



Efectos de la COVID-19 en la calidad de la atención de los servicios de salud en Colombia: Revisión de literatura

Effects of COVID-19 on the quality of health care services in Colombia: a literature review

Efeitos da covid-19 na qualidade dos serviços de saúde na colômbia: revisão da literatura

Carol Juliet Gutiérrez-Toro^{1*} orcid.org/0009-0006-3266-6861

Camilo Noreña-Herrera² orcid.org/0000-0002-5671-8463

1. Clínica las Américas. Medellín, Colombia.
2. Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia.
- 3.

Recibido: Mayo 19 - 2023

Revisado: Octubre 10 - 2023

Aceptado: Abril 05 - 2024

Publicado: Mayo 07 - 2024

Citación: Gutiérrez-Toro CJ, Noreña-Herrera C. Efectos de la COVID-19 en la calidad de la atención de los servicios de salud en Colombia: Revisión de literatura. *Univ. Salud.* 2024; 26(2): D16-D27 DOI: <https://doi.org/10.22267/rus.242602.323>

Resumen

Introducción: La pandemia por COVID-19 ha afectado significativamente la calidad de los servicios de cuidado de la salud. **Objetivo:** Analizar los efectos en los atributos de la calidad en salud de los servicios de atención de enfermedades diferentes a la COVID-19 en Colombia, durante el periodo 2020-2022. **Materiales y métodos:** Se analizaron 24 artículos de alcance nacional y otros específicos de departamentos como Antioquia, Córdoba, Santander y Cundinamarca. **Resultados:** La pandemia por COVID-19 impactó la calidad de los servicios en la atención de enfermedades como cáncer, accidentes cerebrovasculares y de eventos como la interrupción voluntaria del embarazo. **Conclusión:** La calidad de la salud se vio afectada en todas sus dimensiones durante las fases de la pandemia, especialmente en la población con enfermedades crónicas y relacionadas con la salud infantil y materna. Además, se destacaron respuestas como el uso de la telemedicina y de la atención domiciliaria para contribuir a la calidad de la salud en Colombia.

Palabras clave: Atención a la salud; gestión de la calidad total; servicios de salud; accesibilidad a los servicios de salud; COVID-19. (Fuente: DeCS, Bireme).

Abstract

Introduction: The COVID-19 pandemic has significantly affected the quality of health care services. **Objective:** To analyze the effects of COVID-19 on the quality of health care services focused on treating diseases other than COVID-19 in Colombia during the 2020-2022 period. **Materials and methods:** 24 articles were analyzed, which included some studies focused on national issues and others specific to the departments of Antioquia, Cordoba, Santander, and Cundinamarca. **Results:** The COVID-19 pandemic affected the quality of health services caring for diseases such as cancer, strokes, and critical circumstances like voluntary termination of pregnancy. **Conclusion:** All dimensions of health care were affected during the pandemic, especially impacting populations with chronic diseases and diseases related to child and maternal health. It is important to highlight that telemedicine and home care contributed to improving the quality of health in Colombia.

Keywords: Delivery of health care; total quality management; health services; health services accessibility; COVID-19. (Source: DeCS, Bireme).

Resumo

Introdução: A pandemia de COVID-19 afetou significativamente a qualidade dos serviços de saúde. **Objetivo:** Analisar os efeitos da COVID-19 nos atributos de qualidade em saúde dos serviços de atenção a outras doenças além da COVID-19 na Colômbia, durante o período 2020-2022. **Materiais e métodos:** foram analisados 24 artigos de âmbito nacional e outros específicos de departamentos como Antioquia, Córdoba, Santander e Cundinamarca. **Resultados:** A pandemia da COVID-19 impactou a qualidade dos serviços no cuidado de doenças como câncer, acidente vascular cerebral e eventos como a interrupção voluntária da gravidez. **Conclusão:** A qualidade da saúde foi afetada em todas as suas dimensões durante as fases da pandemia, especialmente na população com doenças crônicas e doenças relacionadas à saúde infantil e materna. Além disso, foram destacadas respostas como o uso da telemedicina e do atendimento domiciliar para contribuir para a qualidade da saúde na Colômbia.

Palavras chave: Atenção à saúde; gestão da qualidade total; serviços de saúde; acesso aos serviços de saúde; COVID-19. (Fonte: DeCS, Bireme).

*Autor de correspondencia

Carol Juliet Gutiérrez-Toro
e-mail: carolg2307@gmail.com

Introducción

La pandemia por COVID-19 ha afectado significativamente la calidad de los servicios del cuidado de la salud y la atención de las enfermedades, la vida y los medios de subsistencia de las poblaciones. Esto ha generado una crisis social y económica global que ha exacerbado las desigualdades sociales entre los países y al interior de estos⁽¹⁻²⁾.

Para enfrentar la COVID-19, los sistemas de salud (específicamente en la dimensión prestacional de servicios de salud) optaron por diferentes medidas preventivas en las fases de la pandemia, donde la principal de ellas fue la concentración de la capacidad instalada en la atención de una enfermedad producida por el virus SARS-CoV-2, y sobre la cual la sociedad y la ciencia poco conocían⁽²⁾.

En Colombia, las fases de la pandemia se agrupan en cuatro para este estudio: (I) fase de preparación iniciada el 30 de enero de 2020, con la declaración mundial de la COVID-19 como una emergencia de salud pública de carácter global y hasta la llegada del primer caso el 6 de marzo de 2020; (II) fase de contención con la aplicación de diferentes medidas de aislamiento poblacional para evitar la rápida transmisión; (III) fase de contagio comunitario con la identificación de casos autóctonos sin nexo epidemiológico y (IV) fase de transmisión sostenida, con casos de transmisión comunitaria sostenida⁽³⁾.

Por su parte, las medidas adoptadas en los servicios del cuidado de la salud y la atención de las enfermedades fueron el distanciamiento social de los usuarios, la cancelación de citas y cirugías, y la implementación de la telemedicina⁽³⁻⁴⁾. Estas acciones favorecieron un mayor tiempo de preparación ante la llegada de la COVID-19, en cuanto a la organización y la distribución de los servicios; el aumento de la capacidad instalada para la detección y la atención de las personas infectadas por el virus; la identificación de la cantidad de profesionales de salud asistenciales disponibles y la caracterización del inventario de suministros, dispositivos y material de protección personal. Medidas implementadas para los servicios en todos los niveles de atención y lugares del territorio colombiano⁽²⁻⁵⁾.

La adopción de estas medidas fue objeto de preocupación y tensión para los usuarios y familiares de personas que vivían con alguna enfermedad diferente a la COVID-19 o para quienes requerían un proceso de cuidado de la salud, esencialmente por la incertidumbre ante la continuidad, la seguridad y la accesibilidad para la atención que recibían antes de la pandemia^(4,6). Estos atributos de calidad son esenciales a nivel prestacional para la garantía del derecho a la salud de la población⁽⁷⁾.

La evidencia científica global encontrada ha analizado los efectos sobre la calidad en salud durante la pandemia por COVID-19, en cuanto a la implementación de la vacunación contra esta enfermedad en la población adulta mayor, la cual fue priorizada para recibir su aplicación⁽⁸⁾. Asimismo, se realizaron análisis sobre la cirugía mayor ambulatoria pediátrica y en esta no se encontraron reducciones en la calidad de asistencia⁽⁹⁾. Además, y

específicamente en la fase de preparación de la pandemia, se ha documentado la suspensión de los procedimientos y tratamientos en curso, y el retraso en la vacunación de la población infantil⁽¹⁰⁾; sin embargo, se destacó como un efecto positivo el desarrollo de la telesalud en servicios de farmacia y telefarmacia para pacientes crónicos ambulatorios, lo que generó un aumento en la seguridad y la adherencia de los pacientes a los tratamientos⁽¹¹⁾.

También se documentó que la pandemia impuso una alta carga de responsabilidad individual para el cuidado de la salud y la prevención de la infección por el virus a varios sistemas de salud, dada la escasez de recursos humanos y tecnológicos⁽¹²⁾, lo que llevó a retomar discusiones sobre la desigualdad y la protección sociales al interior de las naciones y entre ellas⁽¹³⁾.

Los análisis también documentaron la calidad de vida del personal de salud, quienes vivieron situaciones psicosociales de estigmatización, estrés, ansiedad y fatiga. Esto ha generado la necesidad de mejores programas de salud laboral para esta población⁽¹⁴⁾; no obstante, un análisis específico que recopilara evidencia científica sobre la calidad en los servicios de salud, diferentes a la COVID-19, era un asunto pendiente como insumo para la reflexión y la discusión al interior del sistema de salud. Es por ello que este artículo tiene como objetivo analizar los efectos en los atributos de la calidad en salud de los servicios de atención en enfermedades diferentes a la COVID-19 en Colombia, durante el periodo 2020-2022.

Para conceptualizar temas de interés en este estudio, es importante señalar que la calidad de la atención en salud es objeto de estudio en los sistemas de salud⁽¹⁵⁻¹⁶⁾ y, en Colombia, este tema se entiende como “la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo que tiene en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios”⁽¹⁷⁾. Así, la garantía de la calidad es gestionada a partir de un sistema obligatorio de garantía de calidad de atención en salud (SOGCS), entendido como “el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la prestación de servicios de salud”, el cual debe cumplir con las características de accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad⁽¹⁷⁾.

La atención en salud se comprende como las actividades que desarrollan las instituciones y las entidades sociales y comunitarias para la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la recuperación y la rehabilitación del daño mediante acciones individuales, familiares, comunitarias y del orden estructural⁽¹⁷⁾. Cabe señalar que por tratarse de un estudio sobre Colombia, se adoptan las conceptualizaciones establecidas en el sistema de salud colombiano, el cual ha tomado las conceptualizaciones de referencia global y las ha adaptado al contexto particular.

Basado en lo anterior, la generación de evidencia científica, sobre los efectos que limitaron los atributos

de la calidad en salud y los procesos destacados para garantizar el cuidado de la salud y la atención de la enfermedad, cobra relevancia dado que la información generada es un insumo para la construcción de sistemas de salud sostenibles y resilientes^(2,18).

Se entiende por sistemas de salud sostenibles y resilientes aquellos con la capacidad para absorber perturbaciones, dar respuesta y recuperarse de los impactos sufridos mediante la prestación oportuna de los servicios necesarios. Además, con capacidad para la preparación y una respuesta eficaz a las crisis, para la incorporación de las lecciones aprendidas y la reorganización y la transformación, si las condiciones así lo exigen^(2,18).

De este modo, la evidencia científica acá generada podrá informar en la toma de decisiones para la orientación de la atención hacia los servicios y las poblaciones más afectadas en la calidad en salud durante la pandemia por COVID-19, a partir de los atributos de seguridad, continuidad y accesibilidad a los servicios de salud que son fundamentales para la garantía de calidad del derecho a salud.

Una de las conjeturas de los autores durante la planeación del estudio, fue que debido al impacto de la pandemia, en Colombia los servicios de salud diferentes a la COVID-19 priorizaron la atención de servicios esenciales como las urgencias y la maternidad, y se vieron afectados los atributos de la calidad en salud para los demás servicios, lo que generó una tensión entre la sociedad y el sistema de salud.

Materiales y métodos

Se realizó una revisión exploratoria de la literatura científica indexada y alojada en repositorios institucionales, denominada por Galeano como investigación documental⁽¹⁹⁾. El periodo de estudio fue entre marzo de 2020, mes en el que se detectó el primer caso de COVID-19 en Colombia y se implementaron las medidas de cuarentena y aislamiento, hasta noviembre de 2022, fecha en la que terminó la búsqueda de información para su posterior análisis. Se precisa que este artículo no da cuenta de una revisión sistemática de literatura, aunque toma elementos de dicho método de investigación.

La pregunta de investigación de esta revisión se elaboró considerando la estrategia *PICO* (según las siglas en inglés para *population, intervention, comparison, outcome*) para las revisiones sistemáticas⁽²⁰⁾, donde la población de estudio fueron los documentos publicados sobre servicios de salud de Colombia; la intervención analizada fue el momento de pandemia por el coronavirus SARS-CoV-2 en el periodo 2020-2022; la comparación fue entre los servicios de salud de Colombia para la atención de eventos no COVID-19 y en los resultados estuvo la afectación a la calidad en los servicios de salud. De

este modo, la pregunta a resolver fue: ¿cuál fue el impacto a la calidad de los servicios de salud, diferentes a la COVID-19, en Colombia, generado por la pandemia por el SARS-CoV-2 y reportado en la literatura científica durante el periodo 2020-2022?

Criterios de inclusión

Los criterios de inclusión de los documentos fueron: (a) que hubiesen analizado los servicios de salud de Colombia y que fueran diferentes a los destinados para la atención de la COVID-19; (b) que hubieran sido publicados en español; (c) que trataran sobre el periodo 2020-2022. En la estrategia de búsqueda se definieron los términos a utilizar mediante el índice DECS, se utilizaron los operadores booleanos AND y OR con los términos: atención a la salud, Colombia, pandemia, COVID-19, garantía de la calidad de atención de salud, continuidad de la atención al paciente, accesibilidad, calidad en salud, seguridad del paciente, enfermedades crónicas, daño del paciente, asignación de recursos para la atención de salud y necesidades de servicios de salud.

Fuentes de información

La revisión se realizó en: (i) bases de datos de literatura científica indexada en bases de las ciencias de la salud, específicamente *Lilac's, Elsevier* y *Pubmed*; (ii) repositorios de universidades colombianas con facultades de ciencias de salud; (iii) medios informativos nacionales como periódicos; (iv) revistas médicas no indexadas de enfermería y de diferentes asociaciones de especialidades médicas; (v) información disponible en las páginas web del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia y de la Superintendencia Nacional de Salud, así como también de la Organización Panamericana de Salud.

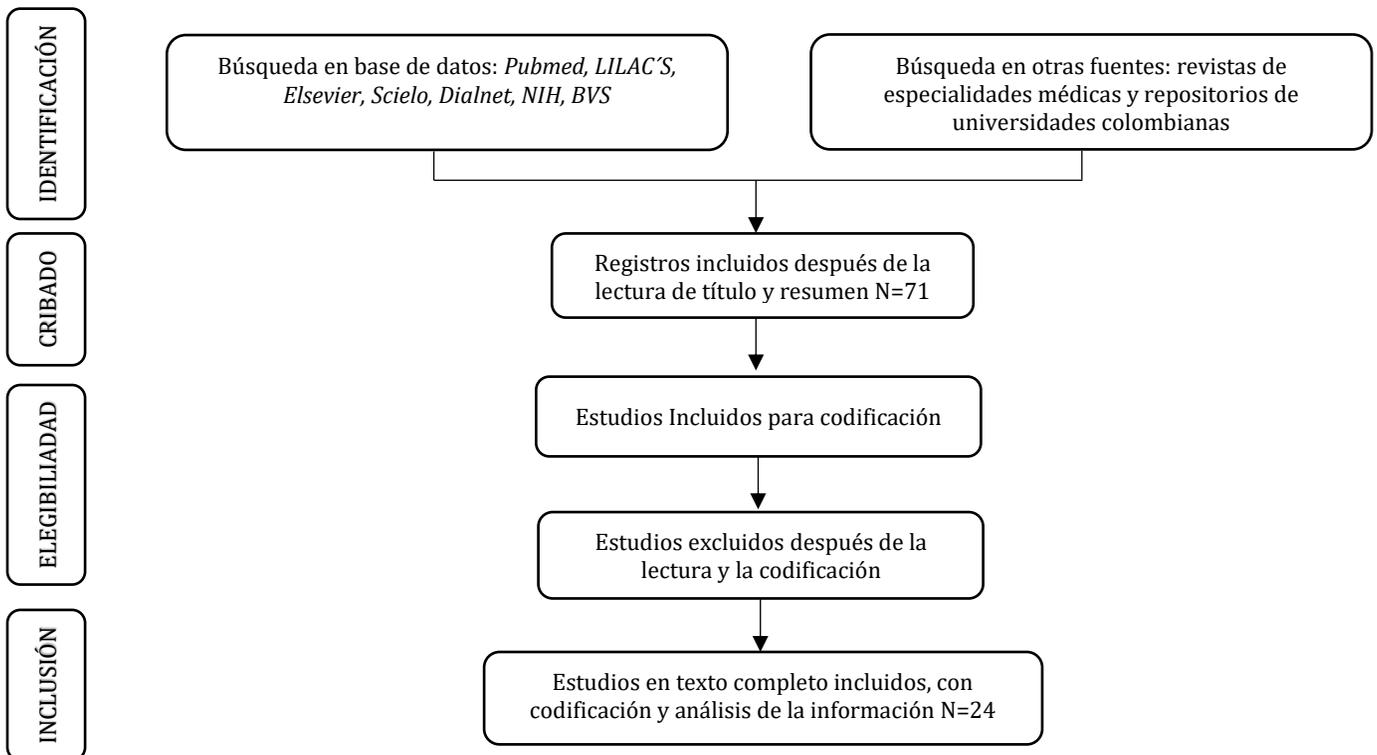
Selección de los estudios

Para la selección de los estudios, en un primer momento se hizo lectura de los títulos y resúmenes y se eligieron 71 documentos. De estos, se realizó la descarga de los textos completos y se hizo una revisión rápida con énfasis en los resultados de los documentos, se excluyeron 33 que no cumplieron con los criterios de inclusión. Durante la lectura de los textos completos, de los 38 documentos se excluyeron 14, dado que no aportaron información para dar respuesta a la pregunta de investigación. Así, el análisis final se realizó con 24 documentos (Figura 1).

Procesamiento de información

La información de los 24 documentos se sintetizó en una matriz de *Microsoft Excel* que contuvo las variables: título; autor; referencia bibliográfica; departamento; municipio; año del estudio; institución de salud; nivel de complejidad; servicios analizados; grupo poblacional; enfermedad tratada; atributos de la calidad impactados, como la oportunidad, la continuidad, la seguridad, la pertinencia y la accesibilidad; y fases de la pandemia correspondientes a preparación, contención, contagio comunitario y transmisión sostenida.

Figura 1. Diagrama de flujo de la revisión



Notas aclaratorias: NIH: *National Institutes of Health*; BVS: Biblioteca Virtual en Salud; N: muestra.

Análisis de la información

El análisis de la información siguió los pasos de análisis propuestos por Galeano para la investigación documental. En primer lugar, se realizó la codificación de la información según las variables definidas mediante la lectura de cada uno de los estudios y la identificación en ellos de la información que hacía referencia a las dimensiones de la calidad y a las fases de la pandemia. En segundo lugar, se categorizó la información y se agruparon los datos codificados previamente en cada uno de los temas definidos, para luego reducirlos con una primera interpretación de los investigadores. Luego, se procedió a realizar una segunda interpretación de los datos mediante párrafos estructurados basados en el marco analítico de la calidad en salud y el texto final fue escrito por ambos autores. El nivel alcanzado fue descriptivo y no se realizaron inferencias teóricas, dado que no era el propósito del estudio. Luego, se realizó un ejercicio de conclusiones y recomendaciones respecto a la información analizada.

La estructura de los resultados se presentó mediante las fases de la pandemia y al interior de cada fase se analizaron sus efectos, en términos de los atributos de calidad definidos. Las fases de la pandemia descritas en los resultados fueron: (a) preparación, (b) contención, (c) contagio comunitario y (d) transmisión sostenida⁽²¹⁾. Las dimensiones de la calidad se agruparon en tres: (i) oportunidad y continuidad, (ii) seguridad y pertinencia y (iii) accesibilidad.

Respecto a la confiabilidad y la validez del análisis de la información, en primer lugar, para los autores los datos siempre estuvieron en relación con la temática de este estudio: la calidad en salud, y estos asumieron que los datos *per se* no tenían un significado único, por

lo que fue posible su interpretación desde diferentes posturas disciplinares. Además, este artículo mantuvo una coherencia interna temática y metodológica, donde los análisis estuvieron orientados con el objetivo propuesto y las conclusiones se desprendieron de los resultados encontrados. Dada la relación de este estudio con la realidad social en salud pública, los investigadores generaron recomendaciones para la preparación de los servicios de salud de acuerdo con el contexto actual para futuras pandemias y epidemias.

Referente a los aspectos éticos, se ha tenido un uso cuidadoso de las fuentes y los derechos de autor, con citas y referencias de los documentos utilizados, para que la información acá reportada sea susceptible de verificación. Dado su carácter de investigación documental, no fue necesario que fuera sometida a un comité de ética, no obstante, sí fue analizada, evaluada y aprobada por el comité del programa de Especialización en Administración de Servicios de Salud, de una universidad en Colombia.

Resultados

En la Tabla 1 se presentan las características de los 24 documentos incluidos, de acuerdo con las descripciones del lugar de los servicios de salud analizados (nacional o departamental), el año de publicación del documento, la enfermedad examinada y el grupo poblacional. Se destacó una mayor producción académica de estudios que analizaron los efectos de la calidad de los servicios de salud, con un alcance del nivel nacional del 75,00%, siendo el año 2021 el de mayor producción académica sobre el tema de estudio (41,66%), además, se evidenció una producción académica en diversas enfermedades o condiciones de salud, y de población usuaria de diferentes servicios.

Tabla 1. Caracterización de los documentos incluidos según departamento, año, enfermedad tratada y grupo poblacional, en el periodo 2020-2022

Variables / Categorías	Referencia	n	%
Departamento			
Nivel Nacional	(6,22-35)	18	75,00
Antioquia (Medellín)	(36,37)	2	8,33
Córdoba (Montería)	(38)	1	4,16
Santander (Bucaramanga)	(39)	1	4,16
Cundinamarca (Bogotá)	(30,40)	2	8,33
Total		24	100
Año			
2020	(23,24,29,31-33,36,39-42)	12	50,00
2021	(6,22,27,28,30,34,37,38,43,44)	10	41,66
2022	(25,26)	2	8,34
Total		24	100
Enfermedad tratada o condición especial			
Enfermedad en general	(6,25-31,34,37,40-42)	14	58,33
Cáncer de colon	(23)	1	4,16
Cáncer de cabeza y cuello	(36)	1	4,16
Accidente cerebrovascular	(32)	1	4,16
Estrabismo y ambliopía	(44)	1	4,16
Estado de gestación	(38)	1	4,16
Cuidados paliativos	(43)	1	4,16
Riesgo cardiovascular	(39)	1	4,16
Enfermedad de Parkinson	(35)	1	4,16
Interrupción voluntaria del embarazo	(24)	1	4,16
Trasplante y donación de órganos	(33)	1	4,16
Total		24	100
Grupo poblacional			
Usuarios en general	(22,27,28,40,41)	5	20,83
Usuarios de telemedicina	(26,30,31)	3	12,5
Niños y niñas	(29,37,42)	3	12,5
Usuarios con cáncer	(23,36)	2	8,33
Atención primaria en salud	(6,25)	2	8,33
Embarazadas, recién nacidos, niños, adolescentes y mujeres	(27)	1	4,16
Usuarios con accidente cerebrovascular	(32)	1	4,16
Usuarios con necesidad de cuidados paliativos	(43)	1	4,16
Gestantes	(38)	1	4,16
Usuarios con riesgo cardiovascular	(39)	1	4,16
Usuarios de oftalmología	(44)	1	4,16
Usuarios con enfermedad de Parkinson	(35)	1	4,16
Usuarios receptores de órganos	(33)	1	4,16
Usuaris con necesidad de IVE	(24)	1	4,16
Total		24	100

Efectos en la calidad de los servicios no COVID-19 durante las fases de la pandemia

Durante la pandemia por COVID-19, los servicios y las instituciones de salud, para dar prioridad a los pacientes gravemente enfermos de esta enfermedad y dar respuesta a la emergencia sanitaria, tuvieron que reorganizarse, lo que implicó que los pacientes con enfermedades no relacionadas presentaran retraso en su diagnóstico, al igual que demoras o interrupciones en sus tratamientos farmacológicos o quirúrgicos.

Esto aumentó el riesgo de presentar complicaciones fatales que se debieron a múltiples factores como el acceso limitado a los servicios de primer nivel de atención, como resultado de las medidas de distanciamiento físico, la interrupción del acceso a los medicamentos, así como las dificultades para obtener

aprobaciones de reabastecimiento de las recetas y acceder a las farmacias y los suministros. Todas estas complicaciones aumentaron durante las diferentes fases de la pandemia⁽²⁸⁾.

Efectos en la calidad de los servicios de salud durante la fase de preparación en la pandemia por COVID-19

Esta primera etapa comenzó a partir de la declaración de la COVID-19 como una emergencia de salud pública de preocupación internacional (30 de enero de 2020) y terminó en Colombia el 6 de marzo de 2020, con la llegada del primer caso importado de COVID-19⁽⁴⁵⁾.

En esta fase, los sistemas de salud debieron fortalecerse en todas sus dimensiones, específicamente en cuanto a: reasignación de talento

humano en salud y recursos físicos; aumento de la capacidad instalada, en especial de camas de cuidados intensivos y equipos biomédicos; estrategias encaminadas a la protección de la población más vulnerable, según la emergencia sanitaria presentada⁽²¹⁾.

Al respecto, se encontraron afectaciones en la calidad, dadas por el cierre de los diferentes servicios para la atención de la consulta externa de diferentes especialidades y desigualdades en las capacidades territoriales para la preparación y la adecuación de los servicios. En este punto destacaron las directrices tempranas del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (Tabla 2).

Tabla 2. Efectos de la pandemia durante la fase de preparación en las dimensiones de la calidad de los servicios de prevención y atención diferentes al COVID-19, reportados en la literatura en el periodo 2020-2022

Dimensión de la calidad: oportunidad y continuidad
<p>Procesos limitantes</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Limitada preparación del sistema de salud a nivel departamental y municipal en cuanto a recursos físicos: camas de unidad de cuidado intensivo y talento humano capacitado⁽⁴⁵⁾ ▪ Carencia de una estrategia del Ministerio de salud para direccionar la garantía del derecho a la interrupción voluntaria del embarazo (IVE)⁽²⁴⁾ ▪ Cierre de centros de atención primaria en salud en las localidades de Bogotá (CAPS)⁽⁴⁰⁾ ▪ Directrices normativas y técnicas del Ministerio de Salud y Protección Social que no se fundamentaron en la Atención Primaria en Salud (APS), aunque incluyeron aspectos de promoción y prevención⁽⁴⁵⁾ ▪ Brecha digital en las zonas urbanas y rurales del país para la implementación de la telemedicina para el seguimiento de enfermedades de manejo ambulatorio y de enfermedades crónicas⁽²⁶⁾ <p>Procesos destacados</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Directrices tempranas del Gobierno nacional para dar respuesta a la COVID-19, acogidas por prestadores⁽²³⁾ ▪ Promoción y creación de programas de telesalud para la teleasistencia domiciliar y prehospitalaria⁽²⁶⁾
Dimensión de la calidad: seguridad y pertinencia
<p>Procesos limitantes</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ La seguridad de los pacientes oncológicos estuvo en tensión, dada la necesidad de tratamientos quirúrgicos para detener la progresión de la enfermedad y aumentar la sobrevida, porque fueron cancelados los tratamientos quirúrgicos y habituales⁽³⁶⁾ <p>Procesos destacados</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ No se encontraron en la literatura revisada
Dimensión de la calidad: accesibilidad
<p>Procesos limitantes</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ En Bucaramanga, usuarios de programas de riesgo cardiovascular reportaron un empeoramiento del acceso a los servicios en cuanto al cumplimiento de horarios de atención, acceso a medicamentos, mayores tiempos de espera para la asignación de citas, además de barreras económicas para acceder a los servicios y para la compra particular de medicamentos⁽³⁹⁾ ▪ Interrupción de servicios de control prenatal, de crecimiento y desarrollo a la primera infancia y atención en salud sexual y salud reproductiva para las y los jóvenes ^(27,34) ▪ Mayores barreras de acceso para la población indígena, especialmente para la atención del binomio madre-hijo⁽³⁸⁾ <p>Procesos destacados</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ No se encontraron en la literatura revisada

Efectos a la calidad de los servicios durante la fase de contención en la pandemia por COVID-19

En esta fase es clave la identificación de casos confirmados para evitar la propagación y la contención del virus, mediante estrategias de prevención como el aislamiento, la cuarentena y el distanciamiento social. Además de la monitorización, la evolución y el seguimiento epidemiológico de la enfermedad, que permitan la toma de decisiones de una manera oportuna y eficaz, es necesario brindarle a la comunidad educación para la salud y promover su participación y adherencia a las medidas de prevención, y también es importante la protección de la salud de los trabajadores de esta área⁽²¹⁾.

Entre los lineamientos desarrollados en esta fase, está la Resolución 521 de 2020, la cual definió el procedimiento para la atención ambulatoria de población en aislamiento preventivo obligatorio, con énfasis en población con 70 años o más y con condiciones crónicas de base o inmunosupresión por enfermedad o tratamiento⁽³⁸⁾. En general, se evidenció una reorganización de los servicios de salud que impactó la calidad de la atención de los servicios no COVID-19 (Tabla 3).

Tabla 3. Efectos de la pandemia durante la fase de contención, en las dimensiones de la calidad de los servicios de prevención y atención diferentes a la COVID-19, reportados en la literatura en el periodo 2020-2022

Dimensión de la calidad: oportunidad y continuidad
<p>Procesos limitantes</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Retraso en los diagnósticos y el tratamiento farmacológico a las enfermedades crónicas, lo que generó emergencias hipertensivas⁽²⁸⁾ ▪ En los pacientes cardíacos, los retrasos o las interrupciones de servicios generaron el empeoramiento de la insuficiencia cardíaca, incluso en pacientes con dispositivos del corazón o candidatos a trasplantes⁽²⁸⁾ ▪ Desarticulación de los equipos de atención primaria de los servicios en salud con las organizaciones comunitarias y demás actores que garantizaran la intersectorialidad en la implementación de la estrategia⁽⁶⁾ ▪ Reducción de la atención en los servicios de consulta externa y urgencias pediátricas, lo que generó retrasos en los controles de vacunación, nutricionales, de detección temprana de problemas del desarrollo y de los tratamientos necesarios^(29,42) ▪ Interrupción de las estrategias de crecimiento y desarrollo en las zonas más extremas de Colombia, como la entrega de las canastas nutricionales a la primera infancia y de acciones de educación para la salud sobre prácticas alimentarias y de nutrición saludable⁽⁴²⁾ ▪ Afectación en el acceso a métodos anticonceptivos, especialmente para la población adolescente⁽²⁹⁾ ▪ Pérdida de la continuidad de controles prenatales en la población gestante⁽³⁸⁾ ▪ En cuanto a la prevención y la atención del cáncer de colon, se suspendieron las colonoscopias electivas, lo que aumentó las listas de espera para los procedimientos de resección de lesiones malignas y premalignas⁽²³⁾ ▪ Los usuarios de cuidados paliativos perdieron integralidad de la atención, en cuanto a profesionales de psicología, fonoaudiología y terapia física, dada su condición de alto riesgo para la infección por COVID-19 y de aislamiento preventivo⁽⁴³⁾ ▪ Las cirugías para los pacientes con enfermedad de Parkinson también fueron pospuestas. Así como las terapias físicas y de rehabilitación^(35,41) ▪ En cuanto a la donación de órganos en la regional uno (1) de la Red de Donación y Trasplantes de Órganos y Tejidos de Colombia, se registraron 13 donantes reales y se ejecutaron 22 trasplantes de órganos sólidos, durante marzo, abril y mayo de 2020, con una reducción del 63,89% y del 71,05% respecto a los 36 donantes y los 76 trasplantes ejecutados en el mismo periodo en 2019⁽³³⁾ ▪ Los oftalmólogos reportaron una disminución en la atención y el agravamiento de enfermedades como el estrabismo y la ambliopía⁽⁴⁴⁾ ▪ A nivel administrativo, los usuarios consideraron que la afectación en la oportunidad y la continuidad se dio por fallas en los procesos de autorización de servicios por parte de las entidades prestadoras de salud (EPS), lo que alteró la continuidad en los tratamientos con medicamentos de alto costo⁽³⁰⁾ <p>Procesos destacados</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ La adopción de la atención domiciliaria a los pacientes de cuidados paliativos⁽⁴³⁾ ▪ Para la atención del cáncer de colon se definió un protocolo de reactivación de las colonoscopias, según la ocupación de las unidades de cuidados intensivos (UCI)⁽²³⁾ ▪ La reactivación temprana de procedimientos como la nasofibrolaringoscopia o la biopsia percutánea permitieron reducir los tiempos de diagnóstico y el comienzo de los tratamientos para enfermedades de cabeza y cuello, potencialmente malignas⁽³⁶⁾ ▪ La adaptación mediante la telemedicina de las consultas de seguimiento en los servicios de oncología, reportándose para abril de 2020 una adaptación del 98% de los prestadores⁽³⁶⁾ ▪ Entrega a domicilio de medicamentos con prioridad de la población adulta mayor y a los usuarios con algún tipo de comorbilidad de mayor riesgo de afectación, ante la infección por COVID-19⁽³⁰⁾
Dimensión de la calidad: seguridad y pertinencia
<p>Procesos limitantes</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Las mujeres rurales con necesidad de ejercer su derecho a la asesoría y procedimiento de IVE en los servicios de salud de segundo y tercer nivel de atención, optaron por realizar dicho procedimiento sin acompañamiento de un profesional de la salud. Esto debido a la regulación de la movilidad de la población rural hacia las ciudades que exigía autorización de la entidad estatal competente, lo que podría exponer su caso y vulnerar su derecho a la intimidad⁽²⁴⁾ ▪ En las visitas domiciliarias a personas en cuidados paliativos se identificó la necesidad de traslado a los servicios hospitalarios, dado el empeoramiento del cuadro clínico, pero los pacientes y los familiares rechazaron dichos traslados por el temor a la COVID-19⁽²⁵⁾ <p>Procesos destacados</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ No se encontraron en la literatura revisada
Dimensión de la calidad: accesibilidad
<p>Procesos limitantes</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ La primera consulta de obstetricia para las mujeres en estado de gestación y los controles prenatales no pudo darse en el marco de una atención interdisciplinaria⁽³⁸⁾ ▪ A los acompañantes de los pacientes pediátricos de niños y niñas, en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal (UCIN), se les restringió el tiempo de visita y se limitó el acompañamiento a una persona, en algunos casos, esto afectó la lactancia materna⁽³⁷⁾ ▪ Situación similar a la anterior se presentó para los familiares de personas adultas que se encontraban en la fase final de la vida, lo que afectó el proceso de duelo y el acompañamiento psicosocial para los familiares⁽⁴³⁾ ▪ Capacidad hospitalaria afectada, motivo por el cual la atención de enfermedades como el infarto agudo de miocardio (IAM) y el accidente cerebrovascular (ACV) se vieron comprometidas, al igual que la restricción progresiva de las actividades de atención primaria en salud⁽³²⁾ <p>Procesos destacados</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ No se encontraron en la literatura revisada

Efectos a la calidad de los servicios de salud durante la fase de contagio comunitario en la pandemia por COVID-19

En la dimensión de oportunidad y continuidad, los procesos limitantes fueron:

- La inequidad estructural y la fragilidad de la política económica y social que no pudo llegar a desempleados y trabajadores informales⁽³¹⁾.
- La incapacidad para mitigar el impacto en la salud mental, las violencias basadas en género y la inseguridad alimentaria⁽³¹⁾.
- La interrupción de servicios de cuidado infantil, de acceso a métodos anticonceptivos, de salud mental y de desarrollo infantil⁽²⁷⁾.
- La pérdida de la continuidad en la adherencia a la terapia farmacológica, la cual pasó del 85,3% antes de la pandemia al 54,7% durante esta fase⁽³⁹⁾.

Por otra parte, los procesos destacados fueron que la medicina domiciliaria tuvo un aumento de la demanda de sus servicios, dada la extensión de la atención no solo a persona infectadas por COVID-19, sino también a pacientes de cuidados paliativos y con enfermedades crónicas durante las 24 horas del día⁽⁴³⁾.

Referente a la seguridad y la pertinencia sobre los procesos limitantes, se señala que, aunque se implementaron consultas virtuales que permitieron la continuidad en la atención, no fue posible el contacto físico entre médico y paciente, lo que impidió una adecuada valoración de los especialistas⁽⁴⁴⁾. Para el caso de las enfermedades crónicas no transmisibles, se vio restringido el acceso a los servicios de atención y control⁽³⁴⁾, y se redujo el acceso a procedimientos de intervención cardiovascular y la disponibilidad de unidades de cuidado intensivo cardiaco⁽³⁴⁾; sin embargo, se destaca que se priorizó la atención de pacientes oncológicos con casos sintomáticos urgentes, aunque se pospusieron las cirugías oncológicas y la quimioterapia por la falta de personal y de capacidad hospitalaria⁽³⁴⁾.

En la dimensión de accesibilidad como limitante de la calidad, se referencia que en los centros de salud locales se afectó el acceso a la consulta externa, la terapia física, la odontología y el apoyo diagnóstico, dado que la capacidad básica la copó la atención de pacientes de COVID-19⁽⁴⁰⁾. Además, no hubo garantías sobre la IVE para las mujeres⁽²⁴⁾ y hubo limitaciones para el cumplimiento de voluntades anticipadas, porque el paciente o el familiar no deseaban que el lugar de fallecimiento fuera el domicilio, pero la alta ocupación hospitalaria durante la pandemia generó una barrera de acceso para dichos servicios, lo que impactó el proceso de duelo de las familias de manera negativa⁽⁴³⁾. En contraste a lo anterior, los pacientes que deseaban fallecer en su domicilio requerían el uso de los servicios hospitalarios por cursar con enfermedades respiratorias que obligaban el uso de oxígeno medicinal, que en su momento se encontraba en desabastecimiento para uso domiciliario⁽⁴³⁾. La imposibilidad de interacción con los pacientes dificultó el trato humanizado a personas con necesidades emocionales especiales⁽⁴³⁾ y cabe señalar

que sobre esta dimensión no se encontraron aspectos destacados para esta fase.

Efectos en la calidad de los servicios de salud durante la fase de transmisión sostenida en la pandemia por COVID-19

Para esta fase de la pandemia se evidenciaron efectos sociales que impactaron los servicios de salud y la demanda de uso por múltiples problemáticas más allá de la COVID-19. En cuanto a la oportunidad y la continuidad, las limitaciones hicieron referencia a un aumento significativo de quejas y reclamos ante la Superintendencia Nacional de Salud en cuanto a la calidad en la prestación de servicios de salud; la insatisfacción de los usuarios con el proceso administrativo; la falta de oportunidades en la asignación de citas para consultas médicas especializadas; la entrega de medicamentos y la ineffectividad en la atención⁽⁴⁶⁾.

Para la seguridad y la pertinencia como limitaciones, se señala que en esta fase los datos reportados evidenciaron un incremento de las muertes maternas y las defunciones neonatales, un aumento de la desnutrición y, como causa del confinamiento, un aumento en conflictos intrafamiliares; maltrato infantil; violencia sexual; deterioro de la salud mental, tanto de la población menor como de sus padres o cuidadores; deserción escolar y disminución del tiempo para el juego, el deporte y las actividades al aire libre⁽⁴²⁾. La afectación en la población pediátrica tuvo un mayor impacto para la garantía de sus derechos en salud, educación, seguridad alimentaria y protección, y para poblaciones altamente vulnerables y vulnerabilizadas, especialmente niños y niñas pobres, migrantes, desplazados, de comunidades étnicas, residentes en instituciones de protección o en situación de discapacidad⁽⁴²⁾.

Respecto a la dimensión de accesibilidad, las limitaciones encontradas detallan posibles retrocesos a los indicadores y las metas de los objetivos de desarrollo sostenible, relacionados con la salud y el bienestar, porque en grupos como la primera infancia, persistían en el tiempo los problemas de acceso a los servicios de cuidado⁽⁴²⁾. En esta fase no se encontraron procesos destacados.

Discusión

En la literatura analizada se encontró que el sistema de salud colombiano, en su función prestacional durante las diferentes fases de la pandemia por COVID-19, tuvo un gran impacto en la calidad de los servicios de salud, en cuanto a las dimensiones de la oportunidad, la continuidad, la seguridad, la pertinencia y la accesibilidad, especialmente en los usuarios de los servicios de atención y el cuidado para las enfermedades crónicas; no obstante, se destacaron acciones para hacer frente a la situación, como fue el desarrollo acelerado de la telemedicina y el fortalecimiento de la atención domiciliaria.

Las medidas llevadas a cabo por el Gobierno nacional y por las instituciones prestadoras de servicios de salud para prevenir la propagación del virus y que impactaron la calidad de los servicios de salud, fueron: la disminución del transporte público, los confinamientos, los aislamientos y las cuarentenas; el cierre de los consultorios médicos; la cancelación de

citas y de cirugías ya programadas; la reasignación de las funciones del personal de salud, debido al incremento de la capacidad hospitalaria de servicios de cuidados intensivos, lo que demandó una mayor cantidad de profesionales de la salud; y la interrupción de programas de tamizaje poblacional. Por otro lado, también se atribuyeron aspectos propios de los usuarios, como el miedo a asistir a los centros de salud y el aislamiento voluntario.

La implementación de estas medidas generó consecuencias en la dinámica de la atención y el cuidado para diferentes enfermedades y en diferentes servicios para el diagnóstico, la evolución y el tratamiento de enfermedades no relacionadas con la COVID-19, lo que afectó la adherencia farmacológica por el no despacho oportuno de medicamentos y el aplazamiento de los tratamientos planificados; la disminución de trasplantes de órganos que agudizó las enfermedades de base y la calidad de vida de los posibles receptores; las consecuencias indirectas asociadas al sedentarismo por la limitación en cuanto a la realización de actividad física y la pérdida en la continuidad de tratamientos enfocados en terapia física y rehabilitación; el deterioro de la salud mental; la pérdida en la continuidad de controles prenatales; y, en general, el deterioro de la cantidad y la calidad de una parte significativa de las acciones en salud en todos los campos: promoción, prevención, diagnóstico, atención y tratamiento.

Sobre la resiliencia en el sistema de salud colombiano durante la pandemia por COVID-19, se destacó que en las grandes ciudades los modelos de atención en salud procuraron reorganizar su dinámica, para dar una continuidad en la prestación de servicios de salud, esto para reducir el impacto negativo en todos los niveles de atención^(2,18).

Al respecto, en este estudio se resaltó el papel de la telemedicina como una estrategia que permitió, en algunos casos y servicios, dar continuidad en la atención en salud, dadas las múltiples barreras existentes. Al respecto, se consideró importante monitorear sus procesos y resultados a favor de la calidad en el sistema de salud colombiano^(47,48).

En los cuidados paliativos, la telemedicina contribuyó en el manejo domiciliario de dichos pacientes y favoreció una comunicación oportuna, efectiva y asertiva con el usuario y con sus familiares para la toma de decisiones, para orientar el esfuerzo terapéutico consensuado y la aclaración de dudas; a su vez, redujo el gasto de bolsillo de transporte y los tiempos de desplazamiento a las instituciones prestadoras de salud⁽⁴³⁾; no obstante, debe señalarse que el sistema de salud colombiano requiere cerrar brechas tecnológicas en cuanto a la capacitación de los profesionales en su uso y en cuanto a los pacientes en el proceso de aprendizaje y adaptación para este nuevo modelo de atención. Además, en las zonas rurales y en las zonas urbanas más pobres del territorio colombiano se requiere de conectividad digital, para que el sistema de salud pueda garantizar servicios de salud con accesibilidad, oportunidad y continuidad⁽⁴⁸⁾.

Referente al talento humano, se gestionó el aumento en la cantidad de profesionales disponibles con medidas como el reclutamiento de voluntarios y la

modificación en la legislación para la promoción de profesionales de la salud. Esta medida aumentó la cantidad de médicos, dada la priorización de su graduación para los programas de pregrado y posgrado⁽⁴⁵⁾.

A pesar de que estos elementos dieron cuenta de una resiliencia del sistema de salud, la gobernanza del Ministerio de Salud y Protección Social en Colombia se enfocó con especial énfasis en la atención clínica de la pandemia por COVID-19 y algunas medidas de prevención, como la detección temprana de casos y contactos para cortar las cadenas de transmisión y en la atención de las personas infectadas con el virus SARS-CoV-2; no obstante, se cuestionó la baja capacidad de acción intersectorial sobre los determinantes sociales de la salud y de implementación de estrategias de atención primaria con la participación ciudadana^(6,49).

Frente a esto, lo encontrado en Colombia según la evidencia científica fue una característica presente en los sistemas de salud de América Latina, en los cuales se preocuparon exclusivamente en aumentar la capacidad hospitalaria para la atención de pacientes de COVID-19, sin considerar las dimensiones de calidad de la atención para los demás servicios de atención de enfermedades y cuidados de la salud de la población⁽⁵⁰⁻⁵³⁾.

En este punto destacó el caso de Brasil, donde fueron altas las tasas de mortalidad por COVID-19, debido a las cuestionadas políticas sanitarias, la desigualdad social, la pobreza y la vulnerabilidad social en determinados territorios⁽⁵⁴⁻⁵⁷⁾.

A pesar de que en Colombia no se llegó a una emergencia hospitalaria generalizada, se realizó la recomendación de que el sistema de salud a nivel prestacional en los servicios de cuidado de la salud y atención de la enfermedad fuera fortalecido en su dimensión de calidad, en cuanto a la accesibilidad mediante la búsqueda activa de usuarios, el desarrollo y la implementación de estrategias de demanda inducida y la implementación de modalidades de atención, apoyadas en las tecnologías de la comunicación^(28,58,59).

Estos hallazgos se correspondieron con la estructura del sistema de salud, donde existen inequidades territoriales en la oferta de servicios entre áreas urbanas y rurales, entre las ciudades del centro del país y las de la periferia y en cursos de vida como la primera infancia⁽⁶⁰⁻⁶²⁾. El sistema estructuralmente está orientado a la atención de las enfermedades en estadios tardíos y su capacidad preventiva es objeto de críticas, de hecho, los aspectos positivos encontrados en este estudio, como la telemedicina, fueron especialmente desarrollados en los servicios de tercer nivel de complejidad.

Con estos hallazgos no es posible calificar como resiliente al sistema de salud colombiano, más bien, se evidenciaron estrategias de respuesta en los servicios de salud que permitieron contribuir a la garantía del derecho a la salud de la población.

Respecto a las limitaciones de este estudio, la crisis social, política y económica que produjo la pandemia por COVID-19 exigió a los actores e instituciones del

sistemas de ciencia, tecnología e innovación, acelerar sus procesos de generación de conocimiento, requerimiento que algunos investigadores y medios de divulgación científica no tuvieron la capacidad para atender, por tal motivo, quizás exista literatura que analice la calidad en salud en Colombia durante la pandemia que hasta ahora sea divulgada, motivo por el cual esos documentos no integran los resultados de este artículo, dado el periodo de estudio 2020-2022. Por lo anterior, esta revisión de literatura puede ser considerada como exploratoria.

Conclusiones

En el sistema de salud colombiano y durante las diferentes fases de la pandemia por COVID-19, la calidad de los servicios del cuidado de la salud y la atención de las enfermedades tuvieron afectaciones y respuestas en las dimensiones de la continuidad, la oportunidad, la accesibilidad, la seguridad y la pertinencia, donde se destaca el uso de la telemedicina como una estrategia para contribuir a la calidad de la salud en Colombia.

Conflicto de intereses: Ninguno declarado por los autores.

Referencias

- Abrams EM, Szeffler SJ. COVID-19 and the impact of social determinants of health. *Lancet Respir Med* [Internet]. 2020 Jul [citado 2021 Jun 21]; 8(7):659-661. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7234789>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Generación de resiliencia en los sistemas de salud en pro de la cobertura sanitaria universal y la seguridad sanitaria durante y después de la pandemia de COVID-19: documento de posición de la OMS [Internet]. Geneva (CHE): WHO; 2021 [citado 2023 Mar 31]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/346533>
- Decreto 457 de 2020: Por el cual se imparten instrucciones en virtud de la emergencia sanitaria generada por la pandemia del Coronavirus COVID-19 y el mantenimiento del orden público. Bogotá D.C (COL): Diario Oficial No. 51264; 2020. Disponible en: <http://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Decretos/30038972>
- García PJ, Alarcón A, Bayer A, Buss P, Guerra G, Ribeiro H, et al. COVID-19 Response in Latin America. *Am J Trop Med Hyg* [Internet]. 2020 Sep 15 [citado 2021 Feb 10]; 103(5):1765-1772. Disponible en: <https://www.ajtmh.org/view/journals/tpmd/103/5/article-p1765.xml>
- Decreto 417 de 2020: Por el cual se declara un Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica en todo el Territorio Nacional. Bogotá D.C (COL): Diario Oficial No. 51259; 2020. Disponible en: <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=91449>
- Giovanella L, Vega R, Tejerina-Silva H, Acosta-Ramirez N, Parada-Lezcano M, Ríos G, et al. ¿Es la atención primaria de salud integral parte de la respuesta a la pandemia de COVID-19 en Latinoamérica? *Trab Educ Saúde* [Internet]. 2020 Oct 19;19:e00310142. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/tes/a/CJX9Rs5gSBjmsMrfwhkdJrL>
- Ley Estatutaria 1751 de 2015: Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá D.C (COL): Diario Oficial No. 49427; 2015. Disponible en: http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1751_2015.html
- García Ortiz L, Vázquez Pérez JJ, Reyes Castillo Z, Sánchez Caballero B, Aguilar López YB, Avalos García B. Calidad percibida en adultos mayores sobre el proceso de vacunación contra la COVID-19 en Jalisco, México. *Rev Rol Enferm* [Internet]. 2023 [citado 2023 Mar 31]; 46(3):36-44. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/ibc-217420>
- Ramírez Calazans A, Paredes Esteban RM, Grijalva Estrada OB, Ibarra Rodríguez MR. Assessment of quality indicators in pediatric major outpatient surgery. Influence of the COVID-19 pandemic. *Cir Pediatr* [Internet]. 2023 [citado 2023 Mar 31]; 36(1):17-21. DOI: 10.54847/cp.2023.01.15
- Ferre Z, Gerstenblüth M, González C, Noboa C, Triunfo P. Salud y acceso a cuidados médicos durante la pandemia en Uruguay. *Rev Méd Urug* [Internet]. 2021 [citado 2023 Mar 31]; 37(3):e37307. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902021000301206
- Villanueva-Bueno C, Collado-Borrell R, Rodríguez-González CG, Escudero-Vilaplana V, Chamorro-de-Vega E, Ais-Larisgoitia A, et al. Implementation and evaluation of a home pharmaceutical care model through Telepharmacy. *Farm Hosp* [Internet]. 2022 [citado 2023 Mar 31]; 46(7):36-46. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/mdl-36520559>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Directrices de la OMS sobre intervenciones de autocuidado para la salud y el bienestar [Internet]. Geneva (CHE): OMS, OPS; 2022 [citado 2023 Mar 31]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/56571/9789275326275_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Cassimiro M. Dilemas éticos y conflicto de intereses en la sindemia de la COVID-19 en Brasil. *Rev Bioét Derecho* [Internet]. 2022 [citado 2023 Mar 31]; (55):105-122. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-58872022000200007&lng=es&nrm=iso&tlng=pt
- Wauters M, Zamboni Berra T, de Almeida Crispim J, Arcêncio RA, Cartagena-Ramos D. Calidad de vida del personal de salud durante la pandemia de COVID-19: revisión exploratoria [Internet]. OPS. 2022 [citado 2023 Mar 31]; Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55930>
- Escobar Saldarriaga I, Castrillón Agudelo MC, Pulido de Lalinde S. Calidad de atención de enfermería en las salas de trabajo de parto. *Invest Educ Enferm* [Internet]. 1992 [citado 2023 Abr 3]; 10(2). Disponible en: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/iee/article/view/20478>
- Hernandez M, Lopera Pérez A, Vélez L. Calidad de la Consulta Prenatal en el ISS Seccional Antioquia. *Invest Educ Enferm* [Internet]. 1987 [citado 2023 Abr 3]; 5(1). Disponible en: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/iee/article/view/22611>
- Decreto 780 de 2016: Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social. Bogotá D.C (COL): Diario Oficial No. 49865; 2016. Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=77813>
- de Vasconcelos Costa Lobato L. Resiliencia de los sistemas de salud. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2022 Oct 14 [citado 2023 Abr 3]; 38(10):e00176622. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/csp/2022.v38n10/e00176622/es>
- Galeano Marín ME. Investigación documental: la construcción del conocimiento desde la cultura material. En: Hurtado Orozco CA. Estrategias de investigación social cualitativa: el giro de la mirada. 2a ed. Medellín (COL): La Carreta Editores, Fondo Editorial FCSH; 2012. p. 113-214. Disponible en: <https://luisdoubtrontg.school.blog/wp-content/uploads/2021/04/galeano-m.-2004.-estrategias-de-investigacion-social-cualitativa.pdf>
- da Costa Santos C, de Mattos Pimenta C, Cuce Nobre MR. Estrategia PICO para la construcción de la pregunta de investigación y la búsqueda de evidencias. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2007 Jun [citado 2023 Abr 1]; 15(3):508-511. Disponible en: <http://www.scielo.br/j/rlae/a/CfKNnz8mvSqVjZ37Z77pFs/?lang=es>
- Rodríguez-Villamizar LA. Epidemia por COVID-19 en Colombia: del "pico" de la emergencia a la sostenibilidad de la respuesta. *Salud UIS* [Internet]. 2020 Dic [citado 2023 Abr 1]; 52(4):462-466. Disponible en: <https://revistas.uis.edu.co/index.php/revistasaluduis/article/view/11544>
- Almeida-Espinosa A, Sarmiento-Ardila JA. COVID-19: implications of SARS-CoV-2 in Colombia. *Gac Med Mex* [Internet]. 2020 Aug [citado 2023 Abr 16]; 156(4):330-334. Disponible en:

- https://www.gacetamedicademexico.com/frame_eng.php?id=448
23. Castro-Beltrán JM, Reyes-Meneses JC, Figueroa-Avendaño CE, Lombana-Amaya LJ, Martínez-Jaramillo CE, Londoño-Schimmer E, et al. Cáncer colorrectal durante la pandemia COVID-19, recomendaciones de la Asociación Colombiana de Coloproctología. *Rev Colomb Gastroenterol* [Internet]. 2020 Jun;35(2):186-195. Disponible en: <https://revistagastrocol.com/index.php/rcg/article/view/586?time=1709669787?time=1709669807>
 24. Mondragón Duarte SL, Parra Granados LM. La interrupción voluntaria del embarazo como derecho de acceso restringido en el marco de la COVID-19. *Opin Juríd* [Internet]. 2020 Sep 18; 19(40):49-66. Disponible en: <https://revistas.udem.edu.co/index.php/opinion/article/view/3253>
 25. Hernández Rincon EH, Pimentel González JP, Aramendiz Narváez MF, Araujo Tabares RA, Roa González JM. Descripción y análisis de las intervenciones fundamentadas en la atención primaria para responder al COVID-19 en Colombia. *Medwave* [Internet]. 2021 Abr 7; 21(3):e8147. Disponible en: <https://www.medwave.cl/medios/medwave/Abril2021/PDF/medwave-2021-03-8147.pdf>
 26. Barragán-Vergel MF, Ortiz-Labrador JA. Barreras de acceso a la telemedicina en tiempos de COVID-19, un desafío profesional y gubernamental. *MedUNAB* [Internet]. 2022 May 10; 25(1):83-85. Disponible en: <https://revistas.unab.edu.co/index.php/medunab/article/view/4253>
 27. Villalobos Dintrans P, Maddaleno M, Granizo Román Y, Valenzuela Delpiano P, Castro A, Vance C, et al. Interrupción de servicios de salud para embarazadas, recién nacidos, niños y niñas, adolescentes y mujeres durante la pandemia de COVID-19: proyecto ISLAC 2020. *Rev Panam Salud Pública* [Internet]. 2021 Nov 3; 45:e140. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8559667>
 28. Martínez Rojas S, García Medina AM. Análisis del impacto de la implementación de la resolución 521 de 2020, desde la perspectiva del aseguramiento para la garantía del principio de accesibilidad a los servicios de salud en Colombia año 2021 [Magister en Gerencia de Servicios de Salud]. Cali (COL): Institución Universitaria Antonio José Camacho; 2021 [citado 2023 Mar 19]. Disponible en: <https://repositorio.uniajc.edu.co/handle/uniajc/682>
 29. Durán-Strauch E. Recuperar el tiempo perdido. *Pediatría* [Internet]. 2020 Dic 30; 53(4):120-121. Disponible en: <https://revistapediatria.org/rp/article/view/291>
 30. Bernal-Moreno LX, Villamil-Bernal YA, Garrido-Rodríguez EA, García-Barbosa JA. Impacto del servicio de tele consulta en pacientes con enfermedad general durante la pandemia por SARS-CoV-2 [Especialización en Gerencia de la Calidad en Salud]. Bogotá D.C (COL): Corporación Universitaria Iberoamericana; 2021. Disponible en: <https://repositorio.iberu.edu.co/server/api/core/bitstreams/afb0fd55-27f0-4abc-84a3-5fc0824e6c47/content>
 31. Torres Jara PA. Covid -19 generador de cambio en el modelo de atención en salud en Colombia. Bogotá D.C (COL): Universidad Militar de Nueva Granada; 2020 Nov 16 [citado 2023 Mar 19]; Disponible en: <http://repositorio.unimilitar.edu.co/handle/10654/38331>
 32. Amaya P, Bayona H, Folleco E, Martínez C, Coral J, Roa Wandurraga LF, et al. Recomendaciones de diagnóstico y tratamiento del ataque cerebrovascular isquémico agudo durante la contingencia por COVID-19. *Acta Neurol Colomb* [Internet]. 2020 May 5; 36(2 Suppl 1):16-26. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/anco/v36s1/2422-4022-anco-36-s1-16.pdf>
 33. Castañeda DA, Pardo Acuña J, Cortés Páez DA, Autran Gómez AM, Pérez Pachón AM, Niño Ramírez L, et al. Donación y trasplante de órganos en medio de la pandemia COVID-19: Consecuencias y retos para un país emergente. *Urol Colomb* [Internet]. 2020; 29(3):168-173. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7644273>
 34. Vanegas Duarte EO, Pinilla Roncancio MV. Cambios en el acceso equitativo y la cobertura universal de los servicios de salud en tres sistemas de salud durante la pandemia de COVID-19 desde el enfoque de un marco estratégico de seguimiento. *Estudio de casos* [Trabajo de Grado]. 2021 [citado 2023 Mar 19]; Disponible en: <https://repositorio.uniandes.edu.co/handle/1992/55801>
 35. Moreno López CL, Bernal-Pacheco Ó, Barrios Vincos G, Cerquera Cleves SC. Enfermedad de Parkinson y COVID-19: una pandemia en medio de otra. *Acta Neurol Colomb* [Internet]. 2020;36(2 Suppl 1):39-46. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-87482020000300039
 36. Castañeda M, Jiménez J, Morales CH, Sánchez JG, García CA, Isaza A, et al. Cirugía de cabeza y cuello durante la pandemia de COVID-19 en Colombia: Experiencia de un centro de excelencia. *Rev Colomb Cir* [Internet]. 2021 Mar; 36(1):35-41. Disponible en: <https://www.revistacirugia.org/index.php/cirugia/article/view/793>
 37. Osorio Galeano SP, Salazar Maya ÁM. Experiencias de los padres de niños prematuros hospitalizados en torno a las restricciones para la interacción con su hijo impuestas por la pandemia. *Pandemic Invest Educ Enferm* [Internet]. 2021 Ago [citado 2023 Mar 19]; 39(2):e10. Disponible en: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/iee/article/view/346567>
 38. Álvarez Llorente AM, Bulla Cerpa GP, Polo Gutiérrez CD. El cuidado brindado a maternas de bajo riesgo obstétrico desde el prestador primario en salud en tiempos de pandemia por COVID-19 [Especialización en Auditoría de la Calidad en Salud]. Montería (COL): Universidad de Córdoba; 2021 Jul 7 [citado 2023 Mar 19]; Disponible en: <https://repositorio.unicordoba.edu.co/entities/publication/19b34031-4339-49d3-b12e-c1354d42b13e>
 39. Blanco Barrera NF. Efectos de la pandemia por COVID 19 en la adherencia a la terapia farmacológica de pacientes de un programa de riesgo cardiovascular en Bucaramanga [Tesis de Maestría]. Bucaramanga (COL): Universidad Autónoma de Bucaramanga UNAB; 2021 [citado 2023 Mar 19]. Disponible en: <https://repositorio.unab.edu.co/handle/20.500.12749/15112>
 40. Méndez Díaz LC, Moreno Yate AM, Urban Lupinetti GA. Barreras de acceso y su impacto en la demanda de los servicios de salud de un centro de atención prioritaria en salud (CAPS), en una localidad de Bogotá, durante el marco de la pandemia por COVID-19 [Internet] [Tesis de Licenciatura]. Repositorio Institucional Unicoc - ReUnicoc. Unicoc; 2022 [citado 2023 Mar 19]. Disponible en: <https://www.unicoc.edu.co/bibliotecas-unicoc.aspx?nombreart=Herramientas-de-B%03%BAscueta&actid=0&secid=2&contid=0>
 41. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Salud digital: Una estrategia de continuidad asistencial para personas con enfermedades no transmisibles durante la COVID-19 [Internet]. OPS; 2020. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52575>
 42. Parra García JC, Roldán Tique PA, Torres Nossa MP. Impacto oculto de la pandemia por SARS-CoV-2, un reto en pediatría. *Pediatría* [Internet]. 2020 Sep 30;53(3):91-96. Disponible en: <https://revistapediatria.org/rp/article/view/247>
 43. Hernández-Rico AN, Ballén-Vanegas MA. Cuidados paliativos en Colombia: atención domiciliaria, barreras de acceso y avances en la implementación de estos programas durante la pandemia por COVID-19. *Rev Fac Med* [Internet]. 2022 [citado 2023 Abr 16]; 70(4):e95147. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/95147>
 44. Moguel-Ancheita S. Cuestionario sobre el impacto de la pandemia en la atención del estrabismo y la ambliopía en Latinoamérica. *Rev Mex Oftalmol* [Internet]. 2021; 95(3):107-117. Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/rmof/v95n3/2604-1731-rmo-95-3-107.pdf>
 45. Hernández Rincón EH, Pimentel González JP, Aramendiz Narváez MF, Araujo Tabares RA, Roa González JM. Descripción y análisis de las intervenciones fundamentadas en la atención primaria para responder al COVID-19 en Colombia. *Medwave* [Internet]. 2021 [citado 2023 Abr 16];e8147. DOI: 10.5867/medwave.2021.03.8147
 46. Supersalud. Informe PQRD Mensual [Internet]. 2023 [citado 2023 Abr 16]. Disponible en: <https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/ProteccionUsuario/Informe%20PQRD%20Mensual/Forms/Informe%20Mensual%20PQRD.aspx>
 47. Márquez Velásquez JR. Teleconsulta en la pandemia por Coronavirus: desafíos para la telemedicina pos-COVID-19. *Rev Colomb Gastroenterol* [Internet]. 2020 Dic [citado 2023 Abr 20]; 35(Suppl 1):5-16. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0120-99572020000500005&lng=en&nrm=iso&tlng=es

48. Parasi Castaño EY, Carvajal LC, Bocanegra García JJ, Pascuas Rengifo YS. Estado actual de la telemedicina: una revisión de literatura. *Ingeniare* [Internet]. 2016 Dic 1 [citado 2023 Abr 20]; (20):105-120. Disponible en: <https://revistas.unilibre.edu.co/index.php/ingeniare/articloe/view/412>
49. García-Echeverry FA, Moreno-Amézquita JE, Pinto-Bustamante BJ, Gómez-Córdoba AI. El derecho a la salud en tiempos de pandemia en Colombia: entre la inequidad endémica y el estado de emergencia. *Rev Colomb Bioét* [Internet]. 2022 Jul 8 [citado 2023 Abr 20]; 15(1):1-17. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=106144>
50. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Resolución 628 de 2020 [Internet]. 2020 [citado 2022 Abr 23]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Forms/DispForm.aspx?ID=6006
51. Ortiz Z, Antonietti L, Capriati A, Ramos S, Romero M, Mariani J, et al. Preocupaciones y demandas frente a COVID-19: Encuesta al personal de salud. *Med B Aires* [Internet]. 2020 Jun [citado 2023 Abr 20]; 80:16-24. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0025-76802020000500003&lng=es&nrm=iso&tlng=es
52. García Elorrio E, Arrieta J, Arce H, Delgado P, Malik AM, Orrego Villagran C, et al. The COVID-19 pandemic: A call to action for health systems in Latin America to strengthen quality of care. *Int J Qual Health Care* [Internet]. 2021 Mar 5;33(1):mzaa062. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32472140>
53. Schwalb A, Armyra E, Méndez-Aranda M, Ugarte-Gil C. COVID-19 in Latin America and the Caribbean: Two years of the pandemic. *J Intern Med* [Internet]. 2022 Sep; 292(3):409-427. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35411985>
54. Agostoni C, Ramacciotti K, Lopes G. Historia en tiempos pandémicos: COVID-19 en Latinoamérica. *Hist Cienc Saúde-Manguinhos* [Internet]. 2022 Jun 6 [citado 2023 Abr 16]; 29(2):563-579. Disponible en: <http://www.scielo.br/j/hcsm/a/FtGLqTyjzDjLZhsnBfGtSvD>
55. Bezerra Sousa GJ, Santos Garces T, Feitosa Cestari VR, Magalhães Moreira TM, Florêncio RS, Duarte Pereira ML. Estimación y predicción de casos de COVID-19 en metrópolis brasileñas. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2020; 28:e3345. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/4CrffCHXJDe7knVDz9CwDr t/?format=pdf&lang=es>
56. Guerreiro C, de Almeida R. Religious denialism: Bolsonaro and evangelical leaders during the Covid-19 pandemic. *Relig Soc* [Internet]. 2021 Oct 18 [citado 2023 Abr 20]; 41(2):49-74. Disponible en: <http://www.scielo.br/j/rs/a/4JrSBZDRqG8c9RjzCfxz4BN/abstract/?lang=pt>
57. Hur DU, Sabucedo Cameselle JM, Alzate M. Bolsonaro e COVID-19: negacionismo, militarismo e neoliberalismo. *Rev Psicol Polít* [Internet]. 2021 [citado 2023 Abr 20]; 21(51):550-569. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8093422>
58. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Dimensionar los efectos del COVID-19 para pensar en la reactivación [Internet]. 2020. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/45445-dimensionar-efectos-covid-19-pensar-la-reactivacion>
59. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Financiamiento para el desarrollo en la era de la pandemia de COVID-19 y después [Internet]. Santiago de Chile (CHL): CEPAL; 2021 mar [citado 2023 Ene 4] (Informe especial COVID-19). Report No. 10. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/46710-financiamiento-desarrollo-la-era-la-pandemia-COVID-19-despues>
60. Rojas-Botero ML, Fernández-Niño JA, Borrero-Ramírez YE. Unacceptable persistence of territorial inequalities in avoidable under-five mortality in Colombia between 2000 and 2019: a multilevel approach. *Public Health* [Internet]. 2022 Dic 1; 213:189-197. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36446150>
61. Arrivillaga M, Salcedo García JP. Globalización, inequidades sociales y financierización de la salud, debate a partir del caso Colombia. *Rev Cub Salud Pública* [Internet]. 2021 Feb 5; 46(3):e1598. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662020000300016
62. Robledo-Martínez R. La Promoción de la Salud en Colombia y su alcance en el complejo entramado político nacional (1990-2019). *Rev Salud Pública* [Internet]. 2022 Ene 1; 24(1):1-8. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v24n1/0124-0064-rsap-24-01-1l.pdf>