INCISO
Vol. 26, núm. 1, 2024 | ISSN 1794-1598 (impreso) | e-ISSN 2346-0792 (en línea)

ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN EN DERECHO Y CIENCIA POLÍTICA

Panorama de los derechos y deberes de los pacientes y médicos en el marco de la post pandemia en razón del COVID - 19*

Overview of the rights and duties of patients and physicians in the context of the post-pandemic period in relation to COVID-19

Brayan Camilo Gil Gómez***, Nara Alejandra Martínez Herrera** y María Margarita Tirado Álvarez****

*Artículo de reflexión, producto del trabajo de los auxiliares de investigación de pregrado (con estímulo económico) al interior de la investigación denominada "La naturaleza jurídica del derecho a ser informado en la relación médico paciente, de acuerdo con los criterios éticos y jurídicos reconocidos en Colombia", financiado por la Universidad Militar Nueva Granada. Código INV-DER-3441.

*Estudiante de X semestre del programa de Derecho. Universidad Militar Nueva Granada, Bogotá, Colombia.
**Abogado. Facultad de Derecho.Universidad Militar Nueva Granada, Bogotá, Colombia.
****Doctora. Docente de Planta, Facultad de Derecho - Sede Cajicá. Universidad Militar Nueva Granada, Cajicá, Colombia.

Resumen

Los derechos y deberes de los pacientes y los médicos siempre han variado y han sido objeto de discusión; además, si bien aparentemente se contraponen por estar en dos extremos de la relación clínica representando distintos ámbitos de aplicación en la prestación del servicio de salud, lo cierto es que ambos sufrieron los embates recibidos por un sector que fue azotado especialmente en 2020 y 2021 por la llegada del COVID-19, un acontecimiento sin precedentes que generó grandes cambios en el marco de las facultades y compromisos tanto de los pacientes como de los médicos y el personal de salud en general. Ambas partes debieron adaptarse, los médicos en sus habilidades y recursos limitados, y los pacientes en entender las prioridades y los lineamientos adoptados por la administración para no desmejorar la salud pública. Durante ese tiempo se evidenció un notable impacto tanto en los pacientes como en el personal sanitario creando así una disyuntiva entre, qué derechos prevalecen y qué deberes cobran más relevancia.

Palabras claves: derechos y deberes del médico, derechos y deberes del paciente, pandemia, derecho a la salud, prestación del servicio de salud.

Abstract

The rights and duties of patients and doctors have always varied and been the subject of discussion; Furthermore, although they apparently oppose each other because they are at two extremes of the clinical relationship representing different areas of application in the provision of health services, the truth is that both suffered the attacks received by a sector that was hit especially in 2020 and 2021 by the arrival of COVID-19, an unprecedented event that generated great changes in the framework of the powers and commitments of both patients, doctors and health personnel in general. Both parties had to adapt, the doctors in their limited skills and resources, and the patients in understanding the priorities and guidelines adopted by the administration so as not to deteriorate public health. During that time, a notable impact was evident on both patients and healthcare personnel, thus creating a dilemma between which rights prevail and which duties become more relevant.

Key words: rights and duties of the doctor, rights and duties of the patient, pandemic, right to health,

Fechas
Recibido: diciembre de 2023
Aprobado: julio de 2024
Publicado: 01/08/2024

DOI
https://doi.org/10.18634/incj.26v.1i.1464

Cómo citar
Gil Gómez, B. C., Martínez Herrera, N. A. y Tirado Álvarez, M. M. (2024). Panorama de los derechos y deberes de los pacientes y médicos en el marco de la post pandemia en razón del COVID - 19. *Inciso*, *26*(1). https://doi.org/10.18634/incj.26v.1i.1464

Licencia
Esta obra está bajo una licencia Creative Commons Atribución-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-SA 4.0). Inciso. Copyright 2024. Universidad La Gran Colombia.

provision of health service.

Introducción

El contexto general del presente escrito está enfocado en la relación entre pacientes y médicos, así como su conducta incluyendo los profesionales del sistema hospitalario público, así como los que hacen parte del privado- pues se rigen por las mismas normas deontológicas colombianas-, además de los pacientes sin importar el tipo de vinculación que tengan en el sistema.

No es un secreto que el sistema de salud colombiano requiere importantes reformas, especialmente si se tiene en cuenta que es el paciente en que resulta notablemente afectado como producto de gestiones ineficientes, escasez de recursos y corrupción; por ello, no es de extrañar que cada 34 segundos en Colombia se presente una tutela por Violación del derecho a la salud (Defensoría del Pueblo, 2018)

Sin embargo la pretensión del presente escrito no es criticar ni proponer sino recordar dos puntos: el primero, que la relación médico paciente-RMP/sanitaria[1] es de doble vía, es decir, no sólo el paciente es titular de derechos -también lo es el sanitario- y este no tiene únicamente obligaciones para con el otro y, el segundo, que también existen situaciones extraordinarias que hacen que cambie la forma en que tales derechos y deberes se ejercen, obligando a optar por estrategias de adaptación y de superación de la novedad, que puede ser imprevista o no pero que, más allá de ello, demanda entender y aceptar que lleva a la materialización de consecuencias de todo tipo para los actores involucrados; un ejemplo fehaciente de ello fue el notable impacto que la experiencia frente al COVID- 19 trajo para el nexo clínico en términos de prioridad, protocolos, justicia, confianza, comprensión y empatía y, las medidas que debieron adoptarse para hacerle frente como sistema: la administración como sistema, los médicos para continuar con su misión en medio de la dificultad y el cuestionamiento ético y, los pacientes quienes recordaron la importancia del autocuidado como alternativa al servicio clínico.

1. En este texto se asume la relación sanitaria como aquella que existe entre el usuario del servicio y el médico y/o el personal de salud; se enunciará como sinónimo de relación clínica, la cual va más allá de la simple relación médico-paciente por cuanto no siempre el que acude a consulta puede ser categorizado bajo esta última mención, ni su trato es exclusivamente con el profesional

En efecto fue tal la incidencia que el virus tuvo en las formas cómo los habitantes de la tierra vivían sus vidas y se relacionaban que se hizo necesario declarar una emergencia sanitaria mundial que dio cabida a la normalización de determinaciones que en tiempos ordinarios podrían ser vistas como un abierto desconocimiento al valor del hombre y a sus derechos -como el cambio en el orden del *triage*-, acontecimiento sin precedentes que cambió la interacción con el entorno, la forma de ver y de hacer las cosas, donde el trabajo remoto y el cero contacto físico se volvieron una realidad, para citar dos ejemplos. Es así que, a partir de una revisión de las decisiones normativas y de las actuaciones asumidas y propuestas por el Gobierno colombiano para enfrentar la emergencia, se hará un contraste de la forma en que los derechos y deberes de asistenciales y pacientes se desenvolvieron antes, durante y después de la pandemia por COVID-19 con la finalidad de establecer si tuvieron algún cambio; en otras palabras, se quiere ver cómo esas decisiones públicas mundiales funcionaron para superar la crisis pero también cómo incidieron en la labor sanitaria, desde la práctica diaria, la confianza en el profesional, en el colega y hasta la reconsideración de la vocación.

Metodología

La metodología empleada es cualitativa de corte hermenéutico-propositivo mediante un diseño asociado a la revisión y análisis de datos no numéricos obtenidos de fuentes documentales nacionales e internacionales, normativas y no normativas (artículos, informes, leyes, decretos, resoluciones) adoptadas por la administración pública nacional para hacer frente a la emergencia sanitaria así como aquellas que dan cuenta de los deberes y derechos del paciente y del médico además de la forma en que estos se materializaron en la cotidianidad clínica, en el marco de la declaración de la pandemia por COVID-19.

El perfil de la población documental abordada implicó la revisión de normas nacionales de distinto orden aplicables al contexto de la salud desde el año 1980 hasta el año 2022, informes públicos provenientes de organismos nacionales e internacionales en relación con la experiencia pandémica mundial asociada al Covid-19 así como, artículos periodísticos y textos científicos que abordaron la emergencia sanitaria. De ellas se extrajo información a partir de tres categorías de análisis: particularidades de la experiencia pandémica, derechos y deberes de médicos durante el tiempo pandémico en contraste con los existentes en tiempos ordinarios y, su ejercicio tras el cese de la emergencia sanitaria; los datos se recopilaron en una matriz que facilitó el análisis comparativo de los hallazgos relacionados con los derechos y deberes ante el Covid, a fin de proponer un panorama en el marco de la post pandemia.

Aproximaciones teóricas Derechos y Deberes de los pacientes y, de los médicos colombianos en tiempos ordinarios

Para el estudio del presente texto es pertinente hablar en primera medida de cómo se desenvolvían los derechos y deberes de los paciente y médicos en tiempos ordinarios, por ejemplo, previo a la pandemia con ocasión del Covid-19, para poder revisar en contraste con lo sucedido en la crisis.

Sobre los derechos de los pacientes

Para ello, es pertinente remitirnos a la Ley 1751 (Congreso de la República de Colombia, 2015) porque otorga un contexto preceptivo nacional, estatuto que se enfocó en ahondar en la garantía del derecho fundamental a la salud, en su universalidad y acceso equitativo a la prestación, así como también se establecieron varios mecanismos de protección, respaldados por un sistema compuesto de servicios públicos y privados.

Si bien no es la primera y única ley que busca garantizar el acceso a la salud, si es la más reciente, generalizada y de relación directa al momento de los hechos y al escenario que se pretende exponer en el presente texto.

Dentro de las disposiciones más importantes de la Ley se pueden encontrar aquellas que dan un trasfondo axiológico: *Universalidad*, que apunta a que todas las personas residentes en Colombia tienen el derecho a acceder a los servicios de salud, sin alguna discriminación -dentro de esta universalidad también se puede encontrar la garantía de la atención en salud a la población migrante-; *Integralidad*, por el cual los servicios de salud deben ser oportunos y cobijar todos los aspectos necesarios para preservar la vida y la salud de los pacientes en un

tiempo acorde con la necesidad sanitaria a satisfacer; *Participación social*, ya que, la comunidad tiene un rol en la toma de decisiones y el control colectivo del funcionamiento cotidiano del sistema de salud; *Garantía de calidad* donde se establece la obligación de asegurar el buen estándar de los servicios de salud, por medio de la acreditación de las instituciones sanitarias y de la supervisión del cumplimiento de altos niveles de suministro y prestación; *Protección financiera* con el objeto de establecer la obligación de alejar a los usuarios del sistema de salud de los costos excesivos, a través de la regulación de las tarifas y la implementación de mecanismos de solidaridad y pre-pago.

En lo particular, esta ley también lista una serie de distintos derechos de los pacientes tales como:

1. Derecho a la salud: los pacientes tienen derecho a recibir atención médica de calidad para preservar su vida y salud. Ha sido reconocido como un derecho fundamental autónomo por vía jurisprudencial.

2. Derecho a la información: los pacientes tienen derecho a recibir información completa, clara, comprensible y oportuna sobre su estado de salud, los procedimientos médicos a realizarles, sus riesgos y beneficios asociados.

3. Derecho a la privacidad: los pacientes tienen derecho a que su información completa sea tratada de manera confidencial y a que se respete su privacidad ante los procedimientos médicos; deviene como un derecho constitucional de primer nivel.

4. Derecho a la autonomía: de carácter fundamental por el cual los pacientes tienen derecho a tomar decisiones informadas sobre su salud y aceptar o rechazar los tratamientos médicos propuestos.

5. Derecho a la dignidad: los pacientes tienen derecho a ser tratados con dignidad y respeto en todas las atenciones médicas, especialmente en circunstancias de salud que los hacen especialmente vulnerables. Esto incluye el aseguramiento de condiciones dignas para hacer efectivo el derecho a la salud, ya mencionado.

6. Derecho al consentimiento informado: Los pacientes tienen derecho a dar su consentimiento para la práctica de cualquier procedimiento, diagnóstico o tratamiento que se les vaya a realizar, este debe ser libre, voluntario, previo e informado, de conformidad con lo ya expuesto al hablar del derecho a la información. 7. Derecho a la atención en condiciones de urgencia: Los pacientes tienen derecho a recibir atención en salud en cualquier situación que ponga en peligro inmediato su vida o su integridad personal sin importar su capacidad económica y, a ser trasladados a un centro asistencial de mayor complejidad si su estado de salud lo requiere. Si bien la violencia -especialmente en zonas rurales- y la 'mercantilización del servicio de salud' ha puesto en riesgo la materialización efectiva de este derecho, en Colombia debe garantizarse principalmente con apoyo en el sistema de salud pública.

A su vez, la resolución 229 del 2020 proferida por el Ministerio de Salud, viene a brindar un panorama de derechos y deberes de los pacientes en el marco concreto del servicio de salud en Colombia; dicha norma busca definir unos lineamientos en materia de derechos y deberes de afiliados y pacientes en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, regímenes subsidiado y contributivo.

Como parte del ejercicio práctico, las EPS deben divulgar tales derechos y deberes de modo que sean conocidos por los usuarios antes, durante y después de la atención, lo que incluye el proceso de consentimiento informado, el respeto por la autonomía y por la intimidad, a fin de que no se vean sometidos a actos de discriminación, maltrato o cualquier acto cruel y/o degradante siendo la "Protección a la dignidad humana" uno de los estandartes de la resolución.

Llama especialmente la atención que los derechos del paciente/afiliado/usuario no se circunscriben a prerrogativas 'usualmente' halladas en documentos internacionales o que fácilmente se pueden deducir de ellas, tales como la confidencialidad, el acceso a una atención médica de calidad, con oportunidad, eficiente y sin restricciones injustificadas; el recibo del trato digno que se traduce en asuntos muy concretos como la garantía de condiciones sanitarias adecuadas y seguras o, la protección especial ante el padecimiento de enfermedades que se consideren catastróficas, o; el recibo de información clara, completa, pertinente y oportuna, sino que da especial relevancia a un derecho aún menos visible que los anteriores (tal vez por la carga emocional que conlleva), esto es el de morir dignamente, como reflejos claros del reconocimiento a la "autodeterminación, consentimiento y libre escogencia", lo que incluye la tutela de la suscripción de documentos de voluntad anticipada, el "cuidado integral del proceso de muerte" (Ministerio de Salud, 2020), implicando el deber de la EPS de divulgar y aclarar derechos relacionados con la muerte en dignidad.

Es ahí donde conceptos clave ligados tales como el cuidado paliativo, la adecuación del esfuerzo terapéutico/adecuación de medidas asistenciales, muerte médicamente asistida, incurabilidad, diagnóstico terminal y agonía, cobraron relevancia en el ejercicio del derecho a la salud, asuntos que adquirieron un carácter fundamental en el marco de la pandemia donde el incremento de dilemas éticos para pacientes, personal sanitario y familias se elevó a niveles nunca antes previstos, obligando a la toma de decisiones radicales y extraordinarias en cortos periodos de tiempo, haciendo que la información, la autodeterminación en la muerte, la dignidad para la calidad de vida y, la administración del recurso escaso fueran crisoles para la materialización de los derechos asociados a la vida y la muerte en dignidad en el paisaje del Covid-19.

Por otro lado, esos derechos implican unos deberes en cabeza de los asistenciales no sólo porque el trabajo entre las dos partes de una relación clínica debería gozar de un espíritu co-equipero en el marco de la autonomía del paciente que ahora la caracteriza, sino porque es un nexo de doble vía donde el profesional goza de derechos y el atendido debe observar unos compromisos, sinergia que más allá de una exigencia proveniente del ordenamiento, realmente se constituyen en insumos deseados para la construcción de un nexo clínico sano y propositivo.

Sobre los deberes de los médicos y del personal sanitario

Otra de las disposiciones de la ley que son más importantes y que expone los deberes del personal de salud, es la regulación de la responsabilidad médica de cara a la protección de los derechos de los pacientes en el marco de la prestación de servicios de salud, la promoción de la formación y actualización de sus profesionales -fortalecida con la Ley 1164 de 2007-, así como la implementación de medidas para fortalecer la investigación sanitaria en Colombia.

Estos preceptos son relevantes, ya que devienen como un claro ejemplo de ciertos compromisos médicos que aún se mantienen con el paso del tiempo, y que de igual forma son preservados -como se verá más adelante- a pesar de eventos históricos como es el caso de incontables

expresiones de violencia vividas en el marco del conflicto armado o, como ya se mencionó, en el de la pandemia declarada por el SARS-Cov-2. Dentro de los derechos y deberes de los médicos también es importante poner de presente la Ley 23 de 1981[2](Congreso de la República de Colombia, 1981) también conocida como el código deontológico de dicha profesión, que establece los principios y normas generales para el ejercicio de la medicina en el país, y también sienta las bases para regularlo. En particular, la citada ley establece las responsabilidades y obligaciones de los médicos hacia los pacientes, incluyendo la de brindar servicios médicos de calidad y respetar la confidencialidad de la información suministrada por aquellos.

De la mano del Decreto 3380 de 1981, por el cual se reglamenta la norma anterior, también se establecen las normas éticas que deben seguir los médicos en el ejercicio de su actividad, así como las sanciones que se aplicarán en caso de configurar faltas al deber profesional en el marco de su labor.

De igual forma es importante resaltar que de acuerdo con la normativa colombiana y en particular la resolución 2020 de 2020 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020), las Entidades Promotoras de Salud (EPS) tienen la obligación de entregar al momento de la afiliación, una carta que detalla los derechos y deberes tanto de la persona afiliada como del paciente; debe ser suministrada en formato impreso, además de la carta de desempeño que proporciona información sobre el cumplimiento y la calidad de los servicios de salud brindados por la EPS al afiliado y tiene como objetivo evaluar y comunicar el cumplimiento de los estándares de calidad establecidos por la entidad, no obstante, cuando la persona haya dado su consentimiento expreso, se podrá entregar la carta de derechos y deberes en formato electrónico. De esta manera, se garantiza que todas las personas afiliadas a una EPS conozcan sus derechos y deberes en relación con su atención médica y puedan ejercerlos de manera informada; este mecanismo junto a la carta de desempeño de las entidades, se estableció desde el 2013.

Más los deberes no se ciñen únicamente a la divulgación de derechos y deberes en el campo de la actividad promotora de salud sino que también abordan aspectos centrados en la facilitación de traslados de una EPS a otra, la provisión de "actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos incluidos en el plan de beneficios" (Ministerio de Salud, 2020), la descripción de *"actividades, procedimientos, intervenciones, así como las acciones de organización, incentivos y orientación a la población hacia la utilización de los servicios de protección específica y detección temprana y la adhesión a los programas de control"* (Ministerio de Salud, 2020), lo relativo al pago de cuotas moderadoras incluyendo los "valores, rangos, topes y servicios" incluidos (Ministerio de Salud, 2020), estructurar de manera lógica, suficiente y oportuna la red de prestación de servicios así como la de atención de urgencias, brindar información clara en relación con "las dependencias, procedimientos y términos para el acceso a los servicios y tecnologías no incluidos en el plan de beneficios", adoptar "condiciones y procedimientos para acceder al transporte y financiación de la estadía, cuando aplique, para garantizar la continuidad en la prestación de los servicios de salud" (Ministerio de Salud, 2020).

2. Sobre el particular, como antecedentes es pertinente mencionar también la ley 14 de 1962 por la cual se dictaron normas relativas al ejercicio de la Medicina y la Cirugía; las leyes 266 de 1996 y 911 de 2004 alusivas a la reglamentación y régimen disciplinario de la enfermería; la ley 1090 de 2006 la cual se reglamentó el ejercicio de la profesión de Psicología; la ley 23 de 1962 y la ley 212 de 1995 por las cuales se reglamentó el ejercicio de la profesión de químico farmacéutico y se dictan otras disposiciones; la ley 73 de 1979 por el cual se reglamentó el ejercicio de la profesión de Nutrición y dietética; la ley 06 de 1982 por lo cual se reglamentó la profesión de Instrumentación Técnico, Quirúrgica; la ley 35 de 1989 por la cual se estableció el código de ética del odontólogo colombiano; la ley 650 de 2001 como Código de Ética para el profesional en Optometría; la ley 376 de 1997 para el profesional en Fonoaudiología; la ley

528 de 1999 para el profesional en Fisioterapia; la Ley 949 de 2005 para el profesional en terapia ocupacional y; la ley 1240 de 2008 para el terapeuta respiratorio.

De la lectura de los derechos, se desprende la interpretación de los deberes que se vinculan: brindar información oportuna y clara, asegurar atención suficiente y oportuna, garantizar un trato digno, respetar la voluntad del paciente, guardar la confidencialidad, actuar de buena fe, privilegiar la preservación de la salud del usuario sobre la obtención de beneficios económicos, organizar procesos administrativos fluidos, transparentes y suficientes y, por parte de las promotoras de salud, entregar a los afiliados la carta de desempeño de la entidad y su prestadora.

Finalmente, en consonancia con el reconocimiento de las garantías asociadas al derecho a morir dignamente, el deber de los prestadores de salud también abarca el brindar información que indique al paciente y sus familias, acerca de la existencia de ese derecho, socialización que también debería extenderse al personal sanitario que trata al enfermo, lo que supondría ser parte del plan de capacitación de la prestadora de salud que lo adscribe.

Los pacientes también tienen deberes y los médicos, derechos: breve mención

Es de señalar que, aunque en la práctica diaria, el imaginario colectivo apunta a que los deberes en el vínculo clínico están primordialmente en cabeza del sanitario y que los derechos en cabeza del paciente, lo cierto es que, al tratarse de una relación de doble vía, cada uno tiene tanto facultades como pautas de conducta.

Por ejemplo, declara el artículo 1° de la ley 23 de 1981 precitada que "El médico tiene derecho a recibir remuneración por su trabajo, la cual constituye su medio normal de subsistencia" (Congreso de la República, 1981) pero también, la Constitución Política de Colombia da un entorno de nivel privilegiado en el cual debe enmarcarse cualquier actividad: dignidad, libertad de conciencia, autonomía; premisas que tienen plena aplicación en la labor galena quien puede exigir respeto y consideración por parte del paciente -y de cualquiera con quien tenga contacto personal u ocupacional-, que además está protegido por la posibilidad de acogerse a la discrecionalidad terapéutica que le permite -y a la vez limita- la *lex artis* e inclusive, puede manifestarle al atendido cuando se encuentre ante una petición que choca con sus estándares éticos, siempre que al objetar conciencia[3] cumpla con la obligación de remitirlo a un no objetor.

En esa misma línea, el paciente también tiene deberes consignados en la mencionada resolución 229 de 2020: uno de ellos es esencial en el proceso de consentimiento informado, esto es, decir la verdad e informar al médico de todo lo que sea pertinente para que este pueda atender acertada y oportunamente su necesidad. Difícilmente la labor sanitaria podrá hacerse si no se cuenta con todos los datos de insumo para tomar y recomendar un camino terapéutico.

Otro de los compromisos del paciente es pagar la remuneración justa y debida a quien lo ha atendido que en el marco del contrato de prestación de servicios de salud, con frecuencia ha cambiado de receptor siendo este último la aseguradora, deber que respecto del médico pasará a estar en cabeza de esta, salvo en la práctica privada que si mantiene un lazo económico directo entre ambos protagonistas de la RMP.

Panorama del ejercicio del derecho a la salud en Colombia como escenario de

materialización de

derechos y deberes en la relación sanitaria en tiempos ordinarios/prepandémicos.

Una vez expuesto el paisaje jurídico de los derechos y deberes de los pacientes y médicos en Colombia, se puede ver el panorama y comportamiento de los mismos previos a la Pandemia.

Uno de los primeros datos que se pueden tener en consideración es el ya mencionado informe presentado por la Defensoría del Pueblo en julio del 2019 mediante el cual se dio cuenta de la cantidad de acciones de tutela interpuestas en 2018, revelando que el derecho a la salud de algún paciente se vulnera cada 34 segundos en el país. En ese año se registraron 607.308 por violaciones a algún derecho fundamental, siendo 207.734 de ellas debido a vulneraciones al derecho a la salud.

Estas tutelas se presentaron principalmente en Antioquia, Valle del Cauca, Bogotá, Norte de Santander y Santander.

Así mismo, se visibilizó que las EPS son las entidades que más demandas tienen en relación con el derecho a la salud con un valor equivalente al 85%, siendo Medimás la más demandada con un 12%.

3 La objeción de conciencia en salud se deriva de algunas garantías contenidas en la Carta Política, especialmente de los artículos 7° (diversidad cultural), 16° (libre desarrollo de la personalidad), 18° (libertad de conciencia), 19° y 20° (libertad de cultos y de pensamiento), 93° y 94° (bloque de constitucionalidad). A su vez, el pacto de derechos civiles y políticos (Artículo 18°-libertad de conciencia-, Artículo 19° -libertad de expresión-) y, la Convención Americana de Derechos Humanos (Artículo 12°-libertad de conciencia-, Artículo 13° -libertad de pensamiento y expresión-). Jurisprudencialmente fue claramente reconocido en sentencias sobre la interrupción voluntaria del embarazo y, muerte digna con asistencia médica (C-355 de 2006, T-209 de 2008, T-388 de 2009) (Resolución 971 de 2021, Ministerio de Salud)

Este ejercicio se mantuvo en el informe de 2019, presentado en 2020, detallando que las demandas más frecuentes apuntaron a la consecución de tratamiento integral y pertinente, la solicitud de medicamentos, acceso oportuno a citas médicas especializadas, procedimientos y exámenes diagnósticos; tal documento socializó que para esa anualidad *"se interpusieron 620.257 acciones por presuntas violaciones a un derecho fundamental, con un incremento del 2,1 % con relación a 2018, siendo la cifra más alta desde 1991, año cuando se creó este mecanismo de protección en la Constitución Política"* (Defensoría del Pueblo, 2020).

En la versión del año 2020 se vio que *"la pandemia de COVID-19 ocasionó una disminución en las acciones de tutela; no obstante, durante nueve meses de 2020 se registraron 290.531 acciones de tutela por presuntas violaciones a un derecho fundamental. El derecho de petición fue el más invocado en las acciones de tutela (42,41 %), seguido del derecho a la salud (28,19 %) y al debido proceso (12,68 %)"*(Defensoría del Pueblo, 2021, p.).

A su vez, el 2021 tuvo el *"el indicador más alto de número de tutelas por cada 10.000 afiliados lo tenían Medimás y Coomeva, que ya fueron liquidadas"* con *"7.708 tutelas que en promedio se presentaron (...), año en el cual la cifra total de tutelas en salud llegó a 92.499 acciones"* (Defensoría del Pueblo, 2022) y, en 2022, las *"tutelas en salud aumentaron 58,31% en el promedio mensual a septiembre de 2022 frente a 2021"* (Defensoría del Pueblo, 2022)

Otro ejemplo para ver los retos en la práctica de los derechos y deberes de pacientes y médicos se leyó en el informe de 2018 proferido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para quien Colombia tenía uno de los sistemas de salud más inequitativos de América Latina, lo

que implicaba que las personas de bajos ingresos o que viven en zonas rurales tienen menos acceso a servicios de salud de calidad que las personas más ricas o que viven en áreas urbanas (Organización Panamericana de la Salud, 2018) Uno de los ejemplos más claros de dicho comportamiento y que se ha venido presentando hace ya mucho tiempo es el que presenta en 2016 la Superintendencia Nacional de Salud de Colombia, que emitió una alerta por la deficiente prestación del servicio de salud en el departamento de La Guajira, donde se reportaron altas tasas de mortalidad infantil y desnutrición en la población Wayúu. La alerta señaló la falta de acceso a servicios de salud y de agua potable, así como la precariedad en la infraestructura de los centros de salud y la falta de medicamentos. (Consultorsalud, 2018).

Respecto del personal de salud también se presentan informes retadores: revisando años recientes -para no tomar un periodo tan extenso dentro del definido en la metodología-, en cada anualidad desde el 2019 hasta 2023 - se ha encontrado con reportes tales como el rendido por la Colegio Médico Colombiano (Encuesta Nacional de Situación Laboral Profesional de la Salud 2019 (ENSLPS 2019)), que publicó un estudio en el que se señaló que los médicos en Colombia enfrentan numerosos obstáculos en el ejercicio de su profesión, incluyendo falta de recursos y condiciones laborales precarias. El estudio también destaca la importancia de proteger los derechos de los médicos para garantizar una atención de calidad para toda la población.

En ese mismo sentido un estudio de la Universidad del Rosario y la Corporación para el desarrollo de la Seguridad Social -CODESS- publicó un informe resultado de investigación en el que se concluyó la existencia de precariedad laboral a la que estaban sometidos muchos médicos en Colombia desde el 2018, con salarios bajos, largas jornadas de trabajo y falta de seguridad social (Universidad del Rosario & Corporación para el Desarrollo de la Seguridad Social (CODESS), 2022)

Finalmente, para mostrar un tercer ejemplo, en 2020, el Ministerio de Salud de Colombia presentó un informe de prensa (Boletín de Prensa No 346 de 2020, Ministerio de Salud), en el que se señaló que los médicos y demás personal de salud en Colombia son víctimas de diversas formas de violencia, tanto física como psicológica. En el informe se identificaron varios casos de ataques contra personal sanitario y se señaló la necesidad de tomar medidas para garantizar la protección de los profesionales de la salud.

En todo caso, si bien no se pretende disculpar una conducta que de alguna manera vulnera los derechos y los deberes de tratantes y tratados, no puede perderse de vista que en el escenario de la salud hay muchas situaciones que llevan el estado mental y físico al límite, donde no sólo se debe lidiar con las particularidades propias de un diagnóstico y los efectos que este tiene, sino que además se le suman las dificultades que arrecian con las trabas del sistema de salud o el olvido sectorizado del Estado; a lo que se invita es a abrir los ánimos de juzgamiento hacia la empatía y la comprensión -no necesariamente la justificación- cuando se están haciendo juicios de valor respecto de la conducta del sanitario o del paciente, esto sin desconocer que respecto de este último en la práctica se hace más explicable la comisión de cualquier acto que se pueda tildar de nocivo para con el personal de salud dado que lo que suele estar de por medio es su vida, su integridad personal y/o su proyecto vital.

A tal sentido, se invoca también la comprensión a favor del asistencial cuando el paciente no es atendido oportunamente o de la forma en que se esperaría al hablar de mínimos en estricto sentido, especialmente cuando esto se debe a la precariedad en las instalaciones y a la insu-

ficiencia de instrumentos necesarios para poder realizar las labores y prestar una atención decorosa y digna, limitaciones que en estricto sentido también vulneran la materialización del derecho del paciente.

En este caso, se invita a considerar que lo relevante es verificar que el profesional haya hecho todo lo que esté en sus manos para cuidar al paciente con los recursos de los que dispone y procurando apoyarse en la buena práctica y el sistema de salud -por precario que sea- para tomar las mejores decisiones, como por ejemplo, hacer una remisión a un colega de mayor experiencia o a una institución de mayor nivel, en la medida de lo posible de conformidad con el escenario en el que ocurran los hechos, recrudecidos por razones como la violencia o una declaración de pandemia.

Por otro lado, en el presente trabajo, se examinan ejemplos de comportamientos que abarcan aspectos cuestionables además de aquellos que merecen destacarse por su impacto positivo; es así como en el panorama expuesto, junto a las deficiencias se hallan múltiples ejemplos del cumplimiento del deber y la observancia del derecho. Son muchas las señales que dan cuenta de los intentos por hacer una defensa real de los derechos a través del asegurar el cumplimiento de los deberes enlazados que por razones de tiempo y espacio no se ahondan, de ahí que las alusiones sean ilustrativas.

Para hacer algunas menciones que traen sentimientos mixtos en ese sentido, acorde con el Análisis de Situación de Salud en Colombia -ASIS-, se observó que:

> *"Según la información dispuesta en el Sistema de Información de la Protección Social (SISPRO), entre 2013 y 2021, la cobertura de afiliación para la población en general incrementó en 10,7 puntos porcentuales, pasando de 88,2% en 2013 a 99,4% en 2021, aunque en el país se han realizado esfuerzos para lograr cobertura universal en salud, el cual se ha manifestado a través de la cobertura de afiliación a SGSSS a algún régimen específico, esto no garantiza la Cobertura de los servicios de salud esenciales" (Ministerio de Salud y Protección Social , 2022, p.185).*

Estos datos representan una muestra de los esfuerzos públicos para hacer efectivo los derechos de los pacientes en Colombia.

Otra iniciativa para procurar la garantía de los derechos de los pacientes y un gran avance para el país fue la normativa que estableció los lineamientos para la atención integral de las personas con enfermedades huérfanas en Colombia[4], lo que incluye el derecho a recibir un diagnóstico oportuno y acceso a tratamientos adecuados.

Como último gran ejemplo que apunta a la garantía directa de un derecho es el relativo a la historia clínica, que en los últimos años se ha implementación bajo una versión Electrónica, cambio que ha implicado una importante inversión por parte del Gobierno Nacional como un sistema que permite a los pacientes acceder a su información médica de manera segura y eficiente, y que también facilita la coordinación entre los diferentes servicios de salud. Esto es un insumo para mejorar la oportunidad, coherencia y sistematización de la atención médica fortaleciendo una mayor protección de la información personal contenida en ellas.

4 Ley 1392 de 2010, modificada por la ley 1438 de 2011, ley 1751 de 2015, Decreto 780 de 2016, Resolución 1895 de 2001 el Ministerio de Salud, y las distintas resoluciones que actualiza el listado de enfermedades huérfanas siendo la 023 de 2023 como la más reciente.

Con los casos anteriormente mencionados se puede llegar a una primera comprensión del

panorama de los derechos y deberes de los pacientes y profesionales de la salud en Colombia previos a la Pandemia a razón del Covid-19; no es un secreto que el escenario no es el ideal porque a pesar de los avances, el servicio de salud aun adolece de notables debilidades en términos de acceso y condiciones de prestación, golpeando la confianza en el sistema e, inclusive en aquella que proviene de los profesionales de la salud amén de la precariedad que experimentan al procurar hacer su labor, haciendo que a veces se vean obligados a hacerlo de manera limitada e insuficiente, con el correspondiente impacto negativo en los derechos de ambas partes y en la forma en que se materializan los deberes -v.gr. dificultad de brindar información suficiente debido al escaso tiempo que le pueden dedicar al paciente gracias a las restricciones impuestas por la institución prestadora en términos de cantidad de citas médicas evacuadas-.

Entonces, el tiempos ordinarios se puede vislumbrar que en observancia de los deberes -y en correlativo respeto por los derechos presentes en el nexo clínico-, el personal sanitario puede tomar decisiones cotidianas como asignar una cama en una Unidad de Cuidado Intensivo a quien se encuentra en condición más crítica, exigir que su empleador le respete la cantidad de horas diarias de trabajo correspondiente con la naturaleza de su vinculación, brindar atención oportuna y en un tiempo prudencial de conformidad con los resultados de pruebas de ingreso como el *triage* o, evitar trabajar jornadas tan extenuantes que nublen su criterio.

A continuación, se analizará si estas premisas usuales se mantuvieron en la experiencia asistencial-paciente vivida en tiempos de pandemia por Covid-19 declarada en 2020 en todo el mundo.

Llegada de la pandemia por COVID-19 a Colombia y las primeras actuaciones del Gobierno en torno a la salud pública

Una vez establecido el contexto del comportamiento de los derechos y deberes del paciente y de los médicos previo a la llegada del COVID-19, es pertinente aclarar cómo aconteció la llegada del virus y sus primeros impactos en el país; es por ello que es preciso remitirse a la página oficial de la OPS - Organización Panamericana de la Salud, para tener claridad respecto de la declaración del Covid -19 como pandemia. (Reporte de situación N° 16 del 29 de marzo de 2020 Colombia, OPS).

El 11 de marzo de 2020 la Organización Mundial de la Salud -OMS-, por medio de un comunicado oficial de su Director General, el Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, denominado *"WHO Director-General 's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 11 March 2020"* (WHO Director-General, 2020) declaró el estado de pandemia tras la propagación de un nuevo coronavirus denominado SARS-CoV-2, identificado por primera vez meses atrás en la ciudad de Wuhan perteneciente a la provincia china de Hubei, causante de graves y rápidas afectaciones respiratorias, de propagación difícilmente controlable, desconocida y potencialmente mortal.

Ahora bien, respecto de la llegada de la Pandemia a Colombia se tiene que el 6 de marzo del 2020 fue confirmado el primer caso de presencia del virus por medio del comunicado de prensa 050 de 2020 emitido por el Ministerio de Salud y Protección Social, hecho cuya dimensión real no fue vista en su momento por la población quienes no conocían, no habían experimentado ni imaginaban el hito que marcaría para los meses posteriores; no puede ser diferente dado que como virus nuevo para ese entonces el fenómeno aún no había sido declarado oficialmente como pandemia y con ello, como emergencia sanitaria, sin embargo es aquí cuando se

pueden ver las primeras actuaciones del Gobierno Nacional en cabeza del citado ministerio que da indicios de una previa preparación para la llegada de este virus al territorio amén de la información difundida por medios de comunicación y redes sociales desde el extranjero pero además de la difusión de diversos documentos, libros y películas que ya alertaban sobre la falta de preparación ante un posible virus de dimensiones globales, especialmente tras la experiencia con el H1N1 una década atrás; esto se vio reflejado con la presentación del Plan Nacional de Preparación y Respuesta ante una Pandemia de Infección Respiratoria Aguda (PIRA) plasmado en el documento "Plan de contingencia para responder ante la emergencia por Covid - 19" presentado en marzo del 2020 por la entidad (Ministerio de Salud, 2020), que se enfoca en la prevención, el control y la mitigación de la propagación del virus en el país.

Algunas de las medidas contempladas en el plan estribaron en el fortalecimiento de la capacidad del sistema de salud para la atención de pacientes con COVID-19, incluyendo la dotación de insumos y equipos médicos necesarios, medida que se tornó en una de las más relevantes actuaciones del gobierno en relación con la protección de derechos y deberes tanto de los pacientes como de los médicos en contextos críticos. Cabe resaltar que la llegada del Covid-19 ocasionó el que la prestación del servicio de salud revistiera la toma de determinaciones que, siendo diferentes y radicales, fueron una fuente de dilemas que si bien pretendieron dar prioridad al control y freno de la propagación, también redundaron en una reconfiguración práctica de la vivencia de los derechos y deberes para los asistenciales y pacientes.

Actos propios del curso ordinario de la atención clínica como el suministro prioritario de medicamentos y servicios a quienes se encuentran en condición de mayor compromiso de su salud a fin de restablecerla fueron transformados en decisiones 'extraordinarias' que apuntaban a ese suministro, no para el que está en estado más crítico sino al que tenía más oportunidades de vivir (Aurenque, 2020); este fue uno de los puntos dilemáticos en el marco del 'triage ético'

Realidades como el de dejar de recibir atención oportuna de una enfermedad que ya venía atendiéndose por la necesidad de aislamiento, por la priorización del servicio al contagiado y/o por la falta de personal disponible también fueron expresiones que mostraron que el ejercicio de algunos derechos, otrora preferentes, cedieron ante unos nuevos que pasaron a ocupar un lugar más relevante.

Derechos revestidos de importancia para el sanitario como es la dotación de insumos para su protección se hicieron notablemente preferentes ya que su vida estaba evidentemente expuesta al peligro (Organización Mundial de la Salud, 2020), escenario en el que a su vez se le hizo más vulnerable porque el cumplimiento de sus deberes y la necesidad de sus servicios tomaron tal significancia que el sentido ético hacía indispensable su presencia, dejando de lado su propia integridad, realidad capital que visibilizó lo demandante de la dotación de material protector para la ejecución de su labor.

Entonces si bien existe un derecho fundamental a la salud para todo el territorio Colombiano, también se visibilizó el de la integridad a través de la protección -no sólo del sanitario- en razón a la exposición directa con el virus, caso en el cual se debía dotar a toda la población de herramientas e insumos para prevenirlo y mitigar sus efectos en caso que sucediera.

En la nueva realidad que vivía el nexo clínico, se hicieron virales muchas circunstancias personales y profesionales experimentadas al interior de la misma (Valdés, Cámera, Serna et al, 2021)

Por ejemplo, al hacer un ejercicio de valoración respecto del personal médico y el cumplimiento de su compromiso deontológico, la no interrupción de la prestación se contrapuso a la salud personal y familiar de cada uno de los que asistenciales, lo que se recrudeció debido a la insuficiencia de elementos de protección personal en los primeros momentos-especialmente en zonas rurales, esto se pudo evidenciar en distintos reportes a lo largo de la pandemia como lo es el indicado por la Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación en su artículo "Sin salarios, desprotegidos y a su suerte: El duro retrato del personal en salud en medio de la pandemia" (Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación, 2020), otro gran ejemplar es el reportado por la Universidad CES en su boletino No. 048 del 2020 (Universidad CES, 2020) que informa que alrededor del 40% del personal médico del país ha sufrido trastornos mentales a razón de la prestación del servicio de salud en pandemia, y así ocurre con distintos medios de comunicación y entidades que respaldaban la protección integral del personal médico en pandemia.

En medios de comunicación y redes sociales se difundieron pruebas que mostraban cómo la práctica del personal médico se caracterizó por constantes niveles de estrés y presión donde inclusive, muchos de estos sufrieron tratos denigrantes y violentos por su condición de personal médico expuesto al virus, vistos únicamente como 'fuentes' de contagio, y tantos más perdieron la vida por la exposición, pero también se mostraba que, a pesar las dificultades, la entrega de muchos de ellos continuó para defender la vida y la integridad personal de la población (Jaramillo, 2020)

Aludiendo de igual forma a los pacientes, uno de los derechos mayormente afectados al inicio de la pandemia fue el de la comunicación personal (Organización Mundial de la Salud, 2020) con el médico tratante a causa del confinamiento (Presidencia de la República, 2020), asunto que se recrudeció con la distancia, el desconocimiento y, la precariedad del sistema de telemedicina[5] -sobre todo en áreas distantes o sin infraestructura tecnológica- que hacía compleja su práctica pero que también se asumió como una oportunidad para acudir -como en efecto se hizo- a medios alternativos como los programas de chat social o de video llamada para reducir los efectos del confinamiento (Presidencia de la República, 2020); este acontecimiento también se enlazó con el procurar la continuidad del derecho/deber de brindar toda la información clínica necesaria para tratamientos covid y no-covid; estos acontecimientos son claros ejemplos de algunos aspectos formativos, decisorios, actitudinales y materiales de la materialización de los derechos y de deberes tanto de los médicos como de los pacientes no estaban del todo preparados para un evento como una pandemia.

Otra de las medidas del plan de contingencia fue la implementación de estrategias de vigilancia epidemiológica para la identificación temprana de casos sospechosos y la realización de pruebas diagnósticas, promoción de medidas de higiene y prevención como el lavado de manos frecuente, el uso de tapabocas y el establecimiento de medidas de distanciamiento físico. Estas dos disposiciones, ejemplo de las muchas que se adoptaron y divulgaron a toda la comunidad, se fundamentaron en el principio de la prevención que trasciende la relación médico paciente y se ancló en el sistema de salud pública, materializado en la respuesta rápida del gobierno que ayudó a que incontables vidas se salvarán y que los niveles de contagio que pudieron haberse presentado, alcanzaran a mitigarse, así como lo presentó el boletín de prensa N° 623 de 2020 emitido por el Ministerio de Salud y Protección Social, en donde comparó el número de muertes frente a otros países. (Boletín de Prensa N° 623 de 2020, Ministerio de Salud) El 12 de marzo

del 2020 por medio de la Resolución número 385 (Ministerio de Salud, 2020), el Ministerio de Salud y Protección Social declaró la emergencia sanitaria por causa del coronavirus COVID-19. En esta resolución se establecieron distintas disposiciones como la obligatoriedad de notificar a las autoridades de salud la sospecha o confirmación de casos, también algunas medidas para su atención y manejo, incluyendo la identificación temprana, el aislamiento y el seguimiento de los contactos, medidas para el control de la propagación en establecimientos de salud y en lugares de alta concentración de personas, entre otras estrategias.

5. El Decreto 538 de 2020 fue uno de los mecanismos adoptados por la presidencia de la república para reforzar la actividad de telemedicina y tele educación que ya había alineado la Ley 1419 de 2010.

El Decreto 417 del 17 de marzo de 2020 fue una de las distintas normas expedidas por el Gobierno Nacional de Colombia en el contexto de la pandemia de COVID-19 que estableció medidas para la contención y prevención de la propagación del virus en el país (Presidencia de la República, 2020). Entre los preceptos adoptados en el decreto, se incluyó la suspensión de eventos y reuniones de más de 50 personas, la cancelación de clases presenciales en colegios y universidades, y la restricción de entrada al país de personas que hubieran visitado zonas de alta transmisión del virus. Además, estableció protocolos de distanciamiento social y recomendaciones para que las empresas implementaran planes de teletrabajo y flexibilidad laboral. Esta norma, fue una de los primeros caminos estatuidos por el Gobierno Nacional de Colombia en el marco de la pandemia, y sentó las bases para las medidas posteriores adoptadas para contener la propagación del virus en el país.

El 22 de marzo de 2020 el Gobierno Nacional tomó una de las decisiones más controversiales para la población colombiana y fue la de emitir el Decreto 457 el cual estableció la cuarentena obligatoria en todo el territorio nacional como medida de contención del COVID-19; este instauró el mandado del aislamiento preventivo obligatorio desde el 25 de marzo hasta el 13 de abril de 2020, que luego fue prorrogada en varias ocasiones y con diferentes condiciones (en principio) hasta finales de 2020. Adicionalmente establecieron algunas excepciones para el desarrollo de actividades esenciales y servicios de salud estrictamente prioritaria (dejando por fuera, por ejemplo, las cirugías no funcionales), entre otros.

Posteriormente, se emitieron decretos y resoluciones complementarios para regular las medidas de prevención y control. La última prórroga de la cuarentena obligatoria en Colombia fue establecida mediante el Decreto 109 de 2021, que dispuso la medida de aislamiento preventivo desde el 1° hasta el 19 de abril de 2021, en algunos municipios y departamentos del país que presentaban una alta ocupación de camas UCI y un aumento en los casos.

Es importante mencionar que, actualmente en Colombia no se encuentra en vigencia una cuarentena obligatoria en todo el territorio nacional, sin embargo, se siguen implementando medidas de bioseguridad y restricciones en algunas zonas del país, según la situación epidemiológica de cada región.

Como se puede observar, la llegada del COVID-19 a Colombia fue repentina pero no totalmente sorpresiva, pues la noticia del brote en Asia fue pública, las autoridades sanitarias en Colombia alcanzaron a prever una posible llegada al país, se aprendió de lecciones vividas en otras latitudes incidiendo en que las respuestas fueran radicales pero procurando ser oportunas, considerando la gravedad y novedad del caso frente a las dificultades del sistema de salud nacional, con la estructuración de varios planes de contingencia, como se mencionó anteriormente.

Además, un reporte publicado en la revista The Lancet en septiembre de 2020, también destacó la respuesta efectiva de Colombia a la pandemia de COVID-19; señaló que la implementación temprana de medidas de distanciamiento social y el uso generalizado de pruebas y rastreo de contactos fueron cruciales para controlar la propagación del virus en el país. (Ruiz-Sternberg, Guerrero Molina, & Rodríguez García, 2020)

Por supuesto, también hubo críticas y desafíos en la actuación de Colombia ante la pandemia de COVID-19, como en muchas otras naciones. Sin embargo, estos informes sugieren que, en general, la respuesta fue efectiva considerando el tamaño de la dificultad y, contribuyó a controlar la propagación del virus en el territorio.

Ahora, tras revisar cuál fue la actitud adoptada por el gobierno nacional, se entrará a analizar si dichas decisiones respetaron o vulneran derechos de los pacientes y médicos o si se modificaron, y como, en la práctica, esto alteró los deberes de la profesión o de los pacientes en cuestión.

Discusión: ¿cuáles han sido los cambios o afectaciones de los derechos y deberes de los pacientes y médicos colombianos en el marco de la post pandemia en razón al COVID - 19? Derechos y Deberes de los pacientes y los médicos colombianos en la pandemia

A propósito de las características del cumplimiento de deberes y el ejercicio de derechos del personal médico-asistencial durante la pandemia

Para el desarrollo del presente apartado podemos mencionar algunos artículos e informes que ayudarán a entender el comportamiento de los derechos y deberes de los médicos en primer lugar y enseguida, el relativo a los pacientes, en el periodo más duro de la propagación del virus, esto es entre los años 2020 y 2022.

Uno de los artículos más relevantes para el presente texto es *The impact of the pandemic on the medical profession* publicado en *British Medical Association*, que proporcionó información sobre el impacto del COVID-19 en los derechos y deberes de los médicos en el Reino Unido a través de una encuesta de evidencia a profesionales de la salud, pero que es útil para comprender cómo se dio la misma situación en el escenario de Colombia.

Los resultados destacaron un impacto significativo en sus índices de bienestar, debido a una mayor carga laboral, falta de recursos y apoyo causando que el cuerpo médico se encontrara frente a una mayor probabilidad de contagio, es de importancia mencionar que con relación a esta situación los médicos pertenecientes a minorías étnicas o que presentan alguna discapacidad se vieron aún más afectados en su salud física con relación a sus pares.

Un aspecto igualmente relevante es la salud mental y emocional de los médicos, pues también se vieron altamente afectados, ya que, de acuerdo con el artículo en mención, los trabajadores de la salud se encontraban en una situación que les generaba angustia, traumas y aislamiento, haciendo que en el primer año de pandemia se incrementaran las llamadas de ayuda al BMA en un 37%, es de vital importancia mencionar que esta situación mezclada con el deterioro de la salud física del personal médico llevo a varios encuestados a afirmar que abandonaron o hubieran abandonado la profesión.

La situación de agotamiento se presentaba mayormente en las mujeres, pues de acuerdo con la

encuesta realizada por BMA siendo de un 62% con relación al 53% que presentaban los hombres, misma situación se presentaba con relación a quienes contaban con alguna discapacidad ya que presentaron un 62% frente a un 57% de quienes no la tenían.

Esta situación, a su vez se tradujo en un golpe positivo para la fluidez de relación médico-paciente, ya que los médicos tuvieron que ir adaptando su forma de trabajo y comunicación por medio del trabajo remoto e hibrido, permitiendo que se mejorara la moral y que se realizará un procedimiento de evaluación más simplificado.

En general, el estudio destacó la importancia de garantizar que los médicos tuvieran acceso a los materiales y al apoyo necesarios para hacer frente a los desafíos de la pandemia. También resaltó la necesidad de abordar los problemas de bienestar y salud mental del personal asistencial y su incidencia en la relación médico-paciente. De igual manera se resaltó el abandono y el poco apoyo que recibió el personal médico frente a sus intereses por parte del gobierno. A pesar de que el análisis se llevó a cabo en el Reino Unido, muchos de los hallazgos son aplicables a otros países, como Colombia, donde los profesionales sanitarios también tuvieron que enfrentar luchas similares durante la pandemia por el COVID-19, tal y como lo señaló la OPS en la revisión de la situación para las Américas: “meses de trabajar bajo una enorme presión también han tenido fuertes impactos mentales y psicológicos en los trabajadores de la salud, incluido el aislamiento de amigos o familiares.” (Organización Panamericana de la Salud, 2020) (Arango Soler, 2022), (Ramos Gil, Román, et al, 2023)

Otro de los artículos que se puede referenciar es el documento denominado ¿Cómo ha afectado la pandemia COVID-19 al personal de salud en México?, publicado en el boletín sobre COVID-19 Salud Pública y Epidemiologia volumen 1 No 10 del 6 de octubre de 2022 del departamento de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, el cual analizó el desenvolvimiento de los derechos laborales de dicho personal.

Destacó su conversión en un grupo especialmente vulnerable debido a su exposición al virus y a las largas horas de trabajo, enfatizando además en su derecho a un ambiente de trabajo seguro, incluyendo la provisión de equipo de protección personal adecuado y capacitación en su uso.

Como última referencia destacada se tiene el artículo llamado El personal sanitario, silenciado , expuesto y atacado publicado por la Organización de Derechos Humanos Amnistía Internacional, el cual subraya lo precario de su posición al encontrarse están en la primera línea de defensa contra la pandemia, pero también enfrentaron riesgos graves para su salud y seguridad, incluyendo ser víctimas de actos de discriminación y estigmatización debido a su trabajo, con diversos grados de amenaza y violencia, así como también arrestos y detenciones al igual que despedidos injustificados. Además, se replicó la observación alusiva a que muchos trabajadores tuvieron que trabajar sin el equipo de protección adecuado y en condiciones peligrosas, llevando esto a que más de 3000 trabajadores de la salud perdieran la vida.

Como factor estresante de la salud mental de los trabajadores causantes de ansiedad y trauma se agregó la separación de su familia, fueres porque el confinamiento los tomó lejos de sus hogares, por los tiempos de dedicación a la atención clínica o por adopción de medidas de protección de los seres queridos, llevando incluso a la renuncia a sus trabajos por temor a contagiarse o contagiar a un allegado, redundando problemas financieros por reducción de ingreso familiar.

Por otro lado, el informe destacó la importancia de las instituciones y administraciones que se ocuparon de garantizar el acceso a los recursos y apoyo necesarios para hacerle frente a los desafíos de la exposición, con el correspondiente llamado a los gobiernos y otros actores para facilitar el cumplimiento del deber de atención y del derecho a recibirla con la debida protección de los derechos de todos los involucrados en el trato asistencial.

Las referencias anteriormente mencionadas apalancan la detección de un horizonte para llegar a las primeras conclusiones respecto de las manifestaciones de derechos y deberes del personal médico durante la pandemia:

La incidencia del aislamiento en una tarea tan importante como la salud se hizo evidente, en particular porque es precisamente ese contacto el que da herramientas para que la labor sanitaria se desenvuelva en confianza y calidez, y su limitación incidió en la forma en que el personal asistencial debía recoger la información proveniente del paciente, imprescindible para las tareas de promoción, prevención y tratamiento.

A la vista del listado de los derechos y deberes reconocidos para pacientes y personal médico fundamentados en la Constitución Política de Colombia y obtenidos de la mencionada Resolución 229 de 2020, en contraste con informes o datos públicos sobre la experiencia del servicio sanitario en pandemia, los que tuvieron mayor compromiso, relevancia y desafíos en cabeza de quienes prestaron directamente el servicio fueron: 1. Derecho a la salud: La pandemia generó una mayor demanda de atención médica, lo que puso una mayor carga en los sistemas de salud. Los profesionales sanitarios tuvieron la responsabilidad de proporcionar atención asistencial de calidad y garantizar el derecho a la salud de sus pacientes -especialmente en unidades de urgencias y cuidado crítico- a la vez que cuidaban su propia integridad personal, física, mental y emocional, imprescindibles para hacer su trabajo revestido de capital importancia en ese momento.

2. Deber de cuidado: De la mano con el derecho anteriormente mencionado; apunta a que los equipos médicos tienen el deber de cuidar a sus pacientes, pero también deben cuidar de su propia salud y seguridad para poder seguir brindando atención médica. Esto llevó a que debieran seguir protocolos estrictos y medidas de prevención del COVID-19.

3. Deber de informar: Los sanitarios tuvieron la responsabilidad de informar a las autoridades de salud pública sobre posibles casos de COVID-19 para prevenir la propagación del virus. También debieron educar a sus pacientes sobre cómo prevenir la infección y cómo manejar los síntomas fortaleciendo el autocuidado e incrementando las labores de vigilancia epidemiológica.

4. Protección de los derechos laborales: El aumento de casos de COVID-19 creó un mayor riesgo de infección para los médicos y otros trabajadores de la salud; el personal clínico -y la comunidad en general- demandó la materialización del derecho a medidas de protección adecuadas, incluyendo aquellos de protección personal (EPP), pruebas y atención médica en caso de contagio. Si bien se propició su protección, fue complejo en ciertas zonas, especialmente bajo el contexto de la emergencia global y el acaparamiento de naciones poderosas sobre los insumos de salvaguarda física.

5. Derecho al descanso y la protección laboral: Este derecho se enlaza con el previamente expuesto, ya que, debido a la alta demanda de atención médica durante la pandemia, muchos

médicos tuvieron que trabajar largas horas y en condiciones extremadamente difíciles. El Gobierno implementó medidas para garantizar el descanso y la protección laboral de los trabajadores de la salud.

6. Responsabilidad profesional: El personal clínico tuvo la responsabilidad de seguir los protocolos y lineamientos establecidos por las autoridades de salud pública para prevenir la propagación del virus; también debieron mantener altos estándares de ética y cuidado en las labores de asistencia de pacientes.

7. Deber de colaboración, anclado con el de responsabilidad profesional: en un contexto de emergencia sanitaria como el vivido, los médicos tuvieron el deber de colaborar con las autoridades y otros profesionales de la salud para abordar la pandemia de manera efectiva. Esto llevó a que muchos tuvieran que trabajar en nuevas áreas o en condiciones diferentes a las habituales.

8. Acceso a la información: Los médicos necesitaban tener acceso a información actualizada y precisa sobre COVID-19 para poder adoptar las decisiones que la *lex artis* les señalaba en consonancia con las particularidades que paulatinamente se iban detectando sobre el virus, de suerte que se asegurara oportuna y efectiva atención médica de calidad a sus pacientes.

A grandes rasgos se puede notar que efectivamente el contexto para el personal de salud no fue fácil de afrontar; durante este periodo hubo un importante compromiso de los rangos de maniobrabilidad con que contaban los asistenciales, incidiendo negativamente en la garantía de sus derechos y dificultando el cumplimento de sus deberes como venían concibiéndose, a tal punto que en redes sociales y medios de comunicación se habló de encontrarse en la compleja posición de designar los ingresos a UCI, con el correspondiente resultado en la vida y la muerte de los contagiados.

Algo importante de resaltar y que, si bien no compensa la salud o vidas perdidas, si fue una estrategia alentadora por la cual el gobierno adoptó una decisión que intentó dignificar la profesión y morigerar un poco los efectos de la pandemia, definiendo un bono económico como compensación para el personal médico que estuvo en la primera línea de atención a pacientes con COVID-19. Este bono se estableció a través de la Resolución 1474 del 6 de agosto de 2020, emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social. Dicha bonificación estaba dirigida a trabajadores de la salud que hubieran estado en contacto directo con pacientes diagnosticados o sospechosos de COVID-19, incluyendo médicos, enfermeros, auxiliares, entre otros. El valor del bono varió según la exposición y el nivel de riesgo, y podía ir desde 1 millón de pesos para aquellos que hubieran estado en contacto con pacientes sospechosos, hasta 4 millones de pesos para aquellos que estuviesen en contacto directo con pacientes con COVID-19 confirmado. Este bono fue visto como una medida notable para reconocer y compensar el trabajo y el riesgo asumido por el personal médico durante la pandemia del COVID-19 en Colombia, sin embargo, también generó críticas por parte de algunos sectores que consideraron que su valor era insuficiente y no reconocía adecuadamente el trabajo y el riesgo asumido por sus destinatarios.

A propósito de las características del cumplimiento de deberes y el ejercicio de derechos

de los pacientes durante la pandemia

Ahora bien respecto de los pacientes el panorama fue contrario de aquel experimentado por el personal médico, ya que, los galenos tenían contacto directo y constante con el virus , y su prioridad era controlar sus efectos y atender a los contagiados, evitando enfermarse en el proceso; en cambio, la prioridad para los pacientes era evitar adquirirlo, donde la prevención jugó un papel vital de modo que el ideal era claro en dicho horizonte dado que su objetivo consistió en tener un nivel bajo de contagios, premisa que también funcionó para cuidar al personal médico.

Desde el inicio de la pandemia, se puso de relieve la importancia del acceso a servicios de salud de calidad y la protección de los derechos de los pacientes. En este sentido, se vinieron reforzando aquellos que apuntaban a recibir atención médica oportuna y sin discriminación, así como a la protección de su información médica y a la atención en condiciones de seguridad e higiene. Sin embargo, una gran parte de la responsabilidad de dicha prevención recayó en los ciudadanos, de la mano de las estrategias en salud pública que se implementaron, lo que se remarcó con la pandemia que generó nuevos deberes para los pacientes, como el cumplimiento de las medidas de prevención y distanciamiento social, la notificación de síntomas y la colaboración con los profesionales de la salud para la identificación de casos de COVID-19.

Uno de los derechos que tuvo mayor relevancia y protagonismo fue el alusivo a la privacidad, especialmente después de la expedición de la resolución 676 de 2020 que estableció el "Sistema de Información para el reporte y seguimiento en salud de las personas afectadas por COVID-19" (Ministerio de Salud, 2020) el cual daba sustento jurídico a la petición de información, obligatoria en algunos casos; tal novedad dio lugar a algunas preocupaciones sobre la confidencialidad de la información sensible de los contagiados y su entorno familiar (Amnistía Internacional, 2020), especialmente en lo que se refiere a la identificación de casos y el seguimiento de contactos, ya que, como anteriormente se ha mencionado, se profirieron una serie de disposiciones para proteger la salud pública y prevenir la propagación del virus, una de estas fue la recolección de información personal y sanitaria.

En Colombia se implementó una aplicación móvil de uso voluntario denominada Corona App, mediante la cual el usuario podía estar atento a la evolución de la emergencia sanitaria, recibir recomendaciones y reportar un autodiagnóstico, el cual fue obligatorio para funcionarios y contratistas de entidades de salud, con el Instituto Nacional de Salud, explicado en que se trataba de una de las "herramientas de información utilizadas para enfrentar la crisis e impedir la extensión de los efectos del virus SARS-COV-2" (Instituto Nacional de Salud, 2020)

Siendo este el mecanismo general de reporte para la ciudadanía, no fue opcional para los trabajadores regidos por esa obligatoriedad, aunque desearan preservarlo en su esfera íntima.

Pero además posteriormente, cuando algunas actividades se retomaron, se adoptó una nueva medida que cambió la voluntariedad de dicho registro, esto es, su requerimiento para poder acceder a servicios de transporte aéreo (Ministerio de Salud, 2021), de modo que la captación de datos fue *conditio sine qua non* para viajar.

Otro derecho que se vio más que afectado, visibilizado en mayor escala, fue el de recibir información médica ya que, durante la pandemia, aumentó la demanda de datos clínicos y sanitarios por parte de los pacientes, especialmente sobre el COVID-19 pero no siempre se contaba

con el tiempo para suministrarla de forma inmediata o se administró la cantidad de información publicada en aras de evitar el pánico generalizado.

En términos generales, la pandemia generó dificultades en la atención médica, como la suspensión temporal de algunos servicios no esenciales -como las cirugías no funcionales y no vitales- y la reducción de la capacidad de atención de los centros de salud debido a la necesidad de proteger a los pacientes y el personal médico. Esto afectó a quienes necesitaban atención urgente o especializada, y requirió de nuevas estrategias para la atención de tales personas.

Las necesidades de control público por razones de salud implementadas por el Gobierno que motivaron la expedición de resoluciones contentivas de medidas limitantes tales como la cuarentena obligatoria, el trabajo y estudio remoto, el llamado "pico y cédula", entre otras, fue un factor importante en la afectación del ejercicio tradicional de algunos derechos relacionados con el recibir atención en salud: obtener atención médica de emergencia sin restricciones de ningún tipo -privilegiando la vital o la asociada al virus-, respeto por la autonomía y dignidad en todas las etapas de la enfermedad -decisiones terapéuticas que pasaron a un segundo plano- o la libre elección del médico y de la institución prestadora de servicios de salud -supeditada al personal de turno disponible para el caso a consultar-.

Dichas prerrogativas tuvieron que pasar a un plano menor en el momento puesto que, si bien no se pretendía su vulneración con las actuaciones desplegadas, debieron ceder ante el imperativo de evitar la propagación del virus con el correspondiente incremento de muertes, especialmente en sectores vulnerables como niños, ancianos y gestantes, sumado a la procura de la mejor y mayor cobertura posible de atención en términos de la cantidad de usuarios recibidos equilibrándolo con la escasez de insumos disponibles para ello. Salvar una vida en un contexto tan complicado como una pandemia, llevó a cambiar las prioridades en el personal médico y en Gobierno nacional; ejemplo de ello es el *triage ético*.[6]

En contraste con lo anterior, con ocasión de la emergencia sanitaria, fueron los deberes de los pacientes los que, en la práctica, tomaron un papel más visible en relación con sus derechos, ya que, compromisos como el cumplir con las instrucciones del médico y del personal de salud; proporcionar información veraz y completa sobre su estado de salud y su historia clínica; asistir a las citas médicas y cumplir con los horarios establecidos; respetar los derechos de otros pacientes y del personal de salud; adoptar hábitos de vida saludables y seguir las recomendaciones médicas para el manejo de su enfermedad; utilizar los servicios de salud de manera responsable y racional, fueron claves para mitigar los contagios sin embargo, estos deberes mencionados se implementaban antes de la emergencia sanitaria, es por eso que además de estos los pacientes debían seguir las pautas recomendadas por las autoridades de la salud pública.

6 Se entiende como triage ético al proceso de tomar decisiones difíciles sobre la asignación de recursos limitados como camas de hospitales, ventiladores y suministros médicos, esto cuento la demanda de pacientes superaba la capacidad de atención disponible. (Emanuel, Ej., Persad, G., Upshur, R., et al. 2020. "Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19. New England Journal of Medicine. 382(21). 2049-2055).

Ejemplo de nuevos deberes nacidos de las medidas de prevención y mitigación de la propagación fue el uso permanente de mascarillas, un frecuente lavado de manos, cumplimiento de las ordenes médicas en caso que un paciente diera positivo en la prueba diagnóstica, reducción de contactos, aislamiento obligatorio en casa, consumo de los medicamentos según indicaciones dadas; añadido a esto, los pacientes debían adoptar medidas de autocuidado y una total comu-

nicación de información relevante al personal médico. (Organización Mundial de la Salud, 2020)

Lo cierto es que gran parte la responsabilidad de las personas en seguir instrucciones ayudó a controlar la pandemia en Colombia, así como también el acatar los nuevos deberes nacidos como el cumplimiento de las medidas de prevención y distanciamiento social, y la colaboración con los profesionales de la salud para la identificación de casos de COVID-19. Estos deberes fueron fundamentales para contener la propagación del virus y proteger la salud de la población.

Estado de los derechos y deberes de los pacientes y los médicos colombianos en marco de la post pandemia

La emergencia sanitaria declarada en el mundo a causa del Covid-19 dejó en evidencia la necesidad de mejorar varios escenarios de materialización de derechos que involucran a la población, siendo el sistema de salud uno de los más importantes, pues fue posible demostrar que debe reforzarse aún más para que facilite la completa y oportuna atención de situaciones gravosas como lo fue el virus SARS-COV-2. A raíz de esto es que siempre se debe velar por mejorar y armonizar los sistemas de salud con las necesidades y realidades de la población.

La OPS junto con la OMS ha mencionado la importancia de reforzar los sistemas de salud -especialmente pública- basándose en los siguientes cuatro puntos:

> *"i)La necesidad de aplicar valores éticos de la salud pública para abordar las inequidades en relación con la salud y sus causas; ii) Abordar las condiciones sociales, económicas, culturales y políticas que determinan la salud de las poblaciones; iii) Garantizar el acceso universal a servicios de salud pública integrales e integrados, individuales y colectivos y; iv) Expandir la función de rectoría de las autoridades de salud para abordar los desafíos de la salud pública".* (Organización Mundial de la Salud & Organización Panamericana de la Salud, 2019)

De acuerdo con lo anteriormente dicho es posible afirmar que la pandemia generó nuevos desafíos en la relación clínica, dando lugar a diferentes alternativas como el uso de la telemedicina, la implementación de medidas de seguridad y surgió la necesidad de adaptarse a nuevas formas de trabajo; a raíz de esto es fundamental que se promueva una comunicación clara y efectiva entre sanitarios y pacientes para que los derechos de ambas partes se respeten y así mismo se garantice la prestación de servicios de salud con alta calidad en todo momento.

Un reto considerable durante la pandemia era el poder acceder a una atención médica de manera oportuna, pues como es bien sabido, el 'contacto cero', el distanciamiento y el confinamiento eran medidas sumamente importantes para controlar y evitar el esparcimiento del virus; dado esto, surgió la necesidad de darle un mayor uso a la telemedicina, que si bien ya la Ley 1753 de 2015 la regulaba, no era una herramienta que se usará con gran medida pero cuya utilidad se recrudeció especialmente en zonas rurales, lo que también visibilizó el imperativo de dotar dichas regiones con infraestructura tecnológica suficiente que facilite la conectividad y la atención remota.

Dicha Ley consagra que la telemedicina debe ser una modalidad complementaria a la atención presencial, con esto se busca garantizar la accesibilidad, oportunidad, calidad y seguridad en la prestación de servicios en salud.

La Telemedicina les permite a los pacientes el poder acceder a los servicios de salud a través de medios electrónicos y de comunicación, evitando que se vean en la obligación de desplazarse físicamente a una institución prestadora. Algo importante por aclarar es que, si bien la telemedicina ha sido una herramienta de gran ayuda, también debe garantizar la protección de los derechos de los pacientes según el Marco Reglamentario de Telesalud del Ministerio de Salud y Protección Social[7] (2019) el derecho a la atención en salud con calidad, oportunidad, continuidad y sin discriminación, debe implementar medidas para proteger la información sensible de los pacientes y así mismo garantizar la calidad de eficiencia de los servicios, lo que incluye asegurar la cobertura de internet, de equipos y la reducción del analfabetismo digital. Su buena promoción, protección e implementación fortalece la prestación del servicio sin fronteras y a bajo costo, facilitando la materialización eficaz de los derechos de los pacientes, sin embargo, se reitera que para que el buen funcionamiento de la telemedicina se de en el país es necesario establecer diferentes estrategias como:

7. La resolución 2654 de 2019 estableció las "disposiciones para la Telesalud y parámetros para la práctica de la telemedicina en el país", en materia de "práctica, categorías, empleo de medios tecnológicos, calidad y seguridad de la atención, de la información y de los datos.

- El fortalecimiento de la infraestructura tecnológica y de comunicaciones, para garantizar la conectividad y la accesibilidad de los pacientes y los profesionales de la salud a fin de contar con la posibilidad de recibir y brindar servicios remotos.

- La ampliación de la cobertura de los servicios de telemedicina a través de programas y proyectos financiados por el Gobierno, alianzas/iniciativas internacionales y por entidades privadas.

- La promoción de la educación y la capacitación de los profesionales de la salud y de los pacientes y sus familias, en el uso de la tecnología y de los protocolos de atención en telemedicina.

- La implementación de medidas de seguridad y privacidad para proteger la información médica de los pacientes.

En razón de la emergencia sanitaria y de lo complicado que fue el acceder al servicio médico de manera presencial debido a las medidas estatales como el distanciamiento, comenzaron a implementarse varias alternativas médicas que permitían a los pacientes seguir accediendo a consultas médicas de manera virtual tales como la tele-consulta, el tele-monitoreo y la tele-orientación, que propiciaron la promoción de la participación activa de los pacientes en la atención en salud sin medir distancias.

Sobre el particular, es importante distinguir las tres figuras:

- **Tele-consulta:** también conocida como consulta virtual o telemedicina, se entiende como la prestación de servicios de atención médica a distancia, haciendo uso de tecnologías de la información y comunicación (TIC); en una tele-consulta, el médico y el paciente se comunican y realizan una consulta médica a través de videoconferencia, llamada telefónica o plataformas en línea. - **Tele-monitoreo:** visto también como monitoreo remoto o tele-seguimiento, es un enfoque de atención medica donde se usan tecnologías de comunicación para controlar y supervisar la salud de los pacientes a distancia; su objetivo es recopilar datos e información de salud de manera remota permitiéndole a los profesio-

nales de la salud hacer un seguimiento continuo de la condición de los pacientes sin que necesariamente estén presencialmente. Puede involucrar el uso de dispositivos médicos portátiles que permitan recopilar datos relevantes para el seguimiento de una enfermedad o condición médica específica. La información recabada se transmite de manera segura a través de la red de telecomunicaciones a los profesionales de la salud, quienes pueden monitorear de forma continua o periódica los datos y realizar un seguimiento del estado de salud del paciente. - **Tele-orientación.** Se refiere al asesoramiento a distancia a la provisión de servicios o consejería a través de tecnologías de la información y la comunicación; permite a los profesionales de salud brindar apoyo y orientación a las personas a través de videoconferencia, telefonía, mensajería electrónica u otras plataformas en línea que permiten una cercanía sin necesidad de que haya una orientación cara a cara. A pesar de los avances en la promulgación de la telemedicina en Colombia, todavía existen barreras que limitan el acceso de algunos pacientes a estos servicios, como la falta de conectividad, la falta de acceso a dispositivos móviles o computadoras y la falta de capacitación en el uso de la tecnología. Por esta razón, es importante continuar fortaleciendo y ampliando el acceso a dichos servicios remotos en el país, con el fin de garantizar la protección y promoción del derecho fundamental a la salud. En un país que aun tiene zonas de difícil acceso, no sólo por su particular geografía sino a raíz del predominio de grupos al margen de la ley en el contexto del conflicto armado colombiano que dificultan el uso de la tecnología para la comunicación en salud, se destacan algunas iniciativas similares a las mencionadas anteriormente, pero con especial atención en la problemática de algunas regiones en concreto como aquellas expuestas en estudios como el titulado “Estudio exploratorio de la situación de la telemedicina en municipios priorizados – Colombia” (Ministerio de Salud y Protección Social , 2016), elaborado por MinSalud en el 2016 en donde se analizó el desarrollo de la tele-medicina en ciertos municipios desde el 2014; de igual forma el escrito denominado “Implementación de la telemedicina como herramienta de formación en Colombia” (Quintero & Johanna, 2017) que ilustra los beneficios de su implementación y, finalmente, se tiene la propuesta llevada a cabo en conjunto entre Telesalud Colombia de la Universidad de Caldas y Vehicaldas (NoticiasTele, 2023) en donde se materializará la posibilidad de llevar atención especializad por telemedicina a los sitios más distantes de zona rural del país. Condensando dichas iniciativas, se tiene que buscan: ● Poner en práctica las tele-consultas y la tele-orientación en algunas instituciones de salud, como hospitales y centros de salud, para facilitar la atención a pacientes en áreas remotas o de difícil acceso. ● Propiciar la capacitación de los profesionales de la salud en el uso de tecnologías de la información y la comunicación (TIC) para la atención en salud a distancia, así como en la identificación de las barreras culturales y lingüísticas que puedan limitar la comunicación con los pacientes. ● Atender al fortalecimiento de la infraestructura tecnológica y de comunicaciones a través de la instalación de redes de internet y la mejora de la conectividad en áreas rurales y remotas. ● Enfocar la promoción del uso de dispositivos móviles y aplicaciones de telemedicina para mejorar la accesibilidad de los pacientes a los servicios de salud a distancia. Es entonces cómo las transformaciones tecnológicas traídas por la globalización son un elemento notable que edifica la construcción de caminos provechosos para cerrar las brechas que las distancias territoriales en el país ocasionan, redundando en un insuficiente ejercicio de los derechos asociados a la salud y el cumplimiento de sus correlativos deberes, de ahí lo

importante de la provisión de recursos integrales para su consecución.

Conclusiones

La pandemia del covid-19 afectó de manera significativa la cotidianidad de la población en general; esto es posible observarlo en la manera en que se comenzaron a desarrollar las actividades diarias luego de la emergencia sanitaria, incluyendo claramente el ejercicio de los derechos y deberes de la población relacionados con la salud, así como los derechos y deberes del personal sanitario. Es posible afirmar que durante la pandemia del Covid-19 los derechos de las partes inmersas en la relación médico paciente se vieron afectados obligándolos a modificarse, todo esto para poder garantizar su ejecución de manera completa y oportuna.

Sin embargo, a pesar de lo ocurrido y que de cierta manera se vio una modificación en la manera de acceder a la prestación de los derechos por parte de los pacientes, los médicos mantuvieron y adoptaron incontables prácticas a fin de asegurar la provisión de atención médica adecuada y oportuna a la vez que se procuraba mantener la confidencialidad de la información médica y un correcto proceso de consentimiento informado antes de cualquier procedimiento o tratamiento.

Por otro lado, los pacientes mantuvieron su derecho a seguir recibiendo una atención médica de calidad como la obtenida antes de la emergencia sanitaria, información completa sobre su estado de salud y tratamiento además de preservar la toma de decisiones.

Son significativos los cambios que la pandemia generó en la relación médico paciente; en Colombia, como en el resto del mundo, esta llevó a un aumento en la demanda de la atención médica, poniendo a los profesionales de salud a enfrentar estos desafíos derivados de la declaración de pandemia.

La vivencia que trajo la pandemia dejó como enseñanza que una mayor inversión en el sistema de salud brinda no solo una mejor atención a los pacientes sino también una alta protección al personal médico y a la sociedad en general; en efecto, la baja inversión en el sistema de salud aqueja y afecta en gran manera a los pacientes pero también al personal de la salud, realidad que se recrudeció y se puso a prueba durante los años que duró la declaratoria de emergencia en su fase más crítica, afectando de manera significativa los derechos y deberes en la relación médico paciente.

Se destaca que ante la insuficiencia y las debilidades del sistema que se dejaron al descubierto, adquirió especial relevancia la demanda de una mayor actuación de las organizaciones internacionales y de los países en la realización de proyectos que procuren hacer más eficiente y eficaz la prestación de la atención en salud como, por ejemplo, la construcción de centros de salud con mayor capacidad o mejor equipados en razón de la necesidad de ocupar más y más camas, o el adecuar lugares previamente habilitados para recibir gran cantidad de personas contagiadas.

Ahora bien en cuanto a los cambios en la atención los cuales tuvieron alguna incidencia en el ejercicio de los derechos y deberes de los pacientes, al igual que los del personal médico redundó en situaciones *sui* generis como la reducción del nivel de atención primaria de enfermedades o situaciones no relacionadas directamente con el COVID 19, la precariedad en el

suministro de medicamentos, y el nivel de exigencia en traslado a UCI haciendo que, al igual que sucedió con la atención primeria, fueran suprimidos al priorizar pacientes relacionado con el COVID 19.

Según Benejam Coll, Palacio Lapuente et al (2502), lo anterior redundó en

"(...)disminución de la accesibilidad a servicios de salud ordinarios, con mayor impacto en las personas más necesitadas de asistencia médica y en población vulnerable -como los adultos mayores- titulares de afecciones crónicas o de algún tipo de limitación física o psíquica que demandaba seguimiento; recursos limitados para migrantes con dificultades idiomáticas o de desplazamiento; ruptura de procesos terapéuticos ya iniciados o retraso continuo de los mismos; dificultades para asimilar la consulta no presencial en busca de los efectos de la presencial ante dudas o problemas que no puedan resolverse adecuadamente por teléfono; la evitación de incidentes de seguridad del paciente, tanto por reticencias de este para acudir de forma presencial como del profesional por saturación asistencial; retrasos diagnósticos debidos al sesgo cognitivo que provocaba la preeminencia del virus COVID-19 y la prioridad del diagnóstico y la atención a los casos de infección del mismo; demoras en las derivaciones al segundo nivel de atención para completar el estudio diagnóstico e instaurar el tratamiento específico, por el aumento del tiempo de espera y/o por la reducción de la presencialidad también en la atención hospitalaria.

Además hubo ruptura o abandono por parte de los pacientes tanto de las rutinas de manejo y autocontrol de su enfermedad como de la adherencia al tratamiento por diferentes causas: retraso de pruebas diagnósticas, demoras o aplazamientos de las consultas de atención primaria y hospitalaria, factores socioeconómicos, fatiga pandémica, etc, riesgos asociados a las renovaciones automáticas de recetas electrónicas sin la valoración clínica y supervisión periódica de un profesional sanitario, que podían derivar en incidentes de seguridad del paciente por errores en el uso de la medicación" (Coll Benejam et al., 2021) A pesar de lo anteriormente dicho, el Estado intentó en la medida de lo posible con las distintas estrategias ya descritas anteriormente el garantizar los derechos y deberes inmersos en la relación clínica; esta situación afectó de manera inusitada al sistema de salud, acarreando cambios significativos en la manera en que los derechos se abordaban y recrudeciendo retos que inclusive, al día de hoy, aun necesitan ser atendidos.

Así, la pandemia trajo consigo revelaciones o vacíos que presentaba la prestación del servicio de salud pues, a pesar que se ha buscado la manera de garantizar el acceso a la atención médica de manera universal no ha sido posible pues hay varias zonas rurales o apartadas del país que cuentan con un acceso limitado al servicio de salud, haciendo inviable la prestación completa y oportuna para todos, tanto en el auge de la pandemia como en la pos-pandemia; de ahí que acoger las lecciones aprendidas sean tan importantes como la efectividad de implementar medidas como la telemedicina para atacar dicho desafío.

Referencias bibliográficas

Amnistía internacional. COVID-19: Vigilancia y amenaza para tus derechos. 2020. https://www.amnesty.org/es/latest/news/2020/04/covid-19-surveillance-threat-to-your-rights/

Arango Soler, J. M., Arango Soler, L. A., & Bernal Castro, C. A. (2022). Repercusiones del COVID-19 en el personal de salud: Análisis desde la prensa colombiana. Revista Española De Comunicación En Salud,

13(1), 46-57. https://doi.org/10.20318/recs.2022.6164.

Aurenque, Diana. (2020). Consideraciones éticas en contexto de triage por COVID-19. Revista médica de Chile, 148(4), 562-563. https://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872020000400562

British Medical Association. Covid Review 2. (2022) The impact of the pandemic on the medical profession. https://www.bma.org.uk/media/5620/20220141-bma-covid-review-report-2-the-impact-of-the-pandemic-on-the-medical-profession-final.pdf

Colegio Médico Colombiano. Encuesta de Situación laboral para los profesionales de la salud 2019. EPICRISIS (2019) https://epicrisis.org/2019/09/20/encuesta-de-situacion-laboral-para-los-profesionales-de-la-salud-2019/

Coll Benejam, T., Palacio Lapuente, J., Añel Rodríguez, R., Gens Barbera, M., Jurado Balbuena, J. J., & Perelló Bratescu, A. (2021). Organización de la Atención Primaria en tiempos de pandemia. *Atención Primaria*, *53*, 102209. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102209

Congreso de la República de Colombia. Ley 23 de 1981 'Ley de ética médica' (1981). Retrieved from https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/Leyes/L0023_81.pdf

Congreso de la República de Colombia. Ley Estatutaria de Salud (2015). Retrieved from https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley 1751 de 2015.pdf

Consultorsalud. (2018). Supersalud Identifica fallas en los servicios de salud en La Guajira. Retrieved October 13, 2023, from https://consultorsalud.com/supersalud-identifica-fallas-en-los-servicios-de-salud-en-la-guajira/

Defensoría del Pueblo. (2019). *Informe de tutelas. Boletín de prensa 22-19*. Retrieved from https://www.defensoria.gov.co/-/cada-34-segundos-en-colombia-se-presenta-una-tutela-por-violación-al-derecho-a-la-salud

Defensoría del Pueblo. (2020). *Informe: La tutela y los derechos a la salud y a la seguridad social en 2019. 14° edición*. Retrieved from https://www.defensoria.gov.co/-/la-tutela-y-los-derechos-a-la-salud-y-a-la-seguridad-social-14°-edición

Defensoría del Pueblo. (2021). *Informe de tutelas 2020*. Retrieved from https://eldiariodesalud.com/nacional/informe-de-la-defensoria-desvela-las-eps-con-mas-tutelas-en-2020

Defensoría del Pueblo. (2022). *Informe de tutelas 2022*. Retrieved from https://www.defensoria.gov.co/-/tutelas-en-salud-aumentaron-58-31-en-el-promedio-mensual-a-septiembre-de-2022-frente-a-2021

Departamento de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Mexico (2020). Boletín sobre COVID-19 Salud Pública y Epidemiología. ¿Cómo ha afectado la pandemia COVID-19 al personal de salud en México? https://dsp.facmed.unam.mx/wp-content/uploads/2022/03/COVID-19-No.10-05-Personal-de-Salud.pdf

Instituto Nacional de Salud. Política de tratamiento de información (PTI) relacionada con la CoronaApp Colombia. 2020. https://www.ins.gov.co/Normatividad/PoliticasInstitucionales/politica-de-tratamiento-de-informacion-coronapp-colombia.pdf

Jaramillo, Mónica. Los Gladiadores Contra el Coronavirus. Semana, 22 de marzo de 2020. https://especiales.semana.com/heroes-contra-el-coronavirus-en-colombia-medicos-enfermeras-personal-sanitario/index.html

Ministerio de Salud y Protección Social (2020). MinSalud rechaza la violencia contra personal médico. https://www.minsalud.gov.co/Paginas/MinSalud-rechaza-la-violencia-contra-personal-medico.aspx

Ministerio de Salud y Protección Social (2020). Resolución 229 de 2020 https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Normal.jsp?i=90802

Ministerio de Salud y Protección Social (2021). Boletin de Prensa No 206 de 2021. https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Minsalud-refuerza-medidas-en-vuelos-nacionales-e-internacionales-por-variantes-del-covid.aspx

Ministerio de Salud y Protección social. (2016). *Estudio exploratorio de la situación de la telemedicina en municipios priorizados, Colombia*. Retrieved from https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PSA/estudio-exploratorio-telemedicina-municipios-priorizados-colombia.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2020). Plan de contingencia para responder ante la emergencia por Covid-19. https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PET/Documents/PLAN%20DE%20CONTINGENCIA%20PARA%20RESPONDER%20ANTE%20LA%20EMERGENCIA%20POR%20

COVID-19.pdf?ID=27

Ministerio de Salud y Protección Social. (2022). *Análisis de Situación de Salud Colombia 2022*. Retrieved from https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-colombia-2022.pdf

Ministerio de Salud y Protección social. (2022). *Análisis de Situación de Salud Colombia 2022*. Retrieved from https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-colombia-2022.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2022). *Marco Reglamentario de Telesalud del Ministerio de Salud y Protección Social.* 2019. Retrieved from https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/OT/nuevo-marco-reglamentario-para-la-telesalud-en-colombia-18122019.pdf

NoticiasTele (2023). Telesalud y Vehicaldas llevarán atenciones por telemedicina a las zonas rurales más distantes de Colombia. https://telesaludcolombia.co/noticias/telesalud-y-vehicaldas-unidos-para-llevar-la-telemedicina-a-las-zonas-mas-distantes-del-campo-colombiano/

Organización de Derechos Humanos Amnistía Internacional. (2020) Global: El personal sanitario, silenciado, expuesto y atacado. https://www.amnesty.org/es/latest/news/2020/07/health-workers-rights-covid-report/

Organización Mundial de la Salud, & Organización Panamericana de la Salud. (2019). *Las funciones esenciales de la salud pública en las Américas. Una renovación para el siglo XXI. Marco conceptual y descripción*. Washington, D.C.: OPS. https://doi.org/https://doi.org/10.37774/9789275322642

Organización Mundial de la Salud. (2020). La COVID-19 afectó el funcionamiento de los servicios de salud para enfermedades no transmisibles en las Américas. Comunicado de Prensa. Washington, D.C.: https://www.paho.org/es/noticias/17-6-2020-covid-19-afecto-funcionamiento-servicios-salud-para-enfermedades-no

Organización Mundial de la Salud. (2020). La escasez de equipos de protección personal pone en peligro al personal sanitario en todo el mundo. Comunicado de Prensa. Washington, D.C.: https://www.who.int/es/news/item/03-03-2020-shortage-of-personal-protective-equipment-endangering-health-workers-worldwide

Organización Mundial de la Salud. (2020). Orientaciones para el público. Retrieved October 23, 2023, from https://www.who.int/es/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public

Organización Panamericana de la Salud. (2018). *Cerca de 570.000 trabajadores de la salud se han infectado y 2.500 han muerto por COVID-19 en las Américas*. Washington, D.C.: OPS. Retrieved from https://www.paho.org/es/noticias/2-9-2020-cerca-570000-trabajadores-salud-se-han-infectado-2500-han-muerto-por-covid-19

Organización Panamericana de la Salud. (2018). *Espacio fiscal para la salud en América Latina y el Caribe*. Washington, D.C.: OPS. Retrieved from https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34947/9789275320006_spa.pdf?sequence=1

Prada, S. I., Garcia-Garcia, M. P., & Guzmán, J. (2022). COVID-19 response in Colombia: Hits and misses. *Health Policy and Technology*, *11*(2), 100621. https://doi.org/10.1016/j.hlpt.2022.100621

Presidencia de la república de Colombia. Decreto 3380. Por el cual se reglamenta la ley 23 de 1981 (1981). Retrieved from https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=68761

Presidencia de la república de Colombia. Decreto 538 de 2020. Por el cual se adoptan medidas en el sector salud, para contener y mitigar la pandemia de COVID-19 y garantizar la prestación de los servicios de salud, en el marco del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica (1920). Retrieved from https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=111934

Presidencia de la república de Colombia. Decreto 538 de 2020. Por el cual se adoptan medidas en el sector salud, para contener y mitigar la pandemia de COVID-19 y garantizar la prestación de los servicios de salud, en el marco del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica (1920). Retrieved from https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=111934

Quintero, B., & Johanna, L. (2017). Implementación de la telemedicina como herramienta de formación en Colombia. *Revista de Tecnología (Archivo)*, *16*(2), 164-174. https://doi.org/10.18270/RT.V16I2.2530

Ramos-Gil, Elena, Román-Frías, Ana, García-Campos, Alfonso, & Sánchez-Gómez, Sheila. (2023). Impacto de la pandemia de la COVID-19 en los profesionales de Atención Primaria y propuestas de mejora. Comunidad, 25(2), 29-35. Epub 25 de diciembre de 2023.https://dx.doi.org/10.55783/comunidad.250202

Ruiz-Sternberg, A. M., Guerrero Molina, G., & Rodríguez García, D. (2020). COVID-19 in Colombia: a pandemic in the midst of political crisis. *The Lancet*. Retrieved from https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(20)30392-1/fulltext

Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación. (2020) Sin salarios, desprotegidos y a su suerte: El duro retrato del personal en salud en medio de la pandemia. https://scare.org.co/noticias/sin-salarios-desprotegidos-y-a-su-suerte-el-duro-retrato-del-personal-en-salud-en-medio-de-la-pandemia/

Universidad CES. (2020) Boletín No. 048, Afectado el 40% del personal de salud en Colombia por trastornos mentales durante la pandemia por COVID-19. https://www.ces.edu.co/wp-content/uploads/2020/09/Boletin_048-El-40-del-personal-de-salud-en-Colombia-sufre-un-trastorno-derivado-de-la-pandemia.pdf

Universidad del Rosario, & Corporación para el Desarrollo de la Seguridad Social (CODESS). (2022). Alternativas concretas de protección social y formalización laboral a las trabajadoras informales cualificadas del área del cuidado de la salud ante los impactos de la pandemia por Covid-19 en perspectiva de trabajo decente. *Nova et Vetera*. Retrieved from https://urosario.edu.co/noticias/personal-de-enfermeria-y-medicina-presenta-inadecuadas-condiciones-laborales-segun-estudio

Valdés, Pascual Rubén, Cámera, Luis Alberto, Serna, Mariano de la, Abuabara-Turbay, Yazmín, Carballo-Zárate, Virgil, Hernández-Ayazo, Helí, Sierra-Merlano, Rita Magola, Viera-Jaraba, Aníbal, Rodríguez-Hurtado, Diana, Vaucher-Rivero, Andrea, Melgar-Cuéllar, Felipe, Ibáñez-Guzmán, Carlos, Araya-Fonseca, Carlos, Betancourt-Torres, Isis, Montúfar-Guardado, Rubén, Nitsch-Montiel, Carlos, Brav-Mejía, Claudia Regina, Salgado-Guevara, Denise Alejandra, Bustillo-Valeriano, Pamela Lizzeth, Cárdenas-Cejudo, Alejandro, Sarmiento-Chavero, Mauricio, Batista-Rujano, Nuvia, Jiménez, María Cristina, Arias-Burroughs, Claudia Y., Durán-Castillo, Maritza, & Carrasco-Dueñas, Santiago. (2020). Ataque al personal de la salud durante la pandemia de COVID-19 en Latinoamérica. Acta Medica Colombiana, 45(3), 55-69. Epub 08 de junho de 2021.https://doi.org/10.36104/amc.2020.1975