depreciación de la moneda. Es decir, es un golpe fuerte a las economías emergentes como Colombia y los demás países latinoamericanos.

El FMI, BID y las grandes empresas con el sector financieros tendrán que hacer usos de sus fondos para apoyar a las economías emergentes para que puedan enfrentar esta crisis como resultado del acuartelamiento de la población en cuarentena para evitar el contagio, lo cual origina efectos en todos los sectores económicos y sociales donde las necesidades de la población no tienen distinciones de clases sociales por la escasez de bienes y servicios y la ausencia de ingresos de la población por el bajo ritmo de las actividades productivas y de servicios y el aumento del desempleo lo cual deprime la demanda de bienes y servicios, lo que significa que el sector privado deja de gastar y se rompe el equilibrio entre consumo público y privado.

Acciones del gobierno

El objetivo inicial de los gobiernos debe ser crear modelo de pronóstico para estimar la demanda del paciente con COVID-19 durante el período de acceso a los diferentes centros hospitalarios de emergencias y emplearlo luego como un modelo de simulación para replicar la dinámica del sistema en un conjunto de escenarios de COVID-19 pandemia. Esto para evitar gastos excesivos e innecesarios en programas de salud sin evaluar el impacto económico y social del gasto público de máximo beneficio según (Villanueva, 2015). Los resultados obtenidos con este enfoque se utilizarán como herramienta de decisión para que los gerentes de los hospitales utilicen y asignen mejor al personal médico, enfermeras y personal asistentes que hacen parte del servicio considerando la demanda fluctuante del sistema en los centros hospitalarios de emergencias según (Centeno, 2009).

Los hospitales de emergencia ya están ocupados durante las operaciones diarias. Se trata de hacer frente más allá de sus límites. Los hospitales son los primeros en responder en un caso de una pandemia ya que admitirán y tratarán los primeros casos, también serán los primeros en identificar el nuevo virus. Es fundamental que los hospitales planifiquen y creen estrategias para enfrentar de manera más efectiva la gran cantidad de pacientes que llegan y el mejor uso de los recursos disponibles.

Una vez que se haya ejecutado y verificado el plan estratégico, se implementará un procedimiento de optimización para minimizar el número de pacientes que esperan en fila para ser tratados mientras se maximiza el flujo de pacientes. Es preciso construir un software de simulación para proponer varias combinaciones para la cantidad de enfermeras, médicos necesarios para la prestación de asistencia sanitaria. El método propuesto mejorará significativamente la eficiencia del sistema al reducir el número de pacientes que esperan en la fila para recibir tratamiento y atención médica, y también aumentará el número total de pacientes tratados.

Por lo tanto, el gobierno debe llenar el vacío del sector privado en el consumo incrementando el gasto público, aumentar la producción y reducir el desempleo, bajar los impuestos, para acrecentar la renta disponible de las personas físicas, lo que provocará un mayor consumo y una mayor inversión de las empresas, en conclusión, un desplazamiento de la demanda agregada en sentido expansivo. De esta forma, al haber mayor gasto público, y menores impuestos, el presupuesto del Estado, genera el déficit.

El Gobierno debe formular un programa contra cíclico para compensar los efectos de la crisis del COVID-19 y atender sus finanzas en deterioro por la desaceleración que ha tenido la economía en el corto y mediano plazo y el proceso de descentralización que ha hecho crisis en la relación entre el Gobierno Central y las entidades territoriales por las dificultades de los departamentos y municipios para recaudar de manera sostenible sus propios recursos y manejarlos con criterios de equilibrio, responsabilidad y eficiencia y el egoísmo para asumir los compromisos del COVID-19 en cuanto a los recursos del sistema de regalías.

Es el momento de la Innovación en la prestación de servicios. Los gobiernos departamentales y distritales deben buscar formas diferentes de prestar el mismo servicio, de organizar la prestación de un servicio, la libertad y los incentivos para estimular a los gobiernos a buscar soluciones alternativas en la prestación del servicio y las soluciones que conducirán a un mejor uso de los recursos públicos porque las soluciones se adaptan mejor a las circunstancias locales, soluciones diferentes permiten a los ciudadanos comparar costo, calidad y efectividad del servicio prestado. Las experiencias locales producen diversas soluciones al mismo problema y todos aprenden de ellas, permitiendo al Gobierno aplicar a nivel nacional políticas y soluciones probadas localmente, minimizando los errores que se comete cuando las impone sin probarlas.

Experiencias locales producen diversas soluciones al mismo problema y todos aprenden de ellas, permitiendo al Gobierno aplicar a nivel nacional políticas y soluciones probadas localmente, minimizando los errores que se comete cuando las impone sin probarlas. Los recursos se pueden ampliar a otras áreas críticas de los hospitales, como médicos, vacunas, medicamentos antivirales, camas y ventiladores. Estos recursos también son muy críticos para la operación de los hospitales durante los escenarios de demanda de pacientes elegidos.

A pesar de los avances registrados en los últimos años, la situación actual de las finanzas públicas colombianas nos permite presumir que el Gobierno tiene un espacio fiscal estrecho para compensar adecuadamente los efectos de la crisis sanitaria del COVID-19.

Los gerentes de los hospitales toman decisiones muy complejas. Pero en casos de eventos de víctimas en masa donde no hay suficiente experiencia, el proceso de toma de decisiones se vuelve complejo.

El alcance también se puede ampliar a otras instituciones que se ven afectadas por la aparición del virus, como los sistemas de transporte, las escuelas y los aeropuertos, de modo que las estrategias se puedan planificar con anticipación mediante la simulación de estos sistemas.





CONSULTORÍA ESTRATÉGICA

En **CONSULTORSALUD** acompañamos estratégicamente a las empresas del sector salud en:

- 1** Contratación de servicios
- 2** Redes de prestadores
- 3** Estructuración de negocios
- 4** Estudios de mercado
- 5** Rutas integradas
- 6** Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE)



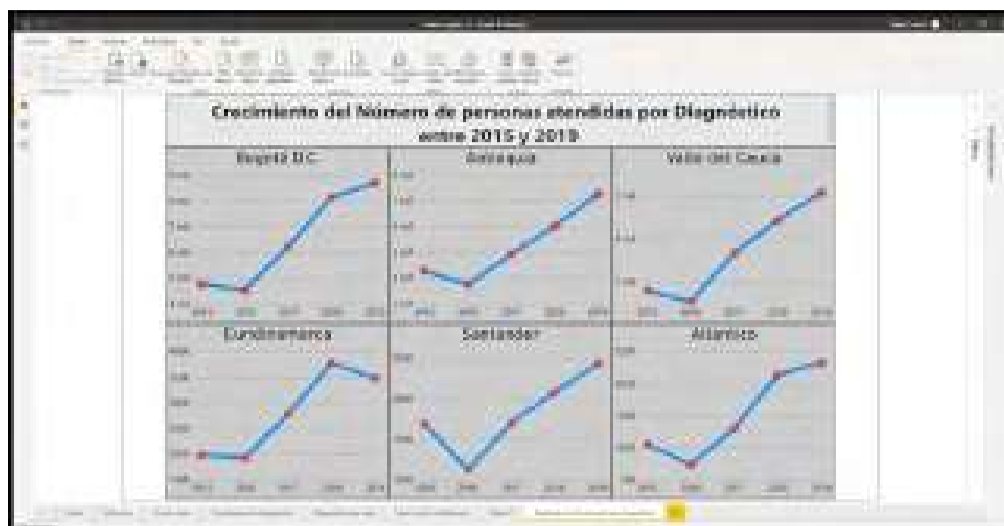
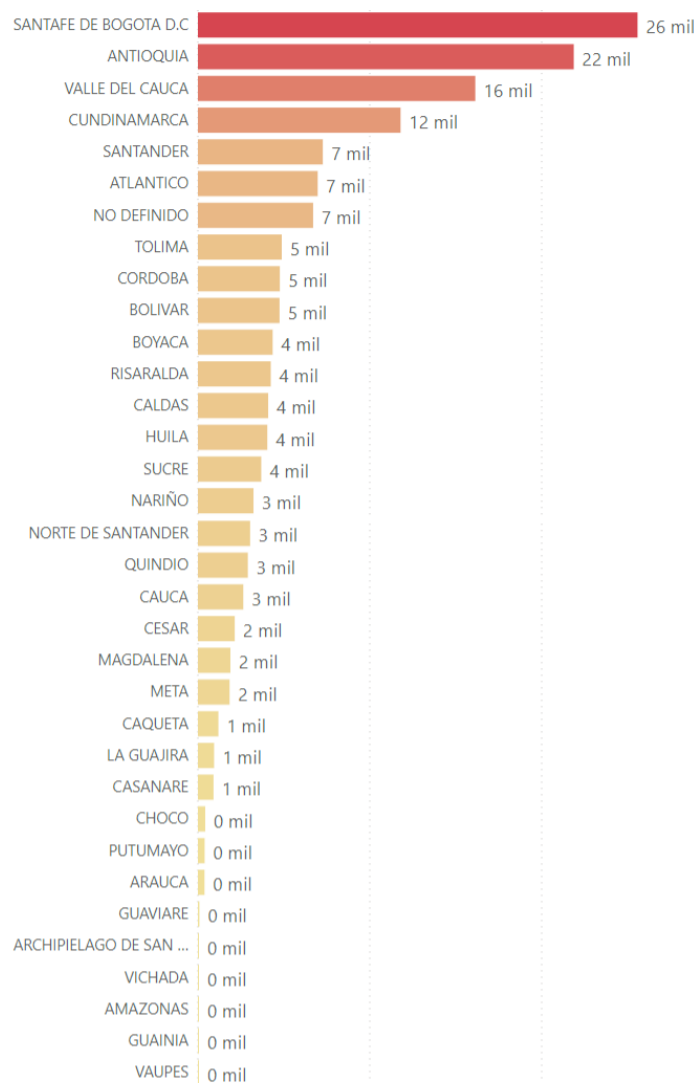
BREVE ESTUDIO DESCRIPTIVO DEL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO EN COLOMBIA ENTRE 2015 Y 2019

En el siguiente reporte se presenta una descripción del comportamiento del infarto agudo de miocardio en Colombia entre los años 2015 y 2019. Se ha observado el número de personas atendidas, de manera independiente por las siguientes categorías: departamento, diagnóstico, grupo etario y sexo.

Metodología: Se hace un estudio descriptivo de los datos relacionados a CIE-10: Capítulo 9: Enfermedades del sistema circulatorio: Enfermedades cardíacas isquémicas códigos: I210, I211, I212, I213, I214 y I219 del SISPRO, en la base de datos de Registros Individuales de Prestación de

Servicios de Salud (RIPS) entre 2015 y 2019. Se han tomado datos relacionados a Ubicación de residencia del paciente por departamento, sexo, grupo etario y diagnóstico.

Puede observarse el crecimiento para éstos 6 departamentos, en todos los casos salvo cundinamarca se puede ver constante salvo en cundinamarca y podemos notar en 2016 en todas las ciudades una leve disminución en relación a 2015, seguido de un constante crecimiento hasta 2019.



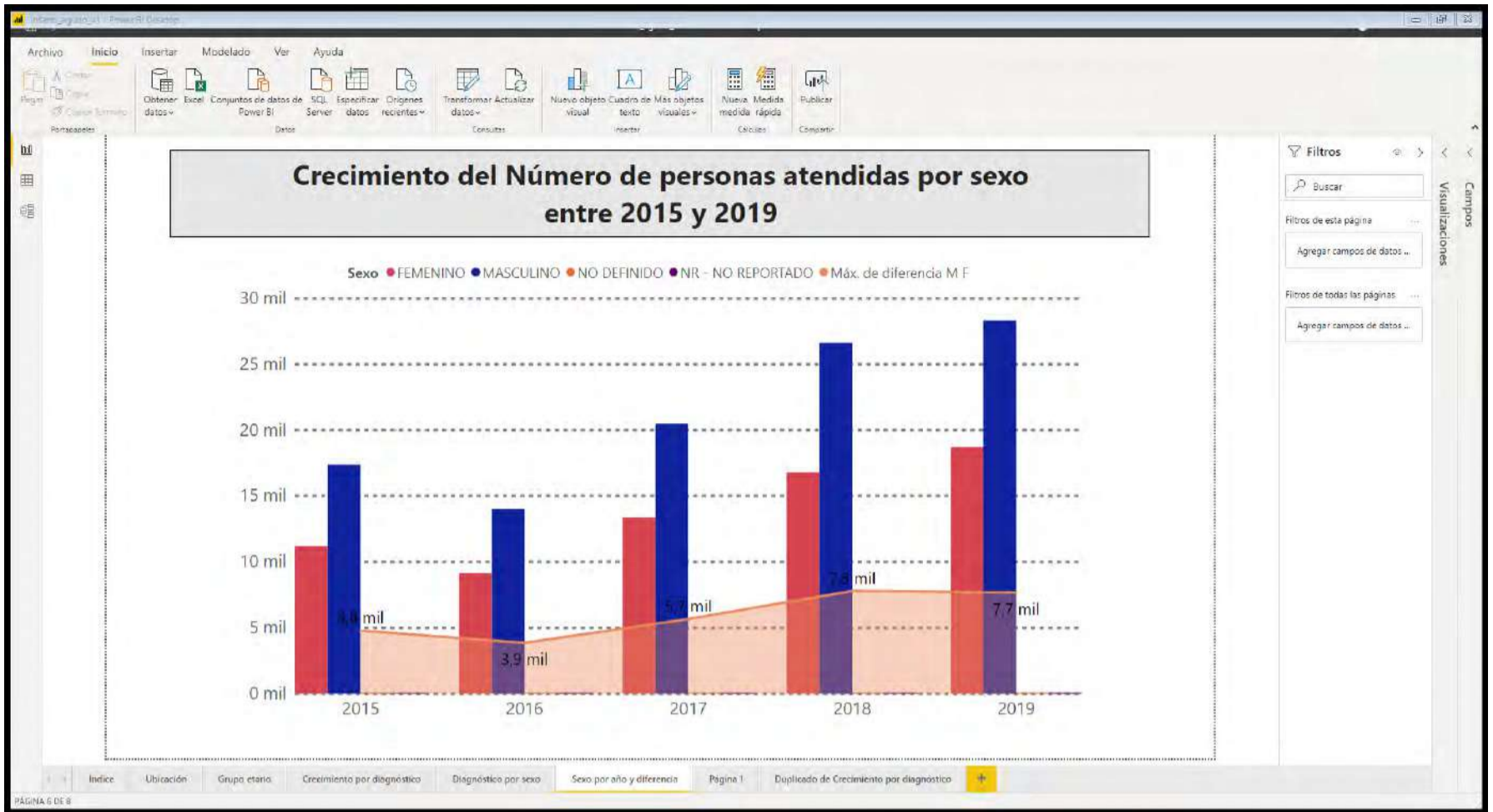
Ahora, por grupo etario podemos ver como la cantidad de personas atendidas por infarto al miocardio aumenta notablemente desde los 50 años, pero en particular se evidencia un grupo muy uniforme desde los 60 años.



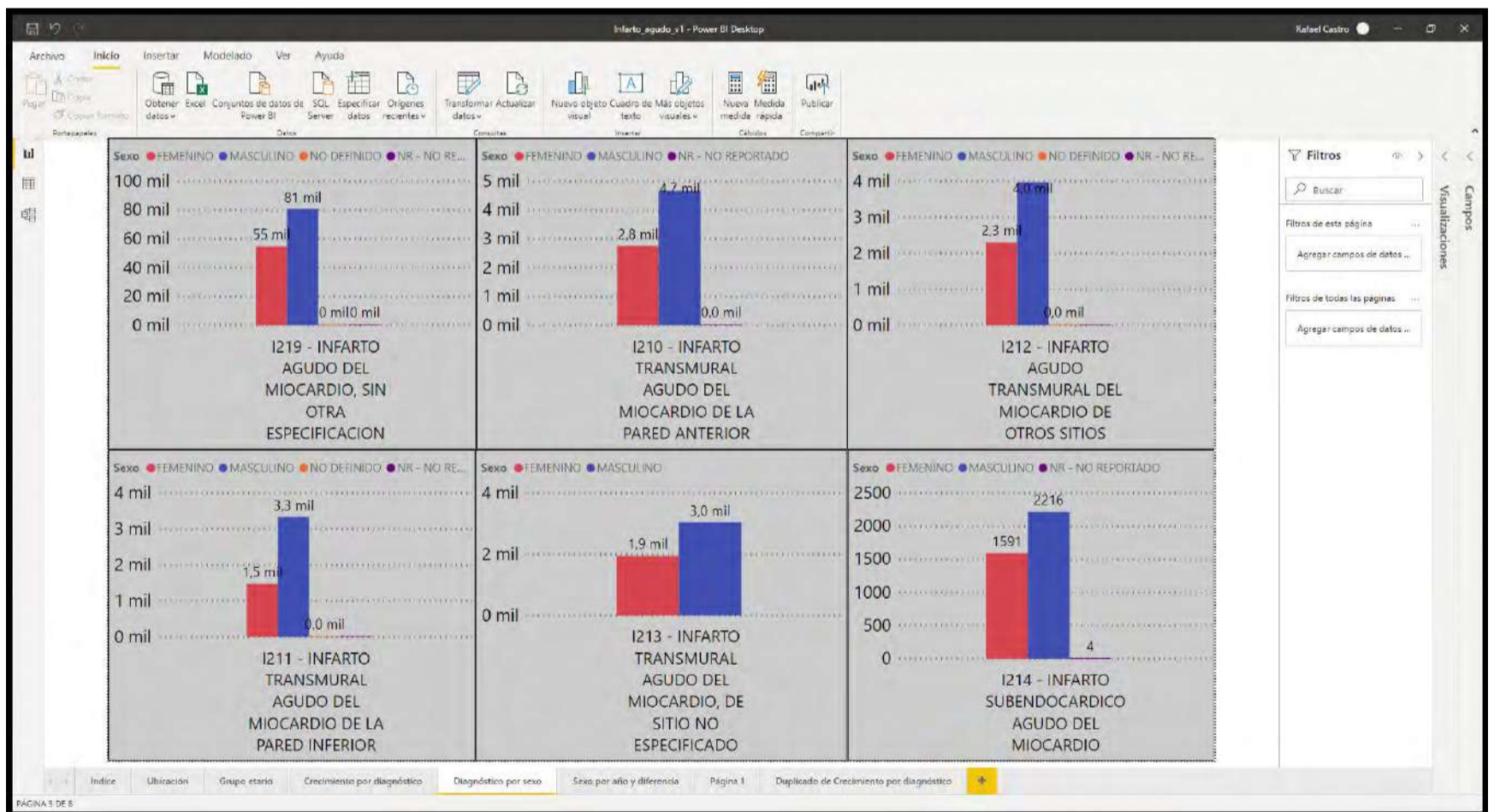
Si observamos ahora por grupo diagnóstico veremos que I219: Infarto agudo del miocardio, sin otra especificación es el que mayor cantidad de personas atendidas presenta, seguido de I210: Infarto transmural agudo del miocardio de la pared anterior. En general se puede ver que para todos los diagnósticos se presentó una disminución entre 2015 y 2016 siendo muy notable en I219 y más suave para I213: Infarto

transmural agudo del miocardio, de sitio no especificado. Los dos diagnósticos con un crecimiento más pronunciado son I210 e I211: Infarto transmural agudo del miocardio de la pared inferior.

Observando por sexo se puede ver como la cantidad de hombres que han sido diagnosticados por ésta enfermedad isquémica es mayor a la de mujeres, y la diferencia sigue creciendo a través del tiempo, de nuevo vemos una disminución en el año 2016 en relación a 2015, seguido de un crecimiento casi constante.



Veamos también por diagnóstico el comportamiento por sexo, en cada caso los hombres presentan mucho mayor número, en particular un poco más del 60% de atenciones sobre el total es para hombres y por diagnóstico puede verse también una diferencia significativa.



En conclusión encontramos diferencias significativas entre el número de personas atendidas con sexo Masculino a Femenino, también un crecimiento constante en los diagnósticos, que se evidencia en el intervalo entre 2016 y 2019, habiendo una disminución inusitada de 2015 a 2016.



 **INFORMACIÓN Y ANÁLISIS
QUE SE MUEVEN A SU RITMO**

LA TELEMEDICINA COMO SOLUCION DE ALTO VALOR EN MOMENTOS DEL COVID - 19

En este momento coyuntural que vive la humanidad, una gran mayoría de entidades del sector salud están girando su mirada al uso de las tecnologías informáticas y de comunicaciones en la prestación de servicios de salud; en los últimos 10 años estas tecnologías vienen ocupando un lugar poco estratégico dentro de los planes del sector y en su mayoría son iniciativas puntuales de las cuales algunas han sido exitosas, y de estas pocas sostenibles en el tiempo particularmente en Colombia.





Ingeniero Edinson Mercado Jiménez CEO de Global e-Health, especialista en Telesalud

El llamado a nuestros aseguradores y entes departamentales y municipales de salud a poner especial atención en estas integraciones y articulaciones de posibles soluciones; para intervenir estos tres objetivos, reitero que lo más importante es definir los procesos y son estos los que van a necesitar tecnología para hacer más eficientes y óptimos los resultados que se definan, tales tecnologías nos pueden permitir por ejemplo:

- integrar y articular líneas de atención al usuario con teleorientación, teleapoyo y telemedicina, estas líneas de acceso deben Habilitar Chatbots vía WhatsApp, Messenger, web (Optimizan el flujo de información en Call centers, identifican, clasifican y direccionan de manera automática), entre otras y canalizar según la necesidad a la red prestadora primaria que tenga acceso a las historias clínicas de los pacientes y así se realice teleorientación con sustento en el historial clínico y clasificar mejor el riesgo. En un nivel más avanzado se programan atenciones de consultas bajo la modalidad de telemedicina interactiva.

Este es el momento de las iniciativas exitosas que se deben implementar para enfrentar la pandemia, pero no debemos olvidar la visión sistémica del valor que en todos los sentidos puede generar la Telesalud, en la búsqueda del mejoramiento de los procesos asistenciales que produzcan mejores resultados y eficiencias que bien que las necesitamos ante las restricciones financieras del sector.

Deseando aportar en la implementación de soluciones, comparto mis recomendaciones que en estos 20 años de experiencias en el sector salud, especialmente en la mejora de los procesos, y en los últimos diez dedicados al uso de las tecnologías en la búsqueda de eficiencias y optimización de estos.

Podemos concentrarnos en tres objetivos específicos:

- Aplanar la curva de contagio Covid 19 evitando al máximo que los pacientes de riesgo bajo y medio concurren a los servicios de urgencias.
- Garantizar la continuidad de los tratamientos ambulatorios a los pacientes de determinados grupos de riesgo que no den espera a superar la pandemia.
- Reducción riesgo Covid – 19 en pacientes de urgencias no vitales

- Unificar y articular por medio de sistemas de información que faciliten la comunicación e interoperabilidad entre los diferentes prestadores de Rutas Integrales de Atención de alto riesgo, aquellas intervenciones que se pueden realizar bajo esta modalidad para la continuidad de los tratamientos.

- En la clasificación que se está realizando de algunos centros de urgencias exclusivos para atender los pacientes con necesidades alrededor del Covid 19, entendiendo que en determinado momento pueden no alcanzar, estos servicios de baja complejidad pueden ser soportados por medio de telemedicina por centros de referencia no de urgencias, sino de consulta externa que se organicen para tal fin y aún más allá, para soportar algunas atenciones prioritarias desde consultorios de consulta externa.

- La continuidad de los servicios de consulta externa en modalidad de telemedicina interactiva con el paciente en casa, permite abordar las atenciones de control y posoperatorias.

- La integración entre la teleorientación, teleexperticia y medicina domiciliaria se convierte en un potencial de servicios que permite la presencialidad en casa cuando la atención lo amerite y la especialidad desde los centros de referencia.

Estas son algunas de tantas otras recomendaciones de intervenciones de Telesalud que podemos estar implementando ante lo que viene en adelante que nos exige mayores soluciones a las que actualmente se están implementando

Telesalud. Una guía rápida para la evaluación de pacientes

Covid-19: Telesalud

Una guía rápida para la evaluación de pacientes

Será revisada conforme al avance del conocimiento de la enfermedad



Características Clínicas

Basadas en 1099 pacientes hospitalizados en Whan

- 69% Tos
- 22% Temperatura 37.5 - 38° C
- 22% Temperatura > 38° C
- 38% Fatiga
- 34% Esputo
- 19% Dificultad respiratoria
- 15% Dolores musculares
- 14% Dolor de garganta
- 14% Dolor de cabeza
- 12% Resfriado
- 5% Congestión nasal
- 5% Náusea o vómito
- 4% Diarrea
- 24% Cualquier comorbilidad

1 Preparar

Prepárese y decida cómo conectarse

Tenga a mano las orientaciones actuales para Covid-19

<https://d2jsqrio60m94k.cloudfront.net>

Videollamada en los siguientes casos:

- Enfermedad severa
- Pacientes ansiosos
- Comorbilidades
- Dificultad auditiva

Revisar Registros Médicos en busca de factores de riesgo como:

- Diabetes
- Embarazo
- Tabaquismo
- EPOC
- Enfermedad renal o hepática crónica
- Asma
- Esteroides o inmunosupresores
- Enfermedad cardiovascular

2 Conectar

Envíe un link para la videollamada si es posible; de lo contrario, haga una llamada telefónica

Revise el video y el audio

¿me puede escuchar/ver?

Confirme la identidad del paciente

- Nombre
- Fecha de nacimiento
- Identidad

Confirme dónde se encuentra el paciente

¿dónde está en este momento?

Guarde el teléfono y correo electrónico del paciente en caso de que la conexión falle

Si es posible, asegúrese que el paciente tenga privacidad

3 Empezar

Evaluar rápidamente si el paciente está muy enfermo o no

Revisión Rápida

Si se ve o suena muy enfermo, como ahogado al momento de hablar, vaya directamente a las preguntas clínicas clave

Establezca lo que el paciente requiere y necesita de la comunicación, como por ejemplo:

- Información
- Remisión
- Certificado
- Consejería
- Evaluación clínica

4 Historia

Realizar registro y adaptar las preguntas al paciente según su historia clínica

Contactos:

- Contactos cercanos con casos de Covid-19
- Miembros familiares enfermos
- Grupo de riesgo ocupacional



Historial de enfermedades actuales

Fecha de primeros síntomas

Síntomas más comunes:

- Tos
 - Fatiga
 - Fiebre
 - Disnea
- Tos normalmente seca, en ocasiones con presencia de esputo
- Hasta el 50% de los pacientes no presentan fiebre como síntoma

5 Examen

Examinar las funciones físicas y mentales de la mejor forma que se pueda

En llamada, pedir al cuidador o al paciente que describa:

- Dificultad respiratoria
- Color de cara y labios

En video, verificar:

- Comportamiento general
- Color de la piel

Revisar función respiratoria - inhabilidad para hablar en frases completas y largas es un síntoma común de casos severos

¿Cómo está su respiración?

¿Está peor hoy que ayer?

¿Cómo su dificultad respiratoria afecta lo que hace?

El paciente debe estar disponible para tomar sus signos si tiene los instrumentos en casa

- Temperatura
- Pulso
- FEM
- Presión sanguínea
- Saturación de oxígeno

Interprete los resultados del autocontrol con precaución y en el contexto de la valoración del paciente

6 Decisión y Acción

Avanzar y organizar el seguimiento, teniendo en cuenta la capacidad local

¿A qué pacientes con neumonía enviar al Hospital?

Hallazgos clínicos, como:

- Temperatura > 38°C
- Frec respiratoria > 20/min
- Ritmo cardíaco > 100/min
- confusión
- Saturación de oxígeno ≤ 94% si disponible oximetría para autocontrol

Probable Covid-19, controlado, con síntomas leves

Auto-control: líquidos, Acetaminofen

Probable Covid-19, aumento de síntomas, deterioro

Organizar seguimiento por video. Vigilar de cerca si sospecha neumonía

Comorbilidades relevantes

Atención integral en domicilio Considerar hospitalización

En mal estado y requiere hospitalización

Traslado medicalizado coordinación con EAPB y ETS

Reducir transmisión del virus: seguir el consejo de aislamiento en casa

Red de seguridad: Si vive solo, busque alguien que lo visite y verifique

Mantener un consumo constante de líquidos (hidratación)

Buscar atención médica inmediatamente por los síntomas banderas rojas

Banderas Rojas

- Covid-19
- Disnea severa en reposo
- Dificultad para respirar
- Dolor o presión en el pecho
- Piel fría, húmeda o pálida y moteada
- Confusión
- Dificultad para despertarse
- Labios o cara cianótica
- Somnolencia
- Oliguria
- Hemoptisis
- Otras condiciones como:
- Cuello rígido
- Rash



BIG DATA SALUD

Estamos en capacidad de acompañar a las aseguradoras, Instituciones prestadoras de servicios de salud, Industria farmacéutica y proveedores de bienes y servicios en salud, en el manejo especializado de sus datos, transformándolos en información útil, actualizada y estratégica para tomar decisiones.

- Línea Investigación de Big data
- Línea Analítica y Minería de datos
- Línea Predictibilidad e inteligencia artificial

info@consultorsalud.com

LO QUE LOS PACIENTES CON CÁNCER DEBEN SABER SOBRE EL COVID-19: INFORMACIÓN ACTUALIZADA.

Dra. Virginia Abello Polo
Hematologa, Hospital
de San José, Clínica del Country

Al día de hoy (abril 01 2020) el Ministerio de Salud informa que se ha confirmado el contagio de 1.065 personas y 17 personas han muerto; Bogotá como es de esperarse es la ciudad con mayor número de casos. Estamos entonces en un escenario en que es un hecho que nos encontramos en una fase expansiva, como lo está gran parte del mundo.

¿QUÉ QUIERE DECIR ESTO PARA LOS PACIENTES CON CÁNCER?

La realidad es que nadie lo tiene del todo claro; un reporte preliminar sugiere que los pacientes con cáncer tienen 3.5 veces más posibilidades de tener complicaciones graves (requerir ventilación mecánica e ingresar a UCI) y morir, que los pacientes sin cáncer. Esta



información proviene de un único reporte de Liang y cols, al principio de este mes, que informa de las complicaciones en 18 pacientes con historia de cáncer, de los 1571 del total de la serie Liang et al. (1) Estos casos corresponden a un grupo muy heterogeneo de pacientes, de los cuales 75% eran supervivientes de cáncer en seguimiento, por lo cual no sabemos a ciencia cierta cual será el comportamiento de una persona con cáncer infectado con COVID-19; sin embargo, podemos inferir de estudios previos sobre otros tipos de coronavirus en inmunosuprimidos (2) y de los hallazgos del reporte de Liang, que los pacientes con cáncer, en especial aquellos en tratamiento activo, son un grupo de alto riesgo. La tasa de mortalidad reportada en esta situación es del 7.6%, comparada con la de la mortalidad general del 3.8%

¿DEBE SER ENTONCES EL CUIDADO GENERAL EN UN PACIENTE CON CÁNCER DISTINTO?

Como en la población general, los pacientes con cáncer se deben adherir en forma estricta a las dos medidas de protección más eficaces hasta la fecha: El lavado de manos frecuente y el aislamiento social. Ninguna medida, incluyendo el uso de máscaras faciales (tapabocas) ha demostrado su efectividad, como lo han hecho las dos primeras. La Asociación Colombiana de Infectología se ha pronunciado formalmente al respecto, recomendando el uso de tapabocas solo en casos especiales, como personas sintomáticas respiratorias; en pacientes con cáncer no hay una recomendación oficial, pero algunos expertos sugieren utilizarlo cuando deba asistir a citas médicas únicamente, teniendo especial cuidado en no reutilizarlo y manipularlo lo menos posible cuando se tenga puesto.

El uso de guantes indiscriminado en pacientes y la población general, no se recomienda ya que evita un aseo adecuado de las manos y propicia la propagación del virus. (3)

¿QUÉ HACER CON EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON CÁNCER?

Varias asociaciones internacionales han expedido recomendaciones sobre como continuar el tratamiento en un paciente con cáncer; todas coinciden en que no hay una recomendación única que sirva para todos los pacientes, cada caso debe ser individualizado según los siguientes factores:

- La edad del paciente y las enfermedades concomitantes
- El tipo de cáncer y el estado de la enfermedad
- La intención de la terapia a administrar
- La disponibilidad de otras opciones de tratamiento.

Los pacientes con cáncer y sus médicos tratantes, se verán abocados a tomar decisiones difíciles en estos momentos de la historia. Por un lado se debe evaluar el riesgo de reaparición o progresión de la enfermedad, y por otro el riesgo que implica continuar el tratamiento como está planeado, teniendo en cuenta que este puede producir inmunosupresión y por lo tanto mayor riesgo de complicaciones de darse una infección por COVID-19 y la necesidad de asistir al centro hospitalario para el tratamiento.

En general se ha recomendado:

- Minimizar las visitas al centro de tratamiento. Esto se puede lograr mediante el uso de tele-orientación, formulando tratamientos para mayor tiempo (2-3 meses) cuando sea posible y prefiriendo medicamentos orales si esta opción es posible.

- Posponer cirugías oncológicas electivas si es posible.

- Diferir el inicio de tratamientos para tipos de cáncer de características indolentes que por ser de alto riesgo de otra forma tendrían indicación de tratamiento (por ejemplo: Linfomas de bajo grado, mieloma múltiple sin componente CRAB, etc).

- Considerar suspender terapias de mantenimiento de uso intravenoso en pacientes con neoplasias muy bien controladas, o cambio a alternativas orales si hay disponibles.

- En cualquier neoplasia de crecimiento rápido, en quien se considere que el tratamiento es potencialmente curativo, se debe continuar el tratamiento sin alteraciones independiente de la situación actual, extremando las medidas de prevención.

- En pacientes con tratamientos con intención paliativa, se deben pesar especialmente todos los riesgos inherentes a la terapia ofrecida, haciendo énfasis especial en aquellos manejos que privilegien la calidad de vida y minimicen las visitas hospitalarias.

Solo una conversación extensa y adecuada, puede permitir al médico y el paciente llegar a una decisión adecuada en cada caso.



¿QUÉ HACER CON EL TRASPLANTE DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS?

De nuevo la situación se debe individualizar. En cada caso se debe tener en cuenta en forma individualizada las condiciones propias del paciente en relación con su riesgo de complicaciones y recaída, y por otra parte las condiciones del centro trasplantador, relacionadas con el acceso a pruebas, componentes sanguíneos y capacidad hospitalaria al momento del trasplante.

Se debe pesar el beneficio del trasplante en términos de supervivencia global al momento de definir la realización del mismo. En algunos pacientes puede ser razonable posponer el trasplante si existen otras alternativas de tratamiento.

En cualquier caso, si se decide seguir adelante con el procedimiento, se deben tener en cuenta dos recomendaciones:

- Donantes y pacientes deben ser idealmente estudiados para COVID-19 antes de iniciar el tratamiento.



- Las visitas postrasplante deben ser extremadamente limitadas, y se debe buscar activamente síntomas o historia de contacto con enfermos, si se permite alguna visita.

¿QUÉ HACER CON PROCEDIMIENTOS DE TAMIZAJE PARA CÁNCER?

Las mamografías, citologías, colonoscopias y demás estudios de tamizaje de cáncer de rutina en pacientes asintomáticos, pueden ser pospuestos por unos meses sin riesgos mayores, lo cual permite optimizar el uso del personal y recursos de salud, y minimizar el contacto con centros hospitalarios.

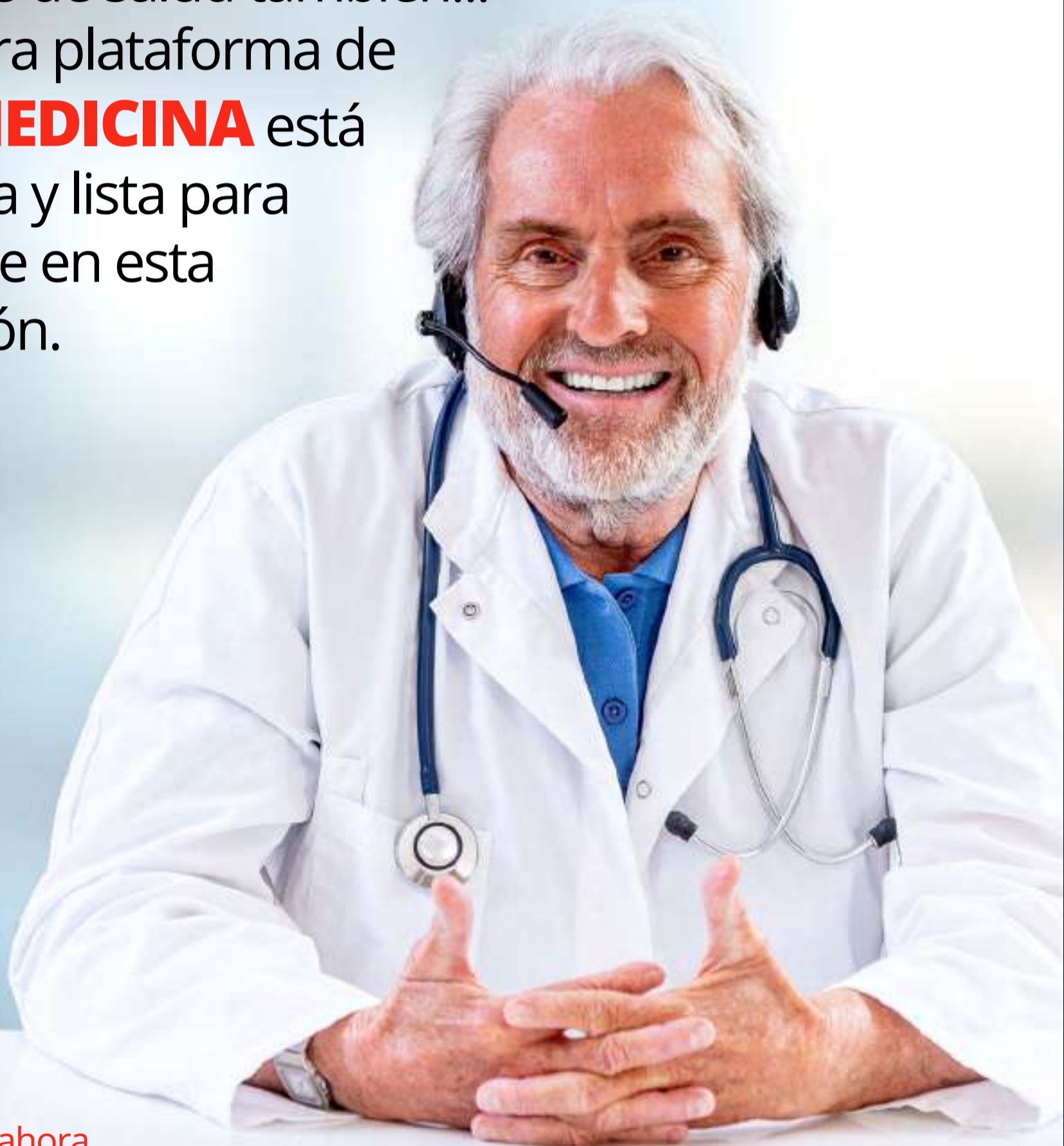
Es de recalcar, que los pacientes con síntomas que esten en proceso diagnóstico de cáncer, deben continuar

sus estudios como fueron solicitados por sus médicos tratantes.

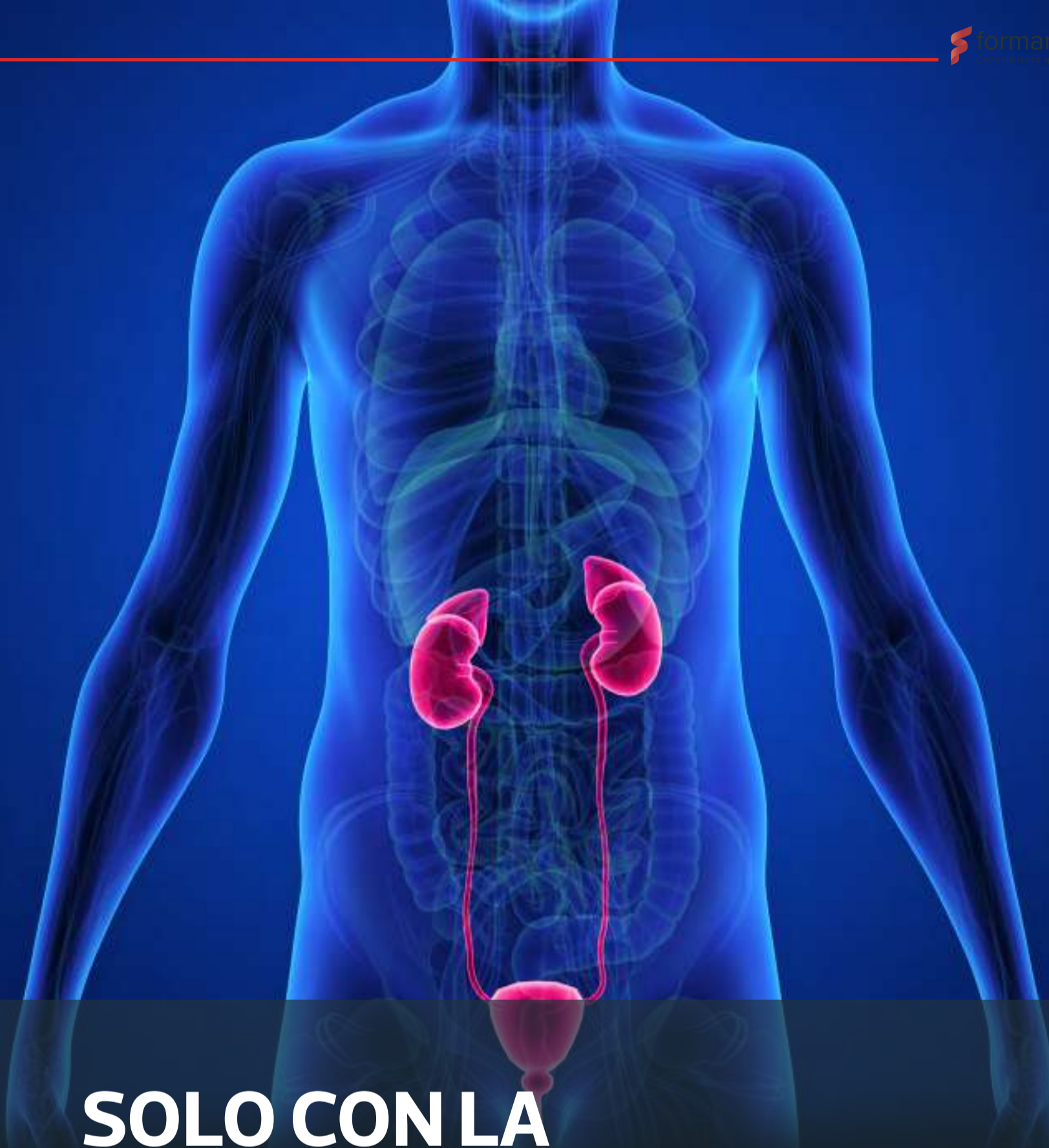
En conclusión, es esta una época de retos para los médicos que tratamos pacientes con cáncer y nuestros pacientes, cada consulta se requerirá una toma de decisiones individualizada pesando los nuevos riesgos inherentes a la situación que estamos viviendo. Es este el momento de retomar con más vigor que nunca, a la relación íntima que debe existir entre un médico y su paciente, que permitan a los dos seres humanos sentados uno frente al otro tomar decisiones consensuadas y basadas en la confianza mutua, que no estarán desde luego extentas de riesgo, pero con la tranquilidad de haber hecho el ejercicio de informar e informarse adecuadamente de todas las probabilidades. En la medida en que la situación varíe y tengamos información más precisa en el grupo de estos pacientes con cáncer, algunas o muchas de estas recomendaciones basadas más en el sentido común que en evidencias sólidas se irán modificando, nada de lo que está pasando está escrito en piedra todavía.

TELEMEDICINA

El mundo cambió
La forma de prestar los
servicios de salud también...
Y nuestra plataforma de
TELEMEDICINA está
probada y lista para
apoyarte en esta
transición.



Esríbenos ahora
telemedicina@consultorsalud.com e iniciemos este viaje juntos.



**SOLO CON LA
POBLACIÓN DE PACIENTES
RENALES PODRÍA
COLAPSAR EL SISTEMA DE
SALUD. A PROPÓSITO DE
ESTA PANDEMIA.**

El virus causante de la enfermedad por coronavirus (coronavirus disease 2019, covid19), se denomina coronavirus del síndrome respiratorio grave agudo 2 (severe acute respiratory syndrome coronavirus 2, sars-cov-2), siendo de origen zoonótico, y de transmisión entre humanos principalmente por vía respiratoria.

Esta epidemia se originó en Wuhan (China) en diciembre de 2019, y fue declarada una pandemia por el Organización Mundial de la Salud el 11 de marzo de 2020.

Es de anotar, que, en situaciones catastróficas o epidemias anteriores, la tasa de letalidad siempre ha sido mucho más alta en pacientes renales en diálisis que en la población general, por lo tanto, con esta población hay que tener consideraciones adicionales.

La población mundial con enfermedad renal estimada es de 850 millones, aproximadamente. Uno de cada 10 pacientes tiene enfermedad renal, aclarando que muchos no lo saben, porque esta enfermedad es silenciosa en muchas ocasiones.

Situación en Colombia, enfermedad renal y diálisis

Según datos de la cuenta de alto costo, para el año 2017, se informaron 4.124.668 millones personas diagnosticadas con hipertensión arterial, diabetes o enfermedad renal crónica.

Bogotá es la ciudad con mayor número de personas con enfermedad renal, seguida del Valle del Cauca y luego Antioquia. Sin embargo, cuando se tiene en cuenta la prevalencia ajustada, departamentos como Quindío y Risaralda ocupan los primeros puestos.

También se reportaron 36.413 pacientes vivos en terapia de reemplazo renal, con un incremento promedio por año entre el 2 y 3%, siendo la hemodiálisis la terapia más frecuentemente usada (casi un 60% de los pacientes).



Jorge E. Rico Fontalvo

Médico
Internista y Nefrólogo

Se encontró más población de género masculino (55%) y como dato adicional e importante, la mayoría de la población en diálisis tenía edades comprendidas entre los 65-69 años de edad. La hipertensión arterial, la diabetes o juntas siguen siendo las principales causas Enfermedad renal crónica en Colombia.

Además, se reportaron un total de 6.827 pacientes vivos con trasplante renal funcional, siendo un poco menor la población. La edad más frecuente es, entre los 55-59 años de edad (26%).

¿Cuál es el impacto si soy paciente con enfermedad renal?

Este grupo poblacional es considerado de alto riesgo o población más vulnerable por varias razones. La mayoría de pacientes con este diagnóstico son pacientes mayores de 60 años, tienen comorbilidades asociadas como Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial, siendo estas dos últimas enfermedades también consideradas de manera independiente como de alto riesgo.

Además, son pacientes con condición debilitante, con una alta frecuencia de desnutrición y desde el punto de vista inmunológico, se consideran en estado de inmunosupresión.

Esta población de pacientes a su vez se puede segmentar más en pacientes renales sin requerimiento de diálisis, pacientes renales en diálisis (hemodiálisis y diálisis peritoneal) y pacientes trasplantados renales.

El subgrupo de pacientes con mucho más riesgo son los pacientes que están en hemodiálisis y trasplantados renales.

¿Qué se recomienda en los pacientes en hemodiálisis?

Varias sociedades científicas a nivel internacional han sacado documentos explicando las recomendaciones que deben tener los pacientes, las unidades renales y el personal sanitario.

Estas medidas tienen como objetivo disminuir aún más el riesgo de contagio. En general, las medidas que se deben cumplir, además de la recomendadas para toda la población son: cumplir un protocolo de autodiagnóstico, reforzar medidas de educación en los pacientes relacionadas con el correcto lavado de manos, seguir el autoaislamiento, no tomar transporte público, no suspender los medicamentos, reconocer los síntomas y signos de alarma y saber que hacer/ consultar, **comunicarse con la unidad renal, hacer un buen Triage al momento de llegada** del paciente a la unidad renal, evaluando temperatura y sintomatología, mantener una buena distancia mínimo de 2 metros entre las máquinas de diálisis, implementar un turno adicional (cuarto turno) para dejar de ultimo a los pacientes sospechosos o diagnosticados, implementar sala con aislamiento, vacunación contra la influenza, entre otras.

Una medida interesante e importante sería contar con una unidad de hemodiálisis que atienda los pacientes positivos. Esta medida debe contar con la cooperación de todas las IPS prestadoras, EPS, servicios de salud y gobierno.

¿Qué experiencia hay en la literatura?

Hasta donde conozco, hay muy poca literatura al respecto. Para resaltar, hay una serie de casos de un centro de hemodiálisis en Wuhan (China).

Los autores revisaron todo el curso del brote emergente en el centro de hemodiálisis del Hospital Renmin, Universidad de Wuhan, desde el 14 de enero de 2020, día en que se confirmó el primer caso, hasta el 17 de febrero de 2020.

De 230 pacientes en hemodiálisis, 37 pacientes (16.1%) y 4 casos de 33 miembros del personal (12.1%) fueron diagnosticados con COVID-19.

Los pacientes en diálisis con COVID-19 tenían menos linfopenia, niveles séricos más bajos de citoquinas inflamatorias y enfermedad clínica más leve que otros pacientes afectados por la infección por COVID-19.



Durante este periodo, murieron siete pacientes en diálisis, incluidos seis con COVID-19 y uno sin COVID-19. Las presuntas causas de muerte no estaban directamente relacionadas con la falla respiratoria (complicación mortal de estos pacientes) sino debido a enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, e hipercalcemia. Estamos a la espera de más estudios descriptivos relacionados.

¿Qué otras medidas son importantes: ¿cambio de modalidad de diálisis?

En mi concepto, sería una medida muy importante y que podría tener impacto positivo en minimizar el riesgo de contagio.

Se puede implementar en los programas de diálisis el cambio de pacientes de hemodiálisis a diálisis peritoneal y los pacientes nuevos que requieran inicio de terapia de remplazo renal, tener como primera opción la diálisis peritoneal.

¿Por qué es más conveniente la diálisis peritoneal?

Con la modalidad de hemodiálisis los pacientes están más expuestos y tienen más riesgo de contagio por varias razones: deben salir de su domicilio tres veces por semana para asistir a las terapias, toman transporte público y en la unidad renal van a estar expuestos al contacto con más pacientes y personal en general, mientras que los pacientes en diálisis peritoneal, su terapia se la hacen en su domicilio y pueden cumplir mejor el aislamiento.

Para concluir, la enfermedad renal es un grupo poblacional especial y vulnerable al cual tenemos que tomar todas las medidas para mitigar la propagación de esta infección porque podría ser grave, letal y colapsar nuestro sistema sanitario.

POLÍTICA PÚBLICA Y CÁNCER ¿UNA REALIDAD EN COLOMBIA?



Juan Gonzalo López Casas
Presidente de Salud Total

Al hablar de política pública en cáncer (CA) es necesario insistir en la complejidad que esto implica. En Colombia existen instituciones, abundantes fuentes de información, esquemas para controlar el riesgo, definiciones para la detección temprana, modelos para la atención, recuperación y superación de la enfermedad, gestión del conocimiento y tecnología para el control del CA.

Toda la complejidad que se ha construido para asegurar una atención con calidad a los pacientes con CA lleva inmersa una paradoja. Ante las actuales dificultades se genera una mayor reglamentación que lleva a mayor complejidad que impide el avance; como si existiera una incapacidad para construir evidencia sólida que permitiera elaborar una política pública que haga realidad los propósitos en cuanto aumentar la capacidad y disminuir las inequidades. El volumen de la normativa parece favorecer la complejidad como sinónimo de efectividad; cuando, tal vez, se requiere menos, pero mejores resultados.

La inflación normativa

Algunos ejemplos de este fenómeno son las leyes para la atención integral de los pacientes, para disminuir la mortalidad infantil y la creación del registro nacional del CA infantil y servicios paliativos. O los Decretos para cambiar la estructura del Instituto Nacional de Cancerología transformándolo en una institución de asistencia y asesora. Además, las Resoluciones para crear el Sistema Nacional de Información del CA, el Observatorio Nacional, el Sistema Integrado en Red, el Consejo Nacional-Departamental para asesorar en CA infantil, rutas integrales de atención, unidades de atención de CA infantil (UACAI) y un sinnúmero de actos administrativos. De resaltar es el Plan Decenal para el Control del CA 2012-2021, va para diez años de vigencia y hoy no se cuenta con una evaluación que incluya ámbitos, políticas, espacios comunitarios y servicios de salud, siguiendo la tendencia que el papel crea la realidad.

El problema

Tal vez, la dificultad está en que no se construyó adecuadamente el problema para definir una buena política pública en CA. Hasta el punto de que no es claro si es un problema de salud pública. Para construir adecuadamente el problema es necesario establecer la brecha entre la realidad observada y el deseo o valor de cómo debería ser. El problema no está en el campo de los hechos, como hasta ahora parece ser, si no de la subjetividad. Son los individuos quienes construyen el problema con su ideologías y valores para definir si es o no un problema. ¿Se formuló adecuadamente el problema en salud pública de esta patología? ¿Que soluciones admite esta definición? ¿Se priorizó adecuadamente? Estas son preguntas que no tienen respuesta.

Empíricamente, y diría que intuitivamente, se definió que el CA es un problema por su impacto en la salud y el bienestar del individuo y su familia. Primero, se aduce la complejidad del tratamiento, los efectos sobre la economía familiar y los costos en el sistema de salud. Segundo, por el impacto en la productividad (50% son muertes prematuras en personas entre 30-69 años). Luego, hay una preocupación por el aumento permanente de los casos (se estima que en América Latina los casos aumentarán un 91% al año 2035 y las muertes 106%). Finalmente, está la complejidad del origen, que tiene relación con los riesgos ambientales, estilo de vida y la conducta de las personas (alcohol, tabaco, grasas), que nos recuerdan que la mayoría de los cánceres son evitables. La gran complejidad de los determinantes y la articulación de los diferentes sectores hace casi imposible desarrollar una política de prevención efectiva.

¿Qué hacer?

Una primera acción para avanzar es reformular el problema más allá de los datos sobre morbilidad y mortalidad para definir las mejores soluciones. Simplificar normas, fuentes e instituciones, garantizar información oportuna y de mejor calidad, redes y centros integrales de atención, contar con un talento humano competente, historia clínica interoperable, privilegiar mecanismos de pago por resultado, evaluar las nuevas tecnologías en salud para establecer si agregan valor con relación a lo existente.

Para reducir los tiempos de atención es importante avanzar en las medidas preventivas, comunicación y movilización, trabajar con un enfoque de cohorte, contratar servicios integrales, incorporar los laboratorios para reporte inmediato de los resultados e incluir en las soluciones las nuevas tecnologías informáticas como IA, Big Data y robótica para gestionar mejor el riesgo.

Adicional, empoderar a la población y al paciente. En general entre el 60% y 70% de las muertes prematuras son consecuencia de comportamientos de salud modificable. Un paciente activado puede ahorrar hasta un 21% de gasto sanitario, disminución de los reingresos (12,8% vs 28%) y menos errores médicos (19,2% vs 35,8%). Los médicos tienen conocimiento científico y clínico de la enfermedad, pero los pacientes saben cómo se vive y supera. Finalmente, crear el Sistema Sociosanitario con cuidadores, nutrición, pañales y cuidados paliativos.

Lo definido hasta ahora debe ser reformulado. Existen múltiples normas, planes y propósitos; pero no una política pública para la prevención, atención y superación del CA. Hay datos suficientes que avalan la necesidad de dar un giro al actual diseño y funcionamiento, urge este cambio.

SOMOS EXPERTOS EN EDUCACIÓN VIRTUAL PARA EL SECTOR SALUD

- salas virtuales hasta para **2000 asistentes**
- los mejores conferencistas y **expertos del país**
- temas estratégicos y de actualidad

Escribanos ahora y estaremos encantados de brindarle nuestro soporte especializado:

administracion@consultorsalud.com
o llámenos en este momento y conversemos sobre su necesidad: 317 4296207

Webinar

UNA PERSPECTIVA A LAS DEFUNCIONES ASOCIADAS A EPOC ENTRE 2005 Y 2018.

Se realizó un breve análisis descriptivo a los diagnósticos de Enfermedad pulmonar obstructiva crónica J40-J44, J47 como causa básica de muerte entre los años 2005 y 2018, sobre los datos disponibles de RIPS en el Sistema Integrado de la Información de la Protección Social (SISPRO).

La Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es considerada por la OMS como un “concepto general que designa diversas dolencias pulmonares crónicas que limitan el flujo de aire en los pulmones” [1]. Para el análisis se han tomado como referencia los diagnósticos de causa básica de muerte entre 2005 y 2008 asociados al código internacional de enfermedades 10, del capítulo de enfermedades del sistema respiratorio (Capítulo 10) y en particular los códigos J40 a J44 y J47 [2] como en otros estudios [3][4][5][6][7][8].

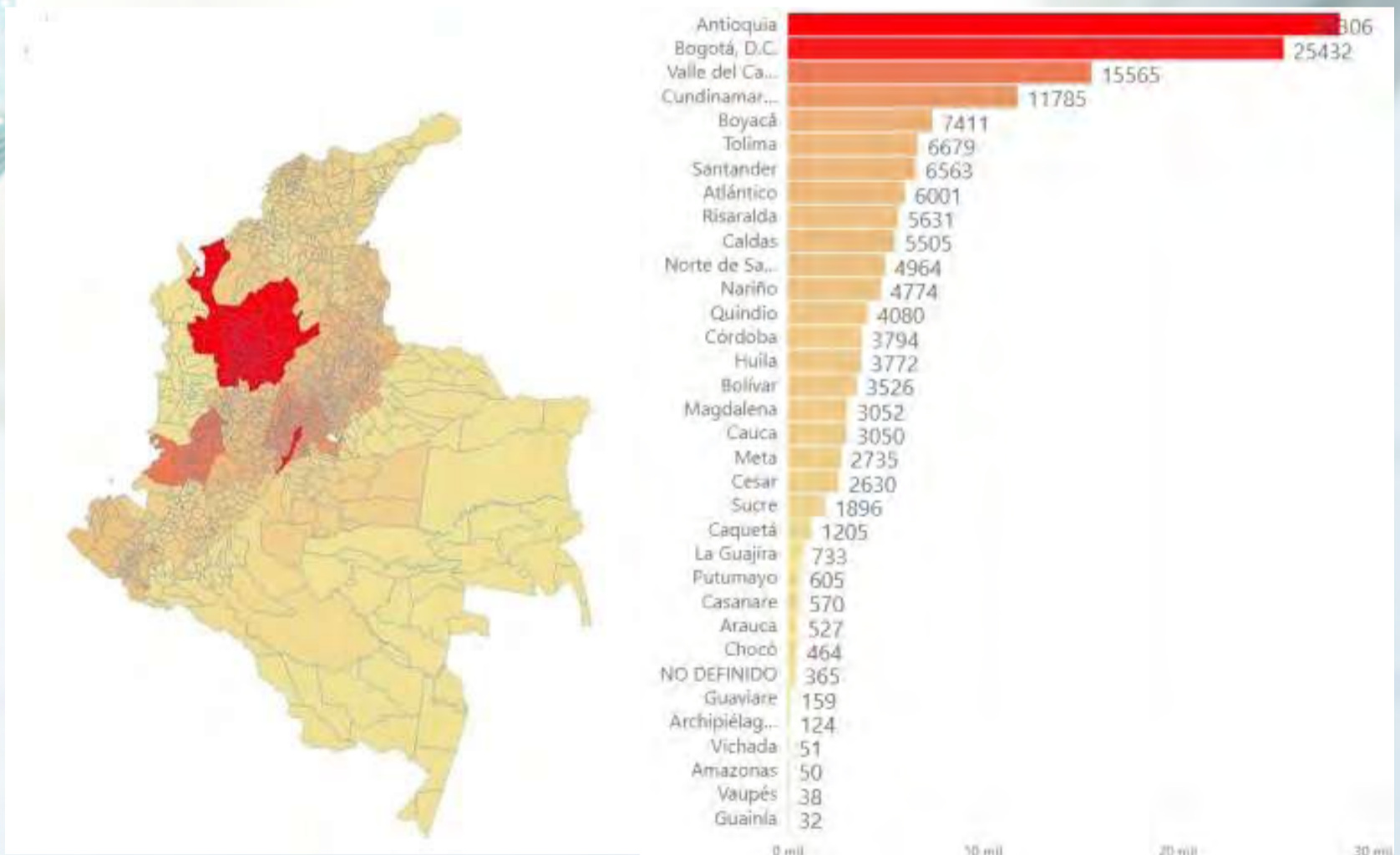
sed euismod vulputate, lectus elit efficitur dolor, nec blandit augue odio vitae eros. Etiam lobortis mi eu ligula bibendum, vitae laoreet eros pharetra. Morbi velit elit, pharetra eget nisi nec, aliquet interdum ligula. Vivamus nibh sapien, tempor sed euismod vulputate, lectus elit efficitur dolor, nec blandit augue odio vitae eros. Etiam lobortis mi eu ligula bibendum, vitae laoreet eros pharetra. Morbi velit elit, pharetra eget nisi nec, aliquet interdum ligula. Vivamus nibh sapien, tempor sed euismod vulputate, lectus elit efficitur dolor, nec blandit augue odio vitae eros. Etiam lobortis mi eu ligula bibendum, vitae laoreet eros pharetra. Morbi velit elit, pharetra eget nisi nec, aliquet interdum ligula. Vivamus nibh sapien, tempor

Método: Del SISPRO se ha hecho una consulta que contiene un filtro por nivel

de diagnóstico de causa de muerte básica, para los códigos ya nombrados, y datos por año, departamento, grupo étnico y sexo. Se lleva a cabo un estudio descriptivo de tal información.

Se evidencia que entre 2005 y 2018 los 6 departamentos que reportan mayor cantidad de defunciones con causa de muerte básica por diagnóstico asociado a EPOC son Antioquia con 28306 casos, Bogotá con 25432 casos, Valle del Cauca, Cundinamarca, Boyacá y Tolima.

Aquellos que menos reportan defunciones con tales diagnósticos son Guaviare, Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, Vichada, Amazonas, Vaupés y Guainía.

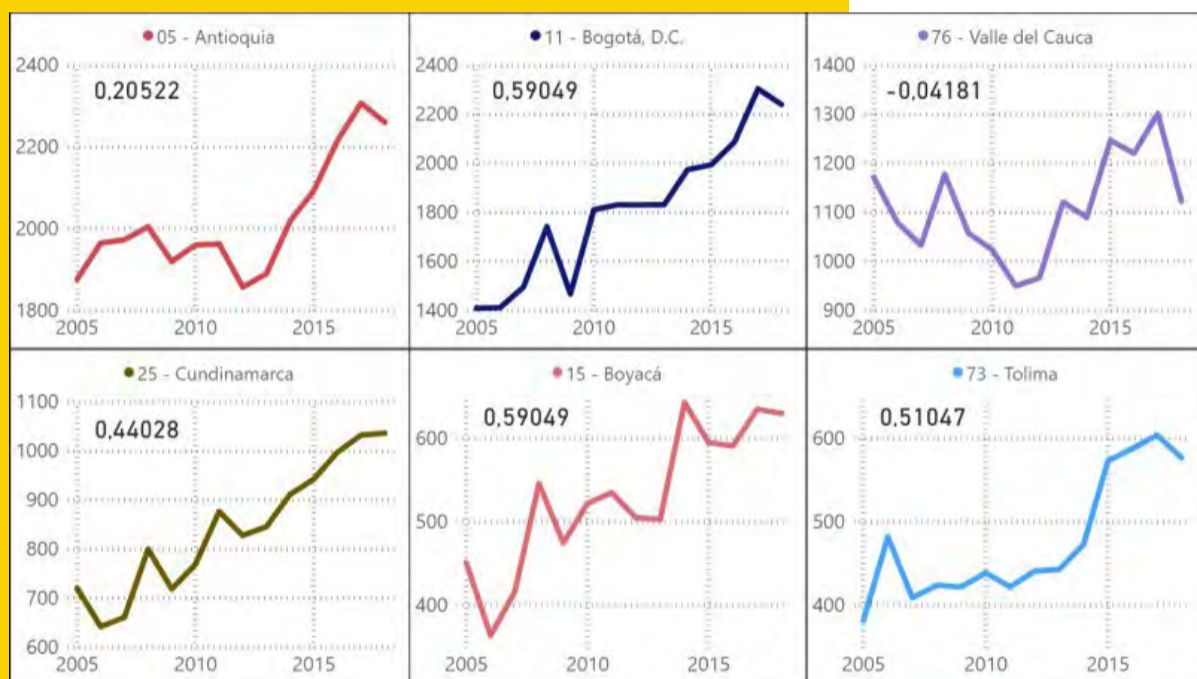


Departamento	Tasa de crecimiento total
Vichada *	6
Norte de Santander	2,653594771
Putumayo *	2,5
Nariño	1,863636364
Córdoba	1,76
Guaviare	1,5
Bolívar	1,364705882
Casanare *	1,294117647
Cauca	1,060240964
Magdalena	1,006060606

en la tabla se muestran las tasas más altas de crecimiento para diagnóstico de EPOC como causa básica de muerte,

aquellos departamentos marcados con un " * " presentan valores por debajo del criterio del 0,005% de la población general de número de defunciones.

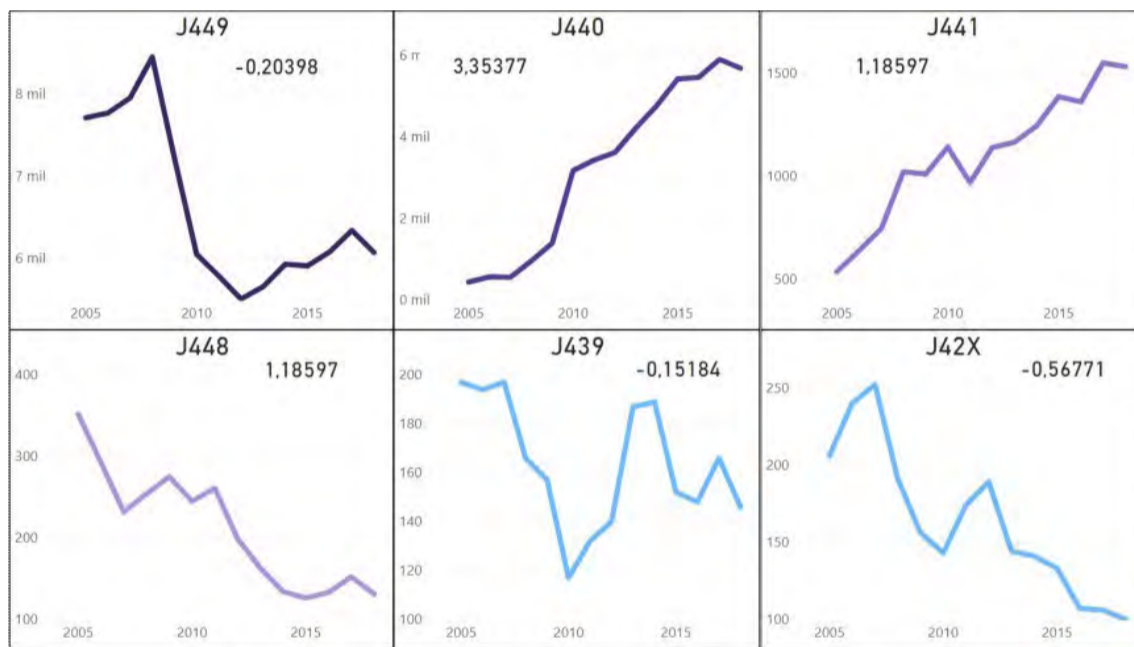
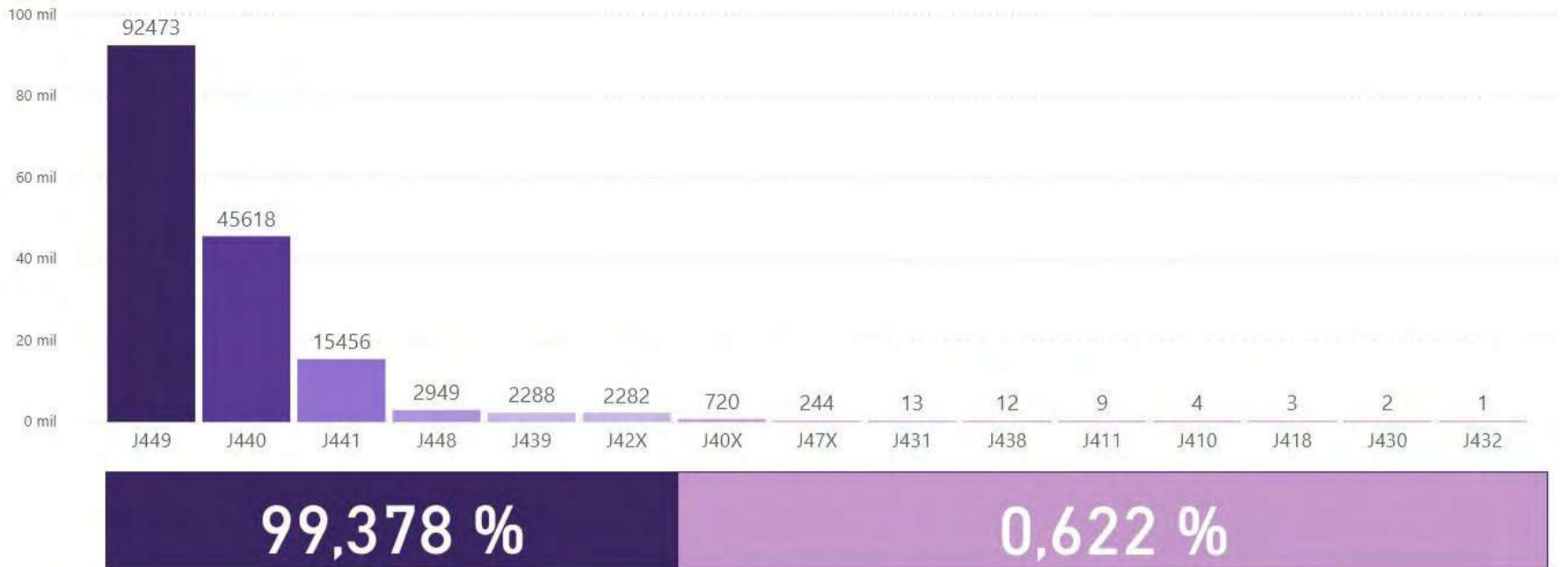
Para los departamentos con mayor numero de defunciones podemos observar la curva de y tasas de crecimiento, vemos que para Bogotá y Boyacá hay similitudes en cuanto a la variación de difuntos en el tiempo -a pesar del cambio de escala- en general el comportamiento de éstas ciudades es al aumento, pero en Valle del Cauca la dinámica tuvo un cambio significativos entre 2010 y 2014,



En un corto vistazo a la dinámica anual de defunciones distinguiendo sexo podemos ver que el número de mujeres y hombres que murieron entre 2005 y 2018 por EPOC tendió a subir, pero la diferencia entre ambos sexos ha disminuido, el número de hombres cuya muerte diagnosticada por dicha causa solía ser mayor que el de mujeres, en mayor detalle estimando la variación de la tasa de crecimiento anual se obtuvo que la curva de crecimiento del número de Hombres tiene una variación con una suave tendencia al alza y que la de Mujeres tiene una suave tendencia hacia disminuir, la tasa neta para el número de Hombres fue de 0,29515254 y la de mujeres de 0,63781975 entre 2005 y 2018.



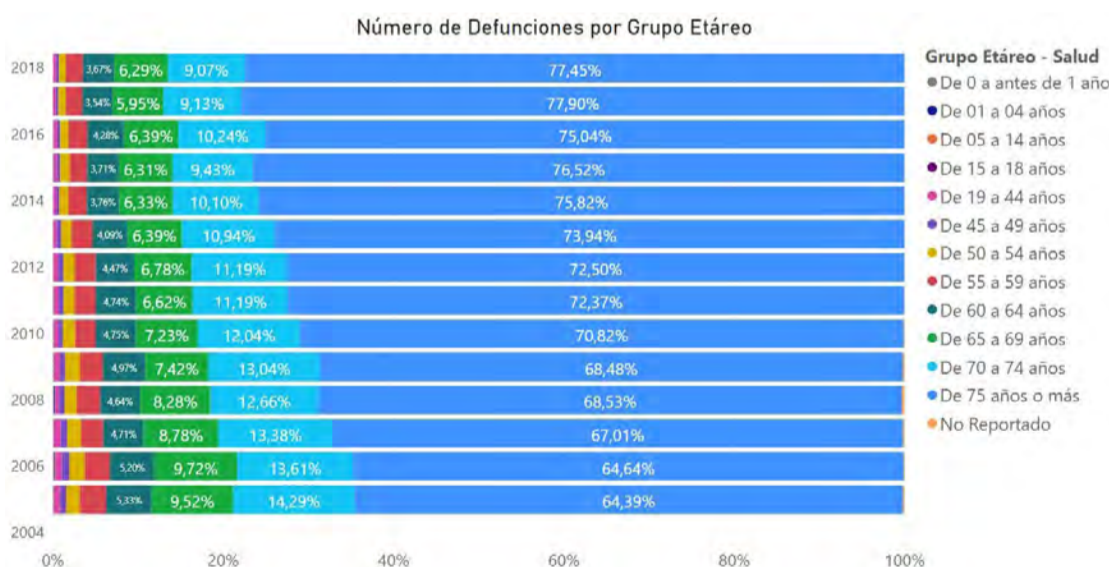
Ahora bien, por diagnóstico podemos observar que 6 de los diagnósticos representan un poco más del 99% de las defunciones, en particular resaltan J449 - EPOC no especificada y J440- EPOC con infección aguda de las vías respiratorias inferiores.



Y sobre la dinámica de cada uno de esos diagnósticos podemos ver que J449 ha disminuido de manera acelerada hasta 2012 y retomado una pequeña tendencia al alza, su tasa neta de crecimiento es -0.20398, J440 ha crecido con una tasa de 3.35377 y de manera constante hasta el año 2017, el mismo fenómeno sucede con J441. Para J448, y J42X notamos una tendencia a disminuir de una manera más constante, en J439 se presenta un pozo en el año 2010 con una notable disminución de 197 casos hasta 117, y de nuevo un crecimiento muy elevado hasta 187 casos en 2013.

En términos de grupos etarios notamos que el grupo edad "75 años o más" es aquel con más defunciones con diagnóstico como causa de muerte básica por EPOC, un poco más del 95% se agrupa en las edades de 60 años o más, hay consistencia en dichas proporciones a través del tiempo.

Podemos observar también el comportamiento de los grupos de edad más significativos para EPOC, en particular el grupo de 75 o más años ha variado en aumento de forma muy constante, diferente a los demás grupos que presentan mínimos localizados.





Formarsalud es una marca de **CONSULTORSALUD** especializada en la educación del talento humano de salud colombiano y latinoamericano que desarrolla sus funciones a través de:

- Inmersiones sectoriales
- Congreso nacional de salud
- Webinars
- Entrenamientos presenciales
- Ebooks
- Cursos cortos
- Cursos especializados
- Diplomados
- Videos

info@consultorsalud.com

ENCUÉNTRANOS EN TODAS NUESTRAS PLATAFORMAS



Se Parte de
NUESTRA COMUNIDAD



CONSULTORSALUD
61,100+
SEGUIDORES



@consultor_salud
5,000+
SEGUIDORES



10,000+
SEGUIDORES