

Experiencias en los servicios de salud de epidemiólogos en formación durante la pandemia COVID-19

Experiences in the health services of epidemiologists in training during the COVID-19 pandemic

María Osley Garzón Duque^{1*} <https://orcid.org/0000-0001-7261-3146>

Angie Ximena Ortiz Chamorro² <https://orcid.org/0000-0002-7443-8537>

Natalia Sofía Gallego Eraso² <https://orcid.org/0000-0002-3285-5762>

Diego Alexander Flórez Bacca² <https://orcid.org/0000-0002-2247-507X>

Sharon Tatiana Gutiérrez Gómez² <https://orcid.org/0000-0002-4750-9408>

German Darío Cañar Belalcazar² <https://orcid.org/0000-0002-0534-2494>

Luis Carlos Ascuntar Muñoz² <https://orcid.org/0000-0002-6229-6420>

Camila Stefany Ordoñez Bolaños² <https://orcid.org/0000-0001-6984-6838>

¹Universidad CES, Facultad de Medicina, Antioquia. Medellín, Colombia.

²Universidad CES, Facultad de Medicina. Nariño, Pasto, Colombia.

*Autora de correspondencia: mgarzon@ces.edu.co

RESUMEN

Introducción: Aunque existen numerosas evidencias científica sobre la pandemia, el impacto de la COVID-19 en los servicios de salud desde la perspectiva del personal asistencial ha sido poco explorado.

Objetivo: Explorar las experiencias en los servicios de salud de epidemiólogos en formación durante la pandemia COVID-19.

Métodos: Estudio exploratorio, cualitativo-descriptivo, con herramientas de investigación etnográfica para la toma de datos como la observación, diario de campo y entrevista grupal; así como teoría fundamentada para la construcción de categorías que permitieron comprender el fenómeno de estudio. Para la conformación del grupo focal, participaron siete epidemiólogos en formación de una universidad colombiana, previo consentimiento informado. Se realizó la introducción de la temática, con la posterior aplicación de los

instrumentos guía de grupo focal, carteles de consenso, hojas de respuesta y guía de observación.

Resultados: Se generó colapso hospitalario y reestructuración emergente de servicios de salud, promoviendo otras estrategias de atención como la telemedicina. Los participantes del estudio experimentaron temor atendiendo pacientes en jornadas estresantes, con desabastecimiento de insumos y medicamentos; fueron estigmatizados, lo que les generó “ansiedad y estrés laboral”. Sin embargo, aprendieron “a clasificar mejor los casos” y con el aumento de los pacientes pudieron percibir inequidades que representaron un desafío profesional y humano.

Conclusiones: La pandemia de COVID-19 ha sido válida como proceso de aprendizaje con nuevas perspectivas de formación para poder actuar ante eventos sanitarios de interés mundial, con la necesaria aplicación y manejo de protocolos, lo cual puede cambiar el enfoque de la atención en salud y permitir que la epidemiología avance hacia la educación, promoción y prevención.

Palabras clave: prestación; acceso; uso; servicios de salud; epidemiología; COVID-19.

ABSTRACT

Introduction: Although there is ample scientific evidence on the pandemic, the impact of COVID-19 on health services from the perspective of healthcare personnel has been little explored.

Objective: To explore the experiences in health services of epidemiologists in training during the COVID-19 pandemic.

Methods: Exploratory, qualitative-descriptive study, with ethnographic research tools for data collection such as observation, field diary and group interview; as well as grounded theory for the construction of categories that allowed to understand the studied phenomenon. For the formation of the focus group, seven epidemiologists in training from a Colombian university participated, with prior informed consent. The topic was introduced, with the subsequent application of the focus group guide tools, consensus posters, response sheets and an observation guide.

Results: Hospital collapse and emerging restructuring of health services were generated, promoting other care strategies such as telemedicine. Study participants experienced fear attending patients on stressful days, with shortages of supplies and medicines; they were stigmatized, which generated "anxiety and work stress." However, they learned "to better

classify cases" and with the increase in patients they were able to perceive inequities that represented a professional and human challenge.

Conclusions: The COVID-19 pandemic has been valid as a learning process with new training perspectives to be able to act in the face of health events of global interest, with the necessary application and management of protocols, which can change the focus of health care and allow epidemiology to move towards education, promotion and prevention.

Keywords: performance; access; use; health services; epidemiology; COVID-19.

Recibido: 08/03/2021

Aceptado: 05/01/2022

Introducción

A nivel mundial, la pandemia de la COVID-19 ha tenido impactos directos en salud pública, con consecuencias en morbilidad y en condiciones socioeconómicas y políticas de las regiones.⁽¹⁾ En América Latina las diferencias de los servicios de salud son más notorias; como lo ha referido la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Aunque en los últimos años se profundiza en políticas que buscan alcanzar una protección de salud universal y equitativa, persisten, situaciones como la cobertura fragmentada y bajo presupuesto, además de la heterogeneidad en sus sistemas sanitarios, inversión en recursos, tecnologías y la diversidad del comportamiento de la pandemia. Estas situaciones dejan ver las fortalezas y, en mayor medida, las debilidades acumuladas por varios años de los sistemas de salud.⁽²⁾

En el informe sobre la COVID-19 en América Latina se reconocen falencias del sistema de salud, el cual deja ver la necesidad de un sistema de alerta que se integre a medidas concretas con las autoridades sanitarias. Solo la tercera parte de los países disponen de estas capacidades, y la experiencia de esta pandemia exige a futuro una cobertura sanitaria de calidad, que proteja a las poblaciones de la crisis en salud, y de las repercusiones en la vida y los medios de subsistencia.⁽¹⁾

Aunque actualmente las prioridades son prevenir la infección, reducir la transmisión, y proporcionar atención y manejo adecuado a quienes presentan la COVID-19, las enfermedades no transmisibles siguen representando la carga más fuerte en salud.⁽³⁾ Dentro

de las necesidades observadas por las entidades sociales ante el coronavirus, se considera prioritario resolver la atención de enfermedades, seguimientos oncológicos, cirugías, trastornos mentales y otras desatendidas dentro del marco de esta pandemia.⁽⁴⁾

En Colombia, la prestación de servicios de salud a la población en las fases de mitigación y control de la emergencia sanitaria se ha planteado en el marco de la atención primaria en salud, de acuerdo a la Resolución 1441 de 2016, y sus modificaciones, Resolución 5401 de 2018 y 1344 de 2019, que indican “[...] organización en un componente primario y uno complementario”.⁽⁵⁾

La constitución política de 1991 estipula que los colombianos tienen derecho a la atención en salud como servicio público, bajo la orientación, coordinación y control del Estado, con la participación de instituciones públicas y privadas.⁽⁶⁾ Lo que ha permitido generar mecanismos para alcanzar la cobertura universal de los servicios sanitarios dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) de acuerdo con la Ley 100 de 1991.⁽⁷⁾

El “acceso a la salud”, cuya definición y forma de medición varía a lo largo del tiempo, según el contexto como indicador en salud pública, refleja los problemas de desigualdad social. Su evaluación es compleja y pone en evidencia el desempeño del sistema de salud, con influencia en el diseño de las políticas sanitarias.⁽⁸⁾

Priorizar la atención a pacientes infectados por el nuevo coronavirus, ha agravado la vulnerabilidad de los sistemas de salud del continente, el cual se caracteriza por la segmentación y fragilidad, al lado de los múltiples problemas sociales y económicos.⁽⁹⁾ La OMS ha informado que un año después de la pandemia, millones de personas en el mundo continuaban sin recibir atención de salud y casi la mitad de los países presentaban afectaciones en los servicios de atención primaria.⁽¹⁰⁾

Explorar la problemática de la prestación, acceso y uso de los servicios de salud, puede aportar información de utilidad para la conformación de sistemas más efectivos, equitativos, eficientes y accesibles, con una adecuada capacidad de atención a las necesidades de salud de las regiones de Colombia y del mundo.^(11,12) Por esto, la investigación tuvo como objetivo explorar las experiencias en los servicios de salud de epidemiólogos en formación, durante la pandemia COVID-19.

Métodos

Se realizó un estudio exploratorio, cualitativo-descriptivo, en el cual se utilizaron herramientas de investigación etnográfica para la toma de datos como la observación, diario de campo y entrevista grupal para el grupo focal (GF). Se aplicaron los siguientes instrumentos: guía de grupo focal, carteles de consenso, hojas de respuesta y guía de observación. Para el análisis se realizó codificación abierta (como primer paso en el análisis formal de los datos, con la construcción de categorías) y codificación axial en la que se relacionan las categorías con sus respectivas subcategorías de acuerdo con las orientaciones de la teoría fundamentada (cuadro). Se exploraron percepciones y experiencias de vida y trabajo de un grupo de epidemiólogos en formación sobre prestación, acceso y uso de servicios de salud a pacientes con COVID-19 y sin COVID-19 en el suroccidente colombiano, durante el periodo de marzo 2020 a mayo 2021.

El universo de estudio lo conformaron siete estudiantes de la Maestría en Epidemiología de una Universidad Colombiana, quienes conocían la propuesta de la actividad investigativa presentada por la docente del curso “Seminario de Investigación II” y manifestaron su interés en participar. Los criterios de selección de los participantes se centraron en que todos fueran estudiantes de maestría, que estuvieran cursando la cátedra “Seminario de Investigación II”, dentro de su currículo académico Además que hubieran realizado actividad asistencial como profesionales de salud en atención de pacientes con y sin COVID-19 durante el periodo de marzo 2020 y mayo 2021.

También debieron manifestar su interés en participar de manera activa y voluntaria. Como todos decidieron participar y cumplían los requerimientos mencionados, ninguno fue excluido. La actividad académica fue supervisada por la docente. Se contó como moderadora con una “enfermera profesional”, anotadora “médica general”, asistente logística y metodológica “docente”, y cinco expertos temáticos (tres médicos generales, un enfermero profesional, y una fisioterapeuta quienes tenían, como se mencionó, labores de atención en primera línea o general, de pacientes con COVID-19 en el sur del país (Putumayo, Popayán, Piendamó y Pasto). A los hombres se les designó la inicial “H”, a las mujeres “M” y un número (1, 2, 3, 4) de acuerdo al orden de sus intervenciones.

El GF se realizó bajo la modalidad presencial, asistida por la tecnología en la plataforma Zoom. Se verificó la conectividad y se garantizó que en la captura de pantalla se identificarán los participantes para registrar el lenguaje no verbal. Las técnicas utilizadas fueron concertadas de manera previa, con asignación de roles dentro del grupo (moderador,

anotador, asistente logística y metodológica, expertos temáticos) y asesoría técnica de la docente responsable.

Después de obtener el consentimiento voluntario, verbal y escrito de cada uno de los participantes, un estudiante que actuó como moderador dentro del grupo focal y con experiencia en administración y servicios de salud, realizó la introducción de la temática. Se llevaron como instrumentos las fichas de consenso, hojas de respuesta y guía de observación. El tiempo de la sesión fue de dos horas, incluyendo su evaluación.

Los datos se obtuvieron a través de cinco preguntas alrededor de los temas preestablecidos, las cuales fueron:

- ¿Cómo cree usted que se ha dado la prestación, el acceso y uso de los servicios de salud durante la pandemia por COVID-19, para los pacientes COVID? ¿Y cómo se ha dado el acceso, uso y utilización para los pacientes No COVID?
- ¿Cree usted como profesional de la salud que se está brindando equidad en la prestación, acceso y uso de los servicios de salud a los usuarios COVID y no COVID, durante la pandemia por COVID-19?
- ¿Cómo profesionales de la salud, cuál considera ha sido el efecto de la pandemia?
- ¿Cómo ha influido en usted la prestación de servicios de salud durante la pandemia por COVID-19?
- ¿Qué propone usted desde su formación como epidemiólogo(a) para dar respuesta en torno a las necesidades sobre prestación, acceso y uso de los servicios de salud durante la pandemia por COVID-19 tanto a los pacientes COVID como los no COVID?

Posteriormente, las preguntas se organizaron en categorías y subcategorías (Cuadro).

Cuadro - Organización de temas y subtemas identificados para cada pregunta del grupo focal

| Categorías | Subcategorías |
|---------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Atención de pacientes COVID-19 | -Nuevos protocolos. -Temor del profesional de salud. -Falla en la detección y seguimiento. -Limitaciones y propias y externas del sistema sanitario. -Deficiencias en estrategias. |
| Atención de pacientes no COVID-19 | -Adecuada clasificación. -Déficit en el sistema de salud. -Limitaciones y propias y externas del sistema sanitario. -Deficiencias en estrategias. |
| Barreras de atención | -Temor a asistir a servicios de salud. -Privilegios económicos. |
| Nuevas formas de atención | -Telemedicina. |
| Inequidad | -Condiciones de infraestructura. -Recursos tecnológicos y de diagnóstico. -Condiciones socioeconómicas y culturales. -Localización geográfica limitada. |
| Desconocimiento frente a COVID-19 | -Ansiedad y estrés laboral. -Renuncia laboral. -Mayor experiencia. |
| Retos | -Afectación física y mental. -Largas jornadas laborales. -Estresores. -Desabastecimiento de insumos. -Uso de elementos de protección personal. -Colapso del sistema hospitalario. -Capacitaciones limitadas. -Mortalidad por COVID. -Discriminación del personal de salud. -Reestructuración de los servicios. -Aprendizaje basado en errores. |
| Humanización del personal de salud | -Capacidad de adaptación. -Garantía en la atención. -Empatía. |
| Desigualdad en la atención en salud | -Sentimientos de frustración. -Manejo inadecuado de servicios regionales de salud. -Cobertura sectorizada. |
| Limitaciones a los servicios de salud | -Población excluida y marginada. -Decisiones gubernamentales no acertadas. |
| Falencias de los sistemas de salud | -Previsión de riesgo ante enfermedades infectocontagiosas. -Aplicación de protocolos. -Reforzar enfoque de prevención. |

El grupo focal y las notas de observación fueron transcritos textualmente, y los resultados fueron discutidos, triangulados y tratados con los participantes. El conocimiento previo compartido sobre sus experiencias, facilitó el análisis logrando el consenso respecto a la temática planteada. Se citan testimonios *in vivo* en la interpretación y análisis de datos, y se describe la ruta metodológica para que pueda ser utilizada en estudios similares.

La “anotadora” se ubicó de manera discreta en la sesión virtual para no interrumpir la dinámica, y registrar en el diario de campo el lenguaje verbal y no verbal de las

intervenciones. Tomó registro fotográfico previo consentimiento verbal y escrito de los participantes.

En las fichas de consenso y diario de campo la moderadora y la anotadora registraron los acuerdos, consensos generales y desacuerdos, de parte de cada uno de los expertos. La anotadora y la asistente logística y metodológica registraron los aportes de cada participante, su expresión facial y corporal, el ambiente físico, los consensos y desacuerdos para cada pregunta.

Asimismo, se realizó una revisión bibliográfica relacionada con la prestación, acceso y uso de los servicios de salud en pandemia, a nivel mundial y nacional, para contextualizar de manera clara y ordenada el problema. A través de una actividad académica se socializaron los principales resultados del GF, y se complementó con el análisis inicial de datos en una jornada de cinco horas.

Para el análisis de la información se realizó codificación abierta y axial, de acuerdo a las orientaciones de la teoría fundamentada. Se procedió a la identificación de datos a partir de los principales acuerdos y desacuerdos, con lo que se promovió el proceso de categorización que después se refinó con la codificación de las entrevistas y el diario de campo. Las notas del diario de campo se transcribieron, así como los datos de los consensos descritos por la moderadora, para iniciar con el análisis comparativo en la codificación abierta, identificando subcategorías, de acuerdo a la temática establecida.

Se realizó codificación axial, cuando las categorías obtenidas se relacionaban con sus subcategorías para generar explicaciones más completas con el fin de terminar con el paradigma codificado (cuadro). Se elaboraron diagramas, y a partir de estos se procedió con el relato analítico, acompañado de los testimonios *in vivo*. Para la triangulación de técnicas, los temas preliminares fueron analizados por subgrupos: dos subgrupos de dos integrantes y 1 subgrupo de 3 integrantes (es decir se involucraron los siete estudiantes de la maestría participantes). Se asignaron a los subgrupos al azar, donde se rotaron los resultados para los ajustes necesarios y complemento adecuado de los contenidos de cada tema.

La moderadora solicitó el consentimiento informado, verbal y escrito para la grabación, toma de fotografías y publicación científica derivada de la actividad. Se respetó el derecho de los participantes para proteger su integridad, se garantizó su intimidad y la confidencialidad de la información. Los resultados se presentan por medio de mapas conceptuales y textos, en los que no se hace referencia explícita a ellos. Esta actividad académica se clasifica sin riesgo, según la Resolución 008430 de 1993. Este estudio fue aprobado por el Comité de

Ética Institucional de la Universidad CES, mediante extensión de aval ético al acta #58, el 28 de junio de 2021.

Resultados

Los profesionales durante la pandemia realizaron actividad asistencial en atención de pacientes con y sin COVID-19. Esto les facilitó verbalizar sus experiencias personales, laborales y sociales con respecto a la prestación, acceso y uso de los servicios de salud. Pudieron comprender que el enfoque de atención a la enfermedad se modificó, evidenciando falencias del sistema sanitario, y la necesidad de generar un cambio en el direccionamiento de las acciones encaminadas hacia la garantía de la salud.

Prestación, acceso y uso de servicios de salud durante la pandemia a pacientes con y sin COVID-19

Se evidenció una reestructuración emergente, acompañada del temor en la prestación de los servicios de salud;

[...] se estaba generando información y protocolos relacionados al manejo de la pandemia; la prestación de servicios era más limitada por que se presentaba mucho temor a la hora de atender este tipo de pacientes” (H1).

[...] a pesar de que al principio el panorama era desconocido para todos, se ha trabajado de una manera muy intensa [...] (H2).

También refirieron:

[...] en cuanto al uso del servicio de salud, la pandemia nos ayudó a clasificar mejor a los pacientes.

[...] fue hacer entender que las urgencias deben estar priorizadas (M2).

[...] la prestación de servicios antes de la pandemia tenía un amplio espectro; dentro de ella, consulta externa, enfermedades crónicas no transmisibles, programas de promoción y prevención, de control prenatal, de crecimiento y desarrollo (H3).

En lo referente al sistema de salud, algunos consideraron que:

[...] el centro asistencial donde trabajo y donde hacemos rehabilitación pos COVID, muchos de mis pacientes me han referido que una vez contagiados evidenciaron el déficit en el sistema de salud. [...] es fundamental reconocer que estamos fallando en el cerco epidemiológico, muchos son diagnosticados con la enfermedad, pero no se les hace seguimiento a sus contactos [...]” (M1).

Sus experiencias en la atención de pacientes sin COVID de zonas rurales y lejanas del país les permitieron comprobar que:

[...] el acceso fue algo difícil, teniendo en cuenta que no solo depende del sistema sanitario [...]. Desde mi experiencia personal he atendido pacientes que expresan su dificultad para acceder desde zonas remotas a un centro de atención en salud y manifiestan su precariedad económica, refiriendo que esta pandemia ha afectado su economía [...] (H3).

[...] limitaron el uso de estos servicios y no se enfocaron en buscar estrategias para atender con la misma calidad a otros tipos de patología” (H2).

[...] se han dejado a un lado varios programas de atención primaria y de salud pública, de enfermedades crónicas que también necesitan un seguimiento constante (M1).

[...] la pandemia hizo que los usuarios tengan un mejor uso del servicio de urgencias (M2).

[...] algunas personas tienen temor del sistema de salud, piensan que esta pandemia fue algo inventado para acabar con nuestra sociedad y lucrarse económicamente, entonces tienen ese miedo de asistir a los servicios sanitarios [...] (H3).

[...] se ha privilegiado para las personas que económicamente, culturalmente, educativamente o geográficamente tienen esa facilidad de acceder y ha hecho que aquellos que no tengan estas condiciones, no puedan hacer uso de los servicios de salud (H3).

[...] el hecho de garantizar el servicio de salud, hizo que se implementara la telemedicina, como algo innovador para hacer la atención desde otro ambiente [...] (M2).

Equidad en la prestación, acceso y uso de los servicios de salud en pacientes con y sin COVID-19

Aunque algunos refirieron que:

[...] fue visible la implementación de nuevos protocolos en las instituciones de salud (H1).

La equidad definitivamente se vio desatendida al comparar los pacientes sin COVID frente a los pacientes con COVID, porque se invirtieron más recursos a la pandemia y se desatendieron las enfermedades crónicas (H2).

La atención se vio condicionada por aspectos relacionados con el lugar, personal asistencial, disponibilidad de camas, recursos tecnológicos y de diagnóstico.

[...] se ha vulnerado más debido a condiciones socioeconómicas, culturales y geográficas (M1).

Si bien consideraron que siempre ha existido población con múltiples necesidades, estas se agudizaron, sobre todo por las barreras del sistema sanitario que aún es incompetente para satisfacerlas en los lugares más apartados del país:

[...] acá en el departamento del Putumayo, la mayoría de personas no cuenta con acceso a un teléfono, redes sociales o internet, por lo que esto significó una barrera

tecnológica. Por tanto, considero que en esta pandemia se agudizó la inequidad al tratar de satisfacer todas las necesidades que tenemos [...] (H3).

De otro lado está la barrera que genera el tipo de aseguramiento:

[...] el hecho de que la salud, sea un negocio, genera ventajas para la población que cuenta con recursos para pagos complementarios de salud, y medicina prepagada; entonces, nunca vamos a llegar a tener una equidad entre el régimen subsidiado y contributivo [...]

[...] fuimos formados para ayudar y mitigar el dolor de la población; sin embargo, este tipo de barreras, nos impiden generar bienestar en la mayoría de nuestros pacientes; para mí, siempre va a existir inequidad [...] (M2).

Efectos de la pandemia COVID-19 en la idoneidad, capacitación y destreza de los profesionales de la salud

Los participantes en el estudio vieron afectadas sus vidas personales y profesionales, por cambios en la dinámica de trabajo, lo que les generó afectación en su salud física y mental. Fueron largas jornadas laborales y estresores propios del manejo de pacientes complicados, desabastecimiento de insumos y medicamentos, las limitaciones por el uso de elementos y trajes de bioseguridad y el colapso del sistema hospitalario, que se hizo más evidente al inicio de la pandemia.

[...] se generó al principio ansiedad y estrés laboral por el desconocimiento de la COVID-19, pero en la actualidad se evidencia una aparente adaptación.

Aunque muchos profesionales renunciaron para evitar posibles contagios en sus familias, con el curso de la enfermedad estuvieron mejor preparados para afrontarla.

[...] con el desarrollo de la pandemia se fue generando mayor conocimiento y experiencia acerca del manejo de este virus (H1).

Todos coincidieron en que los profesionales de salud asumieron el reto de enfrentarse a una enfermedad desconocida, pese a las consecuencias mortales y limitaciones en las capacitaciones que se ofrecían al principio de la pandemia por lo que hubo que:

[...] resaltar la parte humanística de todo el personal y esas grandes capacidades que tuvieron para adaptarse a las diferentes problemáticas (H2).

No obstante, padecieron incomprensiones de los pacientes y población en general.

[...] señalamiento por parte de la sociedad, por el hecho de ser trabajadores de la salud [...] (M1).

[...] se generaron cambios en la infraestructura y la redistribución de los servicios, teniendo en cuenta, pacientes con COVID y sin COVID (H3).

Los profesionales sanitarios reflexionaron y corrigieron los errores cometidos al inicio, para evitar complicaciones en sus pacientes.

Impacto de la prestación de servicios de salud durante la pandemia por COVID-19

Los participantes manifestaron sus experiencias y criterios sobre el impacto de la pandemia en los servicios de salud.

[...] se ha tratado de manejar el sistema de la mejor forma posible, manteniendo la atención a los usuarios y brindándoles lo mejor (H1).

[...] la asistencia virtual, me parece ha sido una idea innovadora para los profesionales de la salud y para la población que requiere los servicios (M1).

[...] genera algo de impotencia toda esta inequidad y la forma como algunas regiones han manejado la atención en salud; si bien en Colombia se habla de normatividad sobre cobertura completa de toda la población, esta no busca como tal el goce efectivo de la salud sino la satisfacción de los privados que controlan estos temas (H3).

[...] empatizo mucho con los pacientes con COVID y lo viví en carne propia; la pandemia cambio mi perspectiva frente al trato de pacientes (M2).

Aportes de la epidemiología a las necesidades sobre prestación, acceso y uso de servicios de salud durante la pandemia por COVID-19

También reconocieron cuánto les aportó sus conocimientos en epidemiología para enfrentar la pandemia de COVID-19 u otras futuras. En algunos ha sido una motivación para continuar los estudios en este campo profesional, a la vez que han podido comprender las inequidades que existe en los servicios de salud y que se han agudizado con la pandemia.

[...] la epidemiología nos ayudó a evidenciar las falencias que tenían los sistemas de salud en el mundo y si estábamos preparados a este tipo de pandemias” (H1). Este ha sido un proceso de aprendizaje; [...] todo esto nos ayuda a tomar una nueva perspectiva, de lo que debemos realizar más adelante en eventos sanitarios de alto impacto a nivel mundial [...], en la aplicación y manejo de protocolos (H1).

[...] cambiar el enfoque de la atención en salud hacia la prevención (H2)

[...] motivarnos a ser epidemiólogos de campo desde nuestra práctica profesional, educando y previniendo a la población (M1).

[...] debemos caracterizar la población excluida y marginada que se encuentra limitada para acceder a los servicios de salud. Realizar estudios que evidencien que esto no es nuevo, venía desde antes y se agudizó [...] (H3).

Discusión

La calidad en la prestación de los servicios es un trazador en salud. Con ella se garantiza la viabilidad de atención y el panorama de mitigación de factores que ponen en riesgo el contexto de vida de los usuarios y sus familias. Así mismo, la satisfacción del usuario frente al servicio prestado, la atención, la empatía, el respeto y el trato humanizado, serán garantes de crecimiento institucional y de empoderamiento del servicio en la región.⁽¹⁾

Desde la postura epidemiológica para asumir estas situaciones de manera eficiente, en los últimos años se han promovido modelos de organización y acceso a los servicios de salud, principalmente desde la atención primaria. Estos han sido el resultado de innovaciones en alianzas y acuerdos entre prestadores de servicios de salud, empleadores, aseguradoras, organizaciones de suministros y tecnologías en salud, los diferentes gobiernos, así como las diversas entidades multilaterales.⁽²⁾

La pandemia por COVID-19 ha implicado una atención del riesgo y reestructuración de las dinámicas del sistema sanitario para dar respuesta a las necesidades de salud prioritarias. Por esto, los esfuerzos se han orientado a evitar el colapso del sistema sanitario y la muerte de personas, con la infraestructura pertinente para atender la emergencia.⁽¹³⁾ Es importante resaltar que, a pesar de las medidas tomadas por el estado, el personal sanitario se encontraba frente a un panorama nuevo y desconocido, los trabajadores de la salud se han enfrentado a jornadas laborales extenuantes. Adicionalmente, han tenido que experimentar situaciones estresantes, alta presión asistencial, equipos de protección personal limitados y posible colapso del sistema sanitario.⁽¹⁴⁾

En medio de la pandemia las limitaciones y los desafíos del sistema de salud han sido más notorios, debido a que las responsabilidades sobre prevención, diagnóstico y atención oportuna que implican un trabajo integral en comunidades recaen en aseguradores principalmente privados con recursos divididos, control fuera de los municipios y poca intervención desde los departamentos.⁽¹⁵⁾ Se han comprobado la existencia de barreras en estos aspectos, tanto a nivel mundial como nacional y regional así, como una inequidad generalizada en la sociedad, que, además de influir en el acceso al servicio, influye en la exposición (y, por tanto, en el riesgo) a la COVID-19. Lo que se señala como un generador de grandes problemas en la salud pública y en la seguridad social.⁽¹⁶⁾

La inequidad en la prestación, acceso y uso de los servicios de salud es evidente y se apoya en informes de las Naciones Unidas que textualmente establecen “si los países contaran con una cobertura sanitaria universal, serían más eficaces y eficientes a la hora de hacer frente a las causas de morbimortalidad derivadas de la crisis por la COVID-19”.⁽¹⁾ La COVID-19 afecta más a quienes tienen menos recursos, los ancianos, las personas con enfermedades crónicas y las que viven en condiciones precarias;⁽¹⁾ vulnerabilidades que no solamente incluyen al sistema de salud; por el contrario, se integran de forma compacta e interrelacionan con aspectos económicos, políticos y socioculturales de las regiones.⁽⁴⁾

El grupo focal, así como las publicaciones relacionadas con la pandemia COVID-19, concuerdan que durante el periodo de marzo del año 2020 y mayo de 2021, se generaron

grandes retos para los sistemas de salud del mundo. Ninguna nación estaba preparada para una crisis sanitaria como la acontecida. En Colombia develó fallas estructurales que ya estaban mucho antes de la llegada del nuevo virus. A su vez, esta realidad ha dejado aprendizajes que se espera permitan mejorar el sistema y garantizar el derecho a la salud de todos los colombianos.⁽¹⁷⁾

Al explorar el tema sobre “idoneidad, capacitación y destreza de los profesionales de salud”, los participantes, reconocieron que la pandemia los afectó en muchos aspectos, “generándoles ansiedad y estrés laboral por el desconocimiento inicial sobre el virus”. Este fenómeno se evidenció no solo en el país sino también en el mundo, que se logró demostrar en una revisión sistemática realizada por *García* y otros sobre el impacto de la salud mental. Este estudio encontró que “las jornadas de trabajo, el miedo de contagiarse y contagiar a familiares y pacientes, la preocupación en el control y propagación, entre otros, pueden ser factores precipitantes para una alteración de la salud mental de los profesionales sanitarios”,⁽¹⁸⁾ lo cual también fue planteado por el grupo focal. Todo ello supone un problema importante a nivel personal, afectando sus funciones laborales, aumentando el riesgo de contagio y de una mala praxis profesional.⁽¹⁸⁾

Otro tópico tratado por el grupo fue la humanización y valentía del personal de salud para asumir el reto del manejo de pacientes con COVID-19 y sin COVID-19 durante la pandemia. Este desafío permitió hacer consciencia de la vulnerabilidad del otro, aflorando el actuar solidario y el compromiso ético y responsable del profesional, el cual ha sido formado para ayudar a las personas ante la enfermedad. Lo que permitió promover una cultura hacia la humanización sanitaria, cuidando a quienes lo necesitan, pero, también, cuidando a quienes han estado en primera línea trabajando por los pacientes.⁽¹⁹⁾

Por otro lado, se reflexionó sobre la importancia de la telemedicina, la cual se encuentra dentro del plan de beneficios en salud. Tras el brote de la COVID-19 su aceptación se incrementó, permitiendo que muchos de los usuarios realizaran consultas médicas y trámites de adquisición de medicamentos, que redujeron la aglomeración de personas en los centros de salud y de algún modo la propagación del virus. Adicional a esto los servicios médicos se fortalecieron y desarrollaron aplicaciones en dispositivos móviles con el fin de mejorar la atención y el acceso en salud de los colombianos.⁽²⁰⁾

También, se expuso desde una mirada epidemiológica los problemas más relevantes, dando gran importancia a la medicina preventiva basada en el fortalecimiento de las alertas tempranas, cercos epidemiológicos, búsqueda activa de posibles personas contagiadas como, medidas efectivas que logren disminuir la carga de personas con enfermedad grave por

COVID-19 que saturan el sistema de salud y dejan desatendidos otros tipos de enfermedades. Teniendo en cuenta los conocimientos propios acerca de lo expuesto durante la atención en los procesos institucionales y el manejo de pacientes con COVID-19, se evidencia que “la población excluida y marginada tiene limitación para acceder a los servicios de salud” (H3). Además, se ha señalado que bajo un modelo de cobertura universal es indispensable pensar en calidad, accesibilidad y equidad como aspectos destacados.⁽²⁾ Es así como a lo largo de los años se han enfatizado algunos conceptos como la relación íntima entre la calidad y la accesibilidad, a grado tal que autores como *Enrique Ruelas-Barajas*, consideraron que “la calidad sin acceso es un absurdo y que el acceso, sin calidad, es una falta de ética”.⁽²¹⁾ Este estudio resulta de gran utilidad, dado que su tema central “prestación, acceso y uso de los servicios de salud en el suroccidente colombiano” no ha sido abordado previamente en otras investigaciones o grupos focales y más aún en el contexto de la pandemia por COVID-19. De ahí que constituya un referente para futuras investigaciones en otras regiones de Colombia y en otros países. Otro aspecto destacable es que contó con la participación de profesionales de la salud de diferentes campos (médicos, enfermeros, fisioterapeuta). Los resultados y la discusión se tomaron a partir de sus experiencias personales, laborales y sociales. Lo que propició una reflexión e información importante, la cual visibiliza la situación de los servicios de salud en medio de la pandemia e invita de alguna manera a que las autoridades competentes promuevan y realicen estrategias pertinentes y eficaces para afrontar la problemática. De igual manera, resalta el papel del epidemiólogo en el país y las falencias que a nivel de salud pública existen y las cuales pueden ser intervenidas desde la epidemiología. Teniendo en cuenta que la pandemia es un evento reciente, no se encuentran estudios o publicaciones que aborden la temática central. Lo que se evidenció en la búsqueda bibliográfica. Otra limitación, es que los resultados del presente estudio no se pueden generalizar, debido a que surgió de una actividad de grupo focal de siete participantes a partir de sus experiencias como profesionales de la salud en el suroccidente colombiano. Además, solo se tomaron perspectivas desde el campo asistencial y no desde el área administrativa. A modo de consideraciones finales se puede decir que el periodo 2020-2021 ha sido un año de retos profesionales, donde la perspectiva respecto a la pandemia y su manejo fue cambiando. Aún faltan estudios más amplios y tratamientos más específicos que permitan una intervención más eficiente. A la vez que se necesita de mejores estrategias por parte del sistema sanitario, el cual debe brindar la confianza suficiente en los profesionales de la salud y garantizar así atención con calidad. La prestación, acceso y uso de los servicios de salud

en la pandemia permitió identificar falencias e inequidades acumuladas durante años, las cuales integran aspectos políticos, económicos y socioculturales, exponiéndose desde una mirada epidemiológica los problemas más relevantes, dando valor a la medicina preventiva. Se concluye que la pandemia de COVID-19 ha sido válida como proceso de aprendizaje con nuevas perspectivas de formación para poder actuar ante eventos sanitarios de interés mundial, con la necesaria aplicación y manejo de protocolos, lo cual puede cambiar el enfoque de la atención en salud y permitir que la epidemiología avance hacia la educación, promoción y prevención.

Referencias bibliográficas

1. Naciones Unidas. Informe de Políticas de las Naciones Unidas: La COVID-19 y la cobertura sanitaria universal. España: ONU; 2020 [acceso 19/06/2021]. Disponible en: https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/uhc_spanish.pdf
2. Organización Internacional del Trabajo. Respuestas de corto plazo a la COVID-19 y desafíos persistentes en los sistemas de salud de América Latina. Lima: ILO; 2021 [acceso 11/06/2021]. Disponible en: http://www.ilo.org/lima/publicaciones/WCMS_768040/lang--es/index.htm
3. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. Informe de la evaluación rápida de la prestación de servicios para enfermedades no transmisibles durante la pandemia de COVID-19 en las Américas. Estados Unidos de América: OPS; 2020 [acceso 11/06/2021]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52283>
4. EAPN. Necesidades observadas por las entidades sociales ante el coronavirus. España: EAPN; 2020 [acceso 19/06/2021]. Disponible en: https://www.eapn.es/covid19/ARCHIVO/documentos/documentos/1585573385_200330_necesidades_entidades_covid19_eapn.pdf
5. Ministerio de Salud y Protección Social. Orientaciones para la restauración de los servicios de salud en las fases de mitigación y control de la emergencia sanitaria por COVID-19 en Colombia. Colombia: Minsalud; 2020 [acceso 10/06/2021]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Procesos%20y%20procedimientos/PSS05.pdf>

6. Castaño LSÁ. El derecho a la salud en Colombia: una propuesta para su fundamentación moral. *Rev Panam Salud Pública*. 2005 [acceso 11/06/2021];18(2):129-35. Disponible en: <https://www.scielo.org/article/rpsp/2005.v18n2/129-135/>
7. Agudelo-Calderón CA, Cardona-Botero J, Ortega-Bolaños J, Robledo-Martínez R. Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011 [acceso 09/06/2021];16(6):2817-28. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000600020&lng=es&tlng=es
8. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Salud en Las Américas. Capítulo 4. Las políticas públicas y los sistemas y servicios de salud. vol. 1- Regional. Washington, DC.: OPS. 2007 [acceso 11/06/2021] p. 314-405. Disponible en: <https://www.paho.org/hia2007/vol1regionalcap4.html>
9. Rodriguez-Morales AJ, Gallego V, Escalera-Antezana JP, Méndez CA, Zambrano LI, Franco-Paredes C, *et al*. COVID-19 in Latin America: The implications of the first confirmed case in Brazil. *Travel Med Infect Dis*. 2020 [acceso 11/06/2021];35:101613. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7129040/>
10. Organización Mundial de la Salud. La COVID-19 sigue provocando perturbaciones en los servicios esenciales de salud del 90 % de los países Ginebra: OMS; 2021 [acceso 09/06/2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/23-04-2021-covid-19-continues-to-disrupt-essential-health-services-in-90-of-countries>
11. Zapata-Ossa H de J, Porras-Beltrán AM, Arias-Cardona EK. Factores relacionados con el uso de los servicios de salud en la población mayor de 18 años del área urbana de Cali, Colombia, en el año 2016. *RGPS*. 2019 [acceso 09/06/2021];18(37). Disponible en: [https://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/RGPS/18-37%20\(2019-II\)/54561490008/#54561490008_ref9](https://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/RGPS/18-37%20(2019-II)/54561490008/#54561490008_ref9)
12. Dye C, Boerma T, Evans D, Harries A, Lienhardt C, McManus J, *et al*. Informe sobre la salud en el mundo 2013: Investigaciones para una cobertura sanitaria universal. Organización Mundial de la Salud. Ginebra: OMS. 2013 [acceso 09/06/2021]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85763/9789240691223_spa.pdf;jsessionid=E6B8F052411ACF64D134EB3BD759AD60?sequence=1
13. Rodríguez FB, Espinosa GR. COVID-19: ¿Una lupa de las inequidades en salud? *Univ Médica*. 2020 [acceso 23/06/2021];61(3). Disponible en: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/vnimedica/article/view/29957>

14. Assari S, Habibzadeh P. The COVID-19 Emergency Response Should Include a Mental Health Component. Arch Iran Med. 2020 [acceso 05/06/2021];23(4):281-2. Disponible en: <http://www.aimjournal.ir/Article/aim-15550>
15. Rodríguez-Villamizar LA. Epidemia por COVID-19 en Colombia: del “pico” de la emergencia a la sostenibilidad de la respuesta. Salud UIS. 2020 [acceso 23/06/2021];52(4). Disponible en: <https://revistas.uis.edu.co/index.php/revistasaluduis/article/view/11544>
16. Gallego Gómez R. Comunicado de la Academia de Medicina de Medellín frente a la pandemia de COVID 19. Epicrisis. 2020 [acceso 23/06/2021]. Disponible en: <https://epicrisis.org/2020/05/16/comunicado-de-la-academia-de-medicina-de-medellin-frente-a-la-pandemia-de-covid-19/>
17. Semana. ¿Cuál será el futuro del sistema de salud en Colombia? Semana.com. Últimas Noticias de Colombia y el Mundo. Semana. 2021 [acceso 22/06/2021]. Disponible en: <https://www.semana.com/nacion/articulo/cual-es-el-futuro-del-sistema-de-salud-en-colombia/202100/>
18. García-Iglesias JJ, Gómez-Salgado J, Martín-Pereira J, Fagundo-Rivera J, Ayuso-Murillo D, Martínez-Riera JR, *et al.* Impacto del sars-cov-2 (covid-19) en la salud mental de los profesionales sanitarios: una revisión sistemática. Rev Esp Salud Pública. España; 2020 [acceso 22/06/2021];94(20). Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-192981>
19. Ortega Lozano R. La humanización de la salud durante la pandemia. The Conversation. 2020 [acceso 22/06/2021]. Disponible en: <http://theconversation.com/la-humanizacion-de-la-salud-durante-la-pandemia-140486>
20. Ministerio de Salud y Protección Social. Telesalud/Telemedicina y COVID-19. Colombia: MINTIC; 2020 [acceso 23/06/2021]. Disponible en: https://gobiernodigital.mintic.gov.co/692/articles-126135_recurso_5.pdf
21. Fajardo-Dolci G, Gutiérrez JP, García-Saisó S. Acceso efectivo a los servicios de salud: operacionalizando la cobertura universal en salud. Salud pública Méx. 2015 [acceso 22/06/2021];57(2):180-6. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342015000200014&lng=es

Conflicto de intereses

Los autores declaramos no tener conflicto de intereses.

Contribuciones de los autores

Conceptualización: María Osley Garzón Duque, Angie Ximena Ortiz Chamorro, Natalia Sofía Gallego Eraso, Diego Alexander Flórez Bacca, Sharon Tatiana Gutiérrez Gómez, German Darío Cañar Belalcazar, Luis Carlos Ascuntar Muñoz, Camila Stefany Ordoñez Bolaños.

Análisis formal: Angie Ximena Ortiz Chamorro, Natalia Sofía Gallego Eraso, Diego Alexander Flórez Bacca, Sharon Tatiana Gutiérrez Gómez, German Darío Cañar Belalcazar, Luis Carlos Ascuntar Muñoz, Camila Stefany Ordoñez Bolaños.

Investigación: Angie Ximena Ortiz Chamorro, Natalia Sofía Gallego Eraso, Diego Alexander Flórez Bacca, Sharon Tatiana Gutiérrez Gómez, German Darío Cañar Belalcazar, Luis Carlos Ascuntar Muñoz, Camila Stefany Ordoñez Bolaños.

Metodología: María Osley Garzón Duque.

Administración del proyecto: María Osley Garzón Duque.

Supervisión: María Osley Garzón Duque.

Validación: María Osley Garzón Duque.

Redacción - borrador original: Angie Ximena Ortiz Chamorro, Natalia Sofía Gallego Eraso, Diego Alexander Flórez Bacca, Sharon Tatiana Gutiérrez Gómez, German Darío Cañar Belalcazar, Luis Carlos Ascuntar Muñoz, Camila Stefany Ordoñez Bolaños.

Redacción - revisión y edición: María Osley Garzón Duque, Angie Ximena Ortiz Chamorro, Natalia Sofía Gallego Eraso, Diego Alexander Flórez Bacca, Sharon Tatiana Gutiérrez Gómez, German Darío Cañar Belalcazar, Luis Carlos Ascuntar Muñoz, Camila Stefany Ordoñez Bolaños.