



Luis Fernando Zuluaga



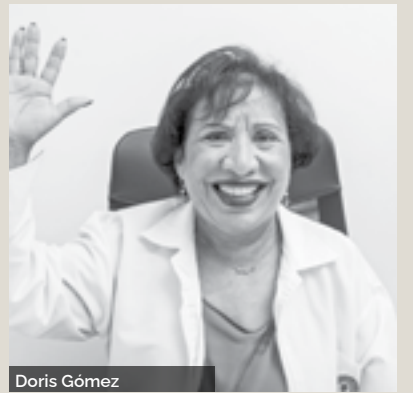
Martha Castaño



Julio Gómez



Carolina Wiesner



Doris Gómez



Adriana Medina



Lina Triana



Giovanni Mesa



Leonardo Espitia

LA REINVENCIÓN DE LA ESPERANZA

20 HISTORIAS DE APRENDIZAJES Y
OPTIMISMO EN TIEMPOS DE PANDEMIA

AMGEN®



Pablo Otero



Gisella Archbold



Érika Valencia



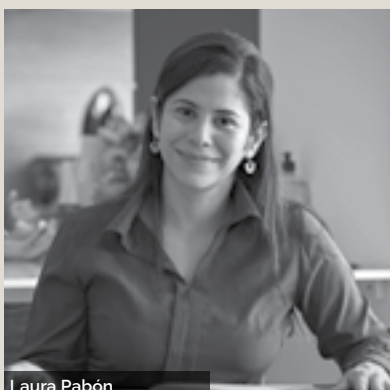
Alejandro Gómez



Julián Fernández



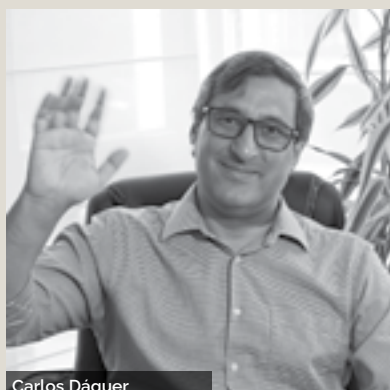
Hugo Arévalo



Laura Pabón



Adán Antonio Bedoya



Carlos Dáguer



Nohely Castañeda



© 2021 Amgen Colombia
Carrera 7 # 123-35
Bogotá, D. C. Colombia
Teléfono: (601) 241 15 55
www.amgen.co

ISBN: 978-958-53766-1-8

Gerente general
Leonardo Espitia

Producción
Image & Press

Editores
Amira Abultaif Kalamani
Claudia Cerón Coral
Carlos Dáguer
Diego Garzón
Fernando Gómez Garzón

Corrección de estilo
Gustavo Patiño

Diseño
Verónica Haglund

Diagramación
Andrea Torres Vega

Dirección fotográfica
José Miguel Gómez

Fotografías

José Miguel Gómez (Bogotá)
Bernardo Peña (Cali)
Manuel Pedraza (Cartagena)
John Jairo Bonilla (Manizales)
Leopoldo Espinoza (San Andrés)

Oficinas de prensa y comunicaciones de:
Amgen Colombia
Audifarma
Instituto Nacional de Cancerología
Ministerio de Salud y Protección Social
Secretaría Distrital de Salud de Bogotá

ADVERTENCIA

Salvo el testimonio suscrito por el gerente de la compañía en el capítulo 10, ninguna de las historias compiladas en este libro representa la posición de Amgen. Los datos, los criterios y las opiniones acá expresados son responsabilidad exclusiva de los autores de cada capítulo.

LA REINVENCIÓN DE LA ESPERANZA

20 HISTORIAS DE APRENDIZAJES Y
OPTIMISMO EN TIEMPOS DE PANDEMIA

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

PÁGINA 6

VEINTE, EL NÚMERO
QUE CAMBIÓ
NUESTRAS VIDAS

Fernando Ruiz Gómez

1

PÁGINA 10

EL LOBO
ENTRE
NOSOTROS

Luis Fernando Zuluaga

2

PÁGINA 22

CAMINOS
DE
ESPERANZA

*Martha Castaño
Vergara*

3

PÁGINA 32

EL DÍA QUE
ESTRENAMOS
LA UCI

Julio Gómez Villarreal

4

PÁGINA 42

HASTA
QUE SE NOS
COLÓ

Carolina Wiesner

5

PÁGINA 52

LA TAREA TITÁNICA
DE UN RASTREADOR
TELEFÓNICO

Cristian Henao

6

PÁGINA 62

LA MULTIPLICACIÓN
DE LAS PRUEBAS... Y DE
LAS HORAS

Doris Gómez

7

PÁGINA 72

UNA REINVENCIÓN
HACIA
EL PASADO

Adriana Medina

8

PÁGINA 80

EL ARTE
DE SABER
ESCUCHAR

Lina Triana

9

PÁGINA 90

ESTAR
SEPARADOS NUNCA NOS
HABÍA UNIDO TANTO

Giovanni Mesa

10

PÁGINA 98

ADAPTARSE
PARA SOBREVIVIR
Y CRECER

Leonardo Espitia

11

PÁGINA 108

ENTENDER
NUESTRO PASO
POR LA VIDA

Pablo Otero

12

PÁGINA 120

SEPTIEMBRE
NEGRO

*Gisella Archbold
de la Peña*

13

PÁGINA 128

EN MI VIDA HABÍA
HECHO ALGO ASÍ POR
ALGUIEN

Érika Valencia

14

PÁGINA 138

LA GRAN LECCIÓN
ES LA
HUMILDAD

Alejandro Gómez

15

PÁGINA 150

LA TIMIDEZ
DE LOS
EPIDEMIÓLOGOS

*Julián Alfredo
Fernández Niño*

16

PÁGINA 160

LAS
LÁGRIMAS
DEL HÉROE

Hugo Arévalo

17

PÁGINA 168

EN TIEMPO
RÉCORD

Laura Pabón

18

PÁGINA 176

LA PERSISTENCIA
Y LA FE MUEVEN
MONTAÑAS

Adán Antonio Bedoya

19

PÁGINA 186

LA CANTALETA,
LA MUERTE Y
EL AMOR

Carlos Dáguez

20

PÁGINA 198

EL VALOR
DE
REINVENTARSE

Nohely Castañeda

INTRODUCCIÓN

VEINTE, EL NÚMERO QUE CAMBIÓ NUESTRAS VIDAS

Fernando Ruiz Gómez

Ministro de Salud y Protección Social



Nuestra cultura tiene una gran afición por los números redondos. Los terminados en cero suelen dar orden a nuestras vidas y marcar sus hitos: las décadas parecen tener más gracia que los trienios; preferimos los planes decenales a los planes a nueve o a once años, y casi todo el mundo sabe que las bodas de oro se celebran a los 50 años, pero casi nadie sabe que existen las de platino, a los 65.

Al escoger veinte historias, podría pensarse que este libro caprichosamente sigue la tradición de honrar el sistema decimal. Pero no es así: este libro escoge veinte historias para resaltar un número que definitivamente ha cambiado nuestras vidas: el 2020, el número con que nombramos el año de la peor pandemia del último siglo.

Todas las historias recogidas en este libro tienen en común el haber ocurrido en el 2020 y ser emblemáticas en cada una de las dimensiones de lo vivido en ese año: desde los trabajadores de la salud consagrados a salvar vidas en unidades de cuidados intensivos hasta la mujer migrante que aprovecha la oportunidad para resurgir de entre las cenizas; desde la funcionaria que diseña un plan para llevar ayudas a las poblaciones más afectadas con el aislamiento hasta la médica que debe aprender a sortear todos los insospechados inconvenientes de la atención remota; desde el gerente de hospital que aprecia el hecho de contar con unidades de cuidados intensivos en su municipio hasta el funcionario que reflexiona sobre su quehacer en un contexto de tanta incertidumbre...

Como ministro de Salud de Colombia durante el año de la pandemia provocada por el SARS-CoV-2, no fui ajeno al sufrimiento causado por el virus y por las decisiones adoptadas para mitigar su impacto.

Pero hay algo en este libro que me reconforta. No solo que las historias transcurren en el 2020 y que son emblemáticas de la pandemia, sino que todas tienen en común el optimismo. Los testimonios acá compilados inspiran ese propósito que tenemos de aprovechar la adversidad para salir fortalecidos.

Difícilmente estas páginas podrían haber tenido un mejor título: *La reinención de la esperanza*. *Reinención* porque fue una palabra repetida quizás hasta el cansancio durante el 2020, pero que inevitablemente ya es una de las señas de identidad del periodo vivido, y *esperanza* porque refleja la certeza de que podremos seguir viendo de una manera positiva nuestro futuro.

Las dos palabras juntas tienen un sentido profundo: nos invitan a valorar esa fabulosa capacidad que todos tenemos para adaptarnos y seguir dándole sentido a nuestra vida.

EL LOBO ENTRE NOSOTROS



Era una gripa extraña que había surgido en el otro lado del mundo, pero muy pronto fue ganando confianza hasta abarcar todos los países, incluido Colombia. Uno de los primeros en certificarlo fue el intensivista Luis Fernando Zuluaga, a quien le tocó atender el primer caso de covid-19 que necesitó cuidados intensivos. El médico, a cargo de los servicios de hospitalización de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte en Bogotá, narra cómo sacó adelante ese primer caso y cómo él y su unidad se sobrepusieron al miedo y a la incertidumbre para enfrentar un mal que está lejos de irse.

Luis Fernando Zuluaga

*Director de Hospitalización de la Subred Integrada de
Servicios de Salud Norte, Bogotá*

Levaba cinco años dirigiendo las unidades de cuidado intensivo (UCI) de la Subred Norte de Bogotá y mi trabajo transcurría con normalidad. La rutina solo había sido alterada por el relevo en la administración distrital, ocurrido el 1.º de enero de 2020, pero esos cambios no afectaban nuestro día a día en las áreas asistenciales. En una reunión de trabajo, sin embargo, salieron a relucir inevitablemente los sucesos de Wuhan, China, que ya copaban los titulares de prensa en Europa sobre una nueva enfermedad causada por un virus respiratorio. De repente, alguien lanzó la pregunta: «¿Será que estamos haciendo mucho ruido por una gripa?».

Porque la información inicial era esa: una gripa extraña que se estaba complicando por allá en el Lejano Oriente. Pero en febrero las noticias avisaban que ya el fenómeno se había extendido por Asia y Europa, y todo hacía pensar que su llegada a Colombia era solo cuestión de tiempo. Como en el cuento del pastorcito que anuncia que viene el lobo, nos comenzamos a preparar, con la esperanza de que no fuera más que una exageración de los medios de comunicación.

La realidad nos hizo aterrizar el 6 de marzo, en el Hospital Simón Bolívar, el más grande de toda nuestra subred. La noche anterior, me habían informado sobre la llegada a urgencias de un hombre de 32 años que presentaba una visible alteración de la conciencia. El reporte fue que en casa había sufrido una convulsión. Podía tratarse de una meningitis, pero cuando los exámenes salieron negativos y los médicos se enteraron de que la hermana del paciente —que era azafata y regresaba de viaje— había resultado positiva, comenzamos a pensar que posiblemente se trataba de covid-19.

En urgencias ya teníamos algunos pacientes sospechosos, porque al dolor de cabeza y a la fie-

bre, entre otros síntomas de una gripa clásica, se sumaba el hecho de que algunos acababan de llegar del exterior. Como era una enfermedad desconocida, era difícil emitir un diagnóstico, aunque presentíamos que ya estaba entre nosotros.

Inicialmente, los pacientes fueron remitidos a hospitalización en pisos, es decir, en habitaciones normales, pero el hermano de la azafata estaba más grave que los demás, por su evidente estado de somnolencia y riesgo de convulsión. Fue recibido en la UCI del octavo piso, donde podría tener las medidas de aislamiento recomendadas, en un cubículo especial con doble puerta y monitoría continua de sus signos vitales. Al día siguiente, temprano en la mañana, llamé al médico de turno de la unidad y le pregunté por la salud del paciente. «Respira bien», me contestó. Yo seguí preguntando para obtener más detalles, pero las respuestas eran poco precisas. Indagué si lo habían examinado detalladamente en la ronda de evolución, como es lo rutinario. Me respondió: «Lo miramos desde fuera del cubículo, a través del cristal». Comprendí que no se habían atrevido a entrar. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ya había dictado pautas sobre cuáles casos eran sospechosos, cómo los debíamos aislar y qué precauciones debíamos tener. Sin embargo, casi nadie se arriesgaba a aproximarse a estos pacientes. Había mucha confusión, muchas dudas y, sobre todo, mucho miedo.

Al colgar, supe que debía ir al hospital a examinarlo yo mismo para tener más claro qué debíamos hacer. No era que no me asaltaran las dudas, ni que no sintiera algo de miedo, sencillamente debía hacerlo. Ya en la unidad, ataviado con traje antifuídos de pies a cabeza, bata sobrepuesta, gorro, monogafas, máscara de plástico transparente, doble par de guantes y doble tapabocas, ingresé al cubículo. Al ver al paciente, lo encontré muy deshidratado, con la

orina escasa y concentrada y con déficit de líquidos evidente; seguía somnoliento y casi no reaccionaba a mis preguntas. Era claro que si no hubiera existido la sospecha de covid-19, este muchacho seguramente habría sido intubado la noche anterior, pero el temor y la prevención de todos ante una enfermedad desconocida habían retrasado la maniobra. Concluí luego de mi examen que, definitivamente, el paciente debía ser intubado para conectarlo a un ventilador mecánico. Ante el temor que todavía veía en las demás personas del equipo, organizamos un corto simulacro, paso a paso, de los movimientos que haríamos dentro del cubículo del paciente para no tener que repetirlos, disminuir el tiempo de exposición y el riesgo de contagio. Ya todos preparados y debidamente vestidos con nuestras escafandras, entramos al cubículo y efectuamos los procedimientos planeados.

El trabajo en los servicios de cuidados intensivos consiste en ayudar a mantener con vida al paciente que se encuentra en un muy delicado estado de salud, bien porque acaba de salir de una cirugía delicada, bien porque ha entrado muy grave por alguna enfermedad descompensada, un trauma agudo o una infección sistémica. Sea cual sea la causa, necesita que lo ayuden a mantenerse vivo, apoyando la función de uno o varios órganos vitales afectados, mientras el organismo reacciona y lentamente va saliendo de su condición inestable crítica. El paciente afectado con covid-19 se trata de la misma manera, pero requiere cuidados de aislamiento muy estrictos. Cuando usamos respiradores mecánicos con aire y oxígeno a presiones altas, algunas veces a los pacientes toca suministrarles drogas parecidas al curare, que usan los indígenas en el Amazonas, con el objetivo de paralizar los músculos del tórax y que el enfermo quede completamente entregado al respirador y sin posibilidad de moverse. Eso fue lo que hicimos: lo sedamos

completamente, lo intubamos, lo conectamos a un ventilador mecánico para ayudarlo a respirar mejor; le pusimos un catéter central en el pecho, una sonda en la vía urinaria y otra en su estómago para alimentarlo, y agregamos antibióticos y otros medicamentos intravenosos. Finalmente, revisamos de nuevo cada uno de sus sistemas y signos vitales de manera que todo estuviera controlado y estable.

Salimos de la habitación del paciente después de casi una hora de trabajo, satisfechos, dejándolo en mejores condiciones y adecuadamente monitorizado. Se sintió un ambiente de menor ansiedad y tensión entre todos nosotros. Acabábamos de demostrarnos, con nuestro primer paciente en una UCI, que era posible y seguro atenderlo como a otros, si tomábamos las precauciones adecuadas.

El siguiente paso era esperar y seguir el tratamiento, vigilando la respuesta de nuestro enfermo, examinándolo y haciéndole diariamente exámenes de laboratorio y radiografías de control para saber cómo seguía. Cada día que fue pasando íbamos aprendiendo más de la enfermedad. Aprendimos, por ejemplo, que el virus no ataca exclusivamente el sistema respiratorio, sino que, dado que básicamente obstruía con minicoágulos los vasos pequeños de los demás órganos, así como podía hacerlo con el pulmón, lo hacía con el riñón, el intestino o el cerebro, como le acababa de suceder al hermano de la azafata. Entonces, una parte importante del tratamiento consistía en suministrar anticoagulantes. La inflamación de los vasos del cerebro había provocado la convulsión y la pérdida de la conciencia. Ahora debíamos aguardar que reaccionara.

Tras unos doce días en cuidados intensivos, durante los cuales poco a poco el paciente fue mejorando, se le retiró el ventilador mecánico, comenzó a tomar alimentos y pudimos pasarlo a pisos para



continuar con su recuperación definitiva. Cuando pasé a visitarlo, pude conversar algunas palabras con él. Supe que no me reconocía y que no tenía memoria de su llegada al hospital ni de los primeros días de estadía en la UCI. Había perdido el conocimiento incluso desde antes de entrar a urgencias y lo había recuperado en la UCI. Finalmente, por fortuna fue un caso muy satisfactorio, tanto para la familia como para nosotros, porque nos indicaba que había formas efectivas de tratar la enfermedad, incluso en los casos más graves. De hecho, los familiares nos escribieron una carta muy bonita de agradecimiento, que aún tenemos pegada en la pared de la unidad como recuerdo, y nos regalaron una imagen de la Virgen María que conservo en mi oficina.

Viene el lobo

A partir de ese primer caso, continuamos como Subred Norte en los preparativos para reaccionar en todos los frentes, sobre todo en dos que eran muy importantes: qué medidas de protección debíamos seguir los médicos y el resto del personal de salud para atender a estos pacientes y cómo debíamos prepararnos logísticamente para atender la epidemia. Mientras nos esmerábamos por conseguir caretas, guantes, batas, overoles y demás elementos de protección, decidimos, por iniciativa de la Secretaría de Salud y como medida de preparación, elevar el número de camas de cuidado intensivo hasta el máximo posible, para adelantarnos a la ola de contagios que se presentaría. El reto era subir a 2000 camas UCI en Bogotá y a 15 000 en todo el país. ¿Qué podíamos hacer nosotros?

La Subred Norte tiene 26 sedes distribuidas en las localidades de Usaquén, Chapinero, Teusaquillo, Suba y Engativá. Son unidades médicas de atención de distinto tamaño y complejidad que atienden a más

o menos 3,5 millones de personas, de las cuales la mayoría son de régimen contributivo (unos 3 millones), y el resto, de régimen subsidiado, es decir, personas que no tienen cómo pagar su salud y se sirven del apoyo del Estado. Cuando comenzó la pandemia, contábamos con apenas 46 camas de cuidado intensivo de adultos. Nuestra meta inicial fue aumentarlas, por lo menos, en un 300 %. Para nuestra satisfacción, esa meta fue superada ampliamente.

La primera medida fue adaptar, en la sede Simón Bolívar, la Unidad de Pediatría para usarla con pacientes adultos. Por otra parte, convertimos la Unidad de Quemados en una unidad para pacientes de covid-19. Poco a poco, unas áreas que eran para otro tipo de cuidado intensivo, pasaron a ser de cuidado intensivo exclusivo para covid-19. Paralelamente, a algunas unidades de hospitalización y de urgencias las fuimos dotando de equipos, ventiladores y monitores hasta transformarlas en nuevas UCI. Así fue como llegamos a aumentar el número de camas de 46 iniciales a 271, a finales de julio de 2020.

Entre marzo y mayo la enfermedad se esparció en la población con cierta timidez. Eso nos dio tiempo para responder a la directriz de la Secretaría de Salud y se decidió convertir el Hospital Simón Bolívar en nuestra sede principal para los pacientes víctimas de la pandemia. Con este fin, trasladamos a todos los pacientes con enfermedades distintas al covid-19 a las sedes de Suba, Engativá y Chapinero. Sin embargo, la velocidad de propagación fue inicialmente menor de la que calculamos y por ello en esos meses el hospital estuvo listo, pero poco ocupado. Al mismo tiempo, la Alcaldía Mayor de Bogotá ideó, diseñó y montó una unidad de hospitalización de 1000 camas en Corferias, para atender pacientes que no estuvieran graves, como una forma de descongestionar los hospitales. Pero la sede de Corferias casi no se utilizó.

Más tarde, los detractores preguntarían por qué se había organizado una logística tan grande si finalmente no se había ocupado. Supongo que, como respuesta, la administración distrital pudo explicar, con razón, que justamente la precaución es así: consiste en prepararse para lo peor esperando que nunca suceda.

El esfuerzo colectivo institucional del sector salud y de la Subred Norte era grande y, además, debíamos responder a las directrices de los gobiernos nacional y distrital. Cuando entre junio y julio de 2020 empezaron a llegar a nuestros hospitales los ventiladores comprados por el Ministerio de Salud, nuestro deber era instalarlos y ponerlos en uso lo más rápido posible, máxime cuando habían sido comprados a un precio alto, dado que los fabricantes e importadores aprovecharon la oportunidad comercial ante la alta demanda. Un ventilador que se compraba antes en 25 millones, ahora costaba hasta 70 millones. Recibimos también ventiladores de tipo militar, que llegaron por una donación extranjera.

La necesidad era instalarlos para su uso de inmediato porque no se podían quedar embodegados cuando los pacientes los estaban necesitando con apremio. Así como lo hicieron otras muchas entidades públicas y privadas, en la Subred Norte instalamos ventiladores y monitores de signos vitales, y reunimos el equipo humano necesario. Eso fue lo que nos permitió, durante el primer pico, tener siempre camas disponibles, lo cual hablaba muy bien de las precauciones que tomamos y de la oportuna respuesta institucional, aunque no de la candidez de esta enfermedad todavía poco conocida.

Un 80 % de ocupación en las unidades de cuidado crítico reflejaba un volumen grande de pacientes, habitual en este tipo de servicios, pero no había personal entrenado para tantas camas nuevas que se habían creado. En consecuencia, empezamos du-

rante la pandemia a reclutar a pasos acelerados enfermeras, terapeutas, médicos generales y médicos especialistas. Muchos de ellos no habían tenido antes una experiencia en cuidado intensivo. El esquema que montamos para una UCI de 20 camas era de dos especialistas (uno experto y otro aprendiz) y médicos generales de apoyo para que pudieran atender a más pacientes. En condiciones normales, tendríamos solo médicos expertos, es decir, personas que llevaran tres, cinco o más años de experiencia en cuidados intensivos... pero no había. Pusimos médicos titulados, pero sin mucha experiencia en cuidado intensivo, para que fueran aprendiendo y ganando experticia al lado de los que ya tenían mayor trayectoria. Lo mismo sucedió con los servicios de enfermería, terapia respiratoria y otras áreas de apoyo.

Fue una escuela de aprendizaje sobre la marcha en la que los más expertos fueron enseñándoles a los novatos. Todo el personal afrontó el reto con mucha vocación, buena actitud y sentido altruista al servicio de los demás. La experiencia nos fue enseñando cómo atacar la enfermedad de manera más eficiente. Todos los días nos nutríamos de una amplia gama de artículos y publicaciones en las revistas médicas especializadas que llegaban de distintas partes del planeta. En un comienzo, la recomendación era usar antivirales, pero pronto esa opción quedó descartada por ineficaz. Luego se abrió la discusión acerca de cómo debíamos suministrar los anticoagulantes. Incluso aparecieron propuestas de disminuir el uso de los ventiladores. Hubo mucha controversia, pero poco a poco nos dimos cuenta, por la experiencia foránea y también local, de cómo se comportaba la enfermedad y de la forma más adecuada de apoyar respiratoriamente a los enfermos para lograr su recuperación. En los casos más graves, los expertos llegaron a la conclusión de que la dexametasona, un antiinflamatorio,

torio, tenía un impacto positivo en la recuperación de los pacientes, y es uno de los medicamentos múltiples que hemos estado usando en cuidados intensivos, basados en la literatura médica reciente.

Lo otro que aprendimos sobre la marcha fue la acomodación de los pacientes. Supimos que, poniéndolos a respirar bocabajo oxigenaban mejor. Entonces mandamos a hacer espumas para que los pudiéramos poner bocabajo sin que se les marcaran zonas de presión en los hombros y el pecho. Parecía sencillo, pero no lo era. Por comorbilidad, la mayoría de los pacientes eran obesos. Voltar una persona de 100 o 120 kilos, totalmente relajada, es una tarea difícil, porque en este caso es necesario alternar: 16 horas bocabajo por 8 horas bocarriba. Y así durante cuatro, cinco días, una semana, hasta que el pulmón empiece a mejorar.

Guerra de nervios

La crisis que surgió dentro de la población en general a raíz de la llegada del covid-19, también la sentimos nosotros dentro de la comunidad médica. Apenas empezó la pandemia, muchos trabajadores de la salud comenzaron a renunciar. No querían exponerse, sobre todo los médicos que tenían más de 55 años. Hubo un pánico generalizado. Todo el mundo quería irse. Poco a poco, nos fuimos calmando, haciendo énfasis en que, usando bien los elementos de protección personal, sí podíamos trabajar. Algo que también ayudó mucho fue la decisión institucional de mejorar los honorarios de los trabajadores de salud, que se incrementaron entre un 20 % y un 30 %. Médicos, enfermeras, terapeutas respiratorias y auxiliares que no trabajaban normalmente en cuidado intensivo decidieron ayudar porque les resultaba más rentable.

Por otro lado, cuando se declaró la pandemia, la Secretaría de Salud de Bogotá y el Ministerio de

Salud emitieron directrices para que los hospitales cancelaran las cirugías y consultas programadas, con el objetivo de concentrar todos los recursos humanos y logísticos en la atención de pacientes con covid-19. Así, se suspendieron los servicios de odontología, las cirugías estéticas y las intervenciones que no fueran de urgencia. De este modo se logró, de un momento a otro, que toda la gente que hacía ese tipo de trabajo en salud quedara disponible. Cirujanos de corazón, anestesiólogos, cirujanos urólogos y ortopedistas, entre otros, que vivían de la consulta y la cirugía programada, también comenzaron a ayudar. Se juntó la necesidad de ellos por trabajar con la necesidad de nosotros de entrenar gente para ponerla al frente de los pacientes con covid-19, al lado de la gente que ya tenía más experiencia.

En algunas zonas del país hubo más problemas que en otras, porque no había UCI, ni camas, ni ventiladores. Cuando llegaron los ventiladores a Leticia, no había especialistas que se fueran a trabajar a esa ciudad. La decisión del gobierno fue mandar algunos pacientes graves a Bogotá o a las capitales de los departamentos más próximos. Aun así, nuestra capacidad instalada nos ha permitido atenderlos a todos sin alcanzar el 100 % de ocupación.

En octubre del 2020, la ocupación comenzó a bajar hasta alcanzar el 50 %. Y así se había mantenido hasta que empezó el rebrote, a comienzos de diciembre. La variación respecto al primer pico pandémico es que se estaban infectando personas más jóvenes, que salieron a las calles sin obedecer las medidas de cuarentena porque no les había pasado nada. Quizás pensaron equivocadamente que tenían la posibilidad de enfermarse, pero no de morir. Los jóvenes, que por su propia naturaleza se creen inmortales, básicamente se cansaron del encierro. Lo malo fue que se convirtieron en un potente vehículo de diseminación.

Se fueron de rumba y de paseo, volvieron a la casa y les llevaron el covid-19 a los abuelos o a los papás.

El resultado es que este segundo brote fue mucho más acelerado en el número de casos. Con un agravante: en junio del 2020 casi no teníamos pacientes con otras enfermedades, de manera que pudimos concentrar la gente y los recursos en atacar el virus, pero en diciembre se juntó el covid-19 con los heridos en accidentes de tránsito, con las víctimas de atracos, con los borrachos y con los quemados. La apertura aumentó la atención de casos no relacionados con el covid-19, de forma que ahora tenemos casi igual número de casos de covid-19 como de otras enfermedades. En la actualidad, la Subred cuenta con 290 camas de cuidados intensivos: 70 son para pacientes que no tienen covid-19 y 220 para los que sí tienen covid-19. Esas dos franjas se han situado en los días más altos por encima del 90 % de ocupación en toda la ciudad de Bogotá.

Lo que desnudó la pandemia

En Colombia el manejo técnico de la pandemia ha sido, si no perfecto, muy bueno. Y tiene que ver con habernos adelantado a la enfermedad. Con la alerta temprana, tuvimos algún tiempo para prepararnos. Se empezaron a tomar previsiones y por eso mismo en el contexto de Latinoamérica no nos ha ido tan mal como a otros países, a pesar del inmenso costo económico y el enorme precio que hemos pagado en vidas, no solo de pacientes, sino también de trabajadores de la salud.

Por primera vez, prestadores de servicios de salud privados y públicos reaccionaron como un solo sistema de atención. Generalmente los privado siempre se han enfocado en los estratos altos de la población, y la Secretaría de Salud, con sus Subredes de Servicios, atiende a los grupos más débiles en su

capacidad económica. Pero en esta ocasión se logró una solidaridad sorprendente por la decisión de la Secretaría de Salud de tomar el control de todas las UCI. Eso nunca había pasado. Ante una pandemia como esta, es necesario que la administración distrital tome el control de los recursos, tanto públicos como privados. Eso se logró y ha funcionado bien. Los pacientes van de una clínica a otra, de un hospital a otro, sin importar si su régimen es contributivo o subsidiado, si son ricos o pobres. En este sentido, ha sido un proceso democratizador: hay pacientes pobres que han sido muy bien atendidos en las instituciones privadas. Paralelamente, el equipo humano que trabaja en salud ha dado la talla ante el desafío y, mediante entrenamiento y cursos acelerados de cuidado intensivo, se adaptó rápidamente.

Pero, así como la pandemia desnudó la solidaridad, también dejó al descubierto el desequilibrio en la distribución de los recursos. En Colombia la desigualdad es evidente. En Bogotá, en las zonas del norte hay concentración alta de instituciones de salud, pero en departamentos como Chocó y Amazonas, en cambio, hay muy pocos médicos en cada pueblo. A pocas horas de viaje saliendo de Bogotá, ya no hay UCI, ni especialistas, ni hospitales, ni laboratorios, mientras que en la capital hay concentración de clínicas, laboratorios de última generación y equipos médicos de alto nivel. El contraste ha sido evidente y ha puesto en evidencia la inequidad rampante en lo social y en lo económico, que también se ve en los servicios del sistema de salud.

Desde el punto de vista médico, la pandemia también ha dejado ver ciertas tendencias; por ejemplo, los tres grupos de mayor riesgo son los adultos mayores, los obesos y los hipertensos. Llegan como casos sospechosos, con tos y fiebre, pero rápidamente, en cuestión de un día o medio día, se agravan

hasta entrar en una fase crítica completa, y toca remitirlos a la UCI, intubarlos y conectarlos a un respirador. La enfermedad suele agravarse muy rápido y esto los pone de cara a la muerte. Sin embargo, la mortalidad por covid-19 en Colombia ha sido más baja de lo esperado inicialmente. Las expectativas sobre quienes llegaban a la UCI apuntaban a una probabilidad de muerte de un 30 %. En la Subred Norte, la mortalidad se ha mantenido entre el 20 % y el 25 %, lo cual quiere decir que los resultados están dentro de lo presuestado.

La salud mental

Otro factor que ha incidido es haber perdido el miedo al contagio. Los primeros meses, médicos y enfermeras tenían mucho temor. Había mucha desconfianza y no estábamos lo suficientemente entrenados en el uso de tantas barreras de protección que a veces nos hacen ver como astronautas. Con el paso del tiempo, la desconfianza ha bajado. Incluso, el personal de salud se ha relajado —en ocasiones en exceso—, entre otras causas porque están agotados de casi un año de pandemia, con jornadas interminables, vestidos incómodos y un hastío que comienza a hacer mella en la psiquis, reflejado en un aumento importante en la incidencia de trastornos de salud mental.

Por lo anterior, en la Subred Norte se creó el grupo de soporte Conscientemente. Se trata de un programa mediante el cual se acompaña tanto a los familiares de los pacientes como a los trabajadores de salud para detectar y tratar el grado de afectación que han sufrido durante la pandemia. Los médicos estamos acostumbrados a tratar pacientes graves, pero nunca a ese ritmo. Hubo días en que amanecían hasta 25 muertos en la morgue y eso a todos nos golpeó anímica y emocionalmente.

Lo otro que es muy duro ver es la soledad de los pacientes. Como se prohibieron las visitas, los pa-

cientes que se hospitalizan con sospecha de covid-19 se quedan muy solos, sin visitas durante semanas, incluso hasta por meses. Montamos unos sistemas para hacer videollamadas con las familias, pero esto tenía sus limitaciones: en medio de tanto aislamiento y tanta máscara y tapabocas, no nos veíamos las caras. Muchos pacientes murieron sin la compañía de sus familias y eso fue muy triste. En general, a la gente mayor se le agudizó la soledad, la misma que nos afectó a todos.

Sin embargo, en medio de tanto drama y dolor, el contraste fue ver cómo pacientes que tenían todas las probabilidades de morir salieron adelante y ahora están en sus casas con sus familias. Fue muy satisfactorio verlos recuperarse y salir vivos del hospital.

A la carta de agradecimiento de los familiares de nuestro primer paciente en UCI se han sumado reacciones muy bonitas, como el reconocimiento y la solidaridad de los ciudadanos hacia los médicos. Pero también, otras muy feas, como los anónimos en los que les pedían a los médicos que se fueran del edificio donde vivían. Así es la condición humana, y este tipo de pandemias saca todo eso: lo bueno, lo mejor, pero también lo malo en algunos seres humanos.

Ha habido también muchos momentos de crisis, por el sacrificio de los trabajadores de la salud para poder sobrepasar esta pandemia: turnos extenuantes, incluso de más de 24 horas continuas, más la preocupación de llevar la enfermedad a sus familias.

Finalmente, todas estas tareas y maniobras de adaptación del sector salud han dado un resultado positivo. Eso sí, a un costo enorme. Vencer el miedo nos ha ayudado a sobrellevar la pandemia de la mejor forma posible, pero más de mil médicos y auxiliares de la subred han terminado infectados, incluido quien esto escribe. La mayoría ha tenido síntomas leves o han sido asintomáticos, pero también hemos

sufrido la muerte de dos conductores de ambulancia, varios enfermeros, una médica y un especialista neonatólogo.

A comienzos de la pandemia, la Gerencia de la Subred Norte creó una junta técnico-científica y administrativa que llamamos Sala Situacional de Covid-19. Durante la etapa más dura de la crisis, sesionaba día de por medio. Revisábamos las estadísticas para saber cómo estábamos de personal, de tubos, de sondas, de ventiladores... Mirábamos todos los aspectos. A medida que fue mejorando el panorama, las sesiones de aplazaron para una vez por semana, y luego, una por mes. En la reunión de diciembre del 2020, sin embargo, notamos que las cifras habían comenzado a cambiar. El aumento en el número de contagios nos hablaba de que se venía un rebrote, por las aglomeraciones de la Navidad y por el descuido de los habitantes en mantener las precauciones. Y ahora estamos otra vez en alerta roja, con reuniones diarias para saber cómo vamos, a la espera de que las cifras sean de nuevo benévolas. El lobo continúa entre nosotros.

”

A LA CARTA DE AGRADECIMIENTO DE LOS FAMILIARES DE NUESTRO PRIMER PACIENTE EN UCI SE HAN SUMADO REACCIONES MUY BONITAS, COMO EL RECONOCIMIENTO Y LA SOLIDARIDAD DE LOS CIUDADANOS HACIA LOS MÉDICOS. PERO TAMBIÉN, OTRAS MUY FEAS, COMO LOS ANÓNIMOS EN LOS QUE LES PEDÍAN A LOS MÉDICOS QUE SE FUERAN DEL EDIFICIO DONDE VIVÍAN. ASÍ ES LA CONDICIÓN HUMANA, Y ESTE TIPO DE PANDEMIAS SACA TODO ESO: LO BUENO, LO MEJOR, PERO TAMBIÉN LO MALO EN ALGUNOS SERES HUMANOS.

CAMINOS DE ESPERANZA



«¿Cómo voy a dejar sin servicio de salud a mis más de 160 000 afiliados?». Esa fue la primera pregunta que se hizo Martha Castaño Vergara, gerente de Caminos IPS Cartagena cuando el gobierno ordenó el confinamiento generalizado. No solo no podía dejar de atender, sino que no era momento para que sus médicos, odontólogos y colaboradores administrativos quedaran sin empleo. Contra toda lógica, ella y su equipo no solo le pusieron la cara a la emergencia, sino que multiplicaron los recursos para fortalecer la atención, poner a la institución en boca de todos y hasta fundar nuevas sedes.

Martha Castaño Vergara
Gerente de Caminos IPS, Cartagena

«No puedes cerrar», pensé por instinto. «No puedes cerrar». Una voz interna me lo repetía una y otra vez. «No puedes cerrar». No sé si ustedes sean creyentes. Yo sí. Y mucho. En una esquina de mi oficina, tengo un pequeño altar dedicado a la Virgen de Fátima, a la que le hablo permanentemente. Creo que ella es la que responde a mis plegarias. De pronto son *diosidades*, es decir, regalos de Dios. «Virgencita, ilumíname», le digo. Y entonces escucho, en el fondo de mi corazón: «No puedes cerrar».

Cuando salió el decreto de aislamiento total, a finales de marzo del 2020, yo llevaba apenas un mes en la Gerencia de la institución prestadora de servicios de salud (IPS) Caminos. Había cumplido 23 años en la entidad promotora de salud (EPS) Mutual Ser, donde trabajé desde que me gradué de médica; allá hice mi carrera, completé mi maestría y me formé para ser lo que soy ahora: una apasionada por la salud pública. Pero necesitaba nuevos retos. «He pasado aquí mis mejores años, todo lo que sé se lo debo a ustedes, pero necesito volar», le dije a mi jefe de entonces. Quería vivir la medicina en el campo de batalla. Estrené la Gerencia de Caminos en febrero y al mes empezó el pico de la pandemia. ¡Imagínense! Recién ingresada y me reciben con este totazo. La verdad es que en la institución nadie lo vio venir.

En principio, el confinamiento fue interpretado como que debíamos cerrar y concentrarnos en la atención virtual. Pero no solo no estábamos preparados para la atención virtual, sino que no había manera de no seguir atendiendo personalmente. ¿Qué pasaría con los 169.000 afiliados que dependen del servicio de la institución? ¿Y qué pasaría con nosotros mismos? Muchos de nuestros médicos y odontólogos entraron en pánico porque creían que iban a perder el trabajo; en especial los odontólogos, quienes, por el riesgo de aspersión que implican

sus procedimientos, fueron los primeros en dejar de atender en consultorio para limitarse a las urgencias. Me tocó coger el toro por los cuernos: «De aquí nadie se va a ir», les dije.

Era un tema de responsabilidad social, no solo por los colaboradores y sus familias, sino también por la red de prestadores de urgencias a quienes les iba a caer toda la carga. Así se lo hice saber a nuestros clientes y a la organización. Como tuve que reaccionar muy aceleradamente al caos, muchas de las decisiones que tomé no las alcanzaba a consultar. Solo tiempo después, cuando leyeron los informes, se enteraron de las maromas que habíamos hecho para responder a las exigencias de una crisis que ninguno había vivido antes.

Tuvimos que atacar todos los frentes al mismo tiempo: decidir sobre los protocolos de bioseguridad para nosotros, resolver cómo sería la atención presencial y montar en tiempo récord la atención virtual. Al principio, como no teníamos mucha información al respecto, todos nos la pasábamos disfrazados de astronautas. Hasta los administrativos y los chicos de comunicaciones se ponían gorros, gafas y trajes, en mi desespero por protegerlos. Luego comenzamos a entender que los administrativos debían tener conductas distintas a las de los médicos, y fuimos aprendiendo cómo movernos.

Decidimos que la mitad del personal trabajaría virtualmente y que la otra mitad lo haría de manera presencial. Con ayuda de la coordinadora asistencial, implementamos rápidamente el servicio por teleconsulta. La EPS Mutual SER nos facilitó sus sistemas de comunicación para enviar mensajes masivos a todos los afiliados con el fin de advertirles que se quedaran en casa, que Caminos IPS los iba a atender a través de una determinada línea telefónica. Esa línea estaba conectada a la troncal de Mutual, pues nuestra

troncal no tenía la capacidad requerida. Mientras tanto, a los presenciales los recogía en camionetas en la puerta de la casa, les daba almuerzo para que no tuvieran que salir y luego los devolvía a sus hogares en la misma camioneta. En tan solo un mes bajamos la atención presencial en un 60 %.

Minimizamos los puntos de riesgo. Montamos un servicio a domicilio 24 horas y nuestro propio servicio de ambulancia. Eso significaba tener médicos, auxiliares, enfermeras, fisioterapeutas, etcétera, disponibles permanentemente. Si alguien llamaba a decir que tenía fiebre, le mandábamos un médico. Si el paciente ameritaba hospitalización, lo transportábamos a la clínica en nuestras ambulancias. En la medida de lo posible, les llevábamos los medicamentos a la casa, salvo a los que tocaba atender presencialmente, como los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y artritis reumatoide, por ejemplo. Pero incluso ellos solo podían asistir bajo ciertas condiciones: si no controlábamos a los pacientes con EPOC, si no les realizábamos sus terapias, esos mismos enfermos tarde o temprano irían a congestionar las unidades de cuidado intensivo (UCI) que tanto necesitábamos para los enfermos de covid-19.

A algunos de los pacientes con artritis reumatoide es necesario aplicarles los medicamentos en la clínica, porque son procedimientos intravenosos o subcutáneos que difícilmente los pueden realizar ellos mismos en casa. Y si hacen un paro cardiorrespiratorio, no es lo mismo reanimarlos en la clínica que en sus hogares. Diseñamos un protocolo muy estricto para ellos, incluido el transporte en camionetas que los llevaban a las terapias y luego los devolvían a sus casas.

El presupuesto se me disparó de una forma horrible, pero no era el momento de ahorrar, sino de producir y explorar cada oportunidad en el sistema,

por más riesgosa que fuera. Como se lo fui repitiendo a todo el mundo, era una cuestión de humanidad, de responsabilidad social.

Comencé a mover las cifras de una u otra forma hasta que les dije a mis directivos: «Vamos a "vender covid-19". Vamos a hacer toma de muestras».

Implementamos este servicio porque el Estado necesitaba apoyo para detener la infección, identificar la transmisión de los casos positivos, lograr el aislamiento y disminuir la propagación; también para hacer los certificados de defunción y realizar los embajes de los fallecidos, de modo que las funerarias los pudieran recoger y darles sepultura. Si nosotros no lo hacíamos, nadie recogía el cadáver.

En el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias (CRUE) de Cartagena nos invitaron a un entrenamiento, y yo envié a un equipo de fisioterapeutas. El coordinador asistencial y yo también fuimos para entender cómo era ese proceso. Fue durísimo, porque el embalaje de un cadáver implica que hay que hablar con los familiares y a ellos les toca ayudar al equipo médico, sobre todo cuando se trata de una persona obesa, pero es difícil que te observen o te ayuden a taponar los orificios con algodón y alcohol. Sin embargo, más duro habría sido que la familia no pudiera recoger a su familiar ni darle una sepultura. Había que meter el cuerpo en doble bolsa porque podía ser contaminante. Y, además, tomarle unas muestras, hacer un certificado de defunción y una autopsia verbal. Nuestros médicos se portaron como verdaderos héroes. Además, humanizamos el proceso con el diseño y entrega unas tarjetas de condolencia. Aun así, era muy doloroso para los familiares y para los propios médicos.

Ahora se trataba de meternos en la tarea de hacer nosotros directamente las pruebas. Llamé a un amigo que tenía una empresa, Cuidado Seguro en

”

SI BIEN ES CIERTO QUE
CUANDO COMENZÓ LA
PANDEMIA LA CIUDAD
ENTRÓ EN CAOS,
NOSOTROS NO. YO
ENTENDÍ QUE MI PAPEL
COMO LÍDER ERA NO
PERDER EL CONTROL.



Casa, que ya estaba haciendo pruebas de covid-19, y le pedí que entrenara a mi equipo. Las fisioterapeutas se entrenaron en los protocolos de toma de muestras y bioseguridad, y en 24 horas montamos el servicio. Conseguí el transporte con otra amiga, a la que le advertí: «Véndemelo a precio de huevo, gánate lo mínimo, esto es un tema social». Ella entendió y se metió en el cuento. Eso era lo bonito. Todo el mundo estaba dispuesto a poner de su parte. Por supuesto, sin el apoyo inicial de la EPS Mutual SER todo esto no habría sido posible. Ellos nos llenaron de confianza.

Y entonces salimos a la calle a realizar pruebas. Como yo soy obesa, muchos me insistían en que lo mejor era que me quedara en casa. ¡Pero yo no me podía encerrar! ¡Cómo iba a bajarme de ese avión! No podía. Mi mamá me llamaba todos los días: «Hija, por favor». Y yo le contestaba: «No puedo, siento que no puedo». Lo que sí hice fue cuidarme, aprender a no acercarme, a no abrazar, a no tocar, a llevar el tapabocas permanentemente y a exigir eso mismo de los demás hacia mí. A mi pobre marido y a mis hijas les decía: «Ustedes se me desnudan en la calle, ustedes así no entran». Mi marido, para dormir conmigo, tenía que bañarse. Fue una rutina aburridora a la que tuvimos que acostumbrarnos.

También nos enfrentamos con reacciones que no esperábamos. Había gente agresiva y egoísta que no entendía la dimensión de lo que estábamos viviendo. En una ocasión me tocó decirle a un señor: «Le pido que se ponga el tapabocas y que conserve la distancia». A lo que él respondió, como si lo hubiera insultado: «¿Y tú quién te crees: la reina?». Ese tipo de reacciones fueron disminuyendo poco a poco hasta que la gente entendió que tenía que cuidarse y cuidar a los demás. Hoy todavía veo con tristeza la falta de compromiso de algunos.

Yo reunía a mi equipo de covid-19 a las siete de la mañana, antes de salir, y luego los aplaudía a las cuatro de la tarde, cuando regresaban, para darles ánimo. Había mucho temor al contagio, pero, al mismo tiempo, un compromiso irrenunciable. Los primeros que aplicaron las pruebas fueron los odontólogos, porque tenían el conocimiento del aparato nasobucal y sabían manipular los hisopos. Y trabajaron con todo el amor y el profesionalismo posible, hasta que me enteré de que uno era hipertenso, y el otro, diabético. ¡Madre mía! Los retiré de la toma de muestras de inmediato. Por fortuna, ya habíamos contratado fisioterapeutas para remplazarlos.

Cuando el Instituto Nacional de Salud diseñó el cerco epidemiológico como una de las estrategias para frenar el covid-19, me di cuenta de que iba a necesitar un epidemiólogo «de raza mandaca». Llamé a mi amigo Rafa, que en ese momento estaba desempleado y era un experto en el tema. Le dije que me diera una mano en el campo de batalla con las cifras epidemiológicas y demás, porque yo sola no podía. Lo contraté a precio de huevo, porque no había más. A él no le importó: «Voy pa esa contigo», respondió. Rafa resultó tan bueno, que el Departamento Administrativo Distrital de Salud (Dadis) terminó nombrándolo como epidemiólogo del cerco.

Las EPS pusieron sobre la mesa a todas las instituciones prestadoras de salud (IPS) que atendían covid-19. Aparecieron 20 empresas. Nos distribuyeron por barrios y fuimos de casa en casa a hacer la tarea. Hoy puedo contar con orgullo que Caminos IPS es una de las dos empresas que todavía hacen cerco. Las demás se fueron probablemente por razones financieras, pues las tarifas que el gobierno definió son muy bajas para todo el esfuerzo. Esta perseverancia ha permitido dar a conocer a Caminos IPS en toda Cartagena.

Ante todo, mucha calma

Si bien es cierto que cuando comenzó la pandemia la ciudad entró en caos, nosotros no. Yo entendí que mi papel como líder era no perder el control. Caminos tiene seis sedes en Cartagena, de las cuales tres son principales. Nos propusimos no cerrar ninguna para no aumentar la crisis en las urgencias, es decir, no generar más hospitalizaciones de las que fueran a ocurrir por el virus. La atención domiciliaria 24 horas nos ayudó muchísimo a lograrlo. En el primer mes de la pandemia atendimos en casa a 366 pacientes; en octubre, a 80. La curva fue bajando. Aparte de eso, hemos tenido médicos que van a atender a los pacientes con covid-19 a la casa y, gracias a Dios, no se nos ha muerto ningún paciente, ni siquiera los que ameritaban hospitalización, porque habíamos coordinado previamente con las UCI —entre ellas la de Crecer—, para que los recibieran. Inmediatamente los trasladábamos a la UCI en nuestras propias ambulancias. Ha sido un trabajo superbonito de atención ambulatoria.

El servicio de covid-19 nos exigió montar también nuestro propio laboratorio. Eso fue increíble. Se lo propuse al director del laboratorio al que solíamos contratar, y me entregó su laboratorio en arriendo, me entendió la idea. No teníamos muchas alternativas. Le dije: «O nos unimos o nos morimos. Tengo que montar un laboratorio pero no tengo experiencia y, si te quito el contrato, tú te perjudicas». Y entonces nos organizamos y ahora trabajamos en equipo en nuestro laboratorio, en el que hacemos pruebas de antígeno y serológicas.

Desde el punto de vista de la atención, no ha habido crisis; la crisis la vivimos nosotros, soportando la carga emocional y de trabajo, porque el trabajo se triplicó. Con nuestros auxiliares, nos pasábamos toda la noche llenando documentos. Había reuniones

virtuales diarias con la EPS, todo el mundo quería tener cifras y la Superintendencia exigía informes diarios. Entonces tuve que nombrar un ingeniero solo para covid-19, para que tabulara las bases de datos. Había reuniones cada minuto: cuáles metas, cuántas pruebas... Eso generó mucha presión y una especie de 'virtualitis', pero en general pudimos controlar muy bien las situaciones hasta hoy y esperamos seguir hasta que sea necesario.

El fantasma de la enfermedad

Hubo dos episodios que me derrumbaron. El primero fue la muerte de la esposa de uno de mis ingenieros. Murió siete días después de haber dado a luz, y fue dolorosísimo. El segundo fue la muerte de un médico dermatólogo, al que no se le pudo confirmar si fue muerte por covid-19. En cualquier caso, era uno de los nuestros y lo lamentamos mucho. Yo lo tenía resguardado en la casa. Pertenecía al grupo de atención virtual. Y aun así creo que terminó contagiado. Lo que puedo decir es que ningún miembro de mi equipo presencial se contagió. Los que se infectaban, no lo hacían en la institución, sino porque salían al cajero, porque algún familiar llevaba el virus a casa o porque le compraban comida al carretillero de la esquina.

Entre el equipo presencial, lo que cundió fue el miedo. De los 92 trabajadores que entraron en cuarentena, solo el 56 % resultó positivo. El resto se enfermó de miedo: «Doctora, me estoy ahogando», «Doctora, me siento mal». Les hacíamos la prueba y resultaba negativa. Era un temor generalizado. Hubo pediatras que me dijeron que no iban a hacer consultas presenciales porque temían contagiarse. Yo les contesté: «Miren, esto es lo que estamos aprendiendo: si ustedes se cuidan y atienden los protocolos y permiten que nosotros los cuidemos haciendo

desinfección constante de los consultorios entre cita y cita, ustedes pueden atender». Y su colaboración era muy necesaria porque a un adulto lo pueden entrevistar por internet o por teléfono, hacerle preguntas sobre los síntomas y sobre su estado en general, pero a un niño no se le puede preguntar porque no va a entender.

Los médicos se comprometieron cuando les aseguré que yo también sentía el mismo miedo y que, aun así, venía todos los días a trabajar. «Aquí lo que toca es cuidarse responsablemente, y no solamente ustedes, sino también sus familias, pero no podemos parar». Todos me entendieron y afortunadamente no hemos tenido eventos adversos en ninguno de nuestros programas de riesgo.

Mi obsesión era cómo mantener la productividad para que ellos no perdieran sus empleos y pudieran llevar comida a su casa, porque dentro de las propias familias de los médicos y de los colaboradores sí hubo pérdidas de empleo y el ingreso disminuyó. Hemos sido tan productivos que hasta pudimos abrir una sede en Barranquilla. Me acuerdo de eso y me hace llorar de la emoción. Yo soy barranquillera, pero vivo en Cartagena desde 1997, año en que salí por la violencia que se vivía en El Carmen de Bolívar, donde trabajaba entonces. Al que era mi suegro lo asesinaron y a mí me tocó salir corriendo. Yo no había tenido la oportunidad de trabajar para mi gente. Ese era un dolor que llevaba en silencio en mi corazón. Pero Dios me regaló la oportunidad en pandemia. Aunque Barranquilla está llena de IPS, creo que fui la única en abrir atención domiciliaria 24 horas para dar apoyo a pacientes con covid-19.

También estamos a punto de abrir una sede en Soledad, Atlántico, para atender a pacientes con obesidad. Es un programa integral que la IPS está trabajando desde hace más de cuatro años para combatir

los problemas de sobrepeso, a los que no se les había puesto mucha atención. Yo, igual, les insistía: «Ustedes perfeccionen el programa, porque la obesidad es una enfermedad terrible que cada día está creciendo más y seguro algún día nos darán un contrato». Y dicho y hecho. Preocupados por las comorbilidades del covid-19 asociadas a la obesidad, estamos negociando el primero, que ejecutaremos no solo en Soledad, sino también en Barranquilla, en Cartagena y donde Dios nos quiera llevar.

La cultura del amor

Un día que llegué a las puertas de mi oficina, en el barrio La Consolata, en Cartagena, y me enfrenté a un paciente que me preguntaba con enojo si me creía la reina, me di cuenta de que debíamos trabajar la cultura del amor. Esas reacciones violentas frente a instrucciones simples no las veía como normales, sino como signos de falta de amor. Entonces me inventé el concierto del amor. Convocamos a todos los médicos que quisieran sumarse a la causa y logramos reunir una veintena de artistas que tocaban sus propios instrumentos con voces privilegiadas. La primera edición fue en septiembre del 2020 y tuvo tanto éxito que lo vamos a repetir a partir de ahora todos los años en el mes del amor y la amistad.

Luego nos inventamos un concurso en el que animábamos a los usuarios a ganar bailando en familia con Caminos IPS. Acababa de llegar el huracán a Cartagena y hubo quien dijo que no era el momento de un concurso de baile. Yo dije: «Precisamente: a la gente hay que sacarla del dolor, activarla. Ojalá alguien se gane cuatro millones, que de algo le sirven». Conseguimos patrocinio de un lado y de otro, de laboratorios y clínicas, y reunimos cuatro millones de pesos para un premio, tres computadores portátiles y una *tablet*. Contratamos a El Dandy y a El Tremendo,

que son un cantante de champeta y un *DJ* de champeta, respectivamente, y son expertos en mover a la gente. Yo quería llegarle a la gente subsidiada, pero también quería que los del régimen contributivo vieran lo que estábamos haciendo. Escogimos la champeta *El conteo*, que dice así: «Cinco son mis dedos y a tres no llegó el conteo». El coro dice: «Familia es familia y un amigo no debe morir jamás y un amigo no traiciona». Y como el eslogan de Caminos es «Hacia la salud de tu familia», la canción cayó como anillo al dedo.

Todas estas estrategias, en medio de tanto dolor, han servido para dar a conocer a Caminos. Cuando yo llegué, era una institución desconocida, ignorada. Ya no. Lo que nos ha dejado la pandemia ha sido una unión a toda prueba de los departamentos con sus equipos, de los médicos con sus pacientes, de los usuarios con sus instituciones y de las instituciones con sus colegas. Ni una persona a la que acudí me dijo que no. Así no solo conseguimos conservar los empleos, sino multiplicarlos.

Nuestros odontólogos, que eran los de mayor riesgo de quedar vacantes, se pusieron a estudiar, a llamar a los pacientes, a hacer cosas diferentes a la odontología. Era nuestra manera de ser solidarios. El equipo de tecnología y comunicaciones no durmió en un mes. Compramos como cien celulares y un canal de datos, porque todo se volvió virtual. Entendimos que había que meterle tecnología. Compramos un servidor en la nube de gran capacidad porque los computadores se quedaban pegados. Incluso diseñamos un *software* exclusivo para covid-19. Con ese programa podemos hacer informes en línea en tiempo real.

Hicimos un plan de acción virtual que hoy funciona óptimamente. La idea es ingresar de lleno en la era de la virtualidad con un servicio que pueda ven-

der a todo el país y montar un servicio de telemedicina completo, a partir de la experiencia que nos ha dejado la pandemia.

Yo comencé en la Gerencia con 200 colaboradores; hoy tenemos 366. En vez de bajar los recursos, los hemos incrementado, porque lo que hicimos fue apoyar a la gente y generar empleo para sostener toda la dinámica de prestación de servicios. Nuestros líderes no se imaginan lo que tuvimos que hacer para ir sobrellevando esta pandemia con el profesionalismo que las circunstancias exigían. Yo, la verdad, tampoco les pedí mucho permiso. Cuando finalmente pude redactar los informes con calma y hablarles de las cuentas, de los contratos, de la puesta en marcha de la sede de Barranquilla, alguien muy importante me dijo: «Pusiste la vara alta». Esa frase ha sido el mejor regalo que he recibido en medio de la pandemia, y llegó justo cuando las fuerzas se estaban debilitando. Son regalos que vienen de allá arriba, *diosidades* que te permiten saber que vas por el camino correcto.

”

LOS MÉDICOS SE COMPROMETIERON CUANDO LES ASEGURÉ QUE YO TAMBIÉN SENTÍA EL MISMO MIEDO Y QUE, AUN ASÍ, VENÍA TODOS LOS DÍAS A TRABAJAR. «AQUÍ LO QUE TOCA ES CUIDARSE RESPONSABLEMENTE, Y NO SOLAMENTE USTEDES, SINO TAMBIÉN SUS FAMILIAS, PERO NO PODEMOS PARAR».



EL DÍA QUE ESTRENAMOS LA UCI

Sin infraestructura y sin ventiladores, apenas con tanques de oxígeno que tocaba recargar en Cali o en Yumbo, el gerente y el personal médico del Hospital Luis Ablanque de La Plata, en Buenaventura, asumieron el pico del contagio con un coraje que sorprendió a los propios pacientes. Luego, con la ayuda de la Alcaldía y del Ministerio de Salud, se entregaron a adecuar los espacios, dotarlos con equipamiento biomédico y conseguir el talento humano para poder inaugurar la primera unidad de cuidados intensivos pública de Buenaventura, una obra que no solo ha permitido sortear la pandemia, sino que, además, mejorará ostensiblemente el servicio de salud de la ciudad portuaria. Esta es la historia de cómo lo lograron.

Julio Gómez Villarreal

*Gerente del Hospital Luis Ablanque de La Plata,
Buenaventura*

El 1.º de abril de 2020 asumí el cargo de director del Hospital Luis Ablanque de La Plata, en Buenaventura, y encontré, en medio de la pandemia por coronavirus, que no teníamos cómo atender a los pacientes que llegaban respirando mal: no había una unidad de cuidados intensivos (UCI), menos una cama para ellos ni ventiladores, solo balas de oxígeno recargables.

Así que mi primera sorpresa fue esa. «Se acabó la bala de oxígeno», me decían. «¿Cuál bala?», preguntaba yo. No podía creer que el hospital que debía atender pacientes de mediana complejidad, en medio de una pandemia, con cifras que iban creciendo, no tuviera la infraestructura para afrontar la crisis.

Después de que el gobierno nacional decretara la cuarentena en todo el país, y en vista de que el volumen de pacientes con covid-19 aumentaba en Buenaventura, con el apoyo del alcalde, Víctor Hugo Vidal Piedrahíta, iniciamos la construcción de una hoja de ruta para la adecuación, dotación y puesta en funcionamiento de la UCI, pues el distrito no contaba con una sola cama en la red pública.

Verificamos que nos hacía falta cumplir muchos requisitos para habilitar los servicios de salud y para poder ofrecer cuidados críticos, entre ellos, una red contra incendio, el certificado de Reglamento Técnico de Instalaciones Eléctricas (Retie), una red de gases medicinales, una central de monitoría y un circuito cerrado de televisión. El hospital no contaba con los requerimientos mínimos, solo con unas pocas balas de oxígeno que tenían que ser recargadas en Cali o en Yumbo por nuestro proveedor, Amanecer Médico, para atender a los pacientes críticos.

Como gerente del hospital, debía hacer algo, no podía depender de balas de oxígeno; los pacientes necesitaban atención urgente porque un problema respiratorio no puede esperar. También supe, en esa

semana, que las balas recargadas debían ir y volver a Yumbo, a tres horas por carretera, en medio de los cierres de la cuarentena y los problemas de movilidad.

Una de las principales diferencias entre un puesto de salud y un hospital está en la capacidad de almacenamiento y distribución del oxígeno dentro de la infraestructura hospitalaria. Es así: si solo hay balas de oxígeno, estamos hablando de un puesto de salud; si hay un tanque criogénico, es un hospital. Este tanque de almacenamiento de oxígeno permite llevar un control del consumo y almacenar grandes cantidades de este elemento vital, verificando en tiempo real su disponibilidad, todo monitoreado vía satélite por el proveedor. Y nosotros, se supone, éramos un hospital.

Ese fue mi primer gran desafío. Además, debíamos recibir las remisiones de los municipios cercanos. El Hospital Luis Ablanque de La Plata no solo atiende a los pacientes del distrito de Buenaventura, sino a cerca de 700 000 personas en el área de influencia, pues se trata de un punto estratégico en la costa del Pacífico y llegan pacientes por mar desde Nariño, Cauca y Chocó. En estos momentos, el hospital es una red de prestación de servicios con 20 puestos de salud para baja complejidad, tres centros de salud para la mediana y uno para alta complejidad, que se atiende en el Hospital Distrital, sede El Jorge.

En plena pandemia, solo podíamos recurrir a Yumbo para recargar las balas de oxígeno y, aunque nos mandaban la mayor cantidad posible, hubo momentos de mucha angustia, ya que se agotaban muy rápidamente. Así que trabajábamos sin descanso para conectarlas nuevamente y ponerlas en operación. Era la medida más rápida para soportar el pico. Tener el tanque funcionando nos garantizaba el oxígeno permanente, pero la tarea no era sencilla. Había que solucionar todos los problemas de infraestructura: red de incendios, cableado eléctrico y una serie de obras



adicionales. Lo bueno fue que lo logramos en un tiempo récord, quince días, gracias al trabajo arduo de un equipo comprometido. El día que los conectamos, los que más celebraron fueron los de la empresa de oxígeno que transportaban las balas desde Yumbo hasta Buenaventura, pues para ellos, en medio de las circunstancias, traerlas era muy difícil.

Para atender la emergencia, instalamos carpas refugio en las entradas de los servicios de urgencias de los centros de salud y del hospital, en las que pudimos separar a los pacientes con covid-19 de los que no lo tenían, y a los positivos los llevamos a una zona de aislamiento respiratorio, una ruta previa de triaje donde se independizaban estos pacientes. Para los más críticos, que necesitaban ser trasladados a un hospital de mayor complejidad, porque en esos momentos no contábamos con camas en UCI, conseguimos dos ventiladores de transporte, que daban el soporte de oxígeno para las remisiones a Cali y Buga. Fueron momentos muy complejos y difíciles, sobre todo en abril, mayo y junio.

Tuvimos que aislar a los pacientes en hoteles y hasta en moteles (en pequeñas cabañas), porque en Buenaventura hay viviendas donde en una habitación pueden dormir hasta siete personas, y no había forma de que cumplieran el aislamiento en casa. Además, nos llegaban muchas personas de las comunidades indígenas de Cauca y de resguardos cercanos, a las que también debíamos aislar. Esa fue la mejor manera de afrontar la situación. Y funcionó. Fue una medida de urgencia que nos permitió desahogar el hospital y tener el control sobre la gente remitida.

En esas semanas, cuando creamos las zonas de expansión, tuvimos la visita de funcionarios del Ministerio de Salud y Protección Social. Se sorprendieron de todas nuestras carencias, de la falta de camas en UCI y de ventiladores, y entonces prendieron las alarmas:

Buenaventura necesitaba con urgencia la dotación de ventiladores, personal especializado y UCI. Pero mientras esperábamos que la gestión surtiera efecto, decidimos actuar por nuestra cuenta. Debíamos adaptarnos y salir rápidamente de la crisis. Entonces, empezamos por hacer el diagnóstico de lo que teníamos a mano y de cómo podíamos revertir la situación.

Mis días eran de 24 horas y trabajaba los 7 días de la semana de manera estricta. Incluso, mi esposa, que es médica, me recomendó bajar el estrés por temor a que me enfermara. Era un panorama muy complejo. Esa fue la primera fase de la emergencia, mi primer gran reto en medio de la crisis. Luego, cuando logramos reconectar los tanques y tener el soporte de oxígeno permanente, vino el desafío de los ventiladores.

La llegada de los ventiladores

Además de la crisis, de la falta de oxígeno, de la carencia de camas en UCI y de ventiladores, el hospital estaba (y continúa) en alto riesgo financiero. Tampoco teníamos especialistas para cuidados críticos. Sin talento humano, sin intensivistas, sin tecnología, atendíamos la emergencia con la toma de muestras de covid-19, aislamiento de los pacientes y el suministro permanente de oxígeno. La situación seguía siendo grave. Buenaventura solo tenía diez camas en UCI, pero estaban en la clínica privada, donde no nos permitían aislar a pacientes con covid-19. En la red pública no había ninguna. Básicamente, ese era nuestro contexto.

Decidimos avanzar en el proceso de los ventiladores. Empezamos a ejercer mucha presión sobre el alcalde y sobre la gobernadora, Clara Luz Roldán, quienes, a su vez, prendieron alarmas en Bogotá ante el Ministerio de Salud y Protección Social, que ya sabía de nuestra dramática situación. Todo con tal de dotar al hospital con la tecnología ne-

”

ESA HA SIDO LA CLAVE: NUESTRO EQUIPO DE TRABAJO ES NUESTRA GRAN FORTALEZA. CLARO, TUVIMOS MOMENTOS MUY DIFÍCILES. NO OBSTANTE, EL GRAN COMPROMISO NOS PERMITIÓ SEGUIR ADELANTE PARA IR SORTEANDO LOS OBSTÁCULOS.



cesaria para la pandemia, y de especialistas que pudieran brindar una atención de calidad y calidez a nuestros pacientes.

En primera instancia, logramos un convenio con la Fundación Valle de Lili y Pro Pacífico, con su programa Hospital Padrino y el montaje de telemedicina, para que nos apoyaran en la prestación de los servicios de salud que nos sirvieran de complemento (infectología, cardiología, medicina interna, ginecobstetricia por interconsultas, entre otras especialidades).

Mientras tanto, la gestión política del alcalde permitió que en junio el ministro de Salud y Protección Social, Fernando Ruiz, nos entregara los primeros 13 ventiladores, de 30 que se aprobaron para Buenaventura, los cuales se instalaron en una área de expansión transitoria que cumplía con las condiciones para su funcionamiento.

Fue el primer paso, pero faltaban más, porque para montar una UCI permanente —o nodriza, como la bautizamos— se requiere infraestructura, equipamiento biomédico y talento humano. Por eso, cuando definimos la ruta crítica, supimos que nos hacían falta muchas cosas, y saltar de prestar servicios de salud de baja complejidad con algunos servicios de mediana complejidad, a servicios de alta complejidad en salud no era cualquier cosa. Afortunadamente, contamos con el apoyo de nuestro alcalde.

Tuvimos un primer respiro con la noticia de esos ventiladores. Era el comienzo de la solución. Ahora tocaba empezar a trabajar en todo lo relacionado con infraestructura. Por un lado, debíamos adecuar los espacios y acondicionarlos para montar las UCI, y para ello nos valimos de profesionales con diferentes perfiles: arquitectos, ingenieros y firmas con experiencia en arquitectura hospitalaria. Por el otro, necesitábamos médicos y personal especializado en este tipo de atención, y en Buenaventura no los teníamos.

Así que asumimos la segunda etapa. Teníamos intensivistas de la Clínica Santa Sofía (privada), que se turnaban con el hospital para esa labor. También vinieron especialistas desde Cali, que resultaron fundamentales. Al mismo tiempo, capacitamos al personal del hospital para poder articular los procesos, identificar a los pacientes críticos y trasladarlos a UCI. Paralelamente, debíamos concentrarnos en el montaje de la UCI nodriza.

Entonces nos dimos cuenta de que nos hacía falta completar algunos procesos para la habilitación del espacio, por ejemplo la red contra incendios, la red eléctrica, la red de gases con sus respectivos compresores, la transferencia electrónica para el grupo electrógeno, un sistema de presión negativa en cada cubículo... En fin, faltaban muchas cosas. Solo en julio del 2020, tras superar la crisis de abril, mayo y junio, pudimos comenzar a trabajar en la adecuación, dotación y puesta en funcionamiento de las UCI.

Me encontré con otra sorpresa: sabía de la propuesta de un operador para hacer el montaje y decidí hacer las averiguaciones necesarias: la empresa oferente no tenía experiencia en ese tipo de montajes y, además, los equipos que ofrecían eran usados. Por lo tanto, hicimos otro proceso menos costoso y con mayores garantías.

La inauguración

No decaímos. Los días y las noches de trabajo continuaron 24/7 tanto para el personal de atención en urgencias como para los administrativos. Logramos avanzar mucho, por eso cuando el ministro volvió, tres meses después de su primera visita, vio el avance: encontró que habíamos solucionado el problema del oxígeno con el tanque criogénico, que había varias obras de infraestructura andando, con la UCI en operación y 25 camas disponibles. Sin embargo, más allá de las

obras de infraestructura, encontró un equipo más cohesionado, luchando y trabajando por prestar un buen servicio y dar soluciones.

Esa ha sido la clave: nuestro equipo de trabajo es nuestra gran fortaleza. Claro, tuvimos momentos muy difíciles. No obstante, el gran compromiso nos permitió seguir adelante para ir sorteando los obstáculos. El esfuerzo fue enorme, realmente hubo una sinergia muy grande y muy rápida. Por eso hoy tenemos una sala UCI como la que tenemos. La inauguramos el 18 de septiembre de 2020. El primer sorprendido fue el ministro Ruiz, al encontrar una UCI funcionando con altos estándares de calidad, una sala con todos los requerimientos técnicos y un acondicionamiento especial, cada cubículo con presión negativa, que permite aislar al paciente totalmente y así poder atenderlo de manera independiente.

La UCI cuenta con tres filtros especiales: sala de espera, zona asistencial y el área de las doce camas. Ahora tenemos sala de juntas, una zona donde descansan los profesionales cómodamente y una oficina para toda la coordinación. Antes no existía nada de eso. Los médicos no tenían dónde descansar después de esas extensas jornadas de trabajo con pacientes críticos. Eso lo dice todo.

Nos sentimos orgullosos y creo que lo más importante ha sido poder servir a Buenaventura y a la costa del Pacífico demostrando que somos capaces de vencer las carencias y la adversidad, porque con amor y pasión todo se logra.

Teníamos todas las crisis encima: hospitalaria, financiera, de infraestructura, de atención, de camas en UCI, de ventiladores, de carencia de personal especializado... Sin embargo, fuimos capaces de superarlas con nuestro conocimiento y nuestra experiencia en identificar los proyectos fundamentales que armonizaran con la capacidad instalada de nuestro hospital. Por

supuesto, también fue esencial el trabajo en equipo y la sinergia con el personal de salud y el gobierno nacional, especialmente con el ministro de Salud y sus funcionarios.

El momento más importante fue el día que tuvimos nuestro primer paciente recuperado de la unidad de cuidados intensivos. Es una vida, una familia que salió adelante; eso fue lo más gratificante. A diciembre de 2020, teníamos más de 41 pacientes dados de alta gracias a la UCI, los ventiladores, la tecnología y el personal capacitado. En la zona de aislamiento hemos logrado sacar adelante a más de 300 pacientes que no han tenido necesidad de ser internados en cuidado especial, y hemos mejorado toda la infraestructura para la toma de muestras. Tras meses de trabajo intenso, noches en vela y falta de recursos, la sala UCI de Buenaventura podría convertirse en un apoyo a la red de salud de Cali, cuando al principio todo era al revés. Entre abril y julio del 2020, eso no habría sido posible.

A veces lo veo y no aterrizo, me emociono mucho. En lo personal y en lo profesional, es como llegar al clímax. He sido una persona que ha trabajado mucho por la comunidad, he estado como líder en bomberos voluntarios. Por eso sé que el mayor premio para un servidor público es que una persona le reconozca a uno y le diga: «Gracias por la atención». Porque mi mayor angustia y preocupación era que la gente se muriera a la entrada, sin haber tenido la oportunidad de atenderla.

Queremos que vean a Buenaventura de otra manera, porque siempre somos foco de malas noticias y de funcionarios públicos que no cumplen con la tarea que les encomendaron: servir a la comunidad. Realmente lo que hicimos —lo que estamos haciendo— es muy importante para tener una Buenaventura con dignidad.



”

NOS SENTIMOS ORGULLOSOS Y CREO QUE LO MÁS IMPORTANTE HA SIDO PODER SERVIR A BUENAVENTURA Y A LA COSTA DEL PACÍFICO DEMOSTRANDO QUE SOMOS CAPACES DE VENCER LAS CARENCIAS Y LA ADVERSIDAD, PORQUE CON AMOR Y PASIÓN TODO SE LOGRA.



HASTA QUE SE NOS COLÓ

Como si no fuera suficientemente retadora la atención de pacientes con cáncer, el panorama se torna aún más complejo con el covid-19, principalmente porque las tasas de morbilidad y mortalidad se elevan en gran medida cuando ya hay una enfermedad oncológica. Pese a los esfuerzos por lograr que el Instituto Nacional de Cancerología fuera un territorio libre del virus, este terminó colonizándolo. Su directora, Carolina Wiesner, y un equipo cercano de 30 personas conformaron un 'Comando Covid-19' para tomar decisiones rápidas y eficaces en aras de aminorar el riesgo tanto como se pueda.

Carolina Wiesner

Directora del Instituto Nacional de Cancerología

Vivir la pandemia ha sido un reto muy grande no solo como persona, sino, de manera muy especial, como directora del Instituto del Nacional de Cancerología (INC). A finales del 2019 e inicios del 2020, estábamos atentos a los medios de comunicación y a las redes sociales en torno a las características de la infección SARS-CoV-2 en China, que en esos meses se veía muy lejana. Cuando el Ministerio decidió traer a algunos colombianos residentes de China, se fortaleció la idea de que el virus estaba aún muy lejos de Colombia.

El 11 de marzo del 2020, cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró el estado de pandemia, empezamos a prepararnos, a leer, a informarnos. En el INC advertimos sus recomendaciones, así como las del Ministerio de Salud y del Instituto Nacional de Salud (INS), e iniciamos nuestra planeación institucional de las tres etapas por ellos definidas: preparación, contención y mitigación.

Así, comenzamos por revisar los elementos de protección personal. Fue muy preocupante el hecho de que en esos primeros meses había un gran desabastecimiento nacional de insumos básicos, como tapabocas N95, mascarillas, ventiladores y pruebas de covid-19. Empezó toda una lucha para conseguir estos elementos, equipos e insumos y, por supuesto, todo el personal de salud estaba molesto y en pánico. Fueron momentos críticos, pues la información recibida a través de los medios de comunicación sobre el número de muertos en otros países y las imágenes de los cementerios atiborrados de cuerpos generaba mucha zozobra y ansiedad.

Al principio, no había mucha claridad sobre las formas de transmisión del virus e incluso llegamos a creer que se transmitía por el aire y que con solo respirar aire «infectado» las personas se enfermarían. Había, igualmente, mucha controversia sobre el uso

de mascarillas en la población general en las calles: unos decían que sí y otros que no.

Desde una mirada retrospectiva, considero que el aislamiento tan temprano en Colombia incrementó el pánico y la ansiedad, porque la percepción de que el virus se transmitía por el aire se consolidó en el imaginario colectivo; como no se sabía dónde estaban los casos positivos, la medida más segura frente a la incertidumbre terminó siendo el encierro.

En marzo, yo llegaba al INC y me quitaba toda la ropa, me ponía el traje de mayo, la mascarilla, la careta, el gorro y me cambiaba de zapatos. Al salir, volvía y me cambiaba, y al llegar a casa ponía todo a lavar y me bañaba. Y así lo hacía gran parte del personal del INC. Ahora reconozco que cuando no había ningún infectado hacer eso era más un ritual producto del miedo que del riesgo en sí. Tuvimos nuestro primer caso de covid-19 en abril del 2020, y fue solo uno en todo el mes. Hoy, por supuesto, mantenemos unos protocolos estrictos, pero en aquel momento era demasiado desgaste cuando el riesgo no era tan alto.

Comando Covid-19-INC en acción

Inspirados en la experiencia de un centro de cáncer en Seattle, Estados Unidos, decidimos estructurar un Comando Covid-19-INC. Para ello, rompimos con el funcionamiento de la estructura organizacional tradicional, en la que había poca interacción entre el grupo administrativo y el asistencial. Esta nueva estructura tiene varios equipos de trabajo: el clínico, el de telemedicina, el de soporte al paciente, el de seguridad en el trabajo, el de la cadena de insumos, el de gestión para la innovación, el de diagnóstico, el de investigaciones y el de comunicaciones. El Comando definió e implementó el plan de acción frente a la pandemia, que incluye el monitoreo, la vigilancia y la toma de decisiones. Por ejemplo, decidimos no com-

prar ni ampliar la capacidad para ventiladores, mantuvimos las unidades de cuidado intensivo (UCI) que ya teníamos e invertimos recursos en fortalecer la atención domiciliaria, los cuidados de soporte y, por supuesto, los elementos de protección. Así mismo, decidimos montar un laboratorio propio de pruebas de covid-19.

El Grupo de Salud y Seguridad en el Trabajo se fortaleció con el Comité de Infecciones, encargado de hacer un estudio epidemiológico de los contactos estrechos, pues cada vez que un paciente o funcionario resultaba positivo, se generaba una cadena grande de personas que creían erróneamente que con solo cruzarse por el corredor, aun usando mascarilla, ya quedaban contagiados.

El Grupo Clínico debía revisar y ajustar los protocolos de tratamiento de cáncer, mientras que el Grupo de Gestión del Conocimiento y de Innovación buscaba mecanismos innovadores para enfrentar la pandemia y entablar alianzas con otras entidades. Y su trabajo dio frutos: recibimos el premio SAP Innoweeks 2020 de Latinoamérica por presentar la mejor propuesta de innovación para atención a pacientes con leucemias. También hicimos una alianza con la Universidad Nacional, que desarrolló unas camillas especiales para transporte de pacientes infectados de difícil manejo.

Pese a todos los esfuerzos, nuestros sindicatos enviaron cartas al presidente de la República y a entes de inspección, vigilancia y control, en las que manifestaron que no estábamos cumpliendo con los protocolos ni otorgando los elementos de bioseguridad. Esta y otras expresiones de miedo se iban sumando cuando aún no teníamos ni un solo caso positivo. También les preocupaba que los médicos o las enfermeras tuvieran que esperar a que su respectiva empresa promotora de salud (EPS) o su administra-

dora de riesgos laborales (ARL) les tomara la prueba en caso de ser necesario y esperar los resultados, pues este procedimiento, que era el regular, parecía dificultar el control epidemiológico de la infección. Contrarrestar esa tensión transmitiendo mensajes de calma y serenidad fue bastante complejo.

En síntesis, el Comando, conformado por unas 30 personas, acercó mucho la parte asistencial con la administrativa, y gracias a ello se construyó una cultura de trabajo en equipo muy interesante, que fue crucial para sortear el miedo y enfrentar la incertidumbre. Fue indispensable hacer pedagogía diaria sobre el concepto de *contacto estrecho*, el buen uso de los elementos de protección personal y el distanciamiento físico, tres medidas que realmente funcionan y que hacen que no sea obligatorio el constante aislamiento y la prueba para todos.

Territorio libre de coronavirus

En la etapa de preparación para la pandemia y a partir de la revisión de la literatura existente, teníamos una preocupación muy grande sobre la mortalidad que genera el coronavirus en los pacientes con cáncer o con otras comorbilidades. Inicialmente, el Hospital de Wuhan reportó una mortalidad del 28 % para pacientes con cáncer que se infectaban. Luego pudimos conocer la experiencia de los países europeos —principalmente de Italia y España— y de Estados Unidos, y ahí fue claro que en los estudios que realizaron —con una muestra mayor de pacientes y hospitales— la mortalidad no era tan alta como lo registrado en China. Sin embargo, era una alerta importante y, por lo tanto, era importante conocer la experiencia de otros centros o institutos de cáncer.

Nosotros somos miembros de la Organización Europea de Institutos de Cáncer (OEIC), cuya recomendación fue que los pacientes con cáncer debe-



”

LA PANDEMIA NOS HA
ENSEÑADO A CONSUMIR
MENOS COSAS Y A
ADVERTIR QUE MUCHAS
SON INNECESARIAS,
A PENSAR MÁS EN LO
FUNDAMENTAL Y A SER
MÁS SOLIDARIOS CON LO
LOCAL, LO ELEMENTAL, LO
BÁSICO.

rían ser remitidos a centros monográficos, es decir, entidades exclusivas para pacientes con esta enfermedad. En la mayoría de las instituciones, los servicios de oncología están dentro de hospitales generales, y por ello se consideraba que era mejor remitir a los pacientes oncológicos a los centros especializados para poder garantizarles seguridad y tratamiento. Esto tenía como objetivo que los institutos dedicados al cáncer fueran territorios libres de covid-19, lo que suponía que a estos centros no debían ingresar pacientes contagiados.

Conforme a la disposición de las autoridades de salud de Bogotá, todos los hospitales y clínicas que contaran con una UCI deberían estar disponibles para la atención de pacientes contagiados. No obstante, nosotros queríamos mantenernos al margen, amparados en los lineamientos y recomendaciones internacionales y dado el alto riesgo que corrían nuestros pacientes. De hecho, el Hospital de Wuhan, que en cuestión de semanas albergó a 5200 pacientes con covid-19, remitió rápidamente a aquellos con cáncer a otros centros de salud libres de covid-19 para su atención. Lo mismo se hizo en Alemania y en España. Al discutir esta propuesta con el ministro de Salud y con el secretario de Salud de Bogotá encontré un poco de sorpresa, pero después de una discusión argumentada, fue aceptada. De esta manera, logramos inicialmente que nuestras UCI no fueran, en primera instancia, seleccionadas para atender a la población infectada.

Los pacientes con cáncer que llegan al servicio de urgencias con frecuencia presentan fiebre y síntomas respiratorios, pues suelen tener lesiones pulmonares y diferentes tipos de infecciones. En otras palabras, era muy frecuente que cumplieran con la definición establecida por el INS de ser un caso sospechoso de covid-19, por lo que muchos de nuestros

pacientes se catalogaban como tales. Cuando no era posible ofrecer un tratamiento ambulatorio, los hospitalizamos en el tercer piso, que se definió inicialmente como el área para pacientes sospechosos y confirmados de tener covid-19. Entonces debíamos esperar entre siete y quince días para el reporte de la prueba, tiempo durante el cual no podían recibir tratamiento de cáncer porque podíamos incrementarles el riesgo de morir.

En abril, cuando en Colombia se registraban tan solo 200 casos confirmados diarios, nosotros habíamos atendido a 150 pacientes sospechosos de tener coronavirus, que luego de esperar la prueba resultaron negativos. Por esta situación iniciamos un proyecto de cohorte de pacientes con neoplasias malignas atendidos por infección respiratoria aguda (IRA) durante la pandemia, para identificar, en una etapa temprana de infección, a los pacientes más vulnerables por tener mayor riesgo de desenlaces adversos. Nuestro objetivo era generar recomendaciones clínicas y de salud pública para disminuir esos desenlaces y la mortalidad, incluyendo la inmunización cuando fuera viable, así como el manejo apropiado de terapia antibiótica y/o antiviral.

El primer caso confirmado en el INC se registró en la segunda semana de abril. Era un hombre de 67 años con cáncer de próstata que había finalizado su tratamiento y estaba en muy buenas condiciones. No obstante, acudió al INC con síntomas respiratorios moderados que pasaron a ser graves. En ese momento lo consideramos sospechoso, le practicamos la prueba, salió positiva y tuvimos que hospitalizarlo en el pabellón reservado para pacientes con covid-19. Pero como estábamos con la idea de mantener el INC como zona libre de coronavirus, lo remitimos al Hospital Santa Clara, donde lo recibieron y lo trataron hasta su recuperación.

El virus no solo llegó, sino que se quedó...

En el INC trabajamos cerca de 2000 personas, de las cuales dos terceras partes laboran en la parte asistencial. En marzo ya estábamos organizados para promover el trabajo en casa con el 70 % del personal administrativo. Adicionalmente, el grupo clínico se dividió en dos: uno en el hospital y otro de apoyo y relevo. Las actividades investigativas en los laboratorios se suspendieron, y todos los investigadores se quedaron en casa. Ciertos programas de cuidado de control a los pacientes también se empezaron a hacer de manera virtual. Entre tanto, a los hospitalizados y a los que estaban programados para cirugía se les continuó el tratamiento porque no los podíamos dejar de atender.

Poco a poco se fueron acoplando los servicios. A partir de mayo logramos la habilitación de la telemedicina, la cual implementamos para los pacientes regulares, pues los nuevos sí son atendidos presencialmente. La estrategia nacional de «Quédate en casa» hizo que los pacientes dejaran de asistir. Todos pensamos que diferir las citas de control era una situación transitoria que duraría, máximo, tres meses. En nuestro imaginario estaba que íbamos a tener un pico y después iba a bajar, pero evidentemente no ha sido así.

Quedarse en casa provocó una clara disminución en la asistencia de pacientes al INC y, por consiguiente, se redujo el número de consultas y procedimientos quirúrgicos, como ocurrió en los hospitales de todo el país. Solíamos atender a unos 2000 pacientes al mes, pero con la pandemia esta cantidad bajó progresivamente hasta llegar a un 40 %, es decir, 800 pacientes. Nos enfrentamos a una difícil coyuntura financiera: la pandemia nos abrió un déficit de 40 000 millones de pesos.

Como era de esperarse, el virus llegó por varias rutas: la primera, los familiares de los pacientes;

la segunda, los empleados de las empresas aliadas estratégicas que trabajan en el INC, y la tercera, los médicos especialistas, los especialistas en entrenamiento y los residentes en formación, quienes rotan por diversos hospitales y clínicas.

Recuerdo, por ejemplo, a una mujer acababa de llegar de España y estando aún en cuarentena fue a visitar a su hermano, hospitalizado por un linfoma. O el caso de una joven mamá que, con prueba positiva y en calidad de asintomática, decidió ver a su hijo, quien también estaba hospitalizado por cáncer. Entre los residentes, hubo una de pediatra que llegó al INC para rotar en la unidad pediátrica, tras haber estado en una clínica del norte de Bogotá que atendía a pacientes con coronavirus. Llevaba ocho días en nuestro servicio de pediatría cuando le avisaron que un compañero con quien tuvo contacto estrecho tenía covid-19.

Nos preocupamos muchísimo. Inmediatamente ella entró en aislamiento, se retiró del INC, se hizo la prueba y, a los tres días, obtuvo el resultado: era positiva. Nos contó que vivía con su abuela y por eso era muy rigurosa con el protocolo de bioseguridad; por ejemplo, se quitaba el tapabocas N95 solo cuando iba a comer. Pues fue un alivio comprobar que ninguno de los pequeños pacientes ni colegas con los que estuvo se infectaron, y eso nos sirvió para entender la gran efectividad del uso de la mascarilla y los elementos de protección personal.

Algunos de nuestros servicios son tercerizados; por ejemplo, la facturación. Las personas que ejecutaban esas labores no tenían claro que cuando llegaban a su puesto de trabajo no se podían quitar el tapabocas o tomaban tinto reunidos a corta distancia. Con todas estas experiencias y análisis de casos se fueron creando y fortaleciendo los protocolos, pero ya teníamos el virus adentro.

Los pacientes con cáncer pueden tener diferentes tipos de patología que se clasifican en dos grandes capítulos: tumores sólidos y hematolinfoides. Los más vulnerables frente al covid-19 son los que tienen neoplasias hematolinfoides porque, principalmente, están inmunosuprimidos no solo por la enfermedad, sino también por el tratamiento. Un paciente infectado ingresó al piso de pacientes con leucemias y linfomas y ahí se generó el primer brote entre los hospitalizados. En ese momento, iniciamos la primera ronda de tamización, es decir, le practicamos pruebas a todo el personal del servicio, y eso nos permitió controlar la infección. Sin embargo, no fue el único brote, teniendo en cuenta el tamaño del INC, conformado por seis edificios distribuidos en 34 000 metros cuadrados. Aunque la parte administrativa está muy distante de la parte hospitalaria, que opera en la edificación más antigua (en lo que era el Instituto Nacional de Radiología, construido en 1934), era imposible que el virus no se colara. Fue un reto pedagógico y operativo que tuvimos que encarar, y que llevó a un afianzamiento de los protocolos de bioseguridad.

Ante la zozobra y la espera angustiada por los resultados, optamos por iniciar el trámite para habilitar el laboratorio con el fin de hacer dentro del INC las pruebas de reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (RT PCR, por sus iniciales en inglés). Hicimos el proceso de capacitación en el INS y la habilitación del laboratorio; la aprobación de la Secretaría de Salud fue de tres meses, tiempo extremadamente largo, pero lo conseguimos. A partir de junio, el panorama para nosotros y los pacientes cambió de manera inmediata porque podíamos conocer los resultados en ocho horas. Tener resultados de manera oportuna hace la diferencia en el manejo de la pandemia, y en individuos con cáncer esto es definitivo.

Por otra parte, siguiendo las prácticas de otras instituciones oncológicas, decidimos hacer tamización con pruebas de covid-19 a los pacientes asintomáticos, antes del tratamiento quirúrgico. Para ese momento el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS) no recomendaba hacerlo, así que iniciamos la propuesta en el marco de un proyecto de investigación. Posteriormente, esta práctica se convirtió en protocolo.

Cuando estar libres de coronavirus ya era una utopía, fuimos ubicando a los pacientes positivos en el tercer piso de hospitalización, de manera que ha sido una atención concomitante de contagiados y no contagiados dentro de la misma institución. Por supuesto, el paciente oncológico tiene su complejidad y algunas entidades no se sentían tranquilas manejando las dos enfermedades.

Las reflexiones que nos deja la pandemia

La experiencia de esta pandemia nos ha dejado muchas reflexiones. En el contexto global, la lección más importante está relacionada con los alcances y los límites que tiene la globalización. Este modelo ha logrado una gran eficiencia en la producción de bienes y servicios, pero igualmente ha generado condiciones que perpetúan las inequidades, con gran impacto en el medio ambiente.

No puede ser que las regiones y los países que tienen los recursos naturales y las condiciones para generar bienes y servicios no tengan la posibilidad de hacerlo ni puedan satisfacer sus propias necesidades. Es claro que Colombia y muchos países de América no pudieron satisfacer sus insumos básicos, como tapabocas, ventiladores y medicamentos. Y ante eso, la gran pregunta es cómo lograr que las empresas nacionales no pierdan competencia o capacidad. Así mismo, debemos reflexionar sobre las formas de

consumo. La pandemia nos ha enseñado a consumir menos cosas y a advertir que muchas son innecesarias, a pensar más en lo fundamental y a ser más solidarios con lo local, lo elemental, lo básico.

La otra gran reflexión que emerge es la necesidad de fortalecer las capacidades institucionales para el desarrollo de la ciencia, la innovación y la tecnología. Este sector no ha sido relevante en los países del sur de la región, pues la inversión en ellos es muy baja. Los científicos e investigadores tienen grandes limitaciones para hacer carrera y tener una verdadera capacidad de producción y desarrollo, particularmente para los que trabajamos en el sector público. Esa ha sido una fractura y una debilidad innegable. La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) ha generado informes que establecen, con claridad, que es necesario fortalecer los institutos públicos de investigación, pues es el Estado el que debe hacer las grandes inversiones y promover las cadenas de valor público.

Para finalizar, considero que el país debe estar mejor preparado para enfrentar de manera diferencial los dos grandes grupos de enfermedades que son completamente diferentes y que requieren abordajes y modelos distintos: las transmisibles y las no transmisibles. Ante la pandemia habrá que evaluar posteriormente el exceso de mortalidad generada por priorizar y centrar la atención en los pacientes con covid-19.

”

LA EXPERIENCIA DE ESTA PANDEMIA NOS HA DEJADO MUCHAS REFLEXIONES. EN EL CONTEXTO GLOBAL, LA LECCIÓN MÁS IMPORTANTE ESTÁ RELACIONADA CON LOS ALCANCES Y LOS LÍMITES QUE TIENE LA GLOBALIZACIÓN. ESTE MODELO HA LOGRADO UNA GRAN EFICIENCIA EN LA PRODUCCIÓN DE BIENES Y SERVICIOS, PERO IGUALMENTE HA GENERADO CONDICIONES QUE PERPETÚAN LAS INEQUIDADES, CON GRAN IMPACTO EN EL MEDIO AMBIENTE.

LA TAREA TITÁNICA DE UN RASTREADOR TELEFÓNICO

5



El último cargo que tuvo fue gerente, pero la pandemia, irredenta con cualquier formalidad, lo devolvió al punto de partida: ser operario telefónico. Tras liderar su propia microempresa en el sector de los call centers, Cristian Henao cayó en quiebra y se levantó haciendo lo que mejor sabía hacer. Hoy hace parte del Centro Nacional de Contacto y Rastreo de Covid-19, el cual implementa la estrategia gubernamental PRASS (Prueba, Rastreo y Aislamiento Selectivo Sostenible). Su labor es comunicarse con las personas sospechosas de covid-19 y con sus contactos estrechos para perfilar su condición de salud y hábitat y advertir la necesidad de su aislamiento, en aras de cortar la cadena de transmisión de este coronavirus. Este sabueso, uno de los más de 1500 héroes telefónicos que han ayudado a disminuir la curva de contagio, relata cómo han sido sus conversaciones y cómo se ha convertido en un experto en paciencia, delicadeza y sensibilidad.

Cristian Henao

*Rastreador del Centro Nacional de Contacto y
Rastreo de Covid-19*

Estoy radicado en Bogotá desde el 2015, y en el sector de *contact center* he trabajado unos cuatro años, en distintas temporadas. Antes de ser rastreador telefónico, me desempeñaba en el área de hidrocarburos. Mi nivel educativo es técnico. Soy de Ibagué, y decidí viajar a Bogotá por las ganas de explorar, con la esperanza de surgir y vivir nuevas experiencias. Salí de mi casa a los 18 años, y como mi hermana ha vivido en Bogotá la mayor parte de su vida, ella y su esposo me abrieron las puertas en la capital.

A veces, uno en el afán de explorar hace muchas cosas, pero a la vez nada. Eso me pasó, pues a mis 27 años he tenido varios ires y venires. Tengo dos carreras aplazadas, una en administración pública y negocios y otra en relaciones internacionales. Por la difícil situación económica no las pude continuar. Entré a Gas Natural, y para ejercer la labor de técnico en instalación y mantenimiento exigen un entrenamiento, así que me certifiqué en el manejo de combustibles.

Regresé al Tolima y trabajé en un *call center* que atendía el área de la salud, realizando el agendamiento de citas y servicios de todos los hospitales de nivel 1 y 2. Y hace cinco años regresé a Bogotá. Entré nuevamente al sector de hidrocarburos hasta el 2018, cuando me casé, tuve una hija y, con la ilusión de hacer familia y progresar, con mi esposa decidimos hacer un emprendimiento. Soy emprendedor y no me gusta estancarme, así que empecé a hacer mis propios negocios en lo que tenía más experiencia: en *call centers*. Mi esposa también había trabajado varios años en ese sector. Tuvimos la posibilidad de generar empleo, teníamos 11 personas bajo contrato por corretaje, pero en marzo llegó la pandemia, las campañas en las que trabajábamos no se renovaron y todo se acabó. Quebramos porque estábamos apenas arrancando y, además, teníamos encima las deudas en las que incurrimos en el montaje de nuestra em-

presa. Tuvimos que desocupar el lugar donde estaba la operación montada, pues la dueña de ese apartamento entró en cobro jurídico. No pudimos vender los equipos, así que nos tocó traerlos al apartaestudio donde vivimos. Quedamos en el aire.

Somos unas de esas personas a las que les tocó empezar de ceros, que puede ser algo trágico, pero todo sucede por algo. No me podía quedar cruzado de brazos, menos con una bebé de un año. Exploré el terreno de importación de insumos biomédicos, particularmente de tapabocas, que, aunque se ve muy básico, tiene su trasfondo. Estuve un mes investigando a profundidad el tema para saber su viabilidad, lo que me llevó a entender muchos detalles del coronavirus, y eso, sin saberlo, me preparó para mi actual trabajo. Paralelamente, mi esposa y yo comenzamos a buscar empleo, pero todo estaba paralizado. Duramos así unos seis meses y llegamos al punto de vivir de la colaboración de nuestros familiares.

Por redes me di cuenta de una oferta laboral de una empresa llamada Outsourcing, cuyo aviso decía que el trabajo era de operario telefónico y podía hacerse desde casa. Aunque con mucha incredulidad, mi esposa y yo nos postulamos en agosto. Estuvimos en el proceso de selección durante un par de meses. Cuando supimos que se trataba de hacer el rastreo telefónico de casos de covid-19 y las condiciones del empleo, entre ellas, cumplir unos turnos preestablecidos, tomamos la decisión de que mi esposa desistiría para poder cuidar a nuestra hija y yo aceptaría.

Así que a finales de octubre empecé a trabajar en el Centro Nacional de Contacto y Rastreo de la Estrategia PRASS, que es el programa de Prueba, Rastreo y Aislamiento Selectivo Sostenible creado por el gobierno nacional para romper la cadena de transmisión del virus y desacelerar el contagio. Hoy somos más de 1500 operarios profesionales los que

rastreamos contactos de casos sospechosos. Al corte del 31 de diciembre del 2020 se identificaron más de 393.000 contactos, que son personas que quizás tuvieron contacto cercano o estrecho con una persona sospechosa de tener covid-19. La clave de la estrategia está en la capacidad de identificar velozmente la mayor cantidad de contactos sospechosos y aislarlos a tiempo para evitar que contagien a otras personas.

Aunque es difícil tener que hablar con personas que pueden estar ahogándose, es gratificante pensar que puedo ayudar a salvar la vida de alguien, a partir de la información que me puedan brindar. Es una labor social muy bonita y, como dicen coloquialmente, al que le gusta le sabe.

Una llamada, tres pasos

La ventana de oportunidad para rastrear y aislar a esos contactos antes de que empiecen a transmitir el virus es máximo de tres días.

Todo empieza con las entidades administradoras de planes de beneficios (EAPB), que son las encargadas de realizar las pruebas de covid-19. Ese es el primer paso, que es la *P*, de *prueba*. Apenas realizan una prueba diagnóstica, bien sea la de reacción en cadena de la polimerasa (PCR por sus iniciales en inglés) o la de antígenos, llenan una ficha de notificación y registran un nuevo caso sospechoso en el Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila). De allí es de donde nosotros, en el centro de contacto telefónico, obtenemos la información de los sospechosos y empezamos nuestra labor de rastreo de sus contactos para hacer un cerco epidemiológico. La idea es lograr identificar los contactos estrechos en riesgo de contagio que tuvo cada caso sospechoso e informar los cuidados necesarios para evitar que haya más contagios.

Luego hacemos una verificación de datos de la persona, entre ellos, cuándo le hicieron la prueba y si ha tenido síntomas. Como rastreadores profesionales, debemos calcular un periodo de infección, así como determinar el nivel de riesgo de cada contacto para definir cuáles deben ser rastreados por haber sido contactos estrechos. Preguntamos también sobre cómo está conformado el hogar donde vive esa persona, cuántas habitaciones tiene su vivienda, cuántos individuos dependen económicamente de él o ella, su actividad laboral, si recibe ayudas del Estado, entre otros interrogantes. El objetivo es perfilar cada caso y saber si la persona está en condiciones de aislarse en su casa. Esta es una llamada que dura, en promedio, quince minutos y en la que le hacemos 27 preguntas a cada ciudadano, quien nos brinda información de entre cuatro y ocho contactos.

Todo esto se envía a cada entidad pertinente para que puedan actuar en caso de que se requiera; por ejemplo, cuando una persona convive con adultos mayores en alto riesgo en caso de contagio, o cuando no tiene cómo sostenerse económicamente durante el aislamiento y es potencial candidata a recibir una transferencia económica por parte del Estado. De esto se trata el aislamiento selectivo sostenible.

El segundo paso o fase de nuestro trabajo es llamar a esos contactos estrechos referidos por el caso sospechoso e informarles la situación, sin delatar, por motivos de confidencialidad y privacidad, quién los refirió. Es la *R*, de *rastreo*. A esta persona la registramos como un nuevo caso sospechoso que entra al sistema para que sea sujeto de atención y seguimiento por parte de su servicio de salud y, además, le damos indicaciones de aislamiento.

Si informa que se hizo la prueba recientemente, verificamos el resultado y estamos atentos a cualquier otra información que se pueda recabar. Es una



”

AUNQUE ES DIFÍCIL TENER QUE HABLAR CON PERSONAS QUE PUEDEN ESTAR AHOGÁNDOSE, ES GRATIFICANTE PENSAR QUE PUEDO AYUDAR A SALVAR LA VIDA DE ALGUIEN, A PARTIR DE LA INFORMACIÓN QUE ME PUEDAN BRINDAR. ES UNA LABOR SOCIAL MUY BONITA Y, COMO DICEN COLOQUIALMENTE, AL QUE LE GUSTA LE SABE.

llamada de entre diez y quince minutos, en la que indagamos sobre información clínica y médica —como comorbilidades y síntomas que esté presentando—, composición del hogar, actividad laboral, viajes recientes y a qué destinos.

Seis días después de haber llamado a los casos y contactos sospechosos, volvemos a comunicarnos para hacer seguimiento con quienes se comprometieron a hacer un aislamiento preventivo. Esta es la tercera fase de nuestro trabajo. Se trata de una conversación corta, de unos dos o cuatro minutos, en la que indagamos cómo está el individuo y qué resultado arrojó la prueba. Llamamos solo al 10 % de las personas que hemos contactado, bien sean casos o contactos sospechosos, para hacer un monitoreo.

En total, diariamente alcanzo a hacer entre 42 y 60 llamadas, incluyendo las que entran a buzón de voz y las que se caen por fallas técnicas. De ahí que sean entre 7 y 13 las llamadas efectivas de casos sospechosos, quienes al día nos refieren entre 30 y 70 nuevos casos sospechosos a cada rastreador.

En nuestras conversaciones somos testigos de todo tipo de personas y situaciones; desde las que son muy colaborativas y responden de forma concreta y precisa a las preguntas, hasta las que son muy desconfiadas y cortantes, pasando por aquellas que quieren extenderse contando sus experiencias. Cuando esto pasa, la atención de una sola persona se demora hasta media hora.

No todos los que se presentan a un trabajo como este logran estabilizarse y tener buenos resultados. Hablar por teléfono requiere un conocimiento —tanto técnico de los equipos y del *softphone*— como del manejo de las situaciones. Nos hicieron una capacitación con mucha información sobre el sector salud, el covid-19 y la estrategia PRASS; adicionalmente, el Instituto Nacional de Salud (INS) nos dictó un curso

en línea para entrenarnos como rastreadores. Fue una tarea ardua porque tenía su complejidad. Esto, además del servicio por teléfono en sí, que quizás se perciba como muy fácil, pero es demandante.

Si te levantaste mal o tienes mil problemas, debes dejarlos tan pronto activas el micrófono; uno tiene que estar dispuesto a enfrentar cualquier tipo de situación que esté viviendo el ciudadano, y proyectar una voz de aliento y una sonrisa para que la respuesta del interlocutor sea la mejor posible. Hay que manejar ritmo, tono de voz y ser muy agradable al hablar porque de lo contrario uno puede parecerse a un robot, y así es muy difícil lograr la información necesaria. Para saberle entrar a una persona hay que tener capacidad informativa y sensibilidad humana, pues en cada llamada no sabes con qué caso te vas a encontrar: una persona en duelo por un fallecimiento reciente, otra con síntomas agudos y al borde de la atención clínica, una muy apática y celosa de dar información... hay de todo.

Drogadictos, borrachos, ahogados e incrédulos

Recuerdo a una señora que era un caso sospechoso y que vivía en hacinamiento en una casa con nueve personas, entre ellas, su mamá, mayor de 90 años y con tres comorbilidades. A todos les habían hecho prueba y aún no se tenía el resultado. Ella salía diariamente a buscarse su sustento. En esas condiciones era muy complicado decirle que se aislara, pero aun así le expresé que hicieran lo posible por mantener distancia de su madre. La señora se preocupó e intentó apartarse un poco de donde estaba hablando para decirme, en voz baja, que lo peor de todo es que tenía un hijo drogadicto que se la pasaba en la calle y no usaba tapabocas. Y cuando llegaba a la madrugada lo escuchaba casi ahogándose de la tos, por eso le preocupaba mucho que los contagiara a

todos. Por su estado no le podía decir nada porque se ponía muy agresivo y tampoco podía sacarlo de la casa.

La indicación que tenemos en caso de requerir asistencia o tener inquietudes adicionales es que todo lo debemos direccionar a la línea 192, dispuesta por el gobierno para resolver dudas sobre covid-19 y orientar a la ciudadanía acerca de medidas de prevención o acción ante los síntomas. Pero en esas circunstancias yo tenía que tratar de ayudarlo para evitar el riesgo de contagio.

Ante una situación como esta, uno como rastreador puede salirse un poco del guion con el que trabaja y tratar de dar una solución, así que en este caso particular le sugerí buscar la opción de reubicar temporalmente a la abuelita en otra casa. Es un típico ejemplo de los casos que generan alertas, las cuales son remitidas a la entidad territorial correspondiente, encargada de evaluar y tomar acción con miras a aislar al caso fuera de su hogar.

Otro caso fue cuando llamé a un sospechoso y el señor me comentó que había estado en el velorio de su mamá, que había fallecido hacía dos días de covid-19. La cantidad de contactos que tuvo fue amplia porque cuando estuvo con la mamá no sabía si estaba contagiado, pues no tenía síntomas. Era una llamada en la que debía ser muy compasivo por su pérdida sin cuestionar por qué se había velado a una persona que falleció por coronavirus, pero sí indagar sobre las personas con las que había entrado en contacto y dar recomendaciones de aislamiento. En esos momentos es cuando más se manifiesta el don de gentes y la buena capacidad de comunicación, pues no se trata de hacer un trabajo para obtener datos a secas, hay que acompañar. He tenido muchos casos semejantes de personas con familiares recientemente fallecidos.

En otra ocasión hablé con un contacto que ya había sido diagnosticado como positivo y me preguntó qué podía hacer con la ropa de su padre, que había muerto por coronavirus. Quería saber si podía regalarla, pero yo no podía decirle simplemente «lávela muy bien, déjela secar un par de días y luego la puede donar a quien quiera». Debía respetar su dolor.

Hay muchas llamadas que conmueven. Una vez llamé a una señora que debía estar totalmente aislada porque tenía cáncer, había perdido sus piernas y le habían pronosticado seis meses de vida, tiempo que se había cumplido poco antes de mi llamada. Cuando lo hice me identifiqué como regularmente lo hago y le dije que había sido reportada como caso sospechoso de covid-19, y no fue sino que yo dijera eso para que la señora se pusiera muy mal y empezara a decir: «No, eso no es posible, en el nombre de Dios yo me declaro libre de covid-19».

Le expliqué que ser un caso sospechoso no significaba que fuera positivo, sino que estaba en evaluación. Me dijo que ella tenía muchos familiares médicos, que ella no estaba contagiada y que se había hecho la prueba solamente porque tenía cáncer. Pero cada palabra que yo le decía con respecto a sospecha, posible infección, aislamiento o cerco epidemiológico ella respondía cosas como «En el nombre de Jesús yo reprendo todas esas palabras» o «Yo me declaro sana». Me dijo que estaba viva de milagro y que no salía de casa. Fue una conversación compleja de unos 40 minutos, con mucha emotividad porque mi llamada la había ofuscado mucho, pero entendí su situación y al final logré tranquilizarla. En este trabajo, así uno no lo quiera, es fácil dejar anímicamente mal a alguien, por eso es clave tener mucha sensibilidad y tacto.

También he tenido momentos en los que mi interlocutor está a punto de requerir hospitalización

inmediata; personas a las que les cuesta mucho hablar porque se están ahogando. Uno de ellos era un profesor universitario de 42 años que vivía solo y cuya tos seca le impedía hablar. Sentía como si me estuviera tosiendo en la cara, y eso me impactó mucho; pensé en mi familia y en mi hija. Le pregunté si quería que reprogramáramos la llamada. Me dijo que no, que lo hiciéramos de una vez porque ya habían tratado en otras ocasiones de comunicarse con él, no habían podido y no quería dejar eso pendiente. Proseguí, y cuando llegué a la parte de los síntomas y le pregunté si tenía dolor de pecho, convulsiones, decaimiento, fatiga al respirar o dificultad para ponerse de pie y caminar —que son indicadores de urgencia—, me dijo: «Hombre, no me puedo levantar». Inmediatamente le pregunté si podía llamar a su EPS sin colgar nuestra llamada. Me respondió que sí. Intentamos muchas veces y no fue posible. Le pedí entonces que colgáramos y que llamara de nuevo a urgencias de su EPS. Aún no se sabía si era positivo, pero estaba grave.

En medio de las llamadas no todo es tragedia ni pérdida. Hay personas a las que llamas y que, pese a ser casos positivos confirmados o aún sospechosos de serlo, son muy cordiales y tienen muy buena actitud.

Una vez llamé a un señor que era sospechoso y después de que hice toda mi presentación de rigor me interrumpió y me dijo: «Hombre, qué pena interrumpirlo, pero estamos aquí con mi compadre, que está borracho. Estamos tomando aquí en la cantina». Evidentemente, quien me contestó también lo estaba. No sabía si reírme o llorar. Solo atiné a decirles que por favor tuvieran mucha precaución, que estábamos en pandemia y que mejor deberían irse a sus casas.

Perdí a mi mamá el año pasado, pero toda esta pandemia me ha recordado su muerte porque falleció por neumonía y falla sistémica. No habría resistido

una crisis de estas, y aunque su partida aún me duele, pienso que Dios se la llevó en el momento indicado. Ese es uno de los aprendizajes que he tenido siendo músico católico, sirviendo en una parroquia de la Diócesis de Engativá, con el padre Héctor Viuche. Es algo que no he podido reanudar, un *hobby* que me apasiona. Siempre he pensado que todos los caminos llevan a algo y de alguna forma llegué a la Iglesia católica, a la que sirvo con mucho gusto. Canto y soy multiinstrumentista, aunque más que todo toco la guitarra.

Algunas personas temen por la privacidad de sus datos y optan por no atendernos pese a que llamamos de la línea 19000, que se muestra por televisión. Cada individuo es un mundo distinto y debemos tener la pericia de persuadirlo, evaluar cada caso y darle un manejo lo más personalizado posible.

Nosotros no marcamos número por número, sino que el sistema —al que se le ha cargado previamente una base de datos— lo hace automáticamente y pasa la llamada al operador que esté disponible apenas alguien conteste. En realidad, es como si a nosotros nos estuvieran llamando porque cuando recibimos la llamada la persona ya está en línea. El sistema hace seis intentos a cada teléfono, al cabo de los cuales se aborta ese caso. En una ocasión alguien llevaba cinco llamadas perdidas, y cuando finalmente contestó fue muy grosera: «¡Carajo!, qué es esta jodedera, hijue... Los voy a demandar por persecución, ya los tengo rastreados». Me pegó una trapeada tenaz y me colgó. Así he tenido varios, y son de ese porcentaje de la población que no cree en el covid-19.

Hay cosas fatales, graciosas, dramáticas, molestas... en una llamada puede pasar cualquier cosa. Uno tiene que ir a la marcha según lo que va escuchando, siempre manteniendo un tono cordial para que la persona se sienta en confianza de brindar

información personal. Sucede en muchos casos que la persona no quiere dar información, y ahí es cuando tenemos que persuadir a través de la sensibilización: «Señor, esta información que le estamos solicitando es de vital importancia porque con esto usted ayuda a cortar la cadena de transmisión. Pese a que a usted no le han entregado su resultado, una persona puede presentar síntomas entre los días 2 y 14, y antes de hacerlo usted podría estar infectando a su familia o a sus compañeros de trabajo. Estoy seguro de que no le gustaría perder a un familiar o a un amigo. Está en sus manos salvar vidas».

Después de esto, casi un 80 % accede a dar datos, pero hay otras que definitivamente no porque no creen en la privacidad ni confidencialidad con que se maneja la información, ni siquiera luego de decirles que cuando llamamos a contactos referidos, ni siquiera tenemos acceso a la base de quién refirió a quién.

Manejamos un horario rotativo de 8:00 de la mañana a 8:00 de la noche. Generalmente tenemos 45 minutos de almuerzo y 15 minutos de *break*. Con la voz no he tenido ningún problema porque al ser músico manejo mucho la técnica vocal y sé impostar la voz para que no haya tanto desgaste. Me hidrato solo con agua, como un litro al día, y a veces me como un chocolate. Estar sentado y estático cansa, pero manejamos pausas activas. Aun así, no es tan agotador como estar en una oficina y tener que salir a coger transporte para llegar a casa. Aquí simplemente apago el equipo y puedo estar con mi familia.

Es un buen trabajo, me he sentido muy a gusto y me ha ido muy bien. Estaría mintiendo si dijera que ser operario de *call center* es el trabajo soñado. Menos después de ser gerente de mi propia empresa. La música siempre ha sido mi pasión y mi sueño, y ese es mi ideal si logro tener una estabilidad econó-

mica que me permita dedicarme a ello. Pero lo que me atrae y me reconforta de lo que estoy haciendo es la labor social, algo que llevo dentro de mí desde muy joven y que lo pude cultivar en mi servicio eclesial.

Sentir que puedo estar ayudando a salvar vidas o a quien lo necesita me da mucha alegría. Sé que cuando uno hace las cosas con dedicación y gratitud, la vida le retribuye con otras bondades. Y estar hoy aquí, contando mi historia, es parte de ello.

”

SEÑOR, ESTA INFORMACIÓN QUE LE ESTAMOS SOLICITANDO ES DE VITAL IMPORTANCIA PORQUE CON ESTO USTED AYUDA A CORTAR LA CADENA DE TRANSMISIÓN. PESE A QUE A USTED NO LE HAN ENTREGADO SU RESULTADO, UNA PERSONA PUEDE PRESENTAR SÍNTOMAS ENTRE LOS DÍAS 2 Y 14, Y ANTES DE HACERLO USTED PODRÍA ESTAR INFECTANDO A SU FAMILIA O A SUS COMPAÑEROS DE TRABAJO. ESTOY SEGURO DE QUE NO LE GUSTARÍA PERDER A UN FAMILIAR O A UN AMIGO. ESTÁ EN SUS MANOS SALVAR VIDAS.



6

LA MULTIPLICACIÓN DE LAS PRUEBAS... Y DE LAS HORAS

La provincia suele ser vista con recelo por quienes están en el centro, pero en muchas ocasiones esa mirada resulta, cuando menos, desinformada. Y para la muestra, un botón «heroico»: el Laboratorio de Biología Molecular de la Universidad de Cartagena (Unimol), que, para sorpresa de muchos, se consolidó como un centro de diagnóstico de covid-19 estrella del Caribe colombiano. No en vano fue merecedor de vítores y reconocimientos, tanto oficiales como privados, por su incansable labor a favor de la ciencia, la educación y la salud en Bolívar. En esta pandemia, su fundadora y guía, Doris Gómez, asumió, con suma diligencia y conocimiento de causa, la tarea de procesar, en la técnica de PCR, todas las muestras del sistema público de salud del departamento, sin cobrar por ello.

Doris Gómez

*Directora del Laboratorio de Biología Molecular de la
Universidad de Cartagena*

Aunque hice mi internado en el hospital de la Universidad de Cartagena, nunca pensé que volvería a vivir aquí. Nací en Barranquilla y cursé mi pregrado en bacteriología en la Universidad Metropolitana de esa ciudad. Siempre quise volver a mi terruño, pero hace 20 años aterricé unos kilómetros más al sur, en La Heroica, y aquí formé mi hogar profesional y familiar.

Acababa de culminar una maestría en microbiología clínica en la Universidad Javeriana cuando el jefe de Posgrados de Ciencias Básicas de la Universidad de Cartagena me contactó para que montara ese mismo programa en su *alma mater*. Y terminó siendo el mío, porque, gracias a la Universidad de Cartagena, no solo pude hacer la especialidad en educación médica y el doctorado en biología molecular, apoyada por una beca de Colciencias, sino que me convertí en investigadora sénior y profesora titular de la Facultad de Medicina. Además de aprender, trabajé en educación continua.

En el 2000 conformé, junto con el profesor Claudio Gómez —mi esposo— y la doctora Dacia Malambo, el Grupo Unidad de Investigación Molecular (Unimol), y desde el 2012 investigamos diversos microorganismos; para ser exacta, 17 virus y 3 bacterias, entre ellos la influenza, el dengue, el zika y el chikunguña. Dentro de la categoría de enfermedades metabólicas también estudiamos la obesidad, la fibrosis quística y las hiperlipidemias, entre otras. Siempre me ha gustado el trato con pacientes, independientemente de que sea bacterióloga y no médica; me gusta el diagnóstico, verlos recuperarse y saber que acerté en entender qué les ocurría. Es una de mis grandes pasiones.

Decidimos trabajar en covid-19 luego de que el rector de la Universidad convocara en marzo a los decanos de salud y a mí, en calidad de directora del Programa de Doctorado en Medicina Tropical-SUE,

que cobija a las siete universidades estatales del Caribe colombiano. Cada vez que vemos venir un brote, yo lo estudio con mis estudiantes doctorales, y desde comienzos del año empezamos a analizar este nuevo coronavirus. Con ese conocimiento previo, en esa reunión le dije al rector: «El Festival de Cine de Cartagena», que estaba en pleno desarrollo, «tiene que suspenderse y hay que deportar a los italianos asistentes».

Uno de los médicos presentes dijo que todo lo tenían bajo control. Yo le pregunté qué significaba *control*, y me respondió que estaban haciendo un cuestionario a la entrada, a lo que yo repliqué que eso no servía de nada porque la gente no iba a decir que estaba enferma. Les advertí que lo útil era hacerles los exámenes de rigor. El rector preguntó quién podía hacerlo y, sin reparos, le respondí que mi equipo y yo, porque si abordábamos la influenza, podíamos abordar el covid-19. Me expresó su respaldo y me dijo que compraría el primer kit de covid-19 para la Universidad. Pero en ese momento no había reactivos. Así que le sugerí enviar una carta al Instituto Nacional de Salud (INS) en la que ofrecíamos el laboratorio como centro diagnóstico y pedíamos ayuda con los reactivos.

Esa misma tarde hice la carta, se la envié al rector, él la firmó y se la envió al INS. En un principio, el INS se mostró un poco incrédulo de la labor que podríamos realizar, pero les dijimos que desde el 2012 trabajábamos en conjunto con un laboratorio de la Armada de Estados Unidos en la detección de influenza, dengue, chikunguña y otros virus respiratorios, que teníamos estándares de evaluación mensual y estábamos en proceso de acreditación. De hecho, el laboratorio que constituimos en el 2000 lo tumbamos, y con los recursos recolectados por la venta de servicios diagnósticos construimos uno nuevo en

el 2016, guiados por las normas de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus iniciales en inglés) de Estados Unidos.

Eso fue durante el rectorado de Germán Sierra. Lo hice pensando en que podía venir una peste y quería que el laboratorio estuviera a la altura de las necesidades y la credibilidad que se requerirían. No obstante, la posibilidad de que el INS nos aceptara era remota porque ellos son el ente rector en el país y son los encargados de responder por la vigilancia y la salud pública a escala nacional. Estábamos dispuestos a acoger las reglas que nos indicaran.

La reunión con el rector había sido un jueves, y al martes siguiente me llamaron del Departamento Administrativo Distrital de Salud (Dadis), de Cartagena, a decirme que tenían problemas, que estaban enviando a los pacientes allá y que se les estaban demorando mucho las muestras. Me preguntaron si nosotros estábamos en capacidad de hacer pruebas. Por supuesto, no solo les dije que sí, sino que los invité a conocer el laboratorio, pero muchos estaban temerosos y no se querían mover de sus sitios de trabajo. Finalmente, en esa semana vino el director del Dadis, Álvaro Fortich, junto con el secretario de Salud de Bolívar, Álvaro González Hollman, y se dieron cuenta de que el laboratorio tenía las condiciones idóneas; nunca se lo imaginaron así.

Tras esa visita, ese mismo día la directora del INS, Martha Ospina, nos pidió que procesáramos las primeras muestras, pero que antes de hacerlo fuera a Barranquilla para entrenarme. Ya conocía a mis colegas de la Secretaría de Salud del Atlántico porque en el pasado los había capacitado en biología molecular. Desde bien temprano en la mañana del 24 de marzo salimos rumbo a Barranquilla, donde recibimos la inducción en la técnica, pues ellos, a su vez, ya la habían recibido de parte del INS. Esa tarde nos devolvimos.

Al siguiente día nos hicieron una auditoría en mi laboratorio; la pasamos con un puntaje alto (93/100), y así obtuvimos el aval para empezar a procesar muestras.

Teníamos todo listo, solo hacía falta el arribo de los reactivos. Finalmente comenzamos el 1.º de abril. Ese día llegaron 39 muestras; al día siguiente, 69; luego, 124, y así sucesivamente fueron aumentando. Ese mes realizamos 3471 pruebas; en mayo, 14 000, y en junio, 24 000. Hubo días de hasta 1900 muestras. Todo lo hicimos con mi equipo, solo once personas que hacían parte de proyectos de investigación, por lo que no le recargué sobrecostos de personal a la Universidad. A cada miembro de mi grupo le pedí su consentimiento informado para trabajar en covid-19, y todos aceptaron sin condiciones. Dos semanas más tarde, solo una persona desertó porque no aguantó el ritmo frenético de trabajo; por suerte, conseguimos reemplazarlo.

Para nosotros fue un trabajo espeluznante por la cantidad de cosas que debíamos hacer. Había que recibir la información del Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila), digitar las historias clínicas, llenar una base de datos, ponerla en concordancia con el INS, subir las muestras y enviar la documentación al laboratorio departamental. En ese papeleo y registro nos daban entre las dos y las tres de la mañana, pese a que los resultados se habían obtenido a las once de la mañana del día anterior. Era una labor monumental porque, además, cada paciente debía tener un código independiente para que se pudieran entregar los resultados a cada institución prestadora de salud (IPS). Absolutamente agotador.

Sin embargo, no flaqueamos. Tanto así, que desde la Presidencia de la República llegó una felicitación por nuestro trabajo y le dieron la orden al gobernador de Bolívar para que pudiéramos tener, desde agosto, tres personas adicionales en el laboratorio y

cuatro funcionarios para digitar la información. Para ese entonces había pasado el pico de la pandemia en el departamento, que fue en junio, pero de todas formas fue un apoyo caído del cielo.

Bienaventuradas las donaciones

En el 2020 procesamos 86 000 muestras de todo el departamento de Bolívar, además de las que realizamos a personal de la Universidad y también a empleados de empresas que nos han hecho importantes donaciones, que sumaron 21 500 pruebas. Por ejemplo, la Fundación Santo Domingo nos dio un robot que empezamos a operar en agosto, el Puerto de Cartagena nos regaló un equipo de extracción de ácido ribonucleico (RNA), Reficar nos regaló 33 000 pruebas, la Fundación Mamonal donó otras 10 000 y la Universidad también aportó los insumos para 9000 más. Adicionalmente, hemos puesto cosas que nadie más da: cajas, plásticos, tubos, pipetas y otros elementos básicos. Los únicos test que cobramos son los de personas particulares que quieren hacerse una prueba sin acudir a su entidad promotora de salud (EPS).

Todas las muestras que procesamos son en la técnica de reacción en cadena de la polimerasa (PCR, por sus iniciales en inglés). Inicialmente, teníamos tres máquinas: dos grandes, cada una con capacidad de procesar 96 muestras simultáneamente, y una pequeña, capaz de procesar 28. Hicimos las extracciones de RNA a mano hasta que el equipo que nos dio la Fundación Santo Domingo nos permitió hacerlo de forma automática, pero embalar, sacar las muestras, rotularlas y las otras operaciones debe hacerlas una persona.

Hasta agosto del 2020, mi personal no salió ni un solo domingo. Sabíamos que teníamos un día libre a la semana, pero turnado. Después, cuando el volumen de trabajo bajó un poco, decidí que los do-

mingos solo trabajaran cinco personas: dos operativos, dos en toma de muestras y uno para digitación. Aprendimos a priorizar el procesamiento de muestras dependiendo del perfil de los pacientes: aquellos en unidades de cuidados intensivos (UCI), hospitalizados y fallecidos tienen la prioridad, y de ellos logramos tener resultados en tres horas; después están los pacientes ambulatorios, cuyas pruebas están listas en cinco horas. Parece extraño hacerle la prueba a una persona que ha muerto, pero lo hacemos porque las funerarias y los cementerios no quieren aceptarlas sin saber si son difuntos por covid-19 o no, ya que de serlo necesitan un tratamiento diferente.

En el proceso, ayudamos a laboratorios de otros departamentos, como Sucre o La Guajira, con insumos, particularmente reactivos. Teníamos la idea de apoyar a toda la costa, pero la desventaja grande que teníamos era que los reactivos estaban monopolizados y no hubo ningún control en su precio. Al principio, por ejemplo, Antioquia se organizó muy bien y logró hacer una compra centralizada para todos los laboratorios. De hecho, el Puerto de Cartagena me iba a regalar un congelador para guardar muestras de covid-19, pero tuvimos que comprar uno más sencillo porque en ese momento cualquiera le bajaba de la mano al otro una compra ya pactada. Varias veces me pasó que llamaba a pedir unos kits de RNA con pago enseguida, y cuando iba a efectuar el giro me decían: «Doctora, lo sentimos, pero solo vamos a poder darle dos kits porque Bogotá y Antioquia nos pagaron por adelantado». Eso fue a lo «sálvese quien pueda»; el que primero cogía el teléfono y pagaba, tenía lo suyo, cuando en realidad debería haber sido algo mucho más estructurado y equitativo.

De ahí que el primer kit que compró la Universidad costó más de 7 millones de pesos, cuando hoy en día uno encuentra los mismos kits a menos de

”

NO FLAQUEAMOS. TANTO ASÍ, QUE DESDE LA
PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA LLEGÓ UNA
FELICITACIÓN POR NUESTRO TRABAJO.



6 millones. No puedes ayudar en la casa del vecino cuando tus hijos están muertos de hambre. Yo quería ayudar a Barranquilla porque es mi tierra, pero cuando Cartagena no tenía reactivos nadie nos apoyó inmediatamente, sino dos meses después. Pese a ello, para la gloria de Dios, nosotros no dejamos de atender ni un solo día.

La tortuosa letra de los médicos

La parte más difícil de todo nuestro trabajo fue la digitación de tantas historias clínicas para ingresarlas al SIVIGILA. En julio, durante una reunión con la Gobernación se me ocurrió una cosa tan sencilla que parece caerse de su peso: que las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) mandaran los nombres con las cédulas de los pacientes ya digitados al Laboratorio de Salud Pública, y este, a su vez, nos diera esos datos preliminares para que pudiéramos codificar y revisar la parte complementaria. Aunque suena increíble, en la era digital las historias clínicas nos llegaban escritas a mano, y a nosotros nos tocaba interpretar la letra de los médicos y del personal de salud para poder sistematizarlas. Un detalle tan lógico y simple nos causó un gran tormento que nos restaba tiempo y desviaba el esfuerzo de nuestro quehacer.

Por eso mi función no solo fue en el aspecto técnico del laboratorio, también en el anímico y moral, porque todos los días debía darle ánimo a mi grupo para que no tirara la toalla. A veces se desesperaban cuando yo no llegaba temprano; incluso un día uno de mis muchachos me dijo: «Doctora, cuando se demore, llámeme así sea para regañarme». Y mi esposo, que estaba ahí, le respondió: «¿Usted es masoquista, o qué?». Esa vez nos reímos, pero la verdad es que el trabajo era abrumador.

Ocasionalmente, todos nos sentábamos con psicóloga abordo y conversábamos. En nuestro tra-

bajo regular antes de la pandemia procesábamos unas diez pruebas diarias, y en un abrir y cerrar de ojos pasamos a cientos de pruebas hasta llegar a más de mil. Con la tecnología que tenemos, hoy cada uno puede procesar unas 250 pruebas diarias. Cuando la Gobernación nos envió las primeras cuatro personas de apoyo, a la hora ya querían salir corriendo al advertir la cantidad de trabajo; y algunos se fueron y no regresaron, pero después recibimos otras personas que se quedaron. Yo también tuve mis días en que no quería levantarme, me dolía la espalda; pero al final de cuentas, Dios es el que nos da la fuerza.

Tuvimos a un muchacho que se contagió, pero sé que no fue dentro de nuestro laboratorio porque era el único que tenía un trabajo alterno. Menos mal que tuvo una sintomatología leve. Somos muy rigurosos con las medidas de bioseguridad. Desde que empezamos, el Puerto de Cartagena nos regaló los trajes, y después lo hizo la Fundación Santo Domingo. Por suerte, siempre hemos estado bien dotados y surtidos.

He tenido ofertas de trabajo de universidades privadas, pero no me he ido por el compromiso que tengo con mi universidad y porque uno no puede servir a dos señores de forma excelente. Tuve la oportunidad de quedarme en España, cuando hice el doctorado, con empleo para mí y para mi esposo, pero en ese momento supe que si aceptaba, mucha gente mía iba a quedar a la deriva. La costa necesita más profesionales de salud que trabajen con calidad.

A mí me encanta el frío, el calor me agobia fácilmente. Amo Barranquilla porque es mi tierra, y, como dije, nunca imaginé trabajar en Cartagena porque siempre la vi como una ciudad pequeña donde todos se encuentran. El barranquillero está acostumbrado a correr, como en Bogotá, y la lentitud de los cartageneros me desesperaba. Sin embargo, Cartagena se

ganó mi corazón con detalles muy pequeños, pero muy dicientes del calor humano. Por ejemplo, cuando llego a mi casa y el portero me dice: «Doctora, le compré estos aguacates porque sé que le gustan y usted nunca tiene tiempo», o cuando saco a mi mascota a las nueve de la noche sola, porque mi esposo no ha llegado aún, y me volteo y veo al vigilante celándome y asegurándose de que esté bien. Eso vale más que el dinero, y me quedé porque hay mucho por hacer y puedo trabajar libremente en proyectos de ayuda para la comunidad. El estrés no falta, pero estoy viva. El mejor regalo que me ha dado la pandemia es tener a mi esposo en casa, porque como es profesor investigador de la Nacional, todo este tiempo ha podido hacer teletrabajo.

Mi interés es que no solamente produzcamos diagnósticos, sino también insumos para los laboratorios de la Costa, y que todos seamos socios. Para llegar a eso se necesita menos política, menos burocracia y menos egoísmo. De hecho, en 2014 presenté un proyecto para construir un laboratorio entre Cartagena y Barranquilla; ya tenía la maqueta y me iban a regalar el terreno. En un principio, todos dijeron que sí, pero a la hora de concretarlo la sed de poder fue muy grande.

Siempre he pensado que en nuestros países terminamos siendo conejillos de Indias de distintos desarrollos porque no estamos lo suficientemente preparados para saber discernir entre lo que funciona y lo que no. Y eso solo se puede hacer cuando tienes un conocimiento desprendido del ego y la ambición.

Ciencia para la gente

Siempre quise que mi laboratorio sirviera a la comunidad y se convirtiera en un centro de referencia para que los residentes rotaran, vieran las últimas técnicas de diagnóstico y las pudieran aplicar con los

pacientes. Soy partidaria de que la investigación debe ir encaminada a solucionar problemas reales de la sociedad.

Mi idea es que todas nuestras investigaciones estén orientadas al bienestar social. Hemos incentivado la educación de jóvenes líderes para enfrentar el dengue, hemos hecho cartillas informativas para padres sobre fibrosis quística, hemos organizado desayunos saludables para promover la alimentación sana, entre otras acciones que están enmarcadas dentro de proyectos de investigación, en tres líneas claras: enfermedades infecciosas y genéticas, obesidad y educación universitaria.

En el 2003, soñaba con un semillero de investigación que tuviera que ver con la salud, es decir, que los estudiantes sacaran de la realidad del país sus propuestas investigativas, le pusieran amor a su trabajo y supieran gestionar sus propios proyectos. Y ese año nos ganamos el primer puesto en el país como semillero de medicina, entre 250 postulados. Escogimos a 30 alumnos con verdaderas características investigativas y nos íbamos a barrios muy deprimidos de Cartagena para que entendieran la realidad social en la que vivían las comunidades y captaran necesidades investigativas a partir de esas experiencias. Algunas ideas se terminaron convirtiendo en proyectos de posgrado e hicimos un internado en investigación, porque todos eran clínicos y yo quería fomentar el espíritu científico en los muchachos.

Cultivar ese proceso es muy importante, pues lo que ha sucedido durante décadas es que los médicos están en la práctica clínica y no tienen interiorizado el saber científico, mientras que los científicos son laboratoristas y nunca se conectan con el paciente. Es un puente roto del que caen muchas oportunidades porque no se aprovechan conocimientos y sinergias que pueden ser valiosas e innovadoras para la

población. El impulsar esa idea no ha estado exento de sacrificios, básicamente porque, como no hace parte de la carga académica, hay que sacar tiempo extra; los sábados y los domingos, que eran tiempo de familia, los empleábamos en las brigadas.

Estoy casada, y mi marido es investigador y docente de la facultad de Farmacia en la Universidad Nacional con sede en Bogotá. Aunque no tengo hijos biológicos porque estoy convencida de que si uno los tiene debe dedicarles el mayor tiempo posible, sí soy mamá de un reguero de hijos adoptivos: mis estudiantes, además de mis sobrinos, a quienes con cariño y dedicación les he enseñado cosas que son propias de la casa. A la Facultad de Medicina de la Universidad de Cartagena han llegado chicos muy humildes que no saben dónde conseguir las cosas más sencillas, ni cómo expresarse, cómo atender a un paciente, cómo ayudar a sus mamás con los oficios caseros y respetarlas... Yo me he metido hasta en el tema de las novias. De hecho, muchas mamás me han agradecido y muchos estudiantes me felicitan el Día de la Madre. Me encanta enseñarles aquello que no está en los libros porque es un aprendizaje de vida que marca la diferencia. Por algo, en la educación concentro todas mis apuestas.

”

SIEMPRE HE PENSADO QUE EN NUESTROS PAÍSES TERMINAMOS
SIENDO CONEJILLOS DE INDIAS DE DISTINTOS
DESARROLLOS PORQUE NO ESTAMOS LO SUFICIENTEMENTE
PREPARADOS PARA SABER DISCERNIR ENTRE LO QUE FUNCIONA
Y LO QUE NO. Y ESO SOLO SE PUEDE HACER CUANDO TIENES UN
CONOCIMIENTO DESPRENDIDO DEL EGO Y LA AMBICIÓN.



UNA REINVENCIÓN HACIA EL PASADO

Aunque conoce a muchos de sus pacientes desde hace más de 20 años, no sabía que algunos de esos adultos mayores no tenían internet, ni computador, ni un celular moderno, para controlarles la diabetes, la osteoporosis, la obesidad y la hipertensión por la vía de la virtualidad. Como eran personas de alto riesgo de covid-19 por sus comorbilidades, su estrategia fue retroceder en el tiempo y vigilarlos por teléfono fijo. Mientras sus colegas avanzaban en la telemedicina, la doctora Adriana Medina logró atenuar las dificultades que le impuso la pandemia para que sus pacientes no suspendieran los tratamientos.

Adriana Medina

*Médica internista y endocrinóloga del Hospital San José,
Bogotá*



”

MIS AGENDAS, QUE
USUALMENTE VIVÍAN
COLAPSADAS, AHORA
ESTABAN PRÁCTICAMENTE
DESOCUPADAS.



En marzo de 2020, cuando comenzó la cuarentena y nos tuvimos que encerrar, por lo menos 40 de los 120 pacientes que atiende semanalmente, entre los de consulta particular y los del Hospital San José, en Bogotá, quedaron aislados. No solo porque no podían acudir a la consulta, sino porque ni siquiera tenían ningún medio electrónico para atenderlos virtualmente: ni internet, ni computador, ni teléfono celular. Ante mi sorpresa al constatar que no tendría cómo hacerles seguimiento virtual, mi única opción fue buscar «nuevas» estrategias para estar en contacto con ellos.

Fue paradójico, pues mientras mis colegas avanzaron en la era de la telemedicina, en las consultas por plataformas virtuales, en el manejo de todo tipo de herramientas que facilitó internet y que se intensificó en la pandemia, el panorama para mí fue al revés. Suena divertido y loco, pero en realidad es una preocupación que me hace pensar en la dificultad del seguimiento y la adherencia de mis pacientes a sus tratamientos. Por eso no sé con qué me voy a encontrar cuando los vuelva a ver, pues la mitad de ellos ni siquiera se han tomado los exámenes de rutina.

Miedo y soledad

La pandemia no solo llegó con los casos, las dolorosas cifras y el voltaje de una atención de emergencia en medio del desconocimiento de su manejo. También llegó —y en gran medida— con miedo y falsa información. Por eso la consulta cayó dramáticamente entre marzo, abril y mayo del 2020. Yo podía ver entre 60 y 70 pacientes cada semana. En el Hospital San José, donde soy profesora y atiende usuarios de entidades promotoras de salud (EPS), veía otro tanto. Es decir, en una semana eran unos 120 paciente. Durante los primeros tres meses de cuarentena (marzo, abril y mayo), las consultas se redujeron a diez o doce

por semana. Mis agendas, que usualmente vivían colapsadas, ahora estaban prácticamente desocupadas.

Aunque las clínicas, los hospitales y los consultorios establecieron medidas de bioseguridad, y los laboratorios decidieron hacer toma de muestras en casa, y el decreto de la cuarentena autorizó la entrega de medicamentos a domicilio para adultos mayores, nada de eso logró persuadirlos de asistir. Mis pacientes no llegaban a consulta, no recibían su fórmula médica y tampoco tenían tratamiento. Ni siquiera llamaban a reportarse.

Adicionalmente, el encierro y la falta de interacción con sus hijos y sus nietos agravaron el problema. La situación de mis pacientes cambió de un momento a otro: quedaron solos, sin poder salir a hacer ejercicio ni tener contacto con su familia. Fue tan delicado el asunto que algunos cayeron en depresión. Además de las enfermedades crónicas de mis pacientes, la depresión y el miedo los llevó a desmotivarse y a no seguir con los medicamentos. ¿Cómo lograría hacerles seguimiento a esos pacientes adultos, que compartían las comorbilidades que estaban en primera línea de riesgo pero estaban solos, desconectados y temerosos?

Debo reconocer que la tarea ha sido entre simpática y preocupante. Debía acceder de alguna manera a esos 40 pacientes sin computador, internet ni celulares con cámara. Por fortuna, aún tenían teléfono fijo. De manera que mi «reinvención» fue volver al pasado: usar esa antigua herramienta de comunicación que poco a poco ha ido desapareciendo de los hogares. A veces me sentía haciendo visita telefónica como en los viejos tiempos.

Uno de los retos más importantes para un médico es hacer que su paciente se adhiera al tratamiento, cumpla las indicaciones, tome sus medicamentos

y cuide su peso y su alimentación. La consulta es el momento oportuno para tener esa cercanía y explicarle la importancia de seguir las recomendaciones. Los casos que manejo exigen la revisión física del paciente, auscultar, preguntar, hacer una historia clínica rica y detallada porque se corre el riesgo de pasar síntomas y signos que solo se evidencian de manera presencial. Así que decidí hacer uso de toda la experiencia clínica y convertirme en investigadora telefónica. Tuve que hacer un seguimiento de los casos, y tomar la iniciativa de llamarlos porque no todos aparecían. La consulta médica telefónica se convirtió en una ronda de preguntas para decidir, bajo el criterio médico y el conocimiento de cada caso, qué cosas podían ser sospechosas y ordenar algunos exámenes o imágenes diagnósticas cuando era indispensable, pero no era fácil convencerlos de salir.

En el caso concreto de mis pacientes con osteoporosis, es indispensable la densitometría. De esa imagen diagnóstica depende el tratamiento, con ella sé cómo está el hueso, si hay riesgo de fractura o si el tratamiento y los medicamentos están surtiendo efecto. Al no tener densitometrías, porque los pacientes no querían salir, tuve que ordenar otro tipo de exámenes, menos especializados. Las replacé por marcadores sanguíneos, que no son la mejor opción, pero por lo menos me dan una idea de cómo evoluciona el tratamiento. La ventaja era que los laboratorios podían tomarlas en casa, si es que los pacientes aceptaban. Aunque hay un protocolo de bioseguridad para la toma de muestras, que permite hacerlas a domicilio a los adultos mayores, no todos estaban dispuestos a recibir a los encargados.

En definitiva, ninguno de mis pacientes se hizo la densitometría en 2020, así que, cuando los vuelva a ver, es posible que encuentre problemas, o que en 2021 los casos de fractura aumenten, así como otras

patologías que no han tenido los controles periódicos necesarios. En varias ocasiones tuve que insistir, pues si se complicaba la situación, terminarían en urgencias con una fractura y eso sí, les decía, podía ser un riesgo mayor. Era la única forma de convencerlos.

En pocos casos, cuando había un celular con cámara, lograba hacer una videollamada. La reinención llegó hasta el punto de usar el teléfono para que me mostraran (en primer plano) la cara, los ojos, las manos y el cuello para poder ver signos como hinchazón y tratar de detectar tensión alta, por ejemplo. Tuve que pedirles, también, que ellos mismos se tomaran la presión, bajo el riesgo de que esos parámetros no fueran del todo precisos. Era lo único que podía hacer y que hago todavía.

Reinventarse sin virtualidad

Sin verlos y sin una tecnología adecuada para hacer una videollamada, mi consulta sin virtualidad también me obligó a adaptar otras medidas. Por ejemplo, debía pedirles que ellos mismos se pesaran, si tenían báscula, porque en el caso de los obesos o los diabéticos es un dato crucial. Con los de osteoporosis, además de los marcadores sanguíneos, difundí un video con el apoyo de la Universidad Nacional para dar las recomendaciones y evitar que los adultos mayores se fracturaran, porque solos y sin supervisión, un accidente casero sería gravísimo.

Con la charla «Cómo prevenir las fracturas en el adulto mayor en el ámbito de la pandemia», encontré una forma de llegar a los que tenían correo electrónico o WhatsApp. Es un video con recomendaciones sobre nutrición, ejercicio, normas para evitar las caídas en la casa; por ejemplo: no subirse a butacos para regar las matas en sitios altos, precauciones para evitar un resbalón en el baño, porque el riesgo de una caída de una persona



adulta mayor en su casa, más cuando está sola, es grande.

Si tenían correo o WhatsApp, también les mandaba recomendaciones de canales en YouTube para que hicieran ejercicios suaves; pero si no tenían conexión, la única alternativa eran los programas de ejercicios en televisión. Encontré algunos espacios matutinos con rutinas recomendables para mi población.

Superadas las etapas de la llamada, la consulta por teléfono fijo, los datos clínicos con un interrogatorio detallado y sin posibilidad de cámaras, los siguientes obstáculos fueron la fórmula médica, la autorización de los medicamentos y el proceso que ahora se hace en páginas web. Como tengo pacientes que no tienen absolutamente nada de tecnología, mi estrategia se llamó «Angelita, mi secretaria». Ella se convirtió en el puente entre el paciente adulto mayor sin computador y la medicina prepagada o la EPS, para hacer el trámite. Cuando se presentaban esos casos tan complejos, acudía a ella. Ángela les hace todo y, si se necesita la entrega de medicamentos, coordina con un domiciliario. Algunos mayores de 70 años tienen la opción de que la EPS se los entregue.

¡Aparecieron!

En junio del 2020, cuando el encierro se flexibilizó, muchos de mis pacientes «desaparecidos» comenzaron a reportarse, por teléfono, claro. Por lo menos volvieron a llamar preocupados porque se les había acabado el medicamento o porque tenían temor de sus tratamientos y exámenes pendientes. Así, la consulta volvió paulatinamente. Después de estar viendo dos o tres pacientes en un día, ya hablaba con diez o doce.

Desde la apertura, atiendo un día a la semana en el consultorio particular, de forma presencial, por eso la agenda está llena. Antes tenía la agenda vacía, ahora no tengo un espacio para los próximos tres meses.

En cambio, durante todos estos meses mi actividad académica se incrementó mucho. A falta de pacientes en el hospital donde soy profesora, aprovechamos el tiempo para hacer revisión de temas y charlas virtuales con los alumnos de residencia y de pregrado (sin clínica ni presencialidad), además de una gran cantidad de conferencias por plataformas.

En esta pandemia hemos sido muy recursivos. En mi caso, me he visto obligada a adaptarme a la falta de tecnología de algunos pacientes o pensar en exámenes diagnósticos menos complejos. Mi temor, como el de muchos colegas, es que en 2021 las cifras de enfermedades crónicas sean más altas, precisamente por la falta de controles y por el estrés mismo de la pandemia. Cuando se analicen los estudios epidemiológicos, estoy segura de que veremos más diabéticos y más hipertensos. También veremos más fracturas por osteoporosis, por pacientes que dejaron de recibir el medicamento. Ese es mi gran temor.

”

EL ENCIERRO Y LA FALTA DE INTERACCIÓN CON SUS HIJOS Y SUS NIETOS AGRAVARON EL PROBLEMA. LA SITUACIÓN DE MIS PACIENTES CAMBIÓ DE UN MOMENTO A OTRO: QUEDARON SOLOS, SIN PODER SALIR A HACER EJERCICIO NI TENER CONTACTO CON SU FAMILIA. FUE TAN DELICADO EL ASUNTO QUE ALGUNOS CAYERON EN DEPRESIÓN.



EL ARTE DE SABER ESCUCHAR

En abril de 2020, la cirujana plástica Lina Triana se convirtió en la primera mujer en asumir la presidencia de la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas, justo cuando la pandemia de covid-19 comenzaba a causar estragos en el país. Con la paciencia y la persistencia que la caracterizan, y con su habilidad para entender las necesidades de médicos, pacientes y entidades de la salud en medio de una crisis que nadie sospechaba, logró sintonizar en la misma frecuencia a las distintas sociedades médicas con el objetivo común de atender los problemas, todos urgentes y prioritarios, que suscitó la emergencia.

Lina Triana

*Presidente de la Asociación Colombiana de
Sociedades Científicas*

Yo hablo como ejecutivo: rápido. En cambio, escucho con calma, con generosidad, una práctica que adquirí cuando, recién egresada de cirugía plástica, me tocó encargarme de oír a las pacientes que llegaban a la clínica donde empecé a trabajar. La mayoría eran mujeres profesionales, exitosas, muy reconocidas en Cali, pero infelices con su vida sexual.

Desde entonces, hace quince años, he aprendido a escuchar, a ser paciente y persistente. Esas características son las que me han permitido sortear la pandemia de covid-19 desde la Presidencia de la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas.

Soy la primera mujer en ocupar ese cargo, pero no llegué por mi condición femenina. Estoy convencida de que a uno no le tocan la puerta y le dicen que ocupe un cargo solo por ser mujer. Lo logré con años de trabajo, para demostrar que, aunque era la hija de un cirujano plástico reconocido en el país, mi rumbo y mis intereses eran otros.

De la práctica a la cima

¿Cómo llegué aquí, por qué esta chica inquieta, terca, hija de un cirujano que trajo la liposucción a Colombia, llegó a ser la presidente de un gremio de sociedades científicas y vocera internacional de la cirugía plástica vaginal? Es una cadena que fui engranando meticulosamente en conferencias internacionales, como editora de revistas científicas y como presidente de asociaciones médicas.

Mi historia es buena y es real. Cuando yo era residente de cirugía plástica, nos reíamos con los compañeros porque decíamos que nunca sería aceptada como miembro de la Sociedad Colombiana de Cirugía Plástica. La razón era que mi papá, hace muchos años, había traído nuevas ideas y procedimientos al país, y eso había sido muy controvertido; tampoco le

interesó (aún no le interesa) ser miembro del gremio. Por eso mis compañeros me decían que yo nunca iba a pertenecer a uno.

Ser hija de ese cirujano plástico hizo que los profesores me exigieran más. Mi residencia no fue fácil y por eso me propuse llegar a los gremios. Lo tuve claro desde la época de estudiante, porque desde allí podría generar cambios. Por eso me involucré en cuanto congreso pude en la regional Pacífico de la Asociación de Cirugía Plástica en Cali. Tengo que reconocer que nací en Ibagué, aunque mi acento arrastrado valluno me delata. Amo Cali, me encanta la gente abierta y alegre del Valle. Aquí empezó todo. Hacía lo que hubiera que hacer: desde conseguir el pandebono para el refrigerio, hasta participar en la organización de los contenidos temáticos, con tal de estar allí, de aprender, de aportar.

Entre eventos académicos y residencia, me convertí en cirujana plástica y entré a trabajar —en Cali, claro— en la clínica de tres reconocidos especialistas, llenos de trabajo y de procedimientos. Mi labor: escuchar a las pacientes que llegaban a una especie de «triaje estético y psicológico». Mi triaje se enfocaba en saber qué procedimiento querían (o necesitaban), pero muchas llegaban a mi consultorio para hacer catarsis. Detrás de esas vidas de éxito profesional o de comodidades económicas, había señoras infelices con su vida sexual.

Cuando escuchaba a las pacientes que iban a la consulta, supe que debía investigar más sobre la cirugía vaginal. Lo hice. No había mucho en los libros sobre ese tema y comencé a trabajar en la parte científica. Entendí, por lo que aprendí, que la cirugía vaginal iba más allá de un corte en el labio. Comencé a ver unas posibilidades enormes de ayudar a estas pacientes con procedimientos más completos.

Investigué y escribí, una tarea imprescindible para todo aquel que quiera ser reconocido en el ámbito médico y científico, pero nadie me publicaba. Seguía investigando, escribiendo y enviando artículos a revistas especializadas. Nada. Al contrario, me devolvían los artículos. Insistí. Finalmente, me publicaron. Fue en la revista estadounidense de cirugía plástica estética. Ese fue mi primer logro editorial, muy emocionante.

También busqué espacios en congresos y eventos académicos internacionales, adonde iba con los resultados de mis investigaciones en nuevas técnicas y procedimientos para hacer de la cirugía vaginal un proceso de renovación y empoderamiento de mujeres. No la tuve fácil. Una colombiana —y joven— hablando de cirugía vaginal reconstructiva para empoderar a la mujer no era un tema atractivo para mis colegas. Hice presentaciones libres en muchos de los eventos, pues la cirugía plástica vaginal era, para muchos, un tema banal. Me daban palo y me bajaba del podio. Volvía a Cali, seguía investigando, escribiendo y tratando de publicar, y volvía a los congresos médicos para que otra vez me dieran palo. De tanto insistir y hablar, me escucharon; poco a poco me fueron invitando, hasta que se dieron cuenta de que el tema era novedoso y podía interesar al gremio de cirujanos.

El monólogo de la vagina

Fui creciendo en la parte científica. Primero me invitaban como conferencista, luego como panelista, hasta que un día el Sherrell J. Aston, cirujano plástico, profesor de la Universidad de Nueva York, me llamó y me invitó a ser la oradora principal de la conferencia. Fui la primera mujer y la primera persona nacida en Colombia, en la historia del evento (que llevaba más de 30 años) en ser la oradora principal para hablar de lo que sabía: la cirugía vaginal. No me lo podía creer.

Más allá de un tema clínico, estético y plástico, quería que la cirugía vaginal reconstructiva y todo lo relacionado con mejorar la apariencia y la vida sexual de las mujeres tuviera el espacio y la importancia que merecen.

Seguí escribiendo en revistas especializadas y, como ya me publicaban, mi reputación como especialista en cirugía vaginal creció. He escrito también mis propios libros. Uno de ellos, *El renacimiento de la vagina: Reivindicando a la diosa*, es una guía práctica para que tanto mujeres como hombres conozcan las opciones que hay en torno a la vagina.

Actualmente soy editora internacional de la revista de la Sociedad Americana de Cirugía Plástica Estética y de la Revista Mundial de Cirugía Plástica. Me encanta seguir investigando y publicando artículos científicos que ahora son lectura obligada para la actualización de médicos especialistas. Soy conferencista sobre el tema de cirugía plástica vaginal en escenarios mundiales, atiando pacientes en la clínica, hago cirugías, mientras que mi vida gremial sigue avanzando. Desde abril del 2020, soy presidente de la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas, en un momento coyuntural para el mundo y para Colombia: la llegada del covid-19.

De la cirugía vaginal a la vida gremial

Mi vida ha transcurrido entre la práctica clínica, el posicionamiento de un tema tabú y los gremios médicos.

El camino por las agremiaciones comenzó en la Sociedad Colombiana de Cirugía Plástica Estética y Reconstructiva como fiscal. Llegué a la Presidencia después de varios años de trabajar y escuchar, siempre con la idea de unir esfuerzos con colegas de otras especialidades con los que siempre nos sacábamos la lengua. Luego de revisar programas académicos

”

CUANDO EMPEZÓ LA
PANDEMIA ME PREGUNTÉ:
«¿CÓMO HAGO LA
ESCUCHA GENEROSA
EN MEDIO DE ESTAS
REUNIONES VIRTUALES?».

LO HE LOGRADO. ESA
MAGIA DE OÍR A LA GENTE,
AL PACIENTE, AL GREMIO,
SUCEDE A DIARIO; ME
SIENTO SIEMPRE FRENTE
A MI INTERLOCUTOR E
IMAGINO CÓMO ES ESA
PERSONA.



para reconocer la formación de otras especialidades en procedimientos médicos y quirúrgicos estéticos, creamos mesas de trabajo para definir un rol diferente del médico, el tema de la praxis, que es algo que me apasiona.

Los frutos de este trabajo de dos años se vieron más adelante. Durante una asamblea de la Sociedad Colombiana de Cirugía Plástica Estética y Reconstructiva, mis colegas y amigos me impulsaron para ser parte de la Junta Directiva de la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas, y luego para que me postulara a la Presidencia. En 2018 salí elegida para el periodo 2020-2022, momento en el cual era imposible adivinar una pandemia.

En abril de 2020, cuando tomé posesión del cargo, me tocó enfrentar uno de los mayores retos de mi carrera profesional en el sector gremial: representar la voz y la credibilidad de las sociedades científicas colombianas; asesorar, respaldar y trabajar conjuntamente con la Presidencia de la República, los ministerios y las superintendencias, y velar por los derechos de los médicos que están en primera fila enfrentando un virus desconocido y un sistema de salud complejo.

El primer y más importante paso que la Asociación dio fue avalar y respaldar la decisión presidencial de decretar la cuarentena. Según el criterio científico, había que ganarle tiempo al tiempo para preparar la respuesta a una situación crítica que llegó de Europa con muchas noticias, algunos casos y poco conocimiento. Por eso el gremio de la salud posó para la foto cuando el decreto se comunicó desde el Palacio de Nariño.

La solicitud de los gremios médicos y científicos se dio en marzo, cuando se conoció la primera carta enviada al presidente Duque: «Las organizaciones de la salud firmantes, como voceros del sector, vemos con alarma el incremento significativo de los casos de

covid-19 en el país, que desborda lo acontecido en entornos similares, no obstante las medidas de contención establecidas por el gobierno nacional.

»Son de destacar los diferentes resultados tanto en número de casos como en los indicadores de letalidad de los países afectados; y se puede inferir que las diferencias a favor se centran en las medidas más restrictivas, por los resultados epidemiológicos que han mostrado.

»Por lo tanto, y de manera propositiva, sugerimos al gobierno nacional aplicar medidas más drásticas de las que se han tomado hasta la fecha, para evitar los nefastos cambios de indicadores epidemiológicos que ha sido una constante en esta crisis».

Días después se decretó la cuarentena y en abril asumí la presidencia en medio de toda esta coyuntura. Yo creo que era importante nuestro apoyo para tener un soporte sobre la decisión. No puedo hablar de economía, porque no es mi fuerte, pero en lo que respecta a la salud, ¿qué nos habría pasado si los picos que hemos tenido nos hubieran llegado en febrero, marzo o abril? Teníamos que organizar muchos temas administrativos y logísticos para la atención de los pacientes, porque no estábamos preparados para ello.

Cuando empezó la pandemia me pregunté: «¿Cómo hago la escucha generosa en medio de estas reuniones virtuales?». Lo he logrado. Esa magia de oír a la gente, al paciente, al gremio, sucede a diario; me siento siempre frente a mi interlocutor e imagino cómo es esa persona.

Desde entonces, mi día a día está enfocado en solucionar los problemas que trae una pandemia, todos inmediatos, urgentes y prioritarios. Reconozco que la crisis exacerbó los cuellos de botella del sistema de salud en Colombia, pero la cobertura de salud del 95 % es una garantía para que los ciudadanos accedan al servicio, algo que no pasa en otros

países del mundo. Sé que hay muchos aspectos por solucionar, pero tenemos una cobertura importante.

Uno de los primeros retos en la pandemia, cuando comenzó la cuarentena, fue definir cómo, dónde y cuándo recibirían la dotación de elementos de bioseguridad los médicos que estaban en la primera línea de atención al paciente con covid-19. La tarea fue compleja, pues las responsables de la distribución debían ser las administradoras de riesgos laborales (ARL) de cada médico; pero muchos de ellos no tienen una, sino dos o tres afiliaciones con distintos prestadores, por el sistema de contratación. Muchos tienen contratos por prestación de servicios en dos o más instituciones hospitalarias, por eso tienen que afiliarse a varias ARL. Entonces, ¿quién entregaría la dotación de los elementos de bioprotección?

Después de varios meses de trabajo y de coordinación con las entidades del sector salud, se ha mejorado el acceso a los elementos de bioprotección; sin embargo, una encuesta que hizo la Contraloría demostró que el 47 % de los profesionales de la salud tenían que sacar de su bolsillo para poder completar los elementos de protección personal. La situación ha mejorado, ya nos están dando los insumos, pero fue un cuello de botella complejo.

En esta inmediatez era muy fácil quejarse, y como los médicos nos sentíamos tan vulnerados, era común caer en ello. Por eso apliqué la premisa que me acompaña desde mis comienzos como cirujana plástica: la escucha generosa con cada sector (ministerios, Superintendencia, Defensoría del Pueblo, aseguradoras, gremios científicos...). Busqué la forma de trabajar en conjunto para despejar el panorama.

El sistema: un gran elefante

Luego, la tarea del gremio estuvo centrada en atender las quejas por incapacidad laboral por

sospecha de covid-19 en los médicos. Si un médico es sospechoso de contagio, no puede trabajar, pero si no trabaja, no le pagan, pues ese es el sistema de prestación de servicios en el que muchos están. Durante esos diez o doce días, ¿cómo resuelve su situación económica?

Movilizar el sistema de salud para hacer cambios es lento y pesado, es como mover un elefante, pero hemos tratado de entenderlo. Aunque quisiera que las soluciones llegaran más rápido, mi papel no es quejarme, sino buscar alternativas y servir de puente entre el Estado y el gremio médico. En esta nueva etapa de mi vida profesional, he mantenido permanente interlocución con los ministros de Salud y de Trabajo, y he entendido que la transformación es lenta y que no depende, en muchos casos, de los propios ministros. Este es el sistema, hay que cambiarlo, pero eso no se hace de la noche a la mañana. Por eso, primero identificamos la situación, hablamos con el gobierno, buscamos soluciones y luego contacto a mi gremio. Ese es mi papel, aunque en muchas ocasiones se desesperan.

También soy consciente de que hay una división dentro del gremio, pero creo firmemente que es un momento para unir fuerzas, no para dividir las. Por eso me he acercado a las entidades promotoras de salud (EPS), a las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), a la industria y por supuesto, a los pacientes, pues sé que es indispensable trabajar conjuntamente para mejorar la salud de los colombianos. Así mismo, reconozco que los médicos nos hemos quedado por fuera de la conversación sobre la sostenibilidad del sistema. Me refiero a que los médicos dejamos en manos de las EPS el tema administrativo y nos desentendimos de ello. Por eso decidí con los asociados realizar talleres sobre temas administrativos, pues considero que el gremio debe volver a en-



trar en esa conversación, a tener más injerencia en las decisiones y no solo trabajar en la parte científica.

A pesar de la situación, sé que el sector salud —especialmente los médicos— volvió a tener el reconocimiento de la ciudadanía. Esta crisis puso de presente los problemas administrativos y la fragilidad de la contratación de los médicos, pero también ha sido una oportunidad para que, como sociedades científicas, nos replanteemos nuestra función.

Hoy considero que el papel más importante de la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas, en medio la pandemia, es y será el aporte desde el conocimiento de cada una de las especialidades de sus asociaciones. El apoyo del gremio de intensivistas y de las sociedades de Infectología, Cuidado Crítico, Medicina Interna y Anestesiología, entre otras, para conformar un equipo de trabajo que pueda responder con su experiencia a las necesidades de capacitación de las regiones, es el mayor aporte a la salud pública. La pandemia ha logrado que trabajemos por un fin más grande que nosotros mismos, que las asociaciones nos unamos para trabajar por un bien común: los pacientes.

”

MOVILIZAR EL SISTEMA DE SALUD PARA HACER CAMBIOS ES LENTO Y PESADO, ES COMO MOVER UN ELEFANTE, PERO HEMOS TRATADO DE ENTENDERLO. AUNQUE QUISIERA QUE LAS SOLUCIONES LLEGARAN MÁS RÁPIDO, MI PAPEL NO ES QUEJARME, SINO BUSCAR ALTERNATIVAS Y SERVIR DE PUENTE ENTRE EL ESTADO Y EL GREMIO MÉDICO.

ESTAR
SEPARADOS
NUNCA NOS
HABÍA UNIDO
TANTO



Una experiencia de más de 20 años en la tarea de distribuir medicamentos le permitió a Audifarma responder a la emergencia sanitaria del covid-19 con lujo de detalles. Su éxito fue la anticipación. Cuando la pandemia obligó al teletrabajo, la empresa ya venía experimentando con este recurso. Cuando la cuarentena exigió multiplicar la entrega de medicinas a domicilio, ya la empresa tenía la base para aumentar ostensiblemente el volumen de distribución. Con un nivel de servicio que supera el 99 % de eficiencia, Audifarma ha sido un ejemplo no solo en el campo de la distribución de medicinas, sino en el de la responsabilidad social a la que se comprometió en el momento de su creación. Giovanni Mesa, su gerente y cofundador, narra cómo lo lograron y señala las enseñanzas que ha traído el confinamiento.

Giovanni Mesa

Gerente general y cofundador de Audifarma

Audifarma nació en Pereira gracias a la preocupación de un equipo de profesionales por la eficiencia con que las entidades promotoras de salud debían dispensar los medicamentos. Este emprendimiento —que bien podría haber nacido en el convulsionado 2020, como respuesta a la necesidad de la entrega de medicamentos a domicilio— nació en 1996. Desde entonces ha crecido, se ha fortalecido y se ha diversificado.

La historia de Audifarma está marcada por los sueños. El primero, convertirnos en un soporte de las entidades de salud, pues, con el nacimiento de la Ley 100 en 1993, se abrió la posibilidad de entregar medicamentos a los afiliados de las entidades promotoras de salud que se crearían con el nuevo régimen. El sueño fue tomando forma y el emprendimiento se convirtió en una empresa que casi desaparece en el primer año. Sin embargo, la persistencia de los socios (mi hermana, un colega y yo) permitió que se consolidara como un referente en la distribución de medicamentos en Colombia. En la actualidad, Audifarma atiende a más de 8 millones de usuarios en 25 departamentos, cuenta con 589 centros de atención, tiene 5600 colaboradores (así llamo a los empleados), posee una mística propia y diseña programas de responsabilidad social, innovación e investigación. Trabajamos por una cultura de adaptación al cambio.

Por eso, en la pandemia decidimos anticiparnos y sacar todo nuestro arsenal de herramientas para adaptarnos a las necesidades de una población que tuvo que confinarse, pero que necesitaba seguir recibiendo sus prescripciones médicas. Muchas cosas ayudaron al proceso: 175 personas estaban en teletrabajo desde hace dos años, 39 lo hacían todos los días y 136 lo alternaban.

Como médico, supe que la cuarentena venía. «Nos van a encerrar», les dije a mis amigos de Perei-

ra, en febrero. No me creyeron. Mi premonición parecía una locura en ese momento. Y llegó la cuarentena. Por eso, en marzo de 2020, una semana antes de decretarse el confinamiento, decidimos ampliar el teletrabajo a más de 1300 personas e instalamos el programa a un número igual de computadores para que los colaboradores los llevaran a casa. Mi trabajo, que se desarrollaba entre Bogotá, Pereira y las regionales en todo el país, se concentró en mi casa, se intensificó en la virtualidad, que ya veníamos probando, y se consolidó cuando todos los colaboradores hicieron lo mismo. Nosotros teníamos esa ventaja.

Yo siento que ha sido un año grandioso por eso, porque los aprendizajes han sido enormes. La lección más grande se resume con una palabra que precisamente estamos trabajando, un valor que incorporamos hace un año: humildad.

Yo la veo en todas partes. La empresa, como el mundo, atraviesa un momento de humildad. Que un ser (vivo o no, porque todavía se duda de si lo es) con un tamaño casi nanométrico se sirva de otro ser vivo para existir y haga parar a la humanidad es, para mí, un llamado a volver a la esencia: a la familia, a estar juntos. Estar separados nunca nos había unido tanto. Estar en casa con mis hijos de ocho, diez y doce años, verlos estudiar en la virtualidad, apoyarlos en sus tareas y seguir manejando una empresa de esta envergadura es una posibilidad que agradezco y aprovecho. Eso mismo he querido sembrar en los colaboradores de Audifarma con el teletrabajo.

Dos semanas después de iniciar la cuarentena, ampliamos el trabajo virtual a las regionales por todo el país. Desde la gerencia tomamos la decisión de confiar en las personas que trabajan desde su hogar, porque también hemos entendido que la presencialidad en las oficinas es un paradigma que tiende a desaparecer. Nuestra misión como empresa es

acompañar a las personas en el camino hacia su bienestar. Me gusta esta guía, porque siento que cada palabra define lo que hacemos: acompañar.

El charladito

El grueso de nuestros colaboradores es una población que está entre los 25 y los 35 años, con hijos pequeños. Por eso veo ventajas para que los padres tengan más tiempo en casa con los chicos. Primero, le apostamos al esquema de teletrabajo y nos funcionó con 30 casos. Por eso, cuando llegó la pandemia y vimos venir el confinamiento, apostamos por la estrategia de incorporar a 1300 trabajadores más en una semana. Rápidamente se instaló el *software* que ya teníamos, autorizamos a la gente para que sacara los equipos y probamos la herramienta. Eso nos permitió anticiparnos y probarnos, porque sabíamos que una de las necesidades prioritarias de la cuarentena es la entrega de medicamentos a población adulta, la de mayor riesgo de contagio.

Paralelamente, decidimos abrir espacios de diálogo con los colaboradores, pues al no tener reuniones, visitas a las regionales ni contacto permanente, creamos lo que yo llamo «el charladito». Son reuniones virtuales, al menos una semanal, con los distintos niveles de la empresa y grupos por todo el país. Ese tiempo me ha permitido conocer, en pocos meses a muchas de las personas en todo el país y entender mejor los cuellos de botella en diferentes procesos. Eso también nos ha afianzado como grupo. Yo creo que eso ha servido para que los colaboradores estén más conectados y empoderados, porque en una empresa tan grande a veces uno se desconecta de la cotidianidad, de lo que puede pasar en diferentes niveles de la organización, y lo reconozco. Además, es un espacio para reconocer el esfuerzo y conocer a los hijos que aparecen en pantalla, en esta virtualidad.

Más allá de crear puentes de comunicación y cercanía, los «charladitos» nos permitieron afrontar las primeras crisis de la pandemia en las regionales del Caribe, en los meses de picos altos. Igualmente, pudimos identificar los obstáculos en la entrega de medicamentos, el trabajo en primera línea de los colaboradores e ir ajustando la operación. Claro está, hay inconvenientes, porque el volumen de entregas se incrementó. En febrero nosotros teníamos 10 000 domicilios, de los casi 4 millones de fórmulas que atendíamos, pero estaban ligados a los pacientes que tenían algún medicamento pendiente. Ya en marzo, en esos quince días de pandemia, alcanzamos a hacer 60 000 domicilios; en abril, entre 150 000 y 160 000; y en mayo, llegamos a hacer 260 000, aproximadamente. En junio crecimos otro tanto, a más de 300 000, y en septiembre, octubre y noviembre estuvimos cerca de 500 000.

Las cifras no lo dicen todo. Llegar a ellas ha sido una tarea titánica en medio de las circunstancias, pues, como lo hemos comprobado, no se logra coordinar todas las variables que entraña la entrega de un medicamento. Allí intervienen el asegurador, la fórmula, los datos correctos del paciente y el contacto efectivo. Entregar a tiempo tal cantidad de domicilios significa engranar todo el proceso.

Para avanzar en ello también desarrollamos otras estrategias: además del programa incorporado para el teletrabajo, mejoramos una aplicación que venía funcionando antes y se adaptó para dar un mejor servicio a los usuarios. Se creó una herramienta en la página web, la que más dificultad nos ha costado, pues es automática y se trabaja conjuntamente con los aseguradores, a través de las cuales también se programan los domicilios. Todo este desarrollo facilitó entregar más de 3 millones de domicilios. Con sinceridad, cifras impensadas.



Sin embargo, cumplir con toda una serie de requisitos para que la fórmula, el prestador, el que autoriza, la programación y la entrega final al paciente se cumplan, es un reto que, en muchos casos, no se logra. Todavía hay un margen de error en el que seguimos trabajando porque mi esperanza es llegar a la cobertura plena de las entregas en tiempo y lugar. Más allá de querer ser eficientes, sabemos que debemos entregar medicamentos a pacientes que los necesitan, sin falta, en un momento crítico.

El reto es aumentar y perfeccionar las entregas a domicilio, porque aún no estamos satisfechos con el volumen; el reto está en minimizar los obstáculos para seguir afinando el proceso y cumplirle al ciento por ciento de los usuarios. El nivel de servicio que tenemos, que lo medimos casi a diario, hora por hora, visto en términos de cada renglón de una receta de una fórmula, muestra que, de los 9 millones de items que dispensamos, tenemos un nivel de servicio del 99,4 %. Nos falta un 0,6 %, y estamos trabajando en ello, porque no nos deja satisfechos. Para alcanzarlo necesitamos articularnos mejor con todo el sistema que abastece el medicamento, para que no afecte al paciente, el personaje principal de nuestra misión.

Reconozco que no todos los colaboradores se sienten cómodos con el teletrabajo, extrañan la interacción social con sus compañeros (como sucede en muchas empresas alrededor del mundo), pero esa forma de trabajo llegó para quedarse. Percibo, en los «charladitos», que para los colaboradores el trabajo, la casa, los niños y el encierro se hacen difíciles. La empresa trata de mantener una cultura organizacional positiva para que el ánimo no decaiga. En un futuro, cuando las condiciones cambien, muy seguramente volveremos a trabajar con un mayor porcentaje de presencialidad, pero por ahora las condiciones no lo permiten.

Responder socialmente a la crisis

La pandemia también nos obligó a rediseñar nuestros programas de responsabilidad social, nos hizo enfocarnos en proyectos de atención en salud en municipios como Leticia, en el Amazonas, en un momento crítico de contagios.

Cuando se presentó el primer pico de crisis en el departamento de Amazonas, decidimos juntar esfuerzos por medio de Misión Colombia, una iniciativa solidaria del Grupo Ospedale, que reúne a las clínicas Los Rosales, de Pereira; La Estancia, de Popayán, y La Nuestra, de Cali, para llevar los especialistas (intensivistas, enfermeras, terapeutas, auxiliares e ingenieros biomédicos) que se requerían de forma urgente y que no tenían en la región. También entregamos insumos (ventiladores, camas, monitores y medicamentos) vitales en ese momento.

Del Amazonas seguimos al Hospital San Francisco de Asís, en Chocó; a la Clínica La Merced, en Barranquilla; al Hospital San Jerónimo, en Montería; a la Clínica La Nuestra, en Cali, y a la Clínica Juan N. Corpas, en Bogotá.

El pilar de toda esta estrategia fue el voluntariado, pues los equipos de especialistas aportaron su experiencia y conocimiento, atendieron pacientes, adaptaron la tecnología e hicieron capacitación al personal médico en cada hospital. La idea era trabajar con grupos modulares que llegaran a estas regiones que estaban en la situación más crítica. En Leticia, por ejemplo, el sistema hospitalario colapsó, habían llegado ventiladores para la atención crítica, pero no había un equipo médico capacitado para ponerlos en funcionamiento. Por eso las brigadas de salud se coordinaron con la Superintendencia de Salud y del Ministerio de Salud y Protección Social. No lo habíamos hecho nunca. Fue muy bonito porque la gente se fue sumando, yo creo que la solidaridad se contagia.

Más allá de esta iniciativa, que sumó esfuerzos y llegó a las regiones con atención médica especializada, el programa interno de responsabilidad social de Audifarma también adaptó su experiencia y se volcó a acompañar a personas de la tercera edad, a través del voluntariado. Hemos insistido como organización y entendemos que la fuerza, por decirlo de alguna manera, está en construir cultura de voluntariado. Por ello, uno de los indicadores importantes que tenemos en materia de responsabilidad social está en el voluntariado, que en este tiempo de pandemia se enfocó en el acompañamiento a personas de la tercera edad, las más vulnerables.

El programa de responsabilidad social se trabaja con base en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), propuestos por las Naciones Unidas, porque queremos construir tejido social. Creo que el desarrollo de las empresas ha sido fundamental para el desarrollo de la sociedad y sentimos que hemos podido, de muchas maneras y con muchas evidencias, dar prueba de qué se puede hacer.

Uno de los proyectos externos de responsabilidad social está en Puerto Caldas, un municipio de Risaralda, para 250 familias desplazadas por la violencia, en la comunidad de San Isidro. El programa lleva diez años, es coordinado por la Corporación Al Final del Arco Iris y trabaja en programas para mejorar las condiciones de vida de los niños y adolescentes, y a través de proyectos de capacitación para mujeres. En estos meses de pandemia, y ante la necesidad de interconectar a los chicos con sus escuelas, también hicimos un aporte de computadores y acceso a internet.

La tarea sigue. Los retos, también. Internamente queremos seguir consolidando nuestra cultura de voluntariado. Como negocio, el reto está en superar los escollos de la entrega de medicamentos, pues

venimos trabajando con algo que hemos denominado «domicilios 2.0», porque creemos que los domicilios, como el teletrabajo, llegaron para quedarse. Por eso nuestra tarea es seguir pensando en las personas para llevar el medicamento hasta su casa. Esa es, para Audifarma, una solución en medio de la crisis.

Ese fue nuestro sueño hace 24 años, un sueño que sigue creciendo y adaptándose.

”

YO SIENTO QUE HA SIDO UN AÑO GRANDIOSO POR ESO,
PORQUE LOS APRENDIZAJES HAN SIDO ENORMES. LA
LECCIÓN MÁS GRANDE SE RESUME CON UNA PALABRA QUE
PRECISAMENTE ESTAMOS TRABAJANDO, UN VALOR QUE
INCORPORAMOS HACE UN AÑO: HUMILDAD.



10

ADAPTARSE
PARA
SOBREVIVIR
Y CRECER

Prácticamente de un día para otro, el equipo humano de Amgen se vio abocado a trabajar desde casa, y los pacientes que se beneficiaban con sus medicamentos fueron invadidos por la incertidumbre. El miedo a la infección obligó a suspender casi todos los servicios. En un acto de solidaridad y confianza sin precedentes, diversos actores del sector salud pusieron a un lado sus intereses particulares para diseñar estrategias que hicieran posible reanudar la atención a las personas de una manera segura. Leonardo Espitia, gerente general encargado de Amgen en Colombia, tuvo sobre sus hombros la responsabilidad de liderar una buena parte de los cambios internos y externos de la compañía. Esta es la historia de una transformación que no escatimó esfuerzos para llevar bienestar a las personas.

Leonardo Espitia
Gerente general de Amgen Colombia

En los primeros días de febrero del 2020, recibimos en Bogotá a Murdo Gordon, vicepresidente ejecutivo de Operaciones Comerciales Globales de Amgen. Vino con su equipo de trabajo. Era un honor, porque pocas veces un ejecutivo de ese nivel visita países con relativo bajo impacto en el resultado global.

En esos días apenas se comenzaba a hablar de covid-19. El tema era tan incipiente que apenas lo abordamos en las reuniones de trabajo que sostuvimos para presentar el análisis del mercado farmacéutico, las perspectivas del negocio y nuestro plan de acción para el 2020. El covid-19 solo era una conversación de pasillo. No apareció en ninguna parte de las presentaciones.

Pero cuando comenzaron a cerrar países de Europa, le prestamos la debida atención. En ese entonces nuestro gerente general era Gianfranco Biliotti, que justamente en marzo regresaba de un viaje por Italia y, al llegar a Bogotá, tuvo que confinarse en su apartamento. Fue entonces cuando empezaron a activarse todos los comités de crisis a escala global y, por supuesto, en Colombia también.

La primera indicación que recibimos desde nuestra casa matriz, en California, Estados Unidos, fue proteger a la gente, especialmente a nuestros colaboradores. Cancelamos todos los viajes internacionales, pero seguimos asistiendo a las oficinas durante unos pocos días.

A mediados de marzo, una semana antes de que se decretara el aislamiento preventivo obligatorio en Colombia, implementamos el trabajo remoto para cuidar a nuestro recurso humano. Aún estábamos lejos de pensar en todo lo que estas circunstancias impactarían en nuestra compañía, en nuestros pacientes, en nuestros clientes y en nuestras propias vidas.

Covid y no covid

Una vez segura nuestra gente, el siguiente paso fue pensar rápidamente en los pacientes. Una de las primeras acciones decretadas por el gobierno nacional fue restringir la movilidad de los mayores de 70 años. Esa situación nos generó una alerta de inmediato, pues esta población se caracteriza por padecer enfermedades que requieren de atención permanente, como osteoporosis y cáncer.

La osteoporosis es una enfermedad que rara vez se tiene en cuenta porque no se percibe como de alto riesgo. La gente la asocia con huesos frágiles, pero casi nunca se piensa en el gran riesgo de fracturas que conlleva.

La vida de las personas de la tercera edad cambia por completo después de una fractura. Antes de esta son muy activas: caminan, bailan, llevan una vida normal. Pero cuando están limitadas en una cama o una silla, no solo pierden la movilidad, sino también su autonomía, y se dispara un declive de la calidad de vida.

Los mayores de 70 años se vieron obligados, precisamente, a suspender todas esas rutinas saludables, como salir a caminar o tomar el sol. Muchos ni siquiera contaban en sus viviendas con un balcón o una terraza para recibir los rayos del sol y producir la vitamina D que necesitaban. Tampoco podían acudir a sus citas médicas de control, lo que ponía, en muchos casos, más en riesgo sus vidas que el mismo covid-19.

Esta situación nos tomó a todos por sorpresa. El sistema de salud no estaba preparado para atender en su domicilio a los pacientes, y estos, a su vez, sentían miedo de salir o recibir en sus casas al personal de salud por temor a un posible contagio. Comenzamos entonces a hablar de pacientes «no covid», parafraseando el lenguaje del sector salud cuando hace

referencia a los *tratamientos PBS* (plan de beneficios en salud) y los *tratamientos no PBS* (los que están por fuera de ese plan).

La situación era muy compleja. Muchas unidades de cáncer habían restringido sus servicios. Los adultos mayores estaban dejando de recibir tratamientos para sus patologías crónicas y sus controles médicos habían sido suspendidos. En resumen, por cuenta del covid-19, gran parte de la población dejó de ser atendida. Pacientes y médicos sentían temor a la consulta: a unos y a otros les daba miedo ser infectados.

Recuerdo muy especialmente que cuando arrancó la cuarentena alguien de mi equipo me expresó esa preocupación. De inmediato organizamos una videoconferencia y nos dimos cuenta de la magnitud del problema.

En apenas doce horas diseñamos un programa que atendiera estas necesidades. Llamé a Gianfranco, le describí el problema y le planteé una posible solución.

—Tienes bandera verde para avanzar con ese proyecto —me contestó.

Pero, muy intuitivo, me advirtió que eso no iba a durar tres meses, como yo lo sospechaba.

—Haz lo que necesites. No te preocupes por lo que cueste. Si es necesario, consigo recursos arriba [en casa matriz], pero echa a andar el programa.

El objetivo era lograr que los pacientes accedieran a sus tratamientos. La pregunta era cómo: ni hospitales, ni clínicas, ni aseguradores estaban preparados aún para esto. Otras entidades ni siquiera tenían programas domiciliarios para personas con discapacidades mayores.

Fue así como decidimos implementar un modelo de apoyo a la atención domiciliaria. Dimos ayuda financiera a empresas que ya tenían esa capacidad para que las escalaran aún más en términos de trans-

porte, equipos y personal, y a las que no tenían esa capacidad o les resultaba muy demorado montar un programa, les pusimos a su disposición el servicio de las otras clínicas que sí tenían programas habilitados.

Para el caso de cáncer, incluimos también transporte seguro para pacientes de quimioterapia, tratamiento que no podía prestarse domiciliariamente. Con todo el temor que rondaba, la gente no era capaz de subirse a un taxi cualquiera.

Todo esto implicó un gran reto porque nos obligó a tomar decisiones muy rápidas y a ponerlas en práctica. Quienes conocen el sector farmacéutico saben lo complejo que es eso. Somos un sector muy regulado, tanto por normas externas como por códigos internos que exigen muchos procesos de aprobación.

Finalmente, lo hicimos, sin nunca salirnos de las reglas del cumplimiento. Creo que ahí se vio el toque californiano de Amgen. No solo buscamos ser una empresa innovadora desde la perspectiva de los desarrollos farmacológicos, sino que también nos caracterizamos por el tipo de proyectos que desarrollamos para buscar mejoras en los sistemas de salud en los que operamos, como en este caso.

Nuestra pregunta constante a los prestadores de servicios de salud era qué necesitaban para que nuevamente comenzaran a atender a los pacientes de una manera segura. La respuesta, casi siempre, era personal de salud, medios de transporte, elementos de protección personal y equipos para infusión y para mantener la cadena de frío.

Para ellos, además, todo eso implicaba una preparación logística mucho mayor de la que habitualmente tenían. No solo se trataba de atender pacientes, sino de georreferenciarlos para coordinar las citas y actualizar las bases de datos. El esfuerzo que hicieron para contactarlos fue enorme, y para atenderlos, descomunal.



”

YO NUNCA ANTES HABÍA
SENTIDO A LOS ACTORES
DEL SISTEMA TAN
DISPUESTOS A TRABAJAR
DE LA MANO CON LA
INDUSTRIA.

Por eso nos jugamos decididamente a apoyarlos. Claro, nos interesaba mantener la adherencia a nuestros tratamientos, pero no hacíamos cuentas: nuestro mayor interés era humano. Nuestras propias familias sufrían las consecuencias de esa falta de atención a lo «no covid» y sufrían los mismos miedos que los pacientes que toman nuestras terapias. ¿Cómo no ser empáticos ante esa realidad?

Pero esto no era solo un problema de prestadores, aseguradores o industria. Los pacientes también tenían —o tienen— incertidumbre ante la situación y desconocimiento acerca de sus patologías. Eso también nos impulsó a abrir, desde muy temprano, una línea con organizaciones de pacientes, y así pudimos apoyar las iniciativas que ellas mismas nos presentaron relacionadas con la educación de las personas.

Las teleconsultas, por citar un ejemplo, fueron un tema fundamental, pues se convertían en la nueva herramienta para tener acceso al servicio de salud rápidamente, sin salir de casa. Con nuestro apoyo, algunas asociaciones de pacientes comenzaron a comunicar consejos muy sencillos sobre cómo acceder y prepararse para una cita virtual.

También hubo experiencias muy interesantes con la Fundación de Apoyo al Reumático (Fundare) y con la Fundación Colombiana de Leucemia y Linfoma, entre otras. Con ellas educábamos y advertíamos sobre el riesgo de desatender una enfermedad crónica y sobre qué pasaría si se suspendían súbitamente algunas terapias. Esto era lo más importante.

La atención a nuestros médicos

Como es lógico, nuestro principal medio de contacto con los médicos se afectó totalmente. La protección de ellos y de nuestros visitantes obligó a suspender la visita médica. Entendimos desde el día 1 que la prioridad de los médicos en ese momento

no era conocer más acerca de nuestros tratamientos, sino acomodarse a esa nueva realidad, sentirse seguros, hacer medicina de forma remota, educarse sobre los riesgos del covid-19 en sus diferentes tipos de pacientes, y también convivir en sus hogares, como todos, con lo que nos trajeron la pandemia y la cuarentena.

Hoy, que hemos restablecido comunicación con muchos de ellos y nos agradecen por no haberlos «acosado» con nuestros mensajes, me siento orgulloso de haber privilegiado sus intereses por encima de los nuestros, en línea con los valores de la organización.

Por supuesto que el modelo tradicional de visita médica en consultorio ha cambiado, y aún nuestras interacciones son virtuales. Seguramente llegará el momento en que una parte de ellas vuelva a la práctica usual, pero otra parte importante seguirá siendo remota.

Como muchas otras compañías, hemos adoptado tecnologías para hacer esto posible. La oferta de plataformas es muy amplia, pero la adaptación más importante que estamos emprendiendo en este sentido es mucho más profunda, pues se trata de verdaderamente personalizar la atención a lo que cada médico requiere y en la forma en que lo requiere. Esto implica fortalecer la empatía empresarial, entender a cada uno de mejor manera y desarrollar la flexibilidad necesaria para cambiar según el momento y la necesidad de cada médico.

Aprender a confiar

Para echar a andar todas estas iniciativas fue necesario hablar honestamente de necesidades y de posibilidades de coordinación; diseñar y firmar rápidamente acuerdos legales, y confiar en la transparencia de todos los involucrados. Este era un asunto

relevante, pues las entidades comenzaron a compartir información estadística para que pudiéramos articularnos y atender todas las necesidades.

Una sensación muy parecida se evidenciaba en todo el sector. Yo nunca antes había sentido a los actores del sistema tan dispuestos a trabajar de la mano con la industria. Antes de la pandemia, con frecuencia sentíamos injustamente que nos ponían una cruz con ajo y nos gritaban: «¡Vade retro!».

Incluso muchos hospitales y clínicas nos pidieron apoyo para contar con equipos de bioseguridad y otras necesidades. Afortunadamente pudimos hacer una compra grande de estos insumos y los donamos a distintas instituciones. Por supuesto, no importaba si eran clientes o no, o qué área terapéutica atendían. Lo importante era solo responder a sus necesidades en un momento muy complejo.

Recuerdo, por ejemplo, que al Instituto Nacional de Cancerología le hicimos una donación muy importante en medio de una situación atípica, pues para poder hacerla se requería un trámite notarial, y las notarías estaban cerradas, lo que dificultaba el proceso. Era un tema como de locos. Afortunadamente, el gobierno reaccionó a tiempo y pudimos hacerla oportunamente.

Esa es de las cosas positivas que podemos rescatar de esta situación: todos tuvimos que aprender a confiar en el otro. Nos dimos cuenta de que nos necesitábamos mutuamente. Todos teníamos que poner, y así lo hicimos.

Lo que no se ve

Para los pacientes y para nuestros clientes debe ser transparente lo que ocurre antes de que el medicamento llegue a sus manos... o a sus venas. Pocos se percataron del gran problema que experimentamos debido a la cancelación de vuelos comerciales. Con

frecuencia esos vuelos también son de carga, y gran parte de nuestros medicamentos necesitan unas estrictas condiciones de transporte y almacenamiento en las que los tiempos cumplen un papel fundamental.

La búsqueda de alternativas aéreas o terrestres, la coordinación en ciudades de paso y la búsqueda de la precisión total para llegar a tiempo hasta donde el medicamento se necesitaba fueron desafíos asumidos de manera estupenda por nuestro equipo de cadena de suministro.

Pero, sin duda, lo que más me ha impactado es ver cómo pudimos hacer todo esto, además de lo que se considera habitual, en medio de tales circunstancias.

Nunca habíamos enfrentado una crisis que a la vez fuera interna y externa. Además de las dificultades que he descrito para el cumplimiento de nuestra misión, como era apenas natural, nuestros equipos humanos también eran víctimas de la incertidumbre y del miedo. También nuestros familiares requerían atención, nuestros hijos necesitaban acompañamiento para sus clases virtuales y teníamos que cocinar durante las horas laborales. En muchos casos, debíamos atender una crisis del negocio en medio de una crisis familiar y personal.

Nunca fue negociable la seguridad de nuestra gente. Debíamos garantizar que todos en la empresa pudieran ejercer sus trabajos desde sus casas. Como muchas otras compañías, desplegamos mecanismos y ayudas para que todos contaran con conexiones a internet suficientemente buenas, accesorios de comunicación y ergonomía suficiente.

Pero la virtualidad comenzó a agobiarnos pronto. La cantidad de reuniones virtuales se fue multiplicando, y todo lo que antes se resolvía en cuatro minutos en el pasillo, ahora era una «video» de 30 minutos;



las reuniones que antes eran de tres personas, ahora, «aprovechando» que eran virtuales, eran de dos o tres más... El resultado: agendas hasta de doce horas seguidas, sin descanso, frente a una pantalla.

Decidimos entonces que la gente bloqueara espacios para su almuerzo o para atender a sus hijos, e intentamos instaurar la tarde de los jueves sin reuniones (al menos internas). Pero creo que nada de eso ha sido suficiente, y aún es una tarea por resolver. Estamos encontrando una salida en el trabajo asincrónico; es decir, en vez de una reunión para tratar un tema, este se trata en foros o con archivos compartidos en los que cada cual trabaja a su ritmo en el momento en que puede. Ya veremos cómo nos va.

Lo que sigue

Creo que en esta pandemia todos adquirimos una mayor conciencia sobre nuestra vulnerabilidad, tanto empresarial como personal. Lo cierto es que el mundo no estaba hecho para vivir digitalmente, pero nos habituamos muy rápido a esta nueva normalidad. Vamos a tener una realidad híbrida. No todo se va a quedar, pero algunas cosas no tendrán reversa, como la telesalud, el teletrabajo y la virtualidad en muchas de nuestras interacciones.

Aún hay áreas por desarrollar en temas de salud domiciliaria, especialmente en el campo de la oncología. Por esta razón iniciamos una alianza con el Hospital San Ignacio, en Bogotá, para implementar la quimioterapia domiciliaria y proponer los requisitos de habilitación. Si todo sale bien, tendremos el primer servicio habilitado para hacer quimioterapia en casa.

Inicialmente, este programa iba a ser para el tratamiento de una patología particular, un tipo de leucemia que afecta mucho las defensas del organismo. Pero por la coyuntura decidimos extenderlo para todo tipo de cáncer. Que los pacientes puedan recibir

una quimioterapia en casa es una ganancia muy importante.

Al momento de escribir estas líneas, ya se han aprobado en el mundo al menos tres vacunas contra el covid-19 desarrolladas por la industria de innovación a la que orgullosamente pertenecemos, y ha iniciado la vacunación en más de cuarenta países, lo que ha hecho renacer la esperanza de que pase esta pesadilla.

El mundo avanzará y podremos aprovechar lo mejor de los dos mundos, el presencial y el virtual, que se complementarán perfectamente para que podamos unirnos a través de nuestro computador con tan solo un clic, pero también podremos estrecharnos las manos o darnos un abrazo sin que la inevitable sonrisa se esconda a los demás tras un tapabocas.

El 2020 nos enseñó que, aunque planeemos perfectamente, siempre debemos tener la flexibilidad para afrontar las circunstancias más inesperadas.

Por lo pronto, ya tenemos nuestro plan para el próximo año, y cuando lo tenga que presentar a Murdo Gordon o a cualquier otra persona en la empresa, iniciaré con una diapositiva que advierta que, si resulta ser parecido a la realidad, será pura coincidencia.

”

TAMBIÉN NUESTROS FAMILIARES REQUERÍAN ATENCIÓN, NUESTROS HIJOS NECESITABAN ACOMPAÑAMIENTO PARA SUS CLASES VIRTUALES Y TENÍAMOS QUE COCINAR DURANTE LAS HORAS LABORALES. EN MUCHOS CASOS, DEBÍAMOS ATENDER UNA CRISIS DEL NEGOCIO EN MEDIO DE UNA CRISIS FAMILIAR Y PERSONAL.

ENTENDER NUESTRO PASO POR LA VIDA

11

Pensar en la protección de sí mismo y de la familia es una cosa, pero otra es hacer lo mismo para cerca de 4,2 millones de personas. A ese desafío se enfrentó Pablo Otero en calidad de gerente general de la EPS Sura. Con el apoyo decidido de su equipo más cercano de colaboradores, él logró crear un efectivo modelo de atención domiciliaria y de teleconsulta como mecanismos rectores para capotear el covid-19 entre sus afiliados, sin descuidar a aquellos con otras enfermedades. Paralelamente, asumió las riendas del trasteo al mundo virtual de la compañía. Todo ello en medio de un drama personal que lo llevó a vivir el dolor más grande de su vida.

Pablo Otero

Gerente general de la EPS Sura

Humanizar las cifras, pensar despacio y actuar rápido. Creo que esas son algunas de las lecciones más importantes que nos ha dejado esta pandemia. A grandes rasgos, 80, 10, 8 y 2 son los números del covid-19: esta enfermedad ha dejado al descubierto, según las estadísticas globales, que el 80 % de las personas que la tienen son asintomáticas, que el 10 % la padece de manera leve, que el 8 % la sufre con síntomas moderados o graves y que el 2 % de los contagiados muere por su causa. En mis presentaciones suelo empezar por aquí, porque esta realidad se nos olvida fácilmente ante un pánico abrumador. Por supuesto, así lo sentimos todos en algún momento, y equilibrar la balanza para situar las emociones en sus justas proporciones ha sido un reto monumental.

Cuando a inicios de febrero del 2020 vimos el crecimiento de la epidemia fuera de Wuhan, China, empezamos a analizar el riesgo y las tendencias. El coronavirus ya estaba extendido por Europa y, tras ver los informes de morbilidad y mortalidad, buscamos entender cómo se comportaba el virus y el curso de la enfermedad que provocaba, lo que nos permitió trazar unos lineamientos de atención primaria y crear unas guías para las instituciones encargadas de ello.

Aún no vislumbrábamos la magnitud de la epidemia, por lo que una semana más tarde el presidente del Grupo Sura creó un comité técnico para evaluar el panorama y hacerle seguimiento. Febrero terminó con muchas incertidumbres y, pocos días después, el 6 de marzo, cuando se notificó oficialmente el primer caso en Colombia, se generó la primera alerta.

Ante ello, una de nuestras primeras acciones fue conseguir pruebas, pues sabíamos que el diagnóstico temprano era fundamental. Nuestro gerente de Logística comenzó la exploración sobre los distintos tipos de pruebas existentes, sus características y

estándares de calidad. Y, más temprano que tarde, el virus tocó la puerta de la casa: el 9 de marzo, en Medellín, registramos el primer contagiado de nuestra entidad promotora de salud (EPS), que tiene 4,2 millones de afiliados.

Como compañía, definimos dos propósitos generales: el primero, proteger la vida de los infectados de covid-19 sin desatender a los otros pacientes, y el segundo, salvaguardar nuestro talento humano. En ese sentido, el 16 de marzo decidimos que todos los empleados trabajaríamos desde casa. Las oficinas se cerraron completamente y empezó el frenesí del trasteo al mundo virtual, lo que implicó la movilización de unos 12.000 empleados de todo el Grupo Sura en Colombia; eso incluye la aseguradora, la administradora de riesgos laborales (ARL), la EPS, el corporativo y toda la red de soporte transversal de servicios compartidos.

Surgió el miedo como un elemento común. Las noticias que llegaban eran terribles por todo el pico de la pandemia en Europa; fue muy impactante ver los informes de la cantidad de personas que morían cada día. Lo recuerdo como una película de terror.

Lo primero que sentí fue un gran temor por lo que pudiera ocurrirle a mi familia. Mi esposa, mis dos hijos, mis papás, mi hermana, mi suegro, mi cuñado... todas sus imágenes rondaban mi cabeza, no solo por el vínculo emocional, sino también porque están afiliados a Sura. Pensaba mucho en cómo sería la atención de ellos y del resto de los asociados. Sentía una enorme responsabilidad por cuidar la vida de todos como si fueran mis seres queridos, pues eso hace parte de nuestra filosofía. Empecé a pensar cómo iba a lograrlo, sumergidos en una pandemia.

Sabía que habría personas que morirían y me inquietaba sentirme responsable, pero entendí que debía mantener la calma y el equilibrio porque nin-

gún humano es Dios. Había que buscar herramientas dentro de las opciones que teníamos, aunque a diario a mí y a mi equipo nos asaltaba la duda de saber si lo que estábamos haciendo tendría un impacto positivo. Con el correr de los días entendimos que estábamos pasando esos primeros meses de la mejor forma posible.

Desde hace casi cinco años, en la empresa nos capacitamos en comprender que la muerte hace parte del ciclo de la vida. Trabajamos para hacer que la vida sea sostenible cuanto más y mejor sea posible, pero hay un punto en que se agota y llega inevitablemente a su fin. Pensar en eso me tranquilizó y me ayudó a hacer lo mismo con mi equipo, pues uno, como líder, además de crear un modelo de trabajo, debe acompañar a las personas y ayudarlas desde el punto de vista emocional.

Poder llegarle a la gente, convencerla de las estrategias y sortear las emociones, tanto individuales como colectivas, además de las familiares, resultó más complejo por medio del teléfono o de la pantalla y requirió un trabajo de 24 horas. Noches, fines de semana, madrugadas... desde marzo hasta septiembre no tuvimos un solo fin de semana de descanso.

Sabíamos que una muerte por covid-19 era muy inesperada e, inicialmente, no teníamos claro por qué ni cómo ocurría, lo que la hacía más dolorosa. Pero con el tiempo ese conocimiento fue madurando gracias a una mesa técnica, que fue el eje de los equipos de trabajo y cuyo compromiso fue crucial para crear una metodología para los distintos frentes en el abordaje de la pandemia, sus fases y los resultados necesarios de cada una.

Paulatinamente, fuimos comprendiendo el curso natural de esta enfermedad en la que la mayoría de los contagiados son asintomáticos, muy pocos llegan a una unidad de cuidado intensivo y aun una me-

nor cantidad fallece. Aprendimos que en ciertos pacientes la oxigenoterapia, la anticoagulación y el uso de corticoides de forma temprana evitaba que tuvieran que llegar a una fase grave. De ahí que acogiéramos la intervención domiciliaria como uno de los ejes dentro del modelo de riesgo, lo que nos ha permitido tener las capacidades hospitalarias suficientes para atender a la mayoría de las personas. En esos casos, les entregamos a las personas un oxímetro y un termómetro, les enseñamos a usarlos, cómo respirar y la posición en la que debían sentarse y acostarse. Con monitoreo constante evitamos la hospitalización de cientos de contagiados.

Nuestra principal referencia de la atención en casa fue un modelo alemán. Los picos en distintas ciudades también nos enseñaron la necesidad de tener unidades de cuidado intermedio muy controladas y centralizadas dentro de algunas instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), siguiendo un modelo español, porque el trabajo en ellas es clave para evitar que los infectados terminen en unidades de cuidado intensivo (UCI). La principal diferencia entre las dos unidades es que en la primera el soporte ventilatorio no es invasivo, sino mediante una máscara de alta presión.

Cambiar nuestro modelo operativo de la presencialidad a la virtualidad e implementar la atención domiciliaria fue muy exigente, en particular por la rapidez con la que se debía actuar. En ese proceso surgieron líderes con diferentes talentos que no habían brillado. Antes de la pandemia, dentro de nuestro plan estratégico teníamos objetivos cuya ejecución estaba planteada a tres años, pero con la coyuntura tuvimos que cumplirlos en dos o tres semanas. La teleconsulta y la adecuación de todas las plataformas virtuales para que la gente pudiera hacer sus trámites —programar citas o solicitar medicamentos, entre

”

HUMANIZAR LAS CIFRAS, PENSAR DESPACIO Y
ACTUAR RÁPIDO. CREO QUE ESAS SON ALGUNAS
DE LAS LECCIONES MÁS IMPORTANTES QUE NOS
HA DEJADO ESTA PANDEMIA.



otros— son ejemplos de ello. Antes, registrábamos en promedio 40 operaciones al mes por medio de nuestra plataforma, y hoy son cerca de 5 millones mensuales. En el momento más crítico llegamos a tener 3000 personas a cargo de la atención virtual; ahora son 1200. Esa rápida transformación hizo que fuéramos el primer laboratorio certificado entre las EPS en tener la capacidad de procesar muestras de covid-19 en la técnica de reacción en cadena de la polimerasa (PCR); el 31 de marzo empezamos a tomar y procesar las muestras. En suma, fue un gran aprendizaje derivado de un cambio abrupto de entorno.

SOS por La Arenosa

Profesionalmente hablando, mi mayor temor fue no poder responder adecuadamente al pico de la pandemia. Junto con el Equipo de Evaluación Técnica definimos en qué servicios teníamos que aumentar sustancialmente nuestra capacidad, teniendo siempre presente que, conforme a nuestro modelo de gestión de riesgo, la clave estaba en advertir tempranamente esos peligros.

La puerta de entrada era identificar el caso, y para ello la idea era tener más tecnologías con el fin de responder más rápidamente; por lo tanto, implementamos diferentes canales de acceso, como *chatbots* y programación automática para la toma de muestras. Estábamos teniendo resultados de forma tardía, por lo que estructuramos una estrategia de acompañamiento para saber, a diario, qué les pasaba a las personas y, en ese monitoreo, determinar si debíamos o no enviar al infectado a un centro asistencial.

Pese a los esfuerzos, el pico llegó, y nosotros lo sentimos con toda su fuerza en Barranquilla, donde la situación vivida fue muy similar a la de Italia y España. En otras palabras, en La Arenosa el virus se desbordó en junio, arrastrando consigo la capacidad de reacción.

Todos los días estábamos con los servicios colapsados, y el equipo humano, agotado física y mentalmente.

Tuvimos que capotear múltiples complicaciones, como operarios que para llegar a una casa a tomar una muestra se vieron forzados a dejar su vehículo en la calle por bloqueos en las vías de ingreso a ciertos barrios, e ir a pie a pleno rayo de sol. Enfrentamos muchas demoras en la obtención de los resultados y dificultades en la remisión de los contagiados graves a UCI. La principal ciudad del Caribe colombiano no estaba preparada para atender el volumen de pacientes; de hecho, se crearon unidades especiales en clínicas que no conocíamos y tuvimos que ir para verificar si cumplían las condiciones.

En medio de la crisis, nos vimos abocados a hacer una convocatoria de misión, es decir, un llamado para atraer personal médico externo que pudiera atender la contingencia en Barranquilla, donde el recurso humano escaseaba y estaba trabajando al límite. Fue una grata sorpresa ver la cantidad de personas que se ofrecieron para ir a la capital del Atlántico a dar una mano. Auxiliares de laboratorio, médicos, enfermeras, entre otros, se fueron a apoyar; en total, casi un centenar de personas, todas de Medellín, viajaron por tierra, dada la cancelación de vuelos. Estuvieron más de un mes, lo que supuso coordinar, a la vez, la logística de su hospedaje, alimentación y transporte.

El equipo asistencial de base en Barranquilla sintió un enorme alivio cuando llegaron esos refuerzos y, según nos expresaron, lo vivieron como si fueran los protagonistas de una batalla: justo en el momento en que los soldados están en el frente, extenuados, con múltiples bajas, desmoralizados y en el clímax de un combate que están perdiendo, llega de repente la retaguardia con los pertrechos y el ánimo a darlo todo por la victoria. Así de dramático, así de real.

Pero no fue la única acción novedosa e intempestiva. Nuestra estrategia de servicio estaba basada —y aún lo está— en las atenciones domiciliarias y virtuales, pero ante la abrumadora cantidad de casos en Barranquilla decidimos concentrar a los pacientes en hoteles para que el personal con el que contábamos pudiera hacerles monitoreo y tener a la mano equipos de respuesta rápida ante alguna eventualidad, pues llegar a cada casa resultaba imposible.

Contratamos tres hoteles para alojar a pacientes que tenían covid-19 con síntomas leves y moderados. Al principio fue muy difícil que las personas aceptaran irse para los hoteles y, cuando lo logramos, surgió otra dificultad: que se mantuvieran allí y siguieran las reglas establecidas, como hacer el aseo de su propia habitación y no salir de esta, no pedir comida a domicilio y aceptar los alimentos ofrecidos porque no había servicio a la carta y no hacer reuniones entre ellas. La gente se sentía encerrada, a pesar de que tenía las comodidades de un buen hotel.

Otra de las estrategias que asumimos —ya no solo en Barranquilla, sino en todo el país— fue centralizar el comando sobre las urgencias médicas, es decir, que las entidades territoriales, a través de sus secretarías de salud, se encargaran de coordinar y regular el acceso a los servicios de urgencias, para lo cual se crearon centros reguladores de urgencias y emergencias (CRUE). Para nosotros, eso no fue perder margen de maniobra, sino articular e integrar el trabajo de diversos entes frente a un asunto de salud pública.

En Medellín, por ejemplo, tenemos a cuatro médicos de Sura trabajando en el CRUE, y ellos son quienes coordinan la remisión de pacientes, no solo de nuestra EPS, sino de todas, a las diferentes UCI. Para nosotros no ha sido traumático, pero sí ha implicado un aprendizaje de trabajo en equipo con las autoridades sanitarias de cada región, pen-

sando en sumar capacidades más que en ejercer control.

Un adiós inesperado y muy doloroso

Mi núcleo familiar está compuesto por mi esposa y mis dos hijos: uno de 20 años y otro de 17. Mi esposa es médica y ha estado acompañando a los pacientes con covid-19 de manera virtual. Mi hijo mayor estudia ingeniería matemática y mi hijo menor entró a su último año de colegio.

El momento más difícil que viví en el último año ocurrió en mayo pasado. Mis papás vivían en Bucaramanga, y para mi mamá fue particularmente angustiante ver, escuchar y leer cómo el coronavirus se propagó por el mundo y causó tantos estragos. Advertir lo que estaba ocurriendo en Europa y Estados Unidos le generó una crisis mental y emocional muy fuerte. Ella tenía una diabetes controlada, pero una hipertensión difícil de sobrellevar. Yo sacaba unos minutos para conversar con ellos todos los días, y al saber el trabajo tan abrumador que yo tenía, con jornadas de casi 24 horas los siete días de la semana, no me contaban todo por lo que estaban pasando para no preocuparme.

En mayo, sin embargo, ocurrió un episodio muy revelador del deterioro de salud de mi mamá: sorpresivamente se quedó sin poder hablar. Estaba con mi papá en el comedor de la cocina y ella simplemente no pudo seguir hablando; sintió la cara paralizada, al igual que el cuerpo, pues no podía caminar. Mi papá se angustió y me llamó, le dije que debía llevarla de inmediato a una clínica. Así lo hizo, y le hallaron la presión arterial un poco alta. No obstante, le dieron salida luego de que ella se reincorporó y volvió a la normalidad. Aun así, le pidieron que se hiciera unos exámenes, entre ellos una tomografía axial computarizada (TAC) cerebral, pensando que podría haber te-



nido un microderrame. Unos días después, un internista le hizo seguimiento al caso por teleconsulta. Los resultados no permitieron detectar con claridad una anomalía, pero esa misma noche, se repitió el episodio de días pasados. Mi papá la llevó a urgencias y me comunicó con el jefe de la unidad. Él me explicó que sospechaban de un sangrado, por lo que la ingresaron a la UCI. Era el 30 de mayo.

Pese a las restricciones de movilidad, el jefe de logística de Sura me logró coordinar un transporte especial por tierra para que yo pudiera viajar a Bucaramanga. Llegué directamente al hospital, y una vez allí los médicos me dijeron que mi mamá podría estar sufriendo de un aneurisma que se rompió, por lo que había que operarla enseguida. A sus 82 años, mi mamá era una persona muy activa y estaba en muy buena condición antes de la pandemia, razón por la cual, junto con mi papá y mi hermana, decidimos aprobar esa intervención.

Entró a cirugía y no le encontraron el aneurisma, pero durante el procedimiento experimentó un espasmo muscular, lo que ocasionó que al término de la intervención saliera en un estado muy extraño: no nos reconocía y hablaba incoherencias. Pensábamos que se iba a quedar así, pero a los dos días empezó a mejorar. Yo la acompañé todo el tiempo, como su enfermero personal, mientras trabajaba a su lado. Al menos esa es una de las ventajas de la virtualidad.

A la semana de la operación salió de la UCI y la remitieron a una habitación. Hubo una luz de esperanza. Inició su proceso de rehabilitación y comenzamos a planear y coordinar lo que se requería para que pudiera estar en casa de la mejor forma. Le dieron salida un miércoles, y esa misma noche nos expresó que tenía un dolor de cabeza intenso. La llevamos nuevamente a la clínica, donde dictaminaron que estaba sufriendo un derrame cerebral muy fuerte; tanto,

que el jueves amaneció sin sentido. La intubaron, y nosotros, como familia, debíamos tomar la decisión de si debería volver al quirófano, a sabiendas de que su probabilidad de que recobrara una relativa funcionalidad era solo del 20 %; existía un gran riesgo de que perdiera las facultades de ver, hablar, caminar o reconocer a las personas. Decidimos no exponerla a una nueva cirugía y permitir que Dios hiciera su voluntad. Y así fue. Murió el 13 de junio.

En medio del frenesí y el temor vividos por causa de la pandemia, yo también asumí una pérdida muy grande. Mi mamá no falleció directamente por el virus, pero su sombra le segó la vida. La zozobra y la angustia que ha generado este coronavirus derivó en una salud mental con muchos quebrantos, y esa será otra pandemia que tendremos que enfrentar. A eso se le sumó la dificultad de atender adecuadamente a un paciente con patologías crónicas. Ella venía con sus controles periódicos, pero ante la coyuntura fue más difícil hacerlos.

Experimenté el dolor más grande de mi vida, pues el vínculo con mi mamá era muy estrecho y la extraño muchísimo. Sin embargo, de este episodio se han derivado grandes enseñanzas. La primera y más importante de todas es la sensibilidad hacia lo que viven otras personas con comorbilidades y sus familias, frente a la pandemia. La segunda, este episodio me conminó a pensar qué debíamos hacer distinto, desde la atención virtual, para cuidar la salud mental de las personas y no descuidar todas las otras condiciones de salud al margen del covid-19.

Cuando estoy en momentos críticos de trabajo pienso en mi mamá y obtengo la fuerza y el impulso para cumplir con la misión de ayudar y evitar dolores y sufrimientos semejantes. En esa búsqueda de paz intento meditar.

Por mi formación médica, mi papá y mi hermana se apoyaron mucho en mis valoraciones. Pero más

allá del conocimiento técnico, mi primera reflexión fue qué me faltó decirle a mi mamá o hacer con ella. De nuestras conversaciones yo sabía, según su voluntad expresa, que ella no quería dejar de ser activa y vital. De hecho, una de las cosas que me pesó cuando salió de la UCI fue lo que me dijo: «Mijo, te dije que no quería que me ingresaras a una unidad, pero lo hiciste. Por favor, no permitas que quede disfuncional, y en ese sentido debes tomar la decisión correcta, por encima de todo». Yo solo atiné a responderle: «Mami, recuerdo que me dijiste que lo que no querías era estar intubada».

Habíamos hablado de qué pasaría al final de la vida y de las cosas que pensábamos que estaban pendientes. Y en esos últimos momentos lúcidos con ella, sentí, al igual que mi papá y mi hermana, que pudimos despedirnos con tranquilidad. Desprenderse de culpas y viajar liviano resulta muy sanador. Soy muy creyente y siento que Dios me acompaña siempre.

Ese entendimiento ha sido producto del aprendizaje a lo largo de los años, con especial intensidad en estos últimos meses. Hay que prepararse para la muerte y abordar con los seres queridos la posibilidad de su llegada en cualquier momento. No en vano me siento con mi esposa y mis hijos a hablar de ello.

Creo que soy el único o de los poquísimos familiares de un paciente al que le han permitido entrar y salir de una UCI en pandemia. De hecho, en la clínica, la Foscil Internacional, fueron tan solidarios y amables que me adecuaron una oficina en sus instalaciones. Los directivos me permitieron moverme por todas partes, por supuesto con las medidas de bioseguridad de rigor. Para los vigilantes era muy extraño que una persona que no era funcionario de la clínica pudiera circular sin restricción alguna.

No viví esa angustia de las familias al dejar a su ser querido en la puerta de un hospital sin poder ayu-

darlo ni visitarlo. Sin embargo, sé que esa incertidumbre es muy tensionante, por decir lo menos, y por eso con mi equipo hemos insistido en mejorar los mecanismos de comunicación entre el personal de salud y las familias. En cada una de las clínicas y hospitales aliados tenemos un auditor que está muy vigilante de que esa comunicación sea diaria. Eso lo hemos podido hacer constantemente cuando no hay pico epidémico y de manera alternada en los periodos críticos. En los casos en los que hemos tenido que trasladar a los pacientes a otra ciudad, esa comunicación se torna aún más compleja y retadora, y debemos redoblar esfuerzos para no descuidar esa sensibilidad humana.

Hace unos días un familiar mío se contagió y, pese a que era asintomático, fui testigo de la ansiedad que le produjo el coronavirus; fue el reflejo de lo que sucede con la mayoría de infectados. Muy fácilmente se nos olvida que el 80 % de los contagiados no presentan síntomas, el 10 % los tienen levemente, el 8 % lo tiene moderados o graves y el 2 % de los enfermos mueren. Aunque sé que para una familia no importa la estadística porque en cada casa tenemos solo una mamá o un papá, la mortalidad de esta enfermedad es muy baja. Nuestros niveles de letalidad (muertes por cada caso positivo) es de los más bajos del país: mientras que la media nacional es de 2,8, en EPS Sura es de 0,67, y la gran mayoría corresponde a mayores de 70 años con comorbilidades.

El acompañamiento y la capacitación a las personas sintomáticas ha sido esencial para reducir todo lo posible esa probabilidad. Hemos querido empoderar a nuestros afiliados en el tratamiento de la enfermedad y por eso los hemos capacitado para saber qué hacer. Ese conocimiento y autocuidado ha sido clave para enfrentar la enfermedad de forma más calmada, lo que redundará en una mejoría más pronta.

Nos quedó la cicatriz de Barranquilla, pero tuvimos muchos aprendizajes.

Comenzó una transformación en el mundo que para algunos fue mucho más fuerte que para otros. Y en ese proceso, la esperanza empezó a desplazar al miedo, que por momentos nos llevó a percibir esta pandemia como el fin de la humanidad. Ahora, de cara al desarrollo de las vacunas, vislumbramos el año nuevo con nuevos ojos.

”

A GRANDES RASGOS, 80, 10, 8 Y 2 SON LOS NÚMEROS DEL COVID-19: ESTA ENFERMEDAD HA DEJADO AL DESCUBIERTO, SEGÚN LAS ESTADÍSTICAS GLOBALES, QUE EL 80 % DE LAS PERSONAS QUE LA TIENEN SON ASINTOMÁTICAS, QUE EL 10 % LA PADECE DE MANERA LEVE, QUE EL 8 % LA SUFRE CON SÍNTOMAS MODERADOS O GRAVES Y QUE EL 2 % DE LOS CONTAGIADOS MUERE POR SU CAUSA.



SEPTIEMBRE NEGRO

Cuando llegó a San Andrés a trabajar como intensivista, Gissela Archbold se encontró con que la isla no tenía una unidad de cuidados intensivos, y solo en el 2015 pudo empezar a desempeñarse en el área en la que se había especializado, cuando el Hospital Clarence Lynd Newball Memorial inauguró la primera UCI del archipiélago, una unidad con nueve camas dotadas para el más alto desempeño, pero la pandemia casi la deja insuficiente. Lo único que lo impidió fue el tesón de ella y el de un equipo de anesthesiólogos, urgenciólogos y médicos generales que sacaron adelante a San Andrés en un pico de covid-19 que amenazó con desbordarse.

Gisella Archbold De la Peña

*Intensivista del Clarence Lynd Newball Memorial
Hospital, de San Andrés, Providencia y Santa Catalina*

Estaba a punto de derrumbarme. El padre de una gran amiga del colegio se me acababa de morir en los brazos y yo había quedado sin un aliento. Me sentía impotente. Diez años de anesthesióloga y ocho de intensivista no me habían preparado para un momento como ese. Quiero decir: uno en cuidados intensivos se entrena para este tipo de eventualidades, uno sabe cómo decirles a los familiares que determinada situación es grave, que hay riesgo de muerte. En circunstancias normales, habría tiempo para que los familiares se despidieran, para que le dieran el último beso y le dijeran las últimas palabras. Habría tiempo para propiciar la intimidad suficiente que necesita una despedida. Pero nada lo prepara a uno para separar forzosamente a los pacientes de sus personas más cercanas, para anunciarle a la familia la muerte de un pariente sabiendo que ni siquiera lo verán, que saldrá envuelto en una bolsa sellada sin que puedan celebrarle una ceremonia. Nadie lo prepara a uno para una realidad tan desgarradora. Y el coronavirus nos la estaba recordando día tras día, sin tregua.

La amenaza

Llegué a San Andrés en el 2013 a trabajar como intensivista en el Hospital Clarence Lynd Newball Memorial, una institución de salud de nivel 2 que poco a poco se ha quedado pequeña para una población que ya supera los 100 000 habitantes. La isla no contaba en ese entonces con una unidad de cuidados intensivos (UCI). Los pacientes críticos eran remitidos en un avión ambulancia a otras instituciones de salud en Barranquilla, Bogotá o Medellín. En consecuencia, me dediqué solo al manejo inicial de los pacientes críticos en un área del hospital, donde los estabilizábamos y los montábamos enseguida en remisión.

Todo cambió en el 2015, cuando inauguramos una UCI polivalente, con nueve camas, a la que le fui-

mos añadiendo complejidad. Como era la única médica con entrenamiento formal en cuidado intensivo, hasta marzo del 2020 rotaba la atención de la UCI con especialistas que llegaban de Bogotá, el Eje Cafetero, Medellín y Barranquilla. Eran turnos pesados, porque no los medíamos en horas, sino en días. Si yo entraba el primero del mes, mi remplazo llegaba el 8 y se quedaba hasta el 14. Y así. Pero cuando arrancó la pandemia, los especialistas foráneos retornaron inmediatamente a su tierra en un vuelo humanitario, luego se cerraron las fronteras y los cielos y quedé yo sola.

Afortunadamente, la Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación (Scare), la Asociación Colombiana de Medicina Crítica y Cuidado Intensivo (AMCI) y prácticamente todas las cabezas de las asociaciones médicas se pusieron a nuestra disposición. La AMCI, en particular, nos dio cursos virtuales para entrenar en cuidado intensivo a los tres anesthesiólogos de la institución y a todos los médicos generales en el manejo de los ventiladores y en cómo definir cuáles pacientes iban a la UCI, cuáles a hospitalización y cuáles podían controlarse de manera ambulatoria.

En San Andrés, la expansión del virus no se dio de manera tan acelerada como en otras partes del país. Los primeros pacientes llegaban con neumonías leves o moderadas y no había necesidad de ventilarlos, pero en agosto la situación comenzó a cambiar. No solo en el número de casos, que aumentaba día tras día, sino también en la gravedad de los síntomas, hasta tal punto que el equipo de protección personal que utilizábamos se convirtió en un traje permanente que nos poníamos por la mañana y no nos quitábamos hasta la tarde. Prácticamente nos la pasábamos disfrazados con doble tapabocas, escafandra, gafas, traje quirúrgico, un traje antifluidos que cubría puños, mangas y



”

HASTA MEDIADOS DE DICIEMBRE
LLEVÁBAMOS 58 PACIENTES
ATENDIDOS EN LA UCI, DE LOS
CUALES HABÍAN MUERTO 25.
HA SIDO DE LAS EXPERIENCIAS
MÁS INDESCRIPIBLES Y
DESGARRADORAS QUE HAYA
VIVIDO.



botas y, encima de todo eso, otra bata antilíquidos y una careta similar a la que utilizan los soldadores. Así permanecíamos todo el día porque no alcanzábamos a pensar en quitarnos el traje cuando ya llegaba una nueva urgencia. Daban las cuatro de la tarde y no habíamos salido ni al baño, ni a comer, ni a nada.

Desbordados

En septiembre la situación se tornó dramática. Como teníamos una sola UCI, habíamos adecuado un ala del hospital para tratar allí a los enfermos de covid-19. Pero a medida que fue creciendo el número de pacientes críticos, decidimos invertir los papeles: los pacientes que no tuvieran covid-19 serían atendidos en esa ala, con el objetivo de que la UCI quedara exclusivamente al servicio de la pandemia. Pronto las nueve camas de cuidados intensivos se quedaron cortas y nos tocó remitir a muchos pacientes a otras ciudades. Todos estaban mal: hipoxémicos, con desaturaciones tremendas, algunos con falla renal.

No dábamos abasto. Entrábamos a la UCI a las siete de la mañana y salíamos a las cinco de la tarde. En ese momento desayunábamos, almorzábamos, comíamos, íbamos al baño, llamábamos a los familiares de los pacientes, descansábamos una hora y volvíamos a entrar. Eran jornadas de 24, 48, 72 horas continuas para un mismo intensivista, porque habíamos decidido hacer turnos por días y no por horas, para disminuir el riesgo de contagio que implicaba estar entrando y saliendo. Y si nos enfermábamos, sería muy difícil que alguien nos remplazara en esa lejanía.

Uno de los mayores problemas fue el desabastecimiento. Hubo escasez de relajantes musculares y de sedantes por dos motivos: el aumento de requerimientos y la situación de lejanía. A San Andrés entraba una carga de insumos todos los días. Al cerrarse los vuelos, dejó de entrar la carga. Eso limitó mucho

los recursos. Nos tocaba estar llamando constantemente a preguntar a nuestros profesores cómo podíamos proceder sin insumos. Nos tocó leer muchísimo y aprender sobre la marcha e interrogar todos los días a los expertos acerca de qué medicamento podía remplazar a otro.

Hubo un momento en que no teníamos nada: ni antibióticos, ni protectores de mucosa gástrica, ni anticoagulantes, ni medicamentos para hacer trombólisis... Tuvimos escasez hasta de reactivos para laboratorio para medir gases arteriales, que son los que determinan qué tan falta de oxígeno puede estar un paciente. Incluso tuvimos crisis con las máscaras de oxígeno. Pero lo que más escaseó fueron los sedantes y los relajantes musculares, es decir, los medicamentos que usábamos para poder sedar a los pacientes y acoplarlos a los ventiladores.

El duelo

Como en las demás ciudades del país, la mayoría de los pacientes que entraron a la UCI tenían edades por encima de los 57 años. Y entre ellos, la mayoría sufría de hipertensión, obesidad o diabetes. Obviamente, los adultos mayores fueron los que menos resistieron. Hasta mediados de diciembre llevábamos 58 pacientes atendidos en la UCI, de los cuales habían muerto 25. Ha sido de las experiencias más indescritibles y desgarradoras que haya vivido.

El oxígeno es al cuerpo humano como la gasolina a los carros, es la energía que necesita la célula para funcionar. Si no hay suficiente oxígeno, todos los procesos celulares empiezan a fallar. A los pacientes en hipoxemia severa les fallan el riñón, el cerebro, el corazón... todos los órganos, porque el oxígeno no llega, porque el pulmón está tan inflamado que no permite el intercambio gaseoso. Se siente mucha impotencia porque uno está dándoles todo lo que pue-

de y al paciente no le sube la saturación. Se mueren hipoxémicos.

La neumonía es una inflamación, pero el covid-19 produce una neumonía viral que a veces se sobreinfecta y empeora el cuadro. Hay pacientes que, por el mismo covid-19, tienen otro tipo de afectación: lesión cardíaca, neurológica o renal, y a estos últimos toca conectarlos a una máquina de diálisis. Hay pacientes jóvenes que terminan con diálisis de por vida porque el covid-19 les dañó el riñón. Y eso es porque el coronavirus produce una inflamación generalizada que afecta todas las células. Entonces el daño es doble: directo, por el virus a cada órgano, y también indirecto, por la falta de oxígeno en los órganos. En consecuencia, lo más probable es que los que han pasado por la UCI tengan algún tipo de secuelas. Si bien hay pacientes recuperados plenamente, muchos quedan con traqueostomía, con requerimiento de oxígeno permanente, con debilidades, con impedimentos para caminar o con problemas cognitivos, porque el proceso es generalizado.

Llevo ocho años de ejercicio profesional como intensivista, y por eso mismo he visto morir a mucha gente. No es que me acostumbre, pero estoy relativamente preparada para enfrentar la muerte y para decirle a alguien que su familiar está muy crítico y que la posibilidad de que sobreviva es muy baja. Pero decirle que su pariente no va a sobrevivir y que, sin embargo, no lo puede ver, que ni siquiera puede despedirlo, que no puede traer un sacerdote; ser testigo de que un nieto no puede despedirse de su abuelo, ni un hijo de su padre... no hay palabras para describirlo. Eso ha sido lo más difícil: que el enfermo entre a la UCI y sus familiares no vuelvan a saber nada de él en ningún momento; y que luego salga en una bolsa que nadie puede abrir.

La mayoría de los pacientes que entran a una UCI se recuperan y se van para su casa, pero con el covid-19 ha sido distinto: uno sabe que la mayoría está en riesgo de morir. Es horrible. Ha habido mucha frustración, mucho dolor, muchas lágrimas. El covid-19 ha deshumanizado todo.

Todo esto sin nombrar lo que, mientras tanto, sucede en la casa. En mi caso, pasé meses en los que veía a mis hijas y a mi marido por las ventanas. Mi esposo es diabético. Yo no podía llegar de la UCI a la casa, bañarme y entrar a darle un abrazo. Tuvimos que implementar un protocolo en la casa para los cuatro. Si yo había estado en contacto directo con los pacientes positivos, lo más lógico es que pudiera infectarme; y si era asintomática, transmitiría el virus a mis familiares y nadie se iba a dar cuenta.

El mes más difícil fue septiembre del 2020. Ni siquiera habíamos terminado de embalar un paciente que acababa de morir, cuando ya estaba entrando otro, que había estado intubado en urgencias o en salas de hospitalización. Un día se me murieron tres pacientes, y a mí nunca se me habían muerto tres pacientes en un mismo día. Y el padre de mi amiga se me murió en los brazos. No resistí más. Me metí al baño y me eché a llorar. No quería seguir. Sentía que no iba a poder continuar. Fueron minutos muy amargos que, sin embargo, me permitieron hacer catarsis y liberar toda la tensión que tenía. Me sequé las lágrimas. Afuera había más pacientes que me esperaban. Si yo no seguía, ¿quién los atendería? Saqué fuerzas de donde no imaginaba. Decidí que no podía desfallecer.

El aprendizaje

Al finalizar octubre el número de casos se estabilizó y luego empezó a descender.

A mediados de diciembre la ocupación en cuidados intensivos era de un paciente y pudimos to-

dos tomarnos un respiro, en espera del segundo pico. Quizás la pandemia nos ha enseñado mucho sobre cómo tratar a los pacientes. Al principio, esperábamos a que estuvieran muy desaturados, con mucha dificultad respiratoria, para intubarlos. Hoy somos más precavidos, evaluamos mejor los exámenes y hacemos intervenciones más tempranamente. Y aunque el paciente se vea bien y se sienta bien —porque una de las cosas que tiene el covid-19 es que el paciente está desaturado pero se siente bien—, le hacemos una intervención más temprana.

Lo anterior hace que el tratamiento, ya sea con intubación o con ventilación mecánica no invasiva (únicas alternativas disponibles en la isla), tenga respuestas más favorables. Por la falta de experiencia, por la no disponibilidad de un espacio en su momento, porque no teníamos dónde manejar esos pacientes, al comienzo de la pandemia los intubábamos cuando estaban demasiado mal. Morían sin que pudiéramos hacer más. Ahora hacemos las intervenciones más temprano. Eso nos ha permitido sacar más pacientes adelante.

También hemos aprendido a movilizarnos, a hacernos escuchar. Si algo despertó en mí esta emergencia fue la capacidad de liderazgo. Durante toda mi carrera había mantenido un bajo perfil, pero la pandemia me hizo pellizcar, buscar soluciones para no dejarme vencer. Y así nos hemos comportado todos. Los tres anestesiólogos, el internista, el urgenciólogo y los médicos generales han batallado igual de duro por la comunidad.

El gobierno nacional se puso la camiseta: nos dieron ventiladores, monitores, camillas... En el ámbito local, hubo demoras en la entrega de la UCI para covid-19, pero hoy ya contamos con una nueva UCI con 17 camas completamente dotadas. Mientras tanto, tuvimos que sacar a los pacientes adelante con lo

que teníamos, y atender cuidados intensivos en habitaciones normales. Aun así, nos ha ido relativamente bien. A pesar de todas las limitaciones, que han sido muchas, la mortalidad se ha mantenido dentro de los valores presentados en las estadísticas: alrededor del 1,5 % de los pacientes infectados.

Lo más satisfactorio ha sido el reconocimiento de la comunidad. Yo no imaginaba que, por mi especialidad, mi labor pudiera ser exaltada más allá de las clínicas. Los pacientes y los familiares nos han hecho sentir que nuestro trabajo no ha sido en vano. Incluso los que han tenido que sufrir la pérdida de un ser querido nos han brindado su agradecimiento sincero por haber estado al lado de ellos, por haberles hecho ese sufrimiento más llevadero. Esa solidaridad es la que lleva uno en el corazón.

Por el covid-19 hemos perdido personas muy queridas en la isla, pero no nos hemos dejado derrotar. Desde mi punto de vista, ha sido una experiencia para recordar, aunque no para repetir. Hemos aprendido a trabajar en grupo. Hemos hecho las cosas con mucho cariño y tenacidad. La hemos sudado. Hemos pasado hambre, dificultades, dolores de cabeza, traspasos incontables, pero siento que ha valido la pena.

”

NO DÁBAMOS ABASTO. ENTRÁBAMOS A LA UCI A LAS SIETE DE LA MAÑANA Y SALÍAMOS A LAS CINCO DE LA TARDE. EN ESE MOMENTO DESAYUNÁBAMOS, ALMORZÁBAMOS, COMÍAMOS, ÍBAMOS AL BAÑO, LLAMÁBAMOS A LOS FAMILIARES DE LOS PACIENTES, DESCANSÁBAMOS UNA HORA Y VOLVÍAMOS A ENTRAR.



EN MI VIDA
HABÍA HECHO
ALGO ASÍ POR
ALGUIEN

Érika Valencia había estado muy cerca de la enfermedad y de la muerte. A eso la había expuesto su trabajo como enfermera en dos unidades oncológicas. Pese al duro panorama que ello supone, la pandemia rompió todos sus referentes y la abocó a ser protagonista de una realidad más ruda y desgarradora: la que se vive dentro de una unidad de cuidados intensivos de enfermos de covid-19, donde ha tenido que capear las más feroces batallas de su trayectoria profesional. Desde el Hospital de Caldas, narra su historia personal y laboral, con sucesos que parecen de película.

Érika Valencia

*Enfermera de la Unidad de Cuidados Intensivos de
SES Hospital de Caldas*

Desde pequeña siempre quise estudiar algo relacionado con la salud. Primero le dije a mi mamá que quería cursar medicina, luego veterinaria y, cuando estaba en último año de colegio, pensé en enfermería. Me presenté en la universidad y no pasé a la carrera que quería, que era enfermería profesional, no auxiliar. Sin embargo, seguí el consejo de mi mamá de estudiar como auxiliar mientras volvía a intentarlo. Me gradué en 2005, siendo muy joven. Tenía 18 años, quería seguir estudiando, pero fue imposible porque entramos en una situación financiera muy difícil en mi casa. Mi papá nos había abandonado hacía un tiempo y mi hermano ya iba a entrar a la universidad. Con un solo salario, mi mamá no podía mantener el hogar y a dos hijos, así que empecé a trabajar.

Durante unos años trabajé en la Clínica de Manizales —ciudad donde nací y vivo actualmente—; luego, en un instituto de oncología que ya no existe, y después en Diagnostimed, que era un centro de servicios de radiología y exámenes diagnósticos. Me quedé sin empleo y decidí buscar nuevas oportunidades en Bogotá, donde vivía mi novio; teníamos planes de boda. Me fui en 2011 a la capital y encontré trabajo en la Fundación Santa Fe. Allí terminé conociendo a mi esposo, luego de que la relación con mi prometido no funcionara.

Mi esposo trabajaba en la clínica como auxiliar de apoyo, era camillero. Nos conocimos, empezamos una relación y yo quedé en embarazo. En la Fundación tenía un trabajo maravilloso en el Instituto de Oncología, donde manejaba toda la programación de quimioterapias y cuidados paliativos. Aunque estaba contenta, después del nacimiento de mi hijo, en el 2018, empezó a pesarme el tiempo que me tomaba ir de mi casa, en el sur, a la Clínica, en el norte. Me demoraba entre dos horas y dos horas y media en cada

trayecto, y ya no podía estar con mi hijo; escasamente lo veía una hora al día.

Inicialmente, mi mamá viajó de Manizales a Bogotá para ayudarme, pero después se devolvió y teníamos que encontrar a alguien que cuidara a nuestro bebé. No pudimos conseguir quién lo hiciera porque resultaba muy costoso y porque nadie podía cuidarlo de cuatro y media de la mañana —hora a la que yo tenía que salir de casa para entrar al trabajo dos horas más tarde— hasta las siete de la noche, hora en la que yo llegaba. Mi esposo estudiaba culinaria en las noches, y a veces estaba de vuelta en casa a las once. Por eso decidimos buscar nuevos horizontes en una ciudad más pequeña que nos permitiera criar a nuestro hijo y tener mejor calidad de vida. La opción más viable en el panorama era, por supuesto, regresar a mi ciudad.

Renuncié a la Fundación y llegamos a Manizales el 2 de febrero. Yo tenía algunas propuestas de trabajo, pero nada fijo, por lo que en esas primeras semanas empecé a enviar hojas de vida. Mi esposo, por su parte, quería empezar un emprendimiento gastronómico, teníamos la ilusión de abrir un restaurante. Pero llegó la pandemia y todos nuestros planes se truncaron. El aislamiento obligatorio empezó el 17 de marzo, y en medio de la cuarentena era muy difícil conseguir trabajo, mucho más pensar en montar negocio propio.

De hecho, en el hospital donde estoy ahora inicié el proceso de contratación el 9 de febrero, pero justo cuando estaba a punto de entrar me dijeron que aunque tenían mi selección activa, no podía firmar contrato por la pandemia. Las contrataciones quedaron canceladas. Mi esposo y yo estuvimos sin trabajo hasta junio, cuando finalmente pude ingresar al hospital. Por fortuna, nuestra familia nos ayudó mucho en ese tiempo, y mi papá, a quien no veía desde hacía 16

años, fue un gran apoyo. Nos reencontramos cuando yo quedé embarazada. Es una historia increíble, como de película.

El reencuentro de la vida

Mi papá se fue a vivir al Vichada cuando yo era adolescente, y perdió toda conexión con mi mamá, con mi hermano y conmigo. Nunca más volvimos a saber nada de él hasta hace dos años, en el 2018. Mi abuela paterna estaba muy enferma, y se acercaba a la etapa final de su vida. Pensamos que quizás mi papá querría verla antes de morir, y que ella moriría tranquila si pudiera verlo por última vez. Ese año eran las elecciones presidenciales y nosotros tenemos a una persona conocida en la Policía, así que se nos ocurrió pedirle a esa amiga que mirara en qué mesa de votación estaba inscrita la cédula de mi papá para poderlo contactar. Lo hicimos, pero al averiguar, la información que arrojó el sistema era que la persona con esa identidad había fallecido.

Quedamos atónitos y tristes. Estábamos pensando cómo le íbamos a dar esa noticia a mi abuela, cuando de repente mi mamá llegó azarada a la sala a decirnos que nos había dado mal el número, que la cédula correcta era otra. Volvimos a verificar y efectivamente estaba inscrita en un puesto de votación de un pueblo llamado Cumaribo, en el Vichada. Nuestra amiga policía nos hizo el favor de comunicarse con sus colegas allá para que el domingo de las elecciones se acercaran al puesto de votación en el que estaba inscrita la cédula de mi papá y trataran de contactarlo. Les pedimos que le dijeran que sus hijos lo estaban buscando y le dieran el número telefónico de mi hermano.

Lo hallaron y le transmitieron nuestro mensaje. No sé qué habrá pasado por el corazón de mi papá, pero el caso es que le habló a mi hermano. Todos

lloramos. Como era jurado de votación, nos afirmó que nos llamaría después de las cuatro de la tarde, cuando se cerraran las mesas y terminara el escrutinio. Llamó de nuevo, y después de conversar largo y tendido con él, mi hermano le contó lo que pasaba con su mamá.

En ese tiempo, él estaba económicamente muy bien, así que en menos de una semana organizó viaje y llegó a Manizales. Yo vivía en Bogotá, pero tenía previsto viajar ese fin de semana a Manizales para celebrarle el cumpleaños a mi mamá, como lo hacía todos los años. Así, terminamos reencontrándonos todos. Fue un momento muy especial y sentido, de muchas lágrimas, perdón, arrepentimiento, alegría, desazón... emocionalmente muy intenso.

La misericordia de Dios es muy grande, y como todo lo que pasa en la vida es perfecto, mi papá fue quien más nos tendió la mano durante estos meses de pandemia en los que no teníamos trabajo y nos habíamos quedado sin sustento alguno. Él y el resto de nuestros familiares se encargaron del pago del arriendo, los servicios, la comida... todo para que nosotros pudiéramos estar bien mientras a mí me salía el trabajo esperado. Además, me animó mucho diciéndome que no perdiera la fe, que no me preocupara, que ya pronto encontraría empleo.

Gracias a Dios llegó el tiempo de entrar a trabajar. Empecé el 4 de junio en Servicios Especiales de Salud (SES) Hospital de Caldas. Por supuesto, sentí una gran alegría, pero también temor e inquietud porque mi experiencia era en oncología, pero la labor que debía desempeñar era en la unidad de cuidados intensivos (UCI). No tenía ni idea de cómo se manejaba un paciente en estado crítico, y menos con coronavirus.

Cuando me dijeron que iba a atender pacientes con covid-19, pensé en mi esposo, mi hijo, mi abuela,

”

ES MUY DOLOROSO Y
ANGUSTIANTE PARA LAS
FAMILIAS DEJAR A SU SER
QUERIDO Y ESPERAR LA
LLAMADA DIARIA DEL HOSPITAL
PARA TENER ALGUNA NOTICIA.
ME PARECE QUE ESE ES EL
DUELO MÁS DURO.



mi mamá —que tiene factores de riesgo—... fue muy asustador. Respiré hondo e hice la siguiente reflexión: «Yo me prepararé para esto y soy personal de salud, debo hacerlo. Me he enfrentado a enfermedades muy agresivas que la gente no conoce y he superado el riesgo diario de muchas otras infecciones». Así que extremé los cuidados.

Al ingresar al hospital por primera vez no había muchos pacientes con covid-19, por lo que empecé a entrenarme con pacientes que tenían otras patologías. Y justo cuando terminé ese periodo intensivo de capacitación fue cuando la UCI empezó a tener más pacientes con covid-19, hasta el punto en que, desde noviembre del 2020, toda la unidad está dedicada a su atención.

El 8 de ese mes terminé contagiada, al igual que mi esposo. A mi hijo no le hicieron prueba por ser menor de tres años, pero por tener contacto estrecho se asumió que también tenía el virus. Estuvimos aislados hasta que la prueba salió negativa. El 19 de noviembre volví a trabajar.

El ingreso a otro mundo

Pisar el hospital es como si pisara otro mundo. Uno entra, reclama su uniforme —que nunca sale de allí—, se cambia, pasa a la zona de desinfección, entra a la UCI, recibe el turno, se pone otros elementos de protección más avanzados, como otro tapabocas, careta, overol y, cuando termina de trabajar, repite el procedimiento a la inversa, dejando toda la indumentaria en el hospital. Al llegar a casa me quito todo, lo pongo a lavar y me baño; después sí saludo. Hago todo lo posible por tener todos los cuidados, pero evidentemente eso no lo exime a uno del riesgo, pues finalmente algo falló y me infecté. Gracias a Dios la enfermedad no fue tan difícil de afrontar.

De los que empezaron a trabajar conmigo, que fueron catorce personas, han renunciado muchos; es muy difícil cuidar personas con covid-19. En estos meses he cambiado de compañeros muchas veces porque el trabajo es muy demandante y eran personas mayores o tenían factores de riesgo. En este momento, más de la mitad de las personas que laboramos en la unidad somos nuevas. Que ponga al paciente boca abajo, que voltéelo, que el tubo, el catéter, que la sonda, que el drenaje... hay miles de detalles y protocolos por seguir. La posición boca abajo para los pacientes es muy difícil de aguantar, por lo que toca sedarlos durante mucho tiempo y eso dificulta su movilidad.

Uno se enfrenta a diario al temor de ser contagiado, complicarse y morir. Cuando me infecté, todos los días me llamaban de la EPS a preguntarme cómo me sentía, qué síntomas tenía, si había tenido dificultad para respirar y una cantidad de información que es necesaria, pero angustia. Pensar en la posibilidad de tener que acudir a urgencias es un suplicio porque uno sabe qué es lo que pasa allí adentro. Lo que uno como personal de salud tiene que hacerle a un paciente covid-19, por su bienestar, hizo que me paralizara del miedo cuando mi familia y yo estuvimos contagiados. Es durísimo el proceso que los pacientes de la UCI deben enfrentar.

Cuando ellos llegan a la UCI, dependiendo de cómo esté su estado pulmonar, se les pone una cánula nasal de alto flujo, es decir, más gruesa; se siente como si te abrieran las fosas nasales completamente y te soplaran con mucha fuerza aire caliente todo el tiempo, o como ir en una moto a gran velocidad y sin casco. Los pacientes a veces no la aguantan y piden que se las quitemos porque se están ahogando. Cuando no mejoran con ese procedimiento, toca intubarlos, y eso implica mantenerlos 16 horas boca

abajo y ocho horas boca arriba, o a veces menos si el examen de gases arteriales (que mide cómo está la oxigenación en el cuerpo y cómo responden los pulmones conforme a la posición del cuerpo) no es positivo.

¿Por qué es mejor estar boca abajo? Porque así se favorece la función pulmonar. Para eso hay que sedar a los pacientes y ponerles medicamentos antiinflamatorios; si hay fiebre o infecciones, hay que suministrarles antibióticos; si se baja la tensión, es necesario dar vasoactivos para que el corazón funcione mejor, hay que ponerles una sonda para alimentarlos (y no es una sonda convencional, sino una que se avanza hasta el intestino para evitar el reflujo y la broncoaspiración) y otra sonda vesical. Además, se lesionan o presentan dolor en la piel, las costillas, el cuello y las rodillas por presión del cuerpo al estar boca abajo.

Así también es más difícil mirarles la boca y chequear que no les talle tanto el tubo ni la sonda nasal. Y por más de que uno los mueva e intente liberarles presión, es muy incómodo, sufren de espasmos y presentan mucha rigidez ante la pérdida de condición física, incluso pese a las terapias que realizan las fisioterapeutas. Ellos están recostados en una cama, con un colchón especial de presión que se infla y desinfla por partes del cuerpo para prevenir más lesiones. Hay muchos cuidados en pequeños detalles que uno debe tener para tratar de darles el mayor confort posible. Aun así, es muy complejo para ellos, y quienes pasan por ese proceso permanecen así, en promedio, quince días, hasta que empiezan a recuperarse.

En mi vida había hecho algo así por alguien. Trabajando en oncología también estuve muy cercana a la muerte, pero es distinto porque la gente puede prepararse mejor para ese proceso. No es como acá, que uno ve entrar a su familiar al hospital y no sabe

si volverá a verlo de nuevo. Dentro de la UCI no se admiten visitas por el riesgo de infección ni ningún elemento o equipo de comunicación con el exterior porque los aparatos electrónicos interfieren con nuestros monitores y porque los pacientes están casi todo el tiempo sedados, y aun si quisieran hablar, les es casi imposible hacerlo, pues sus vías aéreas están abiertas expidiendo aerosoles constantemente.

Es muy doloroso y angustiante para las familias dejar a su ser querido y esperar la llamada diaria del hospital para tener alguna noticia. Me parece que ese es el duelo más duro. Ha sido un tiempo muy arduo, de mucho aprendizaje. En pocos meses he adquirido de forma acelerada mucho más conocimiento que el que obtuve en mi trayectoria profesional. Para mí, como ser humano, también ha sido difícil asumir el temor al contagio y luego, una vez infectada, la zozobra y la ansiedad de no saber qué sería de mi hijo si yo muriera.

Uno no sabe cómo le va a ir con el covid-19 hasta que lo tiene. He visto pasar por la UCI personas de todas las edades —salvo niños, porque es una unidad solo para adultos—, condiciones económicas y físicas. Pese a lo complejo que resulta, me animo a ir porque siento que ayudo a salvar vidas.

Cuando tuve covid-19, pensé mucho qué había hecho con mi vida. Mi mamá, como muchas mamás, siempre me dijo que Dios me tenía para grandes cosas. En esos días yo pensaba qué son grandes cosas, y después de reflexionar un poco, comprendí que grandes cosas es hacer lo que hago todos los días con el mayor esfuerzo posible y todos mis conocimientos acumulados, o tener la oportunidad de dar mi testimonio en este libro, o traer a la vida a mi hijo, o tener a mi familia completa, tras haber superado el coronavirus que les transmití. Tengo vivos a mi mamá, mi papá, mi hermano, mi abuelita, mis pri-

mas, mi esposo y mi hijo, el tesoro de mi vida y quien, gracias a Dios, fue asintomático. Mi abuela, quien en enero tuvo una neumonía y era a quien más cuidábamos por su edad y sus comorbilidades —diabetes e hipertensión—, tuvo días difíciles por el virus, pero lo superó en casa.

No uno ni dos, sino tres paros simultáneos

Todos los días encaramos la muerte, y eso, a pesar de la recurrencia, no deja de ser doloroso y triste. He tenido también momentos de estrés, enojo, frustración y agotamiento. Mi familia ha vivido conmigo en casa toda la gama emocional que genera el covid-19. Hay días en que he querido llorar, no hacer nada, no levantarme, pero mis familiares me han apoyado para seguir adelante.

Recuerdo particularmente un día, a mediados de octubre del 2020, en el que la UCI estaba llena y había una compañera en aislamiento por covid-19. Cuando alguien falta, es difícil suplirlo, y quienes están de turno deben asumir el cuidado de más pacientes. Normalmente, entre una enfermera jefe y una auxiliar se hacen cargo de dos personas, que podrá parecer poco, pero en realidad es muy pesado, dada la cantidad de cosas que hay que hacer.

Nuestros turnos son de doce horas, bien sea de día o de noche; tener turnos más cortos aumenta el riesgo de contagio al estar entrando y saliendo. Ese día estábamos solo cuatro auxiliares, por lo que dos de nosotras tuvimos que recibir a tres pacientes. Nunca había ocurrido, pero preciso ese día tuvimos que atender un paro cardíaco en un cubículo, y mientras estábamos en esa maniobra, otro paciente también presentó paro. Estábamos reanimando a dos personas simultáneamente y con menos gente. Las compañeras de la unidad quirúrgica vinieron a apoyarnos. No obstante, para rematar, un paciente de esa unidad

entró en paro pocos minutos después. Nos miramos unos a otros intentando reaccionar en esa locura. A pesar de que toda la operación está muy estructurada y hay un tablero detallado de funciones, responsables y protocolos por seguir en caso de urgencias, no dábamos abasto y no sabíamos qué hacer para multiplicarnos, sin descuidar a ninguno de los otros pacientes. Reanimar a una persona en paro es muy exigente porque son ciclos cada dos minutos, además de tener que aplicar medicamentos muy rápidamente en las dosis indicadas. Infortunadamente, uno de los pacientes falleció.

Todos salimos deshechos del turno, que acabó tres horas después de lo estipulado. Llegué a mi casa, mi hijo ya estaba dormido y lo primero que le dije a mi esposo fue que no iba a volver. Estaba muy afectada. De verdad no quería ir al turno del siguiente día, pero él, en medio de mi aturdimiento, me hizo caer en la cuenta de lo que pasaba cuando alguien faltaba a su trabajo en el hospital: el caos.

El trabajo en equipo no es opcional, sino obligatorio; de lo contrario, no hay forma de sacar adelante una UCI. Por supuesto, tenemos diferencias porque quienes trabajamos allí somos, ante todo, seres humanos, y por ende tenemos diversas personalidades y actitudes. Pese a ello, debemos tener muy buena comunicación y cohesión. Y realmente lo hemos logrado, al menos en el plano laboral. Los doctores son muy amables con nosotras y nos explican las cosas con respeto; además, a menos que se trate de una emergencia, siempre trabajamos con órdenes escritas, por lo que hay poco margen para equivocarse.

Esta pandemia ha sido muy dura no solo el hospital, sino también en las redes sociales. Decidí no volver a usarlas porque atacan mucho al personal de salud y eso me pone furibunda. Hay muchos comentarios enjuiciadores, especialmente aquellos acerca

del supuesto cartel del covid-19, según el cual uno gana más por atender a esos pacientes, lo cual es totalmente falso.

Opté por alejarme de todo eso para proteger mi salud mental. A Dios gracias, no he tenido que vivir situaciones de discriminación, a pesar de que todo el mundo sabe que soy enfermera porque vivo en el mismo barrio en el que nací y crecí. Pero sí peleé con una tía porque hacía esos comentarios, especialmente cuando en algún momento me vio riendo en el hospital y se atrevió a decir que por andar en esas no estaba atendiendo a los pacientes. Le dije que ella no tenía idea de cómo era el trabajo en una UCI y que, a veces, un breve periodo de esparcimiento significaba aminorar el estrés para ser más acertado en la carrera de salvar vidas, dentro de un turno de doce horas en el que, pese a que tenemos derecho a dos descansos de quince minutos y a una hora de almuerzo, muchas veces pasamos de largo o nos tomamos menos del tiempo reglamentario.

Ahora tengo la ilusión de estudiar algo complementario en el área de la salud y, cuando se pueda, desarrollar el emprendimiento que tenemos pensado con mi esposo. Me gustaría aprender cómo formar empresa, llevar las finanzas, entender los procesos administrativos. Sin embargo, quiero seguir con la enfermería porque me gusta mucho lo que hago. Las cosas pasan como tienen que pasar, y aunque ahora, a mis 33 años, no tenga claridad de cómo será el futuro, por lo menos sé que esta experiencia tan intensa y desafiante me ha enriquecido como pocas cosas lo han hecho en la vida.

”

MI MAMÁ, COMO MUCHAS MAMÁS, SIEMPRE ME DIJO QUE DIOS ME TENÍA PARA GRANDES COSAS. EN ESOS DÍAS YO PENSABA QUÉ SON GRANDES COSAS, Y DESPUÉS DE REFLEXIONAR UN POCO, COMPRENDÍ QUE GRANDES COSAS ES HACER LO QUE HAGO TODOS LOS DÍAS CON EL MAYOR ESFUERZO POSIBLE.



LA GRAN LECCIÓN ES LA HUMILDAD

Ni en sus peores pesadillas imaginó que un microorganismo pudiera comportarse como un depredador gigante. Aunque lo veía distante, sabía que llegaría con ínfulas pandémicas, pero no en la magnitud en que lo hizo. No obstante, en marzo, pocas semanas después de asumir el cargo como secretario de Salud de Bogotá, ahí estaba el SARS-CoV-2, abriendo la puerta y mostrando su voracidad. Desde entonces, Alejandro Gómez trabaja incansablemente para domar a este diminuto ser en la capital, donde se encuentra la mayor cantidad de víctimas del país. Cuarentenas parciales y totales, restricciones a la movilidad, centralización de los servicios de urgencias, creación de un hospital de campaña, teleconsulta y seguimiento de casos, ampliación de la infraestructura hospitalaria, entre otras, hacen parte de la paleta de opciones para capotear el virus y la enfermedad que provoca.

Alejandro Gómez
Secretario de Salud de Bogotá

El covid-19 llama mucho la atención por inédito, y por eso causó enorme sorpresa entre todos. Durante los dos primeros meses del año, quienes trabajamos en salud y somos autoridades sanitarias fuimos conscientes de que se avecinaba una nueva situación. Parecía muy exótica, pero rápidamente llegó a Europa y generó una catástrofe en los sistemas sanitarios, particularmente en Italia. Se trataba de una enfermedad respiratoria que en un primer momento no parecía ser extraordinaria, pero en pocos días echó por la borda el sistema sanitario italiano, que no es malo. Advertimos que tarde o temprano llegaría a Colombia, y cuando tuvimos los primeros casos, específicamente en Bogotá, entendimos que lo primero que teníamos que hacer era crecer en unidades de cuidado intensivo (UCI), pues ese había sido el punto de quiebre en Europa y en China.

Para hacerlo, salimos afanosamente a comprar ventiladores, pero resultó que no había dónde comprarlos porque estaban escasos, y los pocos que aún se comercializaban estaban por las nubes y con entrega retardada. De ahí que nuestra segunda acción fuera hacer más lento el contagio, en aras de que los sistemas nos aguantaran un tiempo mientras montábamos más UCI. Bogotá decidió hacer un ejercicio de confinamiento total para probar si podíamos lograrlo; fue un experimento de carácter social, del que no sabíamos cómo respondería la gente ante una instrucción de ese estilo. Durante ese fin de semana, con festivo incluido, solo tuvimos un 10 % de personas en la calle, por lo que consideramos que había sido un éxito.

El pasmo en el que estábamos dio lugar a decisiones importantes. La primera fue lograr que la gente no fuera a los hospitales ofreciéndole la posibilidad de atenderla en casa. ¿Cómo? Con un teléfono. Montamos nuestro *call center* en el 123, y les dijimos

a las personas que si tenían un síntoma respiratorio, por favor nos llamaran para atenderlas. Desde el 1 de marzo del 2020, los ciudadanos comenzaron a llamar de manera desaforada ante el pánico generado, y el servicio colapsó diez días más tarde, tras darle la mayor publicidad posible. De unas 200 llamadas diarias, pasamos a cerca de 3000. Sabíamos que nos tocaba acelerar al máximo el crecimiento de ese servicio: si les decíamos a los ciudadanos que se quedaran en casa porque nosotros iríamos allá, teníamos que llegar. Y ahí fue cuando creamos los equipos de atención médica domiciliaria. En la primera semana de marzo conformamos cuatro unidades, pero rápidamente debimos aumentarlas.

En ese proceso ocurrió algo que para mí simboliza una de las experiencias más positivas de esta pandemia y fue la unión de las entidades promotoras de salud (EPS). La atención domiciliaria tendría sentido en la medida en que atendiéramos a todas las personas, independientemente de su condición de aseguramiento, que en Colombia es personal, o mejor aún, familiar, pues suele ocurrir que los miembros de una familia están afiliados a una misma EPS o son beneficiarios de quien es cabeza de hogar. En un edificio de 30 apartamentos podría darse el caso de tener igual número de EPS, pues cada familia podría estar afiliada a una empresa distinta. Así que si necesitábamos atender esos grupos familiares, no sería raro que 30 vehículos de 30 EPS tuvieran que desplazarse con su personal para atender todo el edificio, algo que, a todas luces, era descabellado.

Conscientes de que los procesos de salud pública tienen que hacerse con barridos poblacionales, pensamos que ante esta coyuntura las EPS tenían que trabajar de manera coordinada, pese a que nunca lo habían hecho porque son competencia entre ellas. El 16 de marzo, con la alcaldesa Claudia López

presente, firmamos el primer pacto con siete EPS —que representan, *grosso modo*, la atención del 85 % de la ciudadanía— para que prestáramos atención sin barreras.

Inicialmente les propusimos hacer una bolsa común, pero no nos pusimos de acuerdo. Sin embargo, nos dijeron que iban a contratar esos equipos para que los dirigiéramos desde la Secretaría Distrital de Salud. Así, esas EPS se sincronizaron y se comprometieron a que todos los servicios fueran atendidos por los grupos que pondrían a nuestra disposición. Llegamos a tener 154 vehículos, cada uno con un conductor, una enfermera y un médico; esa era la tripulación básica. Con el paso del tiempo y el incremento del trabajo, empezamos a tener solo la enfermera, dado que los médicos debían estar en los centros asistenciales. De hecho, tuvimos escasez de personal médico. Y a la vuelta de dos meses de atención domiciliaria, complementamos la estrategia con teleconsultas para los pacientes de casa, pues muchos de ellos solo requerían seguimiento. En este momento, estamos con 112 equipos de atención médica domiciliaria y 107 equipos de telemedicina.

La atención sin barreras fue uno de los logros cruciales para que Bogotá pudiera salir adelante. A eso hay que sumarle la administración de pruebas diagnósticas, el crecimiento en las UCI y los cercos epidemiológicos. Hay unas EPS buenas y otras que no lo son, y la calidad de la atención no es la misma para todos. Eso lo revertimos con respecto al covid-19, y logramos que la calidad de la atención y la toma de muestras fueran las mismas para toda la población.

Este acuerdo dio paso a un manejo completamente distinto de la pandemia y fue el origen de otra estrategia muy eficaz: el manejo centralizado de las UCI. Nos reunimos con las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), tanto privadas como pú-

blicas, y la primera advertencia que me hicieron fue: «Ustedes le dijeron a la gente que se quedara en casa, y las clínicas y los hospitales nos quedamos sin pacientes a los cuales intervenir, lo que nos dejó sin fuentes de ingreso, pues al fin de cuentas nosotros vivimos de los servicios que prestamos y que las EPS o empresas de medicina prepaga nos pagan. Eso, además, está impidiendo que crezcamos en la disposición de UCI porque sin recursos no lo podemos hacer».

Tenía toda la lógica del mundo, así que presentamos dos iniciativas ante el ministro de Salud. La primera fue pagar un precio de sustentación a las clínicas y hospitales por tener las UCI nuevas vacías, para que de esta manera las IPS pudieran crecer en capacidad y sostenerse mientras se ocupaban con pacientes que las necesitaran. La segunda, que todas las UCI no las manejaran las EPS, como regularmente se hace (son estas las que determinan adónde remiten sus pacientes dependiendo de los contratos que tengan con hospitales y clínicas), sino nosotros, desde la Secretaría de Salud, porque así podíamos ser equitativos en el servicio para todos los bogotanos.

Si uno mira el mapa de UCI de Bogotá, todas están en el norte, pero la mayoría de la gente vive en el sur. Esto no podía seguir siendo así en medio de una pandemia porque la distribución de las UCI, que eran escasas, iba a responder a una lógica contractual y de mercado, y este es un problema de salud pública que debe garantizar la atención a todos. Los centros asistenciales aceptaron la idea siempre y cuando tuvieran la certeza de que iban a recibir un pago por ofrecer el servicio, y así lo hicimos apelando a los recursos de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (Adres).

El precio de sustentación y las canastas covid-19 fueron las que permitieron no solo el crecimiento de



las UCI, sino su regulación centralizada. Desde el Ministerio de Salud se dictaron las normas necesarias para que se dieran estas consideraciones, dentro de los muchos decretos que expidió el gobierno para atender la emergencia.

En Bogotá, empezamos a ejercer el control centralizado de las UCI destinadas a atender pacientes con covid-19 el 16 de junio, cuando la ocupación de camas estaba en el 60 %. Logramos crecer mucho en UCI, tanto en el sur como en el norte; se abrieron clínicas nuevas en toda la ciudad. Desde el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias (CRUE) remitíamos a los pacientes a la UCI libre más cercana a su sitio de residencia. A las EPS les quitamos ese direccionamiento y, a las clínicas, la determinación de a quién recibir. Teníamos un supervisor que desde las seis de la mañana pasaba revista con los médicos de cada UCI de Bogotá; unidad que quedaba libre, la reportaba, y el CRUE determinaba su ocupación inmediata, sin mediar proceso de autorización.

De las cosas interesantes que han pasado, una es que los distintos actores del sector salud hemos generado confianza mutua. Como secretario de Salud, me reunía presencialmente con gerentes y presidentes de clínicas y hospitales cada 15 días, pero podíamos estar en comunicación telefónica en cualquier momento. Cada uno de los pasos que dimos lo conversamos, con las garantías para su funcionamiento. Hoy, seguimos manejando las UCI, y tanto las EPS como las IPS están tranquilas con ese manejo, que ha sido transparente. No le enviamos pacientes más difíciles a una clínica en detrimento de otra.

Hubo varios centros asistenciales que querían ser territorio libre de covid-19. El concepto sonaba bien, pero era insolidario, por eso nuestra primera reacción fue no aceptarlo. No obstante, la directora del Instituto Nacional de Cancerología, que fue una

de las personas que me lo plantearon, presentó unos argumentos muy sólidos. Ella y su equipo demostraron que las tasas de mortalidad de los pacientes de cáncer contagiados con coronavirus no se parecían en nada a las del resto de la población. Ahí sí nos pareció razonable su solicitud y aceptamos su propuesta de remitir a los pacientes con covid-19 a otros centros médicos, tratando de proteger a las personas con cáncer, mientras no sobrepasáramos el 70 % de ocupación de las UCI en toda la ciudad. Cuando eso pasara, el Instituto tenía que recibirlos.

De frutas, verduras y algo más...

A finales de abril de 2020, surgió un brote de covid-19 en Corabastos, una experiencia muy desafiante, pues este centro de acopio tiene una fuerza política y económica brutal, en la capital y en el país, y está muy acostumbrado a funcionar con cierto nivel de independencia. No por nada, las personas que allí trabajan son generadoras de mercado, es decir, determinan en buena parte los precios de los alimentos en Colombia. Desde hace muchos años, la Secretaría de Salud vigila las condiciones higiénico-sanitarias de esta plaza, que nunca han sido las ideales; hay hacinamiento en algunos de los bloques y deficiencia de instalaciones sanitarias.

Ningún rincón está exento de covid-19, y este no fue la excepción. Cuando se presentó el brote, nuestro personal de vigilancia y control ordenó el cierre de algunas áreas. La gente que allí opera protestó y bloqueó algunas vías. Cuando me presentaron los reportes, decidí ir personalmente, con el objetivo de hacer una inspección y entender de primera mano la situación. Eran las once de la noche, hora en la que se despierta Corabastos.

Al día siguiente citamos a los miembros de la Junta Directiva de la plaza y fuimos a explicarles las

razones por las que teníamos que tomar unas medidas especiales de carácter sanitario.

Para ese entonces, Kennedy —la localidad donde está Corabastos— tenía, de lejos, el mayor número de contagios y muertes de Bogotá. De hecho, en Kennedy hicimos cierres cinco veces en el 2020. Así que de manera enérgica les presentamos las cifras y los argumentos, y finalmente aceptaron nuestras decisiones, pese a las repercusiones sociales y económicas que tenían para las personas. Cuando llegué allí con nuestro equipo de salud pública, me pareció increíble que la gente no tuviera dónde lavarse las manos o que para entrar al baño tuviera que pagar. Por eso le pedimos a la Junta que hiciera un esfuerzo para acoger protocolos mínimos de bioseguridad. Era claro que el funcionamiento de Corabastos debía cambiar, y la pandemia resaltó esa realidad de manera contundente.

Valga este episodio para decir que todas las medidas que tuvimos que tomar en Bogotá a lo largo del 2020 las acogimos basados en análisis técnicos. A la alcaldesa nunca le faltó rigor para adoptarlas. Uno tiene que acostumbrarse a que hay medidas impopulares, pero necesarias. Incluso así hubo algo fundamental para que la ciudadanía acatara nuestras decisiones: exponer todos los datos posibles sobre el desarrollo del covid-19 en la ciudad. Toda la georreferenciación de casos y muertes por coronavirus hizo que la gente entendiera muy bien por qué hacíamos lo que hacíamos; un sencillo mapa fue una poderosa herramienta de pedagogía. SaludData, que no nos la inventamos nosotros, sino la anterior administración, llegó para quedarse. Tenía unos indicadores epidemiológicos muy básicos: el estatus de embarazo adolescente, el sarampión y la mortalidad infantil, entre otros, pero nosotros la enriquecimos con información diaria sobre covid-19.

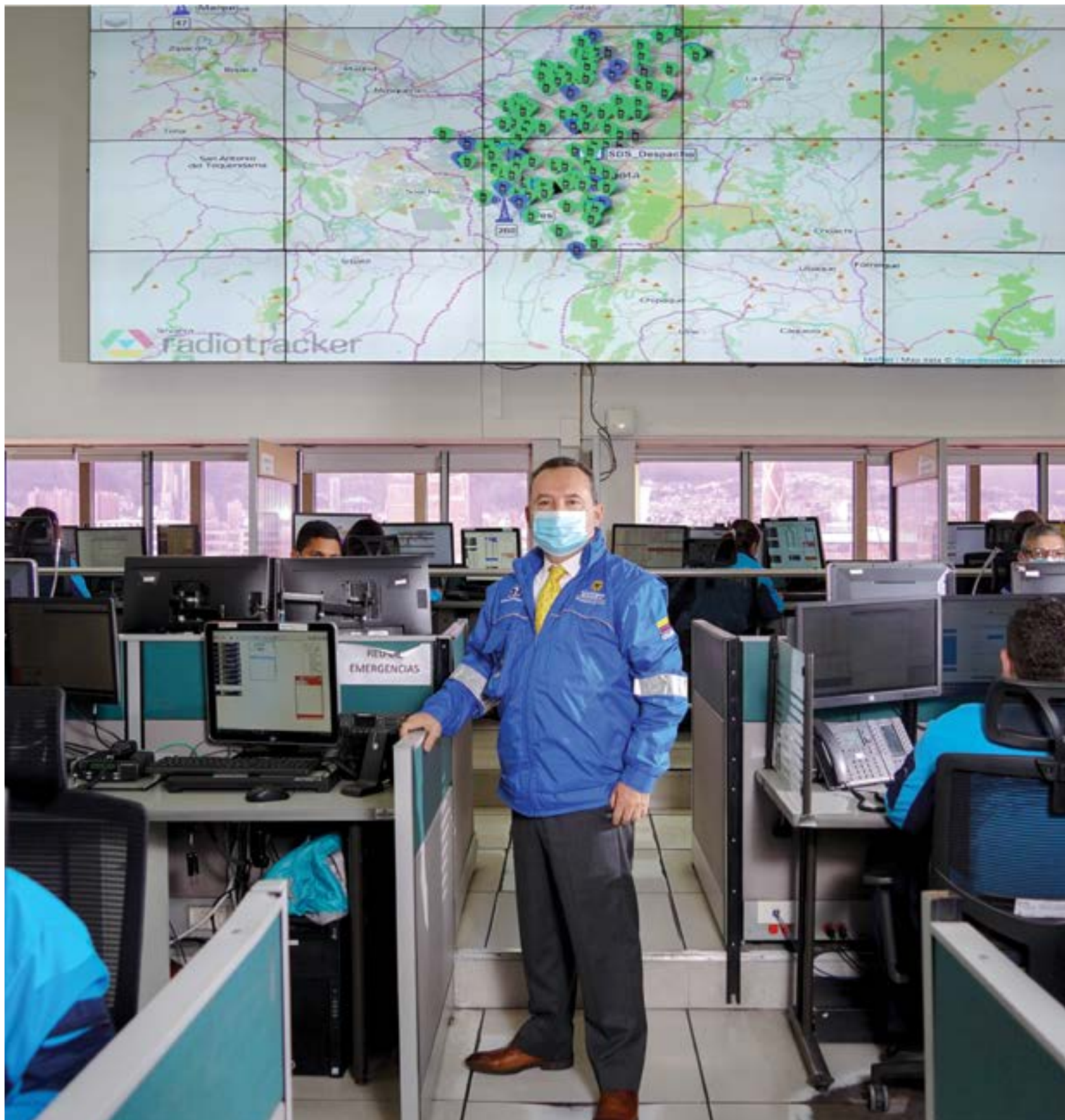
Un hospital de campaña

En medio de las tensiones propias de la crisis, cada decisión fue sometida al escrutinio público de manera muy intensa, como debe ser. Frente al tema de la ampliación en capacidad hospitalaria, hicimos un plan de cuánto teníamos que crecer. Algunas personas de la opinión pública decían que teníamos que montar camas hospitalarias en hoteles, pues esa fue una solución planteada en otros países. También nos llegaron propuestas para que retomáramos y adecuáramos antiguos hospitales y clínicas abandonadas, como las que seguían en pie tras la liquidación de Saludcoop. Estuvimos conversando sobre eso con intensivistas de la ciudad, y llegamos a la conclusión de que las UCI no se podían montar en ningún lugar distinto a clínicas y hospitales en operación. No se puede montar una UCI en el Hotel Tequendama.

A los centros asistenciales no solo les pedimos que nos mostraran sus planes de expansión y adecuación de las UCI que tenían, sino también las unidades de cuidado intermedio, las salas de recuperación y las de hospitalización. Como les pedimos que las camas para hospitalización las convirtieran en camas de UCI, llegaría el punto en que iban faltar camas de hospital. Estuvimos pensando dónde podríamos abrir espacio para esas camas, y se nos ocurrió que Corferias sería un sitio idóneo porque es un establecimiento hecho para la construcción rápida de módulos, a bajo costo.

Llegamos a un acuerdo con la Cámara de Comercio, accionista mayoritaria de Corferias, y hubo muy buena disposición para hacer ese montaje. Como la Secretaría no es operativa, decidimos entregarle esa operación a una de las subredes, la de Centro Oriente, en calidad de operador hospitalario. La capacidad total del recinto ferial era de unas 5000 camas, en todos los pabellones; sin embargo, nues-

LA GRAN LECCIÓN ES LA HUMILDAD



tro plan era de 1000. Llevamos a las EPS a Corferias para que vieran adónde serían enviados sus afiliados, así como a las directivas de clínicas y hospitales que necesitaran trasladar pacientes que no estuvieran en grave estado.

Arrancamos con 200 camas instaladas, pero inicialmente solo ocupamos 50; todas con el talento humano necesario para la atención. Vimos cómo se iban usando poco a poco, y en total terminamos llevando 540 pacientes. No hubo necesidad de más. Lo que nos demostró el ejercicio es que muchos hospitales optaron por ampliar su propia planta porque no querían dejar ir a sus pacientes; fueron los casos de la Fundación Santa Fe, Méderi, el Hospital Simón Bolívar y el Hospital San Ignacio, entre otros. Además, con las cuarentenas, los accidentes se redujeron ostensiblemente y los centros médicos no se ocuparon tanto como habíamos pensado.

La estrategia de Corferias generó mucho debate. Para habilitar el funcionamiento de 2000 o 5000 camas durante cuatro meses se necesitaban 200 000 millones de pesos, y la Secretaría de Salud los puso en un contrato con la Subred Centro Oriente. Le apostamos a que si Corferias se llenaba, ya tendríamos asegurado el personal médico, los insumos, la comida... todo. Pero eso no ocurrió. En últimas, se usaron cerca de 20 000 millones de pesos, así que los recursos restantes los devolvimos a las arcas de la Secretaría. Se liquidaron los contratos, y hacia finales de septiembre se cerró la operación, mes y medio antes de lo previsto.

Pese a todas las críticas, para mí fue una estupenda idea, pues fue un seguro que nosotros tomamos como ciudad. Si lo hubiéramos tenido que utilizar, allí estaba completamente habilitado. No lo tuvimos que usar, imaravilloso!

Un mundo inflado por el ego

Todos los cambios que hemos hecho responden a cómo se comportan los números de la pandemia. Siempre fuimos conscientes de que los confinamientos, si bien salvaban vidas, conllevaron un costo social muy alto por su impacto en el empleo. No hicimos ni una sola cuarentena que no fuera justificada. No son decisiones improvisadas, sino determinaciones que corresponden a la información que va llegando. Nadie sabía cómo se iba a comportar la pandemia. Teníamos simulaciones, pero las contrastábamos todos los días con la realidad.

Entre los aprendizajes grandes que me ha dejado esta pandemia —que no ha acabado— está la humildad, humildad para escuchar. Las personas que trabajamos en el sector salud y en estos cargos nos creemos muy listos; hay cierto toque de vanidad en todos. Y los médicos somos un poco más prepotentes que el promedio de la población porque pensamos que tenemos todas las herramientas para salvar la vida de las personas. Este virus nos demostró que no es así.

Hoy tenemos mucha más información que en marzo, eso es innegable, pero aún nos queda mucho por saber. Tan es así, que ni siquiera tenemos tratamiento: todos los cantos de sirena que hemos oído no han sido científicamente comprobados. Escasamente tenemos un coadyuvante, como es el uso de esteroides, que ha demostrado una efectividad amplia, pero son solamente antiinflamatorios, no hay nada que mate al virus. Y apenas estamos experimentando en materia preventiva: las vacunas están en fase experimental, y las que se están usando tuvieron que apelar a un permiso especial exprés.

Este virus todavía nos lleva una ventaja enorme. Cabe suponer que como no tenemos inmunidad suficiente, vamos a tener que vivir con él por lo menos

un año más. Hay muchas preguntas irresueltas: ¿si a alguien le da la enfermedad queda completamente inmunizado? , ¿cuánto duran los anticuerpos producidos por las vacunas?, ¿cuál es el mejor tratamiento?, ¿se logrará la inmunidad de rebaño?... Si hay algo claro, es que no existen certezas.

Tengo muchos años de ser médico; me tocó manejar, como clínico, la epidemia que tuvimos de cólera, y como directivo, la influenza AH1N1, pero nunca, ni en mis peores pesadillas, me pasó por la cabeza que íbamos a vivir una cosa siquiera parecida al covid-19. A mí me cogió como a todo el mundo, un poco atónito, y por eso la primera sensación fue de asombro e incertidumbre. Jamás pensé que fuera a ser algo que marcará tanto. Nadie tampoco pensó que iba a llegar una enfermedad que obligaría a cerrar el mundo. Yo, como la mayoría de las personas, daba las cosas por sentado: que el transporte aéreo, la globalización, el comercio, las bolsas de valores, el turismo... se mantendrían porque son casi inamovibles. Pero nos equivocamos todos. Nunca me imaginé el tamaño de esta pandemia.

Hemos tenido que ir aprendiendo y adaptándonos muy rápidamente. Y también hemos tenido que dudar de nosotros mismos, de nuestras convicciones, de nuestras certezas. Por eso nos hemos equivocado. A lo largo del tiempo se ha ido demostrando que este proceso ha sido ensayo y error, y que tenemos que revisar con tranquilidad y humildad lo ocurrido aquí y en otros países, para hacer ajustes.

Hoy se pone como ejemplo al Reino Unido porque fue el primero en tener vacunas. Sin embargo, se nos olvida que ese país también fue el primero en decir que no había necesidad de implementar cuarentenas porque no servían para nada. Y resultó teniendo las más altas tasas de mortalidad en Europa. No hubo un modelo de intervención que estuviera sólidamente catalogado como infalible.

Uno en un cargo así termina cosechando décadas de trabajo. Mi experiencia en el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, donde estuve al mando de la Dirección de Nutrición, además de asentar mi residencia en Bogotá me permitió no solo conocer la capital, sino todo el país, y ver lo disímil y complejo que es. Y eso lo sensibiliza a uno alrededor de los principios de equidad. Nosotros tenemos en Colombia unas ciudades que no tienen nada que envidiarle al primer mundo, Bogotá entre ellas, junto con Barranquilla, Medellín, Cali o Bucaramanga. No obstante, hay otras zonas del país que viven como en el siglo XVIII: no hay acueducto, ni alcantarillado, ni teléfono... ni tantas otras cosas. Esa variabilidad genera una visión diferente de quienes somos funcionarios públicos.

Cuando llegué a la Secretaría de Salud, lo hice con mucho entusiasmo y conocimiento, pues había estudiado a fondo esta entidad y la situación de la salud pública en Bogotá, que no es una ciudad, sino muchas al mismo tiempo. La gente aquí se siente parte de un microcosmos mucho más chiquito que una localidad.

Entrados en la pandemia, logramos llamar a los mejores cerebros en epidemiología, inmunología, virología y en cuidados intensivos para que nos acompañaran en la comprensión de lo que estábamos viviendo y para que, juntos, advirtiéramos de alguna forma lo que se venía; tuvimos que escuchar y aceptar. Ese ejercicio también lo hicimos con las EPS y las IPS. Nos ganamos la credibilidad de la gente porque no llegamos siempre a hablar.

Creo que nos equivocamos en los cálculos de aquello que necesitábamos. En Bogotá nos varamos por todo: por respiradores, por talento humano, por pipetas, por guantes... y tuvimos que buscar soluciones de emergencia. En eso hemos mejorado mucho en los últimos meses.

Tal vez dejar la salud en manos de los aseguradores es de los errores más grandes que hemos cometido como país. Cuando se trata de cubrir necesidades para toda la población, la salud pública no puede estar sujeta a la lógica del mercado; tiene que ser estatal. Por supuesto, siempre tendrán una mirada más objetiva quienes lo estudien que quienes lo vivimos. Todavía son muy cortos los tiempos para hacer una evaluación imparcial de qué tan bien o tan mal lo hicimos.

Nosotros le dijimos a la gente que no fuera a las clínicas ni a los hospitales. Esta instrucción caló profundamente en la población, y hoy no sabemos qué debemos hacer para que vuelvan a las clínicas y hospitales. Le dijimos a la gente que tuviera temor del contagio, que se quedara en casa, y hoy lo está haciendo más de lo necesario.

Estoy convencido de que los niños y las niñas han pagado un precio demasiado alto. Tengo dos hijas que no lo pagaron por ser mayores de edad, aunque estuvieron en la modalidad de estudio a distancia, que en mi sentir muy personal es un remedo de educación. Pero los menores que estuvieron encerrados en casa no solo perdieron la oportunidad de socializar, sino que los llenamos de temor. En una época en que el miedo es una tragedia, se lo magnificamos al decirles que no salieran de casa porque de pronto papá o mamá se morirían. Horrible, muy duro mensaje. Y cuando les aseguramos a los padres y a los niños que abriríamos los colegios, la respuesta fue: «No, no los voy a mandar porque usted me dijo que no los mandara».

Ahí hay algo sobre lo que vamos a tener que reflexionar porque creo que nos equivocamos de manera sustantiva. Vamos a evaluar cuál es el impacto de este fenómeno de comunicación masiva que, en últimas, es una construcción social. Si yo no logro

que la gente se quede en casa, voy a perder vidas, pero acarreando unos dolores muy grandes de salud mental, de violencia intrafamiliar y de salud sexual y reproductiva. Aun así, en un primer momento el confinamiento de niños y niñas era absolutamente necesario.

Ahora bien, es imposible salir de esta situación sin heridas. Todavía no somos conscientes de cuántas, pero soy optimista de que saldremos adelante y, con tiempo, las superaremos.

”

NADIE TAMPOCO PENSÓ QUE IBA A LLEGAR UNA ENFERMEDAD QUE OBLIGARÍA A CERRAR EL MUNDO. YO, COMO LA MAYORÍA DE LAS PERSONAS, DABA LAS COSAS POR SENTADO: QUE EL TRANSPORTE AÉREO, LA GLOBALIZACIÓN, EL COMERCIO, LAS BOLSAS DE VALORES, EL TURISMO... SE MANTENDRÍAN PORQUE SON CASI INAMOVIBLES. PERO NOS EQUIVOCAMOS TODOS. NUNCA ME IMAGINÉ EL TAMAÑO DE ESTA PANDEMIA.

LA TIMIDEZ DE LOS EPIDEMIÓLOGOS



Hasta hace muy poco, eran más raros los epidemiólogos que los astrónomos en la televisión, y hasta los presentadores se enredaban al tratar de pronunciar el nombre de la disciplina. Pero la pandemia sacó a todos estos investigadores silenciosos de sus nichos y los puso fuera de la zona de confort de sus artículos científicos para que ofrecieran sus disertaciones frente a un público que por primera vez los quería oír con urgencia. ¿Qué tenían que decir, ahora que todo el mundo los necesitaba? El epidemiólogo Julián Alfredo Fernández Niño describe los aciertos, los errores y, sobre todo, el sano escepticismo científico con el que él y sus colegas abordaron la llegada del covid-19 a Colombia. Aunque reconoce las limitaciones, también defiende el papel fundamental de la epidemiología en este momento histórico.

Julián Alfredo Fernández Niño
Epidemiólogo

La pandemia por el covid-19 nos desubicó a todos. El modo en el que muchos comprendíamos la relación entre evidencia y decisiones, entre ciencia y política y entre conocimiento científico y popular fue desafiado como nunca en la historia reciente.

Colombia es un país donde la epidemiología de enfermedades infecciosas tiene un desarrollo incipiente. El modelamiento matemático de enfermedades infecciosas no suele hacer parte del currículo de las maestrías y doctorados en epidemiología, y salvo algunos cursos aislados ofrecidos por el Imperial College por medio del Instituto Nacional de Salud (INS), no existen cursos de formación, ni muchos grupos consolidados dedicados a este campo específico en el país.

Resulta así, para sorpresa seguramente de muchos, que no todos los epidemiólogos estudian epidemias (al menos no solo de infecciones). Muchos dedicamos años a estudiar endemias como los problemas de salud mental, o enfermedades crónicas que, aunque pueden tener comportamientos epidémicos, tienen determinantes distintos en los modos de vida y, por ende, enfoques de análisis e intervención diferentes.

Preguntarles a algunos epidemiólogos sobre el covid-19 puede ser equivalente, en algunos casos, a preguntarle a un dermatólogo sobre una fractura de cadera y, sin embargo, muchos sentimos que teníamos algo que decir. Los epidemiólogos tímidos tenían que hablar; para muchos, era la primera vez que tanta gente los escuchaba, pero, además, frente a los discursos anticientíficos, y estando la vida misma en juego, era una obligación pronunciarse. Aquella idea bella, pero ingenua, con la que muchos crecimos y que fue determinante de nuestra elección profesional: el conocimiento transforma la realidad, encontraba una prueba de fuego para la disciplina.

Como ya lo había mostrado la pandemia por AH1N1 de 2009, es claro que existían, y existen, ciertas debilidades en la formación metodológica en Colombia, a pesar de un gran desarrollo de la epidemiología clínica, de experiencias exitosas en epidemiología de enfermedades crónicas y de la gran reputación de la formación en epidemiología de campo, liderada desde hace años por el INS.

El ejercicio de la epidemiología en el país, en todas sus variantes, era silencioso, era una «ciencia tímida», como la llamó Naomar Almeida. Sus acciones solo se sentían cuando la tarea no se hacía, y gran parte de la discusión académica giraba en torno a la epidemiología social en toda su diversidad epistemológica (pasando de la perspectiva anglosajona a la epidemiología crítica latinoamericana), y por otro lado, con una visión más instrumental, cierto énfasis en la formación en la lectura «crítica» de artículos científicos, bajo el enfoque de la epidemiología de los factores de riesgo.

La verdad es que, salvo para hablar de los brotes estacionales de infección respiratoria o, más recientemente, de la calidad del aire, eran más raros los epidemiólogos que los astrónomos en televisión, y hasta hace poco a mucha gente se le enredaba la lengua al pronunciar el nombre de la disciplina.

Pero la epidemia nos obligó a todos a salir de esos nichos, nos deslocalizó, nos sacó del confort, nos cuestionó, nos tensionó como grupo académico y nos enfrentó públicamente a nuestras contradicciones. La pandemia fortaleció la disciplina, pero también la expuso a la incompreensión pública, al manejo de *influencers* y politiqueros, e hizo evidente para todos que, como disciplina social, teníamos mucho que resolver para relacionarnos mejor con la clase política y con la sociedad misma.

En 2011, al octogenario hermano Francisco Franco, 'Frafra', políglota que visité cuando comencé a dedicarme a la epidemiología, se le hizo muy raro que yo fuera un médico que no viera pacientes. «Un panadero hace pan», me dijo mientras desayunábamos en la comunidad de los lasallistas en La Hortúa. Varias personas, algunas veces, me lo dijeron cuando yo les explicaba lo que hacía: «Ah, pero, entonces, ¿usted no ejerce?».

En la lectura de muchos colegas médicos, la epidemiología era vista como el destino de los parias, y varios de mis estudiantes de pregrado no ocultaron con sus hechos y palabras que pensaban que mi asignatura era una «costura» o «relleno», algo que jamás iban a tener que ver de nuevo en sus vidas. Es una pena que tuviera que suceder una pandemia para que muchos entendieran la importancia de esta ciencia tímida, y de la salud pública, en general. Cada vez que veía tanto clínico hablando de epidemiología, recordaba que muchos de ellos reprobaron los cursos de epidemiología básica y, sin embargo, ahora hablaban con fluidez (unos pocos con precisión) de los principales conceptos y términos de nuestra disciplina. Se puso de moda ser epidemiólogo, o al menos opinar como uno, y así varios tímidos se vieron de pronto rodeados de reflectores.

El golpe de la pandemia

La pandemia me atropelló en medio de mi vida tropical en Barranquilla. De mis almuerzos de dos horas con Rafael Tuesca, mi gran amigo y compañero laboral, fui confinado a la soledad de un apartamento en Puerto Colombia, desde donde pensé que iba a ser testigo virtual en pijama de toda la pandemia. No me imaginaba entonces que el ministro Fernando Ruiz, con quien había hablado pocas horas en los aeropuertos de Ciudad de México, y en las cafeterías

de la Escuela de Salud Pública de México, se acordaría de mí algunos meses después y me convocaría a enfrentar esta batalla de la que no había manera de salir bien librados. Una batalla que no se podía ganar.

Yo daba clases y coordinaba proyectos en la Universidad del Norte; además, estaba interesado en las relaciones entre migración y salud y me veía abocado a la crianza de gatos consentidos. Puedo decir que era inmensamente feliz, obsesionado por producir artículos científicos que pocos leían y participar en seminarios con opiniones grandilocuentes, pero apegadas a los principios que dotan de sentido mi vida académica e investigativa.

Todavía recuerdo aquel día sin saber que sería el último en la universidad. No me imaginaba que habría personas que no volvería a ver en meses. Al siguiente día me vi, como muchos, enfrentado al hecho de que la presencialidad en la universidad había sido suspendida. Desde ese momento sentí la profunda necesidad de hacer algo, era más que un deber ético. Debo aceptar que era una carga de responsabilidad. ¿Cuántos doctores en epidemiología había en Barranquilla? Yo no era un epidemiólogo de enfermedades infecciosas, pero suponía, como muchos, que lo que pasaba era tan grave, que estaba obligado a luchar, a decir algo, a pensar en soluciones, a analizar... a aportar. Comencé entonces a ocuparme obsesivamente en lecturas, descargas de bases de datos, visores de resultados, seminarios, en un frenesí interminable. Me acordé entonces de mi periodista científico favorito, Pablo Correa —aquel que desenmascaró a tantos científicos de papel— y, por iniciativa de Andrés Vecino, comenzamos un programa semanal en *El Espectador*, junto con Tatiana Andia, para hablar de la pandemia.

El programa era divertido, estimulante intelectualmente. Hablamos del pasaporte inmunoló-

”

SE PUSO DE MODA SER
EPIDEMIÓLOGO, O AL
MENOS OPINAR COMO
UNO, Y ASÍ VARIOS TÍMIDOS
SE VIERON DE PRONTO
RODEADOS
DE REFLECTORES.



”

LOS MISMOS QUE
HABLABAN DE
EMPODERAMIENTO
SOCIAL, PARTICIPACIÓN
COMUNITARIA Y
EDUCACIÓN PARA LA
SALUD ARENGARON POR
EL AUTORITARISMO.



gico, del autoritarismo sanitario, de las relaciones entre la migración y el virus, de salud global, de sistemas de salud, de políticas farmacéuticas y de muchos temas más. Pero en los interludios mantuve mi preocupación, no podía dormir, estábamos frente a un enemigo que, para entonces, con tan pocos casos y muertes en marzo, parecía invisible. Las calles se cerraban ante un fantasma que iba a venir, del que teníamos que escondernos para no morir o no provocar la muerte de otros. Era mucho lo que no sabíamos, y la sociedad supuso entonces que los epidemiólogos teníamos algo que decir.

A diferencia de mí, Zulma Cucunubá no era una dermatóloga atendiendo una fractura de cadera. Llevaba más de cinco años entrenándose en modelamiento de enfermedades infecciosas, hacía parte de los equipos más destacados del mundo en su campo. Desde que conocí a Zulma, hace más de diez años, admiré su disciplina constante, siempre llena de trabajo cuando era joven investigadora en el INS y ella misma buscaba proyectos de forma incansable. La pandemia la encontró atrapada en Colombia, por azares del destino, y ese sería el comienzo de toda su lucha por promover una masa crítica para responder a la pandemia en el país.

El primer hilo de Zulma en Twitter describía la «ciencia abierta», y cómo, en tiempo real, se había llegado a establecer el brote en Wuhan, y más tarde a la genotipificación del virus. En pocos días pasó de decenas, a cientos, y de cientos a miles de seguidores en esa red. Pablo Correa usó su hilo para una columna, le hizo varias entrevistas y ella muy pronto estuvo presente en todos los medios escritos y académicos del país.

Una de esas primeras conferencias, en la Universidad Javeriana, tuvo un toque solemne, como si fuera a hablar un presidente para anunciar una gue-

rra. Miles nos conectamos esperando una revelación sobre lo que estaba pasando y lo que teníamos que hacer; necesitábamos su iluminación. La charla fue soberbia académicamente, pero lo cierto ahora es que sus propuestas de supresión, o acordeón, a las que hasta el final no quiso renunciar, eran una ilusión inviable. No existe duda de que todos quisiéramos reducir las muertes por covid-19 todo lo posible, pero habría que considerar también los costosos impactos sociales que producen dolor, sufrimiento e, incluso, muertes a largo plazo —por otras causas— que habría tenido una estrategia sostenida de supresión, al menos en un contexto como el de Colombia.

Zulma se convirtió en un gran referente durante la pandemia. Lideró y participó en muchas de las investigaciones científicas más relevantes sobre el tema, en América y en el resto del mundo. Se esforzó por explicar conceptos complejos y contar noticias científicas y, al final, tuvo la paciencia para resistir el embate de críticos con fundamento, pero también a cientos de personas como Dunning Kruger, que creían entender el problema mejor que ella. Sin embargo, todo esto fue solo una expresión del desafío del diálogo social de una disciplina tímida que no estaba preparada para el cinismo, la hostilidad y la emocionalidad de los debates, dentro y fuera de las redes sociales.

La ciencia tímida dialoga

A todos nos movieron el piso: fuimos llevados a un escenario de debate y confrontación diferente. Si bien la salud pública siempre ha sido de interés público, las discusiones sobre evidencia, modelos e hipótesis, con sus alcances y limitaciones, hacían parte del circuito académico. Los académicos tendemos a ser conscientes de los límites de nuestros métodos, de la incertidumbre de nuestro conocimiento, de las

preguntas abiertas, de la imposibilidad de hacer afirmaciones contundentes.

Uno de los grandes escenarios fue el de las redes sociales. Estas plataformas generan posibilidades enormes para la gestión del conocimiento, la divulgación científica e, incluso, la incidencia en políticas públicas, pero también corren el riesgo de volverse burbujas de egorresonancia, donde las personas se vuelven presas de mantener los personajes contruidos y donde la retroalimentación positiva excesiva puede ser dañina para la introspección.

En la esfera pública esto nos desubicó completamente. En el espectro de discusiones públicas en Colombia, como en casi todo el mundo, priman la emocionalidad, la militancia identitaria y el rencor, y poco importa lo que es verdadero, sino lo que creemos que es verdadero. El problema es que mientras los científicos son tímidos, prudentes con sus afirmaciones, inseguros y a veces contradictorios frente a sus afirmaciones, dada la ambigüedad de las evidencias, son fácilmente confrontados por quienes se creen seguros y portadores de la certeza.

Estas personas creyeron haber entendido el problema en pocas semanas. Sintieron que tenían certeza de lo que había que hacer, sobreinterpretaron evidencia no contundente, sobreestimaron sus capacidades y, empoderados en su propio ensimismamiento, salieron a confrontar a las voces científicas autorizadas. No tenían miedo, se sentían llamados a cuestionar a la autoridad científica, pero, sobre todo, a la autoridad sanitaria que los había encerrado sin justificación, según ellos, y resarcir así la razón perdida.

Sin embargo, debo matizar. Esta caricatura que he hecho de las personas no es del todo justa. Es inmensamente valioso que personas de todos los contextos sintieran la necesidad y tuvieran la posibilidad de conversar sobre un tema que «nos tocaba» a to-

dos. Muchos hicieron un ejercicio riguroso, y las preocupaciones ético-políticas trascienden las disciplinas científicas, se construyen a través de un diálogo donde todos debemos participar.

También debemos aceptar que en algunos puntos tenían razón. El escepticismo racional, una de las actitudes científicas según la cual no se da por hecho algo hasta que haya evidencia suficiente, no respondió a la imperiosa necesidad de respuestas de la población frente a la amenaza. Este escepticismo racional dudó de la transmisión por el aire y del uso de tapabocas en momentos en que la evidencia no era concluyente. Los profetas nunca nos perdonaron esto. Para ellos eso era claro desde el principio, y en su opinión, esto nos hizo perder tiempo. Sin embargo, el hecho de que en algunos aspectos la intuición, o la observación no sistemática, al final tuviera razón, no reniega de la necesidad de ejercer el escepticismo racional, o de lo contrario daríamos por hecho todo *a priori*, sin búsqueda de evidencia.

Es cierto que esto puso en tela de juicio si en escenarios críticos y de incertidumbre podríamos aceptar algo como más probablemente cierto, con menor evidencia, por principio de precaución. Pero definir el límite no es fácil, y tampoco inocuo. Tomar decisiones sin evidencia, o a destiempo, también causa daño.

También es necesario recordar que no fueron los profetas de la intuición quienes probaron la efectividad del tapabocas, o la transmisión por el aire, sino la misma ciencia, que por definición es autorrevisionista. El debate del tapabocas se volvió uno de muchos ejemplos de un debate mediático en el que los legos reclamaron su triunfo sobre una ciencia que consideraban arrogante y distante.

Esa mediatización de la ciencia, el hecho de que debates propios de cualquier disciplina social se trivializaran hasta ese punto, afectó a la propia discipli-

na. Algunos creyeron que podían reinventar la epidemiología y que ya eran epidemiólogos por participar en esos debates. Igual creyeron algunos economistas que pensaron que la estadística aplicada a datos de salud ya era epidemiología.

Es cierto, claro está, que cualquier disciplina científica debería ser democratizada, que esto es inevitable y, quizás, necesario en el diálogo social, pero también es verdad que el conocimiento especializado tiene un rigor y un esfuerzo sistemático de construcción por lo cual merece ser escuchado de manera diferencial, sin que esto impida que sea cuestionado y dialogado con otros saberes y, por supuesto, examinada la instrumentación política de la disciplina, que no es lo mismo que la disciplina *per se*.

Por todo lo anterior, la ciencia, la epidemiología, no podía quedarse callada. Motivados por el ejemplo de Cucunubá en Colombia, varias epidemiólogas y otros investigadores sociales del país como, Isabel Rodríguez, Tatiana Andia, Piedad Urdinola, Andrés Vecino y tantos otros más, comenzaron a explicar las preguntas, pero sobre todo el sentido de las preguntas mismas, algo más importante que responder las preguntas y plantearlas apropiadamente. Trabajo sumado al formidable esfuerzo de periodistas de la talla de Jorge Galindo, Sergio Silva y Pablo Correa, el gran refutador de las reputaciones científicas.

Ingeniería social

La relación entre ciencia y política no es fácil. Sin embargo, cualquier instrumentalización de la ciencia para la toma de decisiones está sujeta a valores e intereses, y por eso es política, incluso si creemos que existe una *free-value science*. Esto es mucho más cierto en la salud pública, en la cual las acciones son direccionadas por principios y modelos de lo que consideramos justo.

Además, en el momento en que un conocimiento científico es adaptado como decisión política, con frecuencia su escrutinio ya no sigue las reglas de la ciencia, donde priman la evidencia y los hechos, sino que, lamentablemente, las afirmaciones científicas incorporadas políticamente terminan siendo leídas como posturas identificadas con grupos políticos específicos, aunque no necesariamente lo estén y, así mismo, su crítica está a veces determinada por la enemistad de otros grupos.

En la pandemia se entendió muy claramente por parte de los gobernadores y alcaldes de Colombia que los epidemiólogos debían ser escuchados, y aunque en mi caso, en Barranquilla, fui invitado y desinvitado varias veces, es cierto que en todo el país fueron muchos los convocados a estas mesas de trabajo donde se discutían las decisiones de política pública. Sin embargo, alguien tiene que decir que no estuvimos siempre a la altura, por algunas razones, entre ellas:

- No reconocimos tempranamente que otras disciplinas científicas debían ser convocadas.
- No entendimos tan rápidamente que mitigar el efecto de las medidas era también importante, y no solo reducir el contagio y las muertes por el virus.
- Faltó claridad para explicar la incertidumbre, sumado a una sociedad que no está familiarizada con lo que significan los supuestos de los modelos y que confunde proyecciones con predicciones.
- No escuchamos lo suficiente a todos los sectores.
- No explicamos lo suficiente que lo científico no son las certezas, sino la capacidad de cambiar de ideas si las evidencias y los contextos cambian.

- No reconocimos tempranamente que los territorios y sus poblaciones son diferentes y que no debemos aplicar medidas de forma indistinta a un alto costo social no justificado.
- Haber reducido la falta de adherencia a las medidas de prevención de algunos grupos poblacionales a un problema de «indisciplina social», sin reconocer la corresponsabilidad de la institucionalidad o los determinantes sociales de la salud, reproduciendo, además, estigmas hacia grupos socioeconómicamente desventajados y ciertos grupos étnicos.

Lo más grave fue que en el nombre de la epidemiología se tomaron decisiones arbitrarias, se promovió el autoritarismo sanitario, en una lógica de castigo que recordó a las policías sanitarias de principios del siglo XIX en Europa. En el 2020, los salubristas, que por décadas hablaron de determinantes sociales, explicaron las diferencias entre países por la respuesta de los gobiernos, casi ignorando el contexto en el que se dan, y que no podían transformar en pocos meses. Los mismos que hablaban de empoderamiento social, participación comunitaria y educación para la salud arengaron por el autoritarismo. A varios se les olvidaron varios de los principios de la salud pública.

A pesar de todo, el papel de la epidemiología durante la pandemia y de todos los epidemiólogos fue motivado por los propósitos humanos más nobles, por el imperativo ético de salvar vidas y proteger a las personas. Aunque tenemos necesidades de mejoramiento técnico, y desigualdades territoriales en la capacidad territorial, existen profesionales con grandes capacidades y con un gran compromiso social que aportaron lo mejor de sí. En este mundo obsesionado con la visibilidad, la mediatización de la personalidad y la supuesta transcendencia, dejamos de ver, o de

reconocer, que muchas veces los que más trabajaron por protegernos lo hicieron casi anónimamente, aportando conocimiento e ideas y luchando directamente contra el virus, como es el caso de los miles de epidemiólogos de campo con los que la sociedad está en deuda histórica.

En últimas, quizás todos fallamos al reconocer de forma clara nuestra pequeñez frente a los hechos, frente a estructuras que producen y reproducen desigualdades sociales, las cuales no desaparecerían con medidas construidas para la coyuntura. Tal vez fallamos en aceptar que, aunque había mucho por hacer, nuestra incidencia era pequeña, al menos mientras el progreso científico nos abría las puertas, como pasó en muy pocos meses gracias a la colaboración global con la generación y producción de las vacunas que nos hacen pensar, hoy, que esta pesadilla pronto acabará.

”

EN EL ESPECTRO DE DISCUSIONES PÚBLICAS EN COLOMBIA, COMO EN CASI TODO EL MUNDO, PRIMAN LA EMOCIONALIDAD, LA MILITANCIA IDENTITARIA Y EL RENCOR, Y POCO IMPORTA LO QUE ES VERDADERO, SINO LO QUE CREEMOS QUE ES VERDADERO. EL PROBLEMA ES QUE MIENTRAS LOS CIENTÍFICOS SON TÍMIDOS, PRUDENTES CON SUS AFIRMACIONES, INSEGUROS Y A VECES CONTRADICTORIOS FRENTE A SUS AFIRMACIONES, DADA LA AMBIGÜEDAD DE LAS EVIDENCIAS, SON FÁCILMENTE CONFRONTADOS POR QUIENES SE CREEN SEGUROS Y PORTADORES DE LA CERTEZA.



LAS LÁGRIMAS DEL HÉROE

Hacerle frente durante más de 270 días a un enemigo de 10 micras de diámetro que puso de rodillas al mundo quiebra a cualquiera, pero no a Fernando Ruiz Gómez, el ministro de Salud y Protección Social que doblegó la curva de contagio de covid-19 en Colombia a fuerza de voluntad, serenidad y confianza. Él mismo recorrió el país para observar la realidad de la pandemia sobre el terreno, resolver los problemas apremiantes y ofrecer su respaldo incondicional a las instituciones, a los médicos y a los pacientes en los momentos de mayor angustia. Más de una vez le ganó el llanto por la solidaridad que brotó de todos los rincones por los que pasó, pero ni las lágrimas debilitaron su temple para atajar un mal que nadie esperaba.

Hugo Arévalo

*Asesor de Comunicaciones del Ministerio de Salud y
Protección Social*

Corría uno de los días de septiembre del 2016. Minutos después de finalizar su intervención en un evento del hotel Holliday Inn, de Bogotá, me botó la bomba:

—Hugo, no seguiré más en el Ministerio —me dijo con voz entrecortada, y me agradeció el compromiso y el esfuerzo de más de tres años acompañándolo como asesor de comunicaciones en el Viceministerio de Salud Pública y Protección Social. Internamente, la incertidumbre me invadió.

—¿Para dónde te vas?

—Voy a asesorar un proyecto de cáncer que servirá mucho al país.

En ese instante la noticia me cayó como un balde de agua fría. Luego fui atando cabos y caí en la cuenta de que esa misma voz entrecortada del «vice», como le decía en ese entonces, se la había escuchado antes. Un par de semanas atrás, en las instalaciones del Instituto Nacional de Salud (INS), en un certamen sobre incentivar más la investigación en el INS, también se le había quebrado la voz cuando agradeció a Martha Ospina por haber sido la compañera de lucha en las epidemias contra el zika y el chikunguña.

Años después, me reveló que justo el día del discurso en el INS había sido elegido para hacer realidad el proyecto científico de Luis Carlos Sarmiento Angulo, el Centro de Tratamiento e Investigación sobre Cáncer que el empresario planeaba construir en Bogotá. Ese era el motivo por el cual abandonaba el Ministerio.

La despedida fue emotiva. Quienes trabajamos a su lado cuando fue viceministro le grabamos un mensaje y lo proyectamos durante el almuerzo que tuvimos en el Hotel Tequendama. Allí, cerca de esas instalaciones, se iba a instalar en el piso 28 para hacer realidad un proyecto interesante sobre una de las en-

fermedades más mortales en el país. Allí, también, se encontraba el restaurante donde posteriormente nos reuniríamos para almorzar y contarnos cómo avanzaba la vida de cada uno.

En uno de esos almuerzos, me reveló que le hacía falta la adrenalina que se vivía en el Ministerio todos los días. Y allí también, en ese mismo lugar, en febrero de 2020, me dijo que estaba en carrera para asumir la jefatura del Ministerio de Salud y Protección Social. Entonces me propuso trabajar con él, en caso de que el presidente Iván Duque lo eligiera.

Y apareció el covid-19

Fue designado el 7 de febrero de 2020. El presidente lo informó en su cuenta de Twitter. No había pasado un minuto de esa publicación cuando mi celular timbró. Era el nuevo ministro: «Ven a mi oficina». Llegué a los cinco minutos. Estaba emocionado. Mientras recibía una felicitación de un entrañable amigo que lo llamaba desde Italia, me pidió que lo comunicara con tres medios radiales para hacer unas cuantas declaraciones.

Faltaban 26 días para que la adrenalina volviera a fluirle con el desafío de salud más grande que el planeta ha tenido que afrontar en los últimos cien años. Se posesionó el 3 de marzo en Casa de Nariño, en compañía de su familia y de sus amigos más cercanos. Setenta y dos horas después de haber plasmado su firma en la Resolución Presidencial 333, que lo erigía como ministro de Salud y Protección Social, se confirmó el primer caso positivo de covid-19 en el país.

El ministro no se alarmó, pero sí recordó sus estudios de salud pública en la Universidad de Harvard, cuando leyó, en clase de historia de la medicina, acerca de las pandemias que habían obligado a decretar cuarentenas. «Nunca pensé que sería el res-



”

EN CADA UNO DE LOS
TERRITORIOS VISITADOS,
SIEMPRE INGRESABA A
LA UNIDAD DE CUIDADOS
INTENSIVOS (UCI), SIN
IMPORTAR EL RIESGO AL
QUE SE ENFRENTABA.



ponsable de hacer la cuarentena en mi propio país; ese ha sido uno de los momentos más duros de mi vida», me comentó después.

El reto que tenía enfrente lo hizo desplegar toda su capacidad. La ansiedad y la incertidumbre de todos al inicio de la pandemia contrastaban con su tranquilidad innata. Un día, mientras íbamos en el carro hacia la oficina, me preguntó:

—¿Sabes por qué te elegí para trabajar conmigo? —Mientras mi memoria buscaba una respuesta rápida, él mismo me contestó—: Porque me brindas tranquilidad.

Internamente, tuve una confrontación: intentaba comprender que la persona que estaba lidiando con una pandemia de semejante envergadura me acababa de revelar que yo era como una especie de ápice de su tranquilidad. Me sorprendí porque eso me lo dijo en pleno pico, cuando mi celular no paraba de sonar y trataba de aliviar la incertidumbre de más de 700 periodistas nacionales y extranjeros en los grupos de chat que habíamos previsto para informar al país sobre la evolución de los contagios. No podía defraudarlo.

Esa ha sido una de sus mayores enseñanzas: tranquilidad y confianza, que sentí a su lado cuando iniciamos el periplo de más de 25.000 kilómetros, en 36 viajes por todo el país, para acompañar a los territorios en la respuesta contra el covid-19. Fue como ir a la batalla con el mejor de los hombres, como cuando uno le pregunta a un niño qué sensación tiene al estar al lado de su superhéroe favorito y este responde: «Cero temores». Así fue como iniciamos el viaje, acompañados por un equipo de trabajo que se brindó entero. Primero, a La Dorada y a Leticia; luego a Villavicencio, Tumaco, Montería, Cartagena, Barranquilla, Santa Marta, Mompox, Cali, Buenaventura, Cúcuta, Medellín, Quibdó, Pasto, Ipiales, Sincelejo, San Mar-

cos, Neiva, Pitalito, Florencia, Popayán, Mocoa, Barrancabermeja, El Socorro, Bucaramanga, Armenia, San Andrés y Providencia, Valledupar, Pereira, Ibagué, Inírida, Tunja, Manizales, Yopal, San José del Guaviare y Riohacha. Y seguimos contando.

Particularmente, en Armenia y en Inírida recordé los instantes narrados al inicio de esta crónica, la humanidad de Fernando Ruiz Gómez en momentos trascendentales. Él se «cuida» de no expresar sus sentimientos, pero en ocasiones simplemente los deja salir. En cada uno de los territorios visitados, siempre ingresaba a la unidad de cuidados intensivos (UCI), sin importar el riesgo al que se enfrentaba. «Como ministro, debo estar al tanto de cómo se atiende a los pacientes con covid-19 y cómo está nuestro personal médico», me decía. Pero en Armenia, cuando salió de la UCI del Hospital San Francisco, lo observé muy compungido y afectado. Algunas lágrimas rodaban por su rostro. No le dije nada, no le pregunté nada; preferí acompañarlo en silencio hacia la otra institución médica a la que debíamos acudir. Luego supe lo ocurrido: lo había conmovido la historia de uno de los médicos de la UCI que llevaba allí adentro tres meses sin poder visitar a su familia. Ese sacrificio de sus colegas le había llegado al alma y salió con los ojos encharcados.

En Inírida sucedió algo similar. Esta vez lo vi llorar al recordar la historia de Jorge Torres, de 74 años. Este adulto mayor llegó al Hospital Manuel Elkin Patarroyo casi sin poder respirar, y tuvo que ser intubado. Para su familia fue un doloroso proceso. Sin embargo, allí estuvieron los médicos y el personal de salud comprometidos con su recuperación y hasta le celebraron el cumpleaños. Hicieron una calle de honor cuando salió. Al vivir esta historia de cuerpo presente, supo que estábamos haciendo las cosas bien: «Cuando las familias te ven y te agradecen, cuando los nietos ven

a su abuelo que llega bien a casa». Y confesó que le cayeron algunas lágrimas, esas mismas que se repitieron antes de iniciar su intervención en el programa presidencial Prevención y Acción, en el que ha participado en más de 160 emisiones, informándole al país sobre la situación de la pandemia.

Esas experiencias no se comparan con nada, ni siquiera con los premios recibidos ni las distinciones alcanzadas. Él va más allá: reconoce el valor humano y el sacrificio de sus coequiperos, como cuando escribió en Twitter, tras ser distinguido como líder de la pandemia junto con la directora del INC, Martha Ospina: «De pronto la vida te pone el mayor reto, nunca imaginado. Debes empeñar toda tu fuerza y determinación y el destino te da la más excepcional compañera de jornada. Ahí debes reconocer lo afortunado que has sido». O como aquel de septiembre de 2020: «Difícil contener las emociones frente a personas tan especiales como encontré hoy en Tolima. Quiebra al más fuerte. La humanidad por nuestros pacientes empieza por la humanidad que seamos capaces de expresar. Gracias desde el corazón», que escribió tras visitar uno de los hospitales del Tolima, donde lo despidieron con una lluvia de aplausos.

Ser parte del grupo de coequiperos de Fernando Ruiz ha sido una enseñanza y un privilegio para toda la vida. Es un ejemplo de ser humano integral, libre de ambiciones personales, despojado de egos, cuyo único interés, durante esta emergencia histórica, ha sido el de ponerse en la primera línea de acción contra el covid-19, en defensa de la salud de los colombianos, dejando su corazón en el campo de batalla.

”

FUE COMO IR A LA BATALLA CON EL MEJOR DE LOS
HOMBRES, COMO CUANDO UNO LE PREGUNTA A
UN NIÑO QUÉ SENSACIÓN TIENE AL ESTAR AL LADO
DE SU SUPERHÉROE FAVORITO Y ESTE RESPONDE:
«CERO TEMORES».



17

EN TIEMPO
RÉCORD

¿Cómo entregar el subsidio a quien no tiene una cuenta bancaria? ¿Cómo llegar a poblaciones que geográficamente están apartadas de las cabeceras municipales? ¿Cómo ayudar a gente que tanto lo necesita y que no sabe que el Estado la quiere ayudar? Estas y otras preguntas tuvo que responderse Laura Pabón, al frente de la Dirección de Desarrollo Social del Departamento Nacional de Planeación, para poner en marcha en tan solo tres meses el programa Ingreso Solidario, que ha beneficiado a más de tres millones de colombianos que no tenían lo mínimo para sobrevivir a la pandemia. Gracias a su labor, el gobierno del presidente Iván Duque la galardonó con el premio a la Mejor Funcionaria Pública del 2020. Esta es la historia de cómo lo consiguió.

Laura Pabón

*Directora de Desarrollo Social del Departamento
Nacional de Planeación*

Si algo ha dejado al descubierto la pandemia del covid-19 son las dificultades económicas de miles de personas para quienes quedarse en casa es un verdadero desafío. La informalidad, el desempleo y la falta de recursos son tan profundos que mucha gente prefirió exponer su vida, su salud, antes que morir de hambre.

En el Departamento Nacional de Planeación supimos desde el principio que debíamos reaccionar muy rápidamente con un subsidio que ayudara a paliar las consecuencias de una cuarentena que no parecía tan corta. Nuestra intención era llegarles a las familias que más lo necesitaban. Si bien hoy existen programas que dan un apoyo fundamental, como Familias en Acción, Jóvenes en Acción, Colombia Mayor o el programa de devolución del IVA, nuestro objetivo era asistir a quienes no tenían ninguno de estos beneficios. Así nació Ingreso Solidario, un subsidio que ha ayudado a más de 3 millones de colombianos a sobrellevar la pandemia.

Y lo logramos en tiempo récord. Comenzamos el 7 de abril de 2020, cobijados por el decreto de emergencia económica, y en julio ya habíamos beneficiado a 2,6 millones de hogares, una cifra realmente significativa.

La urgencia de entregar 160 000 pesos mensuales a cada familia —el programa va hasta junio del 2021— nos exigió desarrollar una serie de pasos definitivos: el primero, seleccionar a los beneficiarios partiendo de la información de las bases del Sisbén. El segundo, identificar los hogares que ya estaban bancarizados porque contaban con algún producto de depósito. El tercero, diseñar estrategias para que los «no bancarizados» adquirieran un producto financiero. En este sentido, trabajamos con los operadores de telefonía celular, que nos ayudaron a enviar mensajes de texto a los «no bancarizados» con las

instrucciones para que abrieran una cuenta digital de fácil acceso en una entidad financiera determinada; y a los bancarizados, para notificarles la transferencia. A diferencia de otros programas, que abren un proceso de convocatoria para encontrar a sus beneficiarios, nosotros tuvimos que contactar a las personas a partir de los registros que teníamos en las bases de datos. Nosotros llegamos a ellos.

También montamos una página web que permitiera brindar información y canalizar las dudas, inquietudes y peticiones de quienes querían hacer parte del programa. Suena elemental, pero todo tenía una razón de ser: cada idea en comunicación tenía que ser coherente con lo que queríamos decir y nada podía estar desligado. No podíamos dejar fisuras con las que se pudiera malinterpretar lo que proponíamos; y tenía que ser transmitido de manera fácil, entendible, para personas de cualquier rincón del país.

Por esos días, mi jornada laboral —en la virtualidad, porque tampoco podía ir a la oficina— se extendió hasta los fines de semana. Lo mismo le sucedió a mi equipo de trabajo, que, además, tenía a cargo la actualización del Sisbén. El día se iba en reuniones muy productivas, pues todos estábamos conectados no solo en un propósito común, sino también en la necesidad de correr contra el tiempo.

Por fortuna, no habíamos empezado de cero. Ingreso Solidario es el resultado del aprendizaje de dos décadas de política social en el país. Si me preguntan por qué pudimos responder a la emergencia de manera rápida, fue en gran parte porque eliminamos los cuellos de botella legales y administrativos que normalmente se atraviesan en estos procesos, y porque, como país, ya teníamos experiencia en brindar apoyos monetarios.

En nuestro caso, la gravedad de la pandemia permitió agilizar los procesos: el Decreto 518 del 2020

”

LA INFORMALIDAD, EL DESEMPLEO Y LA FALTA
DE RECURSOS SON TAN PROFUNDOS QUE
MUCHA GENTE PREFIRIÓ EXPONER SU VIDA, SU
SALUD, ANTES QUE MORIR DE HAMBRE.



creó el programa, estableció en qué consistía y determinó la urgencia de su ejecución. Luego, lo pudimos poner en marcha muy pronto por los avances —es importante insistir en esto— que ya teníamos en materia de política social, la mejora sustancial del manejo de bases de datos de la población, la consolidación del Sisbén 4 y las estrategias de comunicación.

Fue emocionante sentir la solidaridad de muchos sectores. Por ejemplo, para ubicar a familias no bancarizadas, trabajamos de la mano de los nueve operadores de telefonía celular para enviar información a los potenciales beneficiarios. Estos operadores enviaron gratuitamente mensajes de texto a millones de personas, incluso a quienes siguen en la tecnología 2G (los «celulares flecha»), con el enlace que incluía la información del programa y la posibilidad de inscribirse. No era necesario el acceso a internet para descargar la billetera digital. De hecho, muchas personas prefirieron descargarla y hacer su apertura de cuenta.

El reto era ubicar a familias que nunca hubieran recibido ayuda. Tuvimos que ser muy creativos. El punto de partida eran unas bases de datos, pero tocaba confrontar con otros programas, con las secretarías, con las alcaldías, para poder localizar a las poblaciones que estaban en estas bases. Para comunicarnos, recurrimos a todo tipo de estrategias: desde brindar información en los enlaces de otros programas hasta una campaña muy fuerte en redes y medios de todo el país. Salimos en muchas entrevistas comunicando el objetivo de Ingreso Solidario.

También echamos mano de un *call center* para llamar a personas que probablemente no tenían acceso a internet. Trabajamos con municipios, alcaldías, entidades territoriales... buscamos en las bases de datos de otros sectores y registros que estaban recopilando las mismas alcaldías. Si tuviera que darle un

nombre al reto en ese proceso sería la «contactabilidad» de las personas: ¿cómo entregar el subsidio a quien no tiene una cuenta bancaria?, ¿cómo llegar a poblaciones que geográficamente están apartadas de las cabeceras municipales?, ¿cómo ayudar a gente que tanto lo necesita y que no sabía que queremos ayudarla?

El premio

Cuando contaron que yo había ganado el premio a Mejor Funcionaria Pública del 2020, que otorga la Presidencia de la República, me sentí muy orgullosa, pero nunca lo consideré un premio individual, sino un premio al equipo que estuvo detrás de Ingreso Solidario. Nuestra vocación es prestar un servicio público, queremos ver impactos de primera mano. Yo estoy en política social justamente por eso. Ser de provincia, además, me ha dado motivación para trabajar en pro de acabar las brechas. Muchas veces en política pública encontramos problemas administrativos, falta de voluntad, demora en la toma de decisiones. Yo creo que Ingreso Solidario es un ejemplo de lo contrario: cuando se quiere, se puede. Ha sido una experiencia innovadora en desarrollo social. Con un equipo que piensa desde distintos frentes y con muchas fortalezas: comunicación, sistemas de pago, desarrollo digital, asesoría jurídica... Lo que hicimos realmente fue trabajar desde nuestro conocimiento y experiencia. Es un programa dinámico, y el hecho de que fuéramos ágiles en adaptarlo, en ajustarlo, me hace sentir muy orgullosa porque, efectivamente, estamos beneficiando a la población.

Ingreso Solidario es una muestra de acciones que no siempre se ven en los medios o que los propios colombianos no conocen. Mi función desde la Dirección de Desarrollo Social del Departamento Nacional de Planeación (DNP) es, precisamente, dar lineamientos para que el gobierno nacional articule y

coordine sus políticas públicas para reducir la pobreza impulsando el empleo y la equidad. El programa sigue adelante, pero ya estamos esperando la evaluación para mirar cuáles fueron los impactos verdaderos sobre los beneficiarios. Hablo de que todo esto sigue porque, a pesar de los avances en vacunas y de que ciertas actividades diarias han vuelto a la normalidad, lo cierto es que la pandemia sigue entre nosotros, haciendo todavía más visibles los problemas que vive Colombia.

Seguiremos trabajando para reducir, en la medida de las posibilidades, las brechas sociales que existen. Es mi trabajo, por el que me levanto cada día y del que me siento orgullosa por aportar un grano de arena en procura de una sociedad más justa.

”

NUESTRA VOCACIÓN ES PRESTAR UN SERVICIO PÚBLICO, QUEREMOS VER IMPACTOS DE PRIMERA MANO. YO ESTOY EN POLÍTICA SOCIAL JUSTAMENTE POR ESO. SER DE PROVINCIA, ADEMÁS, ME HA DADO MOTIVACIÓN PARA TRABAJAR EN PRO DE ACABAR LAS BRECHAS.



18

LA
PERSISTENCIA Y
LA FE MUEVEN
MONTAÑAS

Incertidumbre, suspenso y temor fueron, quizás, las palabras rectoras del 2020. Todos las vivimos con distinto grado de intensidad, bajo la sombra de la enfermedad o la muerte. Pero hay quienes tuvieron una doble carga: aquellos que, ya enfermos, vieron su vida al filo del precipicio por cuenta de la postergación indefinida de sus tratamientos y procedimientos médicos vitales. Adán Antonio Bedoya fue uno de ellos. Mientras un mieloma múltiple avanzaba en su interior, él y su familia lucharon por cerrarle el camino, y en ese proceso sortearon múltiples obstáculos, entre ellos, la necesidad de tener un trasplante ante tres diagnósticos positivos de covid-19.

Adán Antonio Bedoya
Sobreviviente de mieloma múltiple

Toda mi vida estuve rodeado de aviones, pues durante 40 años trabajé en el sector aeronáutico. Mi último cargo fue como supervisor técnico de Colcharter, empresa de la que me jubilé en diciembre, y que marcará, muy seguramente, mi retiro definitivo de la aviación por razones de salud. Estuve a punto de morir, y hoy estoy muy feliz de tener una nueva oportunidad de vida, gracias a Dios, que es el mejor médico que cualquiera pueda tener.

Mi enfermedad empezó en mayo de 2019. Mis pies comenzaron a inflamarse, al igual que mi cara. La tensión subía cada día más, hasta el punto de llegar a 160 mm Hg. Fui al médico, y el internista que me revisó me recetó unas pastillas; yo las tomé, pero no me sirvieron para nada. Un día, mi hija Paula me invitó a almorzar a un restaurante; alcancé a comerme la mitad de una presa de pollo, y empecé a sentirme mal. Al día siguiente, la tensión estaba en 180 mm Hg. Paula se asustó mucho y me llevó a urgencias de una reconocida clínica de Bogotá. Me atendió una doctora, médica general, y, según ella, había que cambiar un medicamento que me habían prescrito. Le comenté que tendría cita con el internista y ella me sugirió que le dijera que, a su juicio, había que modificar el tratamiento porque no me servía para mi condición. Cuando fui adonde el doctor esa tarde, le conté lo ocurrido y su respuesta fue: «Yo soy médico internista y quien lo atendió en la mañana es una médica general; ella no tiene por qué saltarse el escalafón. Siga tomando el medicamento que le formulé». Con un poco de resignación, seguí sus indicaciones.

Paula y yo teníamos programado un viaje a Miami, donde nos encontraríamos con mi otra hija, Angélica María, y mi señora, quienes venían de Londres. Le había consultado al doctor si podía viajar y él me dijo que no había ningún problema. Viajé el 22 de junio de 2019, y el paseo incluía ir a Magic Kingdom. Al llegar

al parque me dieron una silla de ruedas para que me sintiera más cómodo en el recorrido. Así estuve todo el día hasta la tarde, cuando me llevaron a enfermería porque tenía los pies muy inflamados y la tensión por las nubes. Estuve dos horas recostado en una camilla. Salimos de Disney y nos devolvimos a la casa que habíamos alquilado. De repente, los testículos se me empezaron a inflamar, junto con las piernas y la cara. Pasé muy mala noche. Al día siguiente, nos fuimos a Fort Lauderdale, y mi esposa me dijo que por qué no me metía al mar para ver si me mejoraba en algo. Fue peor.

Cuando llegué a Bogotá, no podía ni caminar de la inflamación en el cuerpo y el dolor en los testículos. Al otro día, en la mañana, acudí al internista, quien apenas me vio se asustó y me dijo que debía hospitalizarme de inmediato. Fui a la Clínica Marly y quedé internado. Era el 5 de julio. Tras hacerme todo tipo de exámenes, me encontraron una falla renal y comenzaron a hacerme hemodiálisis, que es un procedimiento muy fuerte. Estar uno quieto cuatro horas mientras circula la sangre es algo duro, pues uno termina sin aliento y siente como si se fuera a desmayar. Me tocaba todos los días, y así duré tres meses, hasta que en septiembre me la cambiaron por diálisis peritoneal durante toda la noche. Luz Marina, mi esposa, hizo un curso para hacerme ese procedimiento en la casa y evitar tener que ir a la Clínica del Riñón.

Durante el mes y medio que estuve hospitalizado me hicieron una biopsia de los riñones porque tenían que encontrar la causa de la enfermedad renal, y el resultado fue muy sorprendente: un mieloma múltiple. Pese a ese difícil diagnóstico, el mieloma estaba concentrado en los riñones. Los médicos me advirtieron que debía empezar el tratamiento cuanto antes, pero ahí empezó otro calvario, el de la cobertura del plan complementario. Aunque en agosto supe que tenía

cáncer, solo dos meses más tarde, en octubre de 2019, logré iniciar las quimioterapias para atacarlo. Se tenía planeado que se hicieran seis fases de quimioterapia, hasta febrero, para luego hacer un trasplante de médula. Pero con la pandemia ese procedimiento tuvo varios inconvenientes y me terminaron extendiendo las quimioterapias hasta agosto del 2020.

La diálisis peritoneal y la quimioterapia, con todos sus efectos colaterales, me descompensaron muchísimo, y empecé a tener síncope. Esos episodios de desmayo sucedían repentinamente; de un momento a otro quedaba como un pollo, ido durante unos segundos o un par de minutos. Al final, los médicos se dieron cuenta de que la diálisis me estaba haciendo daño. Tras una cita de control en la Clínica del Riñón a finales de enero del 2020, los especialistas me dijeron que los exámenes más recientes indicaban que estaba mucho mejor y no necesitaba más diálisis. Me puse muy feliz, fue un milagro, porque en realidad estaba viviendo un martirio. Mis riñones estuvieron funcionando muy mal; de hecho, llegué a tener la creatitina en 7; en este momento la tengo en 1,7. Un verdadero milagro, no hay otra explicación.

Aunque a comienzos de año me sentí mucho más reestablecido, la historia estaba lejos de terminar. Aún continuaban las quimioterapias y debía luchar para obtener un trasplante en medio de la pandemia, que ya había llegado a Colombia. Por fortuna, no necesitaba de un donante, pues de mi cuerpo podían extraer las células para trasplantarlas. Todo mi historial de atención estaba en la Clínica Marly y la Clínica del Riñón. Pero una de las exclusiones de nuestro plan de aseguramiento era el trasplante, razón por la cual la cobertura sería por EPS y la atención se trasladaría al Hospital San Ignacio. Eso nos generó a mí y mi familia mucha incertidumbre y ansiedad. Sin embargo, no teníamos nada más que hacer.

El 30 de marzo tuve la cita con el hematólogo-oncólogo del hospital, el doctor Julio César Solano, para evaluar la posibilidad del trasplante. En plena cuarentena, las cirugías se habían suspendido. Él nos informó que posiblemente para mayo o junio podría iniciarse el proceso. Y, efectivamente, el 3 de junio me llamaron para decirme que me habían programado el procedimiento para el 9 de ese mismo mes. Ese martes, llegamos al hospital emocionadísimos con la ilusión de que por fin me harían el trasplante. Me despedí de mi familia y comenzaron a alistarme conforme al protocolo, que incluía una severa desintoxicación y limpieza con purgantes. El jueves me hicieron la prueba del covid-19 por PCR y el viernes el doctor me dijo que debíamos esperar el resultado hasta la noche. Yo le dije que no había ningún problema porque estaba seguro de que no tenía nada; los cuidados que había tenido por mi condición de salud habían sido extremos, así que él se fue confiado.

Hacia las seis de la tarde, el doctor entró a la habitación y me dijo: «Adán, le tengo malas noticias: usted salió positivo en la prueba de covid-19». Resignado, le pregunté qué había que hacer. Y él me contestó: «Dentro de 20 días lo espero para volver a intentarlo. Mientras tanto, lo van a bajar al sexto piso, donde están los pacientes con covid-19». Me trasladaron a una habitación compartida con otro señor que tenía neumonía y no paraba de toser. Yo no tenía ningún síntoma, ni tos, ni fiebre, ni dolor... nada. Me volvieron a hacer otro examen, el de anticuerpos, y me salió negativo, y esa misma noche me hicieron exámenes de pulmones con el mismo resultado.

Ante esto, el doctor Solano llamó a Paula a las siete de la mañana del sábado para decirle que los nuevos exámenes habían salido bien. Ella, entonces, le pidió con vehemencia que me sacara del pabellón covid-19, pues lo único que me separaba del paciente



de al lado era una cortina de tela, y si era cierto que no tenía coronavirus, en esas circunstancias seguro que me iba a contagiar. Si no hubiera sido por el doctor Solano, allí me habría quedado. Por fortuna, el sábado a la una de la tarde me dieron salida del hospital.

Para toda mi familia esas horas fueron muy angustiantes; quizás más que cuando me dijeron que tenía mieloma. Conforme a la directriz, todos mis contactos se hicieron la prueba: mi esposa, mi hija, mi yerno y mi nieta. El resultado fue negativo. Quince días más tarde, me la volví a hacer de forma domiciliaria, a través de nuestro plan complementario. En esa época los resultados podían demorar hasta tres semanas. Pero finalmente llegó: era negativo. Paula se comunicó nuevamente con el doctor Solano para ponerlo al tanto, y él sugirió, entonces, que me volvieran a internar para reiniciar el proceso de trasplante.

Y así fue. El 9 de julio ingresé nuevamente al San Ignacio. Debían, sin embargo, volverme a hacer la prueba de covid-19 porque no podían tener resultados con un tiempo mayor a siete días. Me hicieron la prueba y, como para no creer, salió nuevamente positivo. El doctor volvió a hablar con Paula, y ella le dijo que ya iba por mí porque toda esta situación le generaba mucho miedo y preocupación. «Entiéndame, don Adán, que para mí también es inquietante y extraño, pero no puedo hacer algo distinto a seguir los protocolos. Para mí todo esto que vivimos es nuevo y no puedo hacer un trasplante si la prueba de PCR sale positiva», nos recalcó el doctor.

Mi hija llamó al hospital, interpuso una queja y solicitó que me practicaran una nueva prueba en casa porque algo andaba mal, y llevarme al hospital era un gran riesgo. Las directivas esperaron una semana y accedieron a hacerme otra prueba. El resultado volvió a salir positivo, así que la jefe del laboratorio interno llamó a Paula y le dijo que quería someter la misma

muestra a análisis en otro laboratorio. La enviaron a la Universidad de los Andes. Y el resultado que arrojó su evaluación fue positivo. Paula, angustiada, le dijo al doctor Solano que yo no tenía más espera porque me estaba deteriorando mucho, tenía las defensas muy bajas por la quimioterapia y los dolores eran incontrolables. Le pidió que hicieran una junta médica con infectólogos y otros especialistas para evaluar la situación. En ese momento, supimos que mi caso no era el único: el doctor Solano tenía otros seis pacientes de mieloma múltiple en espera de trasplante con la misma situación, es decir, PCR positivas recurrentes.

A finales de julio, decidieron hacer una junta médica de especialistas con profesionales de la Clínica Marly y la Fundación Santa Fe para entender, entre otras cosas, por qué a todos nos salían pruebas positivas sin tener ningún síntoma. Lo único que yo presentaba era fiebre el día después de la quimioterapia, pero era normal que la tuviera. Creo que al doctor Solano le angustiaba mucho atreverse a hacer un trasplante con una prueba positiva por covid-19. Yo lo entendía, y le pedí a Dios que le diera sabiduría en una decisión tan difícil. Después de todo el análisis que hicieron, tomaron la decisión de hacerme el trasplante aunque las pruebas resultaran positivas, algo que los médicos no pudieron determinar con exactitud por qué ocurría. El doctor asumió el riesgo y estuvo ciento por ciento atento a mi estado de salud.

Me programaron para el 9 de agosto y no me volvieron a someter a más exámenes ni pruebas. Arrancó toda la preparación: me empezaron a aplicar unas inyecciones para que salieran las células madre por todo mi organismo, me pusieron un catéter igual al de una hemodiálisis para extraerme sangre; de allí recolectaron células madre, de las que alcanzaron a recoger tres millones, cuando lo mínimo esperado eran dos millones. A esas células les hicieron

un tratamiento y a mí me sometieron a una quimioterapia exageradamente fuerte. Durante cuatro días no fui persona: tuve mucha fiebre, diarrea, náuseas... de todo. Entré pesando 72 kilos y me bajé a 57. Menos mal el doctor Solano siempre fue muy claro y nos preparó para eso. Recuerdo cuando me dijo: «Don Adán, le voy a poner una quimio como las que uno ve en las películas, es decir, usted va a sentir desfallecer, pero no se preocupe porque yo siempre voy a estar acá, junto con todas las personas del equipo. Vamos a estar observándolo y chequeándolo muy detenidamente». Así fue, y el 20 de agosto finalmente me hicieron el trasplante. Gloria a Dios, todo fue un éxito.

Inquebrantable

Desde el momento en que empezó todo esto nos aferramos, como familia, a la oración, y no me queda la menor duda de que Dios no nos abandonó ni un segundo. Gracias a Él no he tenido el tal covid-19 porque seguramente habría sufrido mucho y quizás no estaría contando esta historia.

Mientras estuve internado nunca pude ver a mi familia. Ese fue uno de los rigores de la pandemia, pues las visitas son un riesgo para todos. Ellos me llevaron al hospital el 9 de agosto y regresaron por mí a finales del mes. Cuando Paula me dejó en la unidad, que era al fondo de un corredor, como en un búnker, me dijo entre sonrisas e ilusión: «Papá, usted se va de viaje, y en tres semanas, cuando venga a recogerlo, espero que salga como de quince». Nunca tuvimos un contacto directo. Lo máximo que pasó fue que cada semana ella venía y me dejaba con las enfermeras una maleta con ropa limpia y se llevaba la sucia para lavarla en casa; y, por supuesto, en ese envío me llegaban cartas, fotos y detalles que me llegaban al corazón y me daban ánimo. Sabía que mi familia estaba presente a la distancia. Por fortuna, también me

dejaron tener el celular a la mano y pude conectarme a través de videollamada, pese a que no soy muy diestro con la tecnología. Todos los días nos veíamos así fuera unos minutos. Adicionalmente, Paula recibía a diario una llamada a la una de la tarde de la internista de la Unidad de Trasplantes, quien le daba el reporte de mi condición y evolución; a las cuatro de la tarde la volvían a llamar, pero esta vez de la Unidad de Calidad para verificar si los médicos se habían comunicado con ella y cómo percibíamos la atención.

El servicio del hospital fue excelente. Me consintieron mucho, fueron muy humanos. ¡Cómo son las cosas! A principios de año pusimos muchos reparos en que me fueran a intervenir en el San Ignacio porque no era allí donde tenía mi historia clínica, no conocía al personal, no teníamos referencia de ese hospital y nos generaba mucha inquietud. Y hoy, gracias a su trabajo y dedicación, recobré mi vida.

Aún me duelen mucho los huesos y no he recuperado el peso ideal (ahora estoy en 64 kilos), pero voy avanzando, poco a poco. Ahora estoy con quimioterapia de mantenimiento para evitar que el cáncer se vuelva a reproducir, aun cuando no he tenido reacciones fuertes porque me bajaron de dosis. Tengo dos sesiones cada dos meses. Se tiene previsto que esté con quimioterapia entre dos y tres años, mientras puedo tomar un medicamento por vía oral; en este momento es intravenoso porque el doctor me quiere proteger los riñones, y será así hasta que se me restablezca por completo la función renal.

Siento que llegamos a una meta que, aunque no es la definitiva, me hace muy feliz. Sé que falta un largo trecho, pero en mi familia somos personas de fe, muy devotos de la Virgen y de Nuestro Señor, y declaramos que vamos a superar toda esta situación. Al fin de cuentas, el médico de médicos, el mejor de todos, es Dios.



Me siento aliviado, a pesar de que el dolor que más persiste es el de las pantorrillas. Después del trasplante me hicieron los exámenes de seguimiento y salieron muy bien. El mieloma es una enfermedad como la diabetes, no se puede curar, solo controlar, y ahora está controlada.

Amor de familia

Llevo felizmente casado 42 años y tengo dos nietas que me iluminan el corazón: una de mi hija Paula, la mayor, quien vive en Bogotá, y otra de mi hija Angélica María, la menor, que vive en Londres hace 14 años. Yo nunca me había enfermado. Si al caso me daba una gripa muy de vez en cuando. He vivido una vida feliz y tranquila. No he sido una persona acelerada, siempre he sido muy tranquilo y optimista. Soy de Pereira y vivo en Bogotá hace unos 45 años porque mi esposa es bogotana, y el amor me jaló hasta la capital.

Vivir en medio de la pandemia ha sido difícil. Yo no salía, Paula siempre se encargaba de hacer el mercado y nos lo dejaba en la puerta. Pero llegó un momento en que por las quimioterapias me tocaba obligatoriamente ir a la Clínica Marly. Al principio, cuando mi hija, mi yerno y mi nieta me visitaban, usaban tapabocas, pero ahora ya compartimos más tiempo juntos porque no estoy tan inmunodeprimido.

A mi yerno le dio covid-19 y quizás a mi esposa también, pues perdió temporalmente el olfato y el gusto y tuvo tos, fiebre, soltura, dolor de cuerpo y de cabeza. Nunca se hizo la prueba, pero asumimos que así fue. Luego de que a mí me hicieran la primera prueba, Paula nos advirtió que debíamos dormir en camas separadas, y lo hicimos; la segunda vez dormíamos juntos, pero con tapabocas, y la tercera, ya no. Gracias a Dios, mi esposa superó todos los síntomas en casa, a punta de los remedios básicos: ace-

taminofén, vitaminas e hidratación. Las únicas que no presentaron ningún síntoma fueron mi hija y mi nieta.

En Colcharter, la empresa donde he trabajado casi toda la vida, han sido muy comprensivos de mi situación. Tuve un muy buen patrón, y aunque en mayo del año pasado la compañía cambió de dueños, el trato y la consideración no han cambiado. Mis colegas me llaman y han sido muy especiales. Y a partir de diciembre tengo mi mesada pensional por incapacidad, lo que nos permite vivir tranquilos luego de que mi esposa, que era independiente y tenía una ruta escolar, tuviera que vender la van por dedicarse a mi cuidado. Hoy tengo, además, dos nuevas ilusiones: el nacimiento, en julio, de mi tercer nieto y la posibilidad de disfrutar de una casa propia en Pereira para poder vivir en mi ciudad natal por largas temporadas.

Creer ha sido la fuente de nuestra fortaleza. Siempre hemos sido muy practicantes, católicos devotos. La oración nos tranquiliza y nos llena de vida. Cuando todo esto empezó a suceder, a mis tres mujeres —mi esposa y dos hijas— les dio muy duro. Pero todo ocurre por un propósito de aprendizaje. Comprendí que cuando uno padece una enfermedad debe aprender a reconocerla, aceptarla y bendecirla, pues en este caso nos dio una lección de humildad y recogimiento familiar. En oraciones siempre reiteramos que no es lo que uno quiere, sino lo que Dios disponga. Vivirlo y acogerlo, humildemente, ha sido una experiencia desafiante, no lo voy a negar, pero, a mis 67 años, reconozco que es ahí, y solo ahí, donde surge la grandeza que Dios siembra en nuestro interior.

”

¡CÓMO SON LAS COSAS! A PRINCIPIOS DE AÑO PUSIMOS MUCHOS REPAROS EN QUE ME FUERAN A INTERVENIR EN EL SAN IGNACIO PORQUE NO ERA ALLÍ DONDE TENÍA MI HISTORIA CLÍNICA, NO CONOCÍA AL PERSONAL, NO TENÍAMOS REFERENCIA DE ESE HOSPITAL Y NOS GENERABA MUCHA INQUIETUD. Y HOY, GRACIAS A SU TRABAJO Y DEDICACIÓN, RECOBRÉ MI VIDA.



LA CANTALETA, LA MUERTE Y EL AMOR

Carlos Dáguer —consultor externo del ministro de Salud, Fernando Ruiz— era uno de los comunicadores mejor informados de Colombia sobre la evolución del covid-19, sobre la evidencia científica acerca de las medidas preventivas y sobre las estrategias para la mitigación de la pandemia. Y, sin embargo, sufrió en carne propia la voracidad del virus, que, sin que pudiera evitarlo de modo alguno, se llevó a su padre. Su historia personal, que es también la de la pandemia, es un conmovedor testimonio sobre el amor, la derrota y la dignidad.

Carlos Dáguer

*Consultor de comunicaciones y
relaciones públicas del sector salud*

El doctor Plata me llamó al anochecer del lunes. Estaba optimista. La salud de mi papá se mantenía estable, y parecía llegar al decimotercer día de la infección por covid-19 y al segundo de hospitalización sin mayores complicaciones. Unas horas antes, en un grupo de WhatsApp que los hijos habíamos creado por esa circunstancia, mi hermana nos había anticipado que lo había escuchado locuaz y animoso después de la hora del almuerzo.

Aliviado por las noticias, antes de acostarme decidí poner mi teléfono celular en modo «no molestar». Aunque esa noche pude tener el primer sueño reparador de la última semana, cuando desperté me intranquilité tras advertir que no había contestado una llamada que había entrado a las cinco y media de la mañana de un número desconocido. En vano marqué de vuelta varias veces, y la efímera ilusión de la víspera comenzó a desmoronarse.

El sábado siguiente, una modesta caravana seguía por la autopista Norte a un carro fúnebre. En la cinta púrpura de la puerta trasera del vehículo se leía:

ALEJANDRO DÁGUER ESPEJO

Ese era el nombre de mi papá.

La muerte de mi papá ha sido, hasta hoy, la mayor pérdida de mi vida. Y también fue una derrota. La derrota de quien siente que se prepara para el desafío y, sin embargo, pierde.

El año anterior, el 2019, había significado para mí un inadvertido entrenamiento para lo que ocurriría al año siguiente. El 27 de noviembre me encontraba en la tarima de un auditorio atiborrado de epidemiólogos y salubristas presentando un libro de mi coautoría titulado *Héroes de a pie*.

No soy profesional de la salud. Mi cuerpo y mi familia se alimentan gracias a mi trabajo como con-

sultor de comunicaciones y relaciones públicas en el sector, pero mi alma —es un decir— se nutre de la escritura de libros sobre la historia de la salud pública. *Héroes de a pie* era una iniciativa del Instituto Nacional de Salud que recogía los testimonios de las epidemias o amenazas de salud pública más importantes ocurridas en Colombia en las últimas tres décadas.

Testimonios de los epidemiólogos de campo que atendieron la pandemia de cólera en 1991; de los que hicieron frente a la epidemia de encefalitis equina venezolana en La Guajira en 1995; de quienes prepararon al país para la posible llegada del ántrax, el síndrome respiratorio agudo grave (SARS) y el ébola en 2001, 2003 y 2014; de los que lidiaron con la pandemia de la AH1N1; de aquellos que enfrentaron la secuela del chikunguña y el zika entre 2014 y 2016...

En fin, fueron 16 capítulos que habían demandado horas de lecturas y 45 entrevistas tanto con los pacientes afectados por aquellas enfermedades como con el personal de salud que había trabajado en el control de las epidemias, y que esa noche de noviembre milagrosamente colmaban el auditorio. Sí, milagrosamente, porque ese día los estudiantes colombianos protestaban en las calles, el servicio de transporte público estaba paralizado y buena parte de los bogotanos habían preferido guarecerse en sus casas. Tuve que resignarme, eso sí, a que dos de mis invitados más especiales —mi mamá y mi papá— se vieran forzados a permanecer en casa y recibir las fotos del evento que mi esposa les enviaba por el teléfono.

Y entonces, cuando comenzaron las noticias sobre un nuevo coronavirus en China, yo me sentía un ciudadano bien informado. La primera decisión acertada que tomé, gracias a lo aprendido en la investigación del libro recién publicado, fue adelantar un viaje que tenía previsto a México. Originalmente estaba

planeado para la Semana Santa del 2020, pero sospeché que ese bicho que se diseminaba en Oriente podría, en las próximas semanas, provocar inconvenientes a los pasajeros de vuelos internacionales, tal como la gripa porcina lo había hecho en el 2009. Evidentemente, la dimensión de los problemas que imaginaba era modesta. Algo como ser sacados de la fila para la toma de temperatura y correr el riesgo de perder la conexión aérea o llegar tarde a la playa.

Año del absurdo, también recuerdo las palabras de perdón, arrepentimiento y no repetición que expresé a las profesoras de mi hija y de mi hijo por su ausencia del colegio por causa del viaje: «Tengan la absoluta certeza de que no volverán a faltar a clases durante el resto del año».

En esos días comenzó a rondar el rumor de que el médico y salubrista Fernando Ruiz Gómez sería el próximo ministro de salud. Ruiz Gómez era un hombre avezado en epidemias. Como viceministro de salud en el gobierno anterior, había liderado las estrategias para el control del chikunguña y el zika, razón más que suficiente para que su testimonio formara parte de *Héroes de a pie*.

Confirmado su nombramiento, volvimos a entrar en contacto. Aunque a finales de febrero no se había posesionado, él ya iba a trabajar al Ministerio de Salud. Un poco motivado por el libro recién publicado y otro poco por el hecho de que entre 2014 y 2016 habíamos trabajado de manera cercana en el Ministerio, me propuso que le prestara una asesoría externa una o dos veces a la semana. Un par de semanas después, yo ya estaba casi metido de cabeza en el Ministerio por cuenta de ese nuevo coronavirus.

Mi primera misión fue presentar unos lineamientos de comunicaciones a secretarios de salud y directores de hospitales y de entidades promotoras de salud (EPS). Las experiencias, los errores y los aciertos

en este frente durante las epidemias anteriores eran mi mejor insumo para mis charlas. La mayoría de las emergencias en salud pública tienen un libreto similar: filtraciones a la prensa, dificultades en la coordinación de voceros, teorías conspirativas, búsqueda de equilibrio para que la población tome medidas preventivas sin caer en pánico, presión para revelar las identidades de los primeros casos confirmados, urgencia de mostrar gestión y educar a la comunidad... El pasado con frecuencia es una acertada bola de cristal.

Mi papá era de esos tipos orgullosos de sus hijos, y a veces era necesario recordarle que ciertos logros no justificaban tanto halago. Obviamente, la vida sin ese nuevo coronavirus habría sido más deseable, pero era grato ver la satisfacción que le producía que este hijo fuera testigo de primerísima línea del manejo de aquella emergencia de salud pública.

La secuencia es ampliamente conocida: el 6 de marzo del 2020 fue confirmado el primer caso de covid-19 en Colombia, unos días después la Organización Mundial de la Salud declaró la pandemia, el gobierno ordenó la suspensión de clases, luego fue decretado un aislamiento preventivo para los mayores de 70 años y, a los pocos días, para toda la población.

No hubo tiempo para despedidas. Tan pronto el gobierno decretó el aislamiento de los adultos mayores, mi papá y mi mamá, que andaban en sus setentas, decidieron irse a pasar la cuarentena a una casquineta en La Mesa, Cundinamarca.

Desde entonces, por lo menos una vez a la semana, toda la familia, incluyendo parejas y nietos, se congregaba en una videollamada. Tras los saludos y las preguntas sobre el estado de ánimo de cada uno, comenzaba el interrogatorio sobre la evolución de la pandemia. Los aficionados a la historia de la salud pública somos algo frikis, pero la crisis normalizaba nuestra existencia.

Las conversaciones familiares y con amigos suelen ser un buen termómetro de las inquietudes generales de la población, de modo que aprovechaba los extensos cuestionarios familiares sobre proyecciones, modelos epidemiológicos, aplanamiento de la curva y estrategias de supresión, contención y mitigación para afinar los mensajes que el Ministerio llevaría al público.

El aislamiento de mi mamá y mi papá tuvo al comienzo visos tranquilizadores. Siempre habían sido una buena pareja. Sabían prodigarse compañía. Se levantaban juntos, leían el periódico en una terraza rodeada de verde, caminaban por el jardín, en las tardes se entretenían con juegos de mesa y en algunas ocasiones, cuando sonaban canciones que les gustaban, bailaban a escondidas.

En abril, mi papá vio un mango succulento que colgaba de un árbol del vecino e invadía el espacio aéreo de nuestra casa. Intentó escalar el muro que separaba las dos propiedades y sufrió un raspón. A los pocos días, comenzó a sentir fiebre. La foto de la herida hizo sospechar al médico de cabecera que se trababa de una infección y lo indujo a prescribir un antibiótico. Un par de días después, el malestar se había incrementado. La fiebre ponía a delirar a mi papá. Lo más aconsejable era recibir una visita médica domiciliaria. El mango no tenía ninguna responsabilidad. Era dengue.

El episodio puso en evidencia la vulnerabilidad del aislamiento preventivo de mis viejos. Huyendo del covid-19, él se había ganado el dengue, y ella, la angustia y una gran sensación de impotencia. El tono de voz de ellos se tornó melancólico. Ahora sí sentíamos el peso de la soledad en la nueva realidad que nos imponía la pandemia. Una difícil conversación de hermanos iba a ser necesaria. ¿Viajar para cuidarlos nos cobijaría en las excepciones del

aislamiento preventivo obligatorio decretado por el gobierno?

La pandemia generó unos curiosos bandos en la sociedad: por una parte, una suerte de talibanes de la bioseguridad, una especie que se forraba de plástico, desinfectaba frutas y verduras, se encerraba a cal y canto y sacrificaba cualquier calidad de vida en nombre de la asepsia, y, en el otro extremo, un bando temerario, un bando necesitado de la calle para sobrevivir o para mantener algo de salud mental. Entre uno y otro extremo había todo un surtido de grados.

Dicen que a mayor nivel educativo, mayor cuidado de la salud. Aunque estadísticamente sea así, también hay que tener en cuenta que cada ser tiene una percepción distinta del riesgo, que se basa en factores relacionados su propia biología y sus propias experiencias.

Si a mí me dicen que en mi rango de edad muere una de cada cien personas diagnosticadas, definitivamente siento que esa persona fácilmente podría ser yo. Treinta años atrás, el rector de mi colegio quería tranquilizar a mi papá diciéndole que la probabilidad de que yo prestara servicio militar obligatorio era muy baja. De los cincuenta que se graduaban en cada promoción, solo iban «uno o dos», le dijo. El uno fui yo; el dos, rogando, entró como voluntario. En mi subjetividad, me sentía un blanco fácil del coronavirus. Y si eso era conmigo, ni imaginar el riesgo que veía en mi papá, paciente cardíaco de 75 años.

Tengo la fortuna de que el dogmatismo no se practica entre mis hermanos. Yo me oponía a que alguno los visitara, pero era consciente de que la salud de mis viejos no dependía exclusivamente de la ausencia del covid-19. Mis hermanos eran conscientes del riesgo de la infección, pero temían que la depresión pronto rondara por la casa de La Mesa. Desde mi punto de vista, la viudez y la orfandad eran peores

”

LOS AFICIONADOS A LA HISTORIA DE LA SALUD PÚBLICA SOMOS ALGO FRIKIS, PERO LA CRISIS NORMALIZABA NUESTRA EXISTENCIA.



”

LA MUERTE DE MI PAPÁ HA SIDO, HASTA HOY, LA MAYOR PÉRDIDA DE MI VIDA. Y TAMBIÉN FUE UNA DERROTA. LA DERROTA DE QUIEN SIENTE QUE SE PREPARA PARA EL DESAFÍO Y, SIN EMBARGO, PIERDE.



que la depresión. Desde el punto de vista de ellos, morir de tristeza era peor que morir por covid-19. Acordamos entonces incorporar los ingredientes de unos y otros a la receta: aislamiento estricto de dos semanas antes de que cualquiera quisiera visitarlos o, en su defecto, prueba de PCR negativa antes de salir. Así fue. Y mis viejos quedaron felices.

Cuando la cuesta de la epidemia comenzó a empinarse, acordamos restricciones más severas. No solo era el hecho de que los casos y las muertes aumentaban día a día; también era el hecho de que los factores de riesgo de mi papá acumulaban cada día más evidencia. «En mi papá, la probabilidad de supervivencia con covid-19 sería como un cara y sello», le escribí algún día a mi hermano mayor.

A finales de agosto, el aislamiento preventivo obligatorio se aproximaba a su fin. En una conversación entre los tres hermanos y mi hermana, acordamos establecer una especie de protocolos para futuras visitas. En esta ocasión, al requisito de la cuarentena o la prueba PCR, agregamos la inmunidad ganada por quienes ya hubieran tenido covid-19 en la familia.

En la conversación les recordé la respuesta que Carlos Álvarez, el coordinador de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para los estudios sobre el covid-19 en Colombia, había mandado al periodista Mauricio Silva a raíz de una consulta que este me había hecho. «No aguanto un día más sin mi novia —me dijo Silva—. Queremos comenzar a vivir juntos, pero la familia de ella tiene un poco de miedo porque yo tuve covid-19». Le dije que no se angustiara, pero como yo no dejo de ser un periodista de profesión y no un médico, le aseguré que le iba a mandar la razón con un experto de verdad.

Carlos Álvarez, además de afable, tiene una vocación de servicio permanente. «El caso de su amigo Mauricio Silva es el mejor. El hecho de que se haya

contagiado y recuperado lo convierte en el de menos riesgo de transmitir en este momento. Más bien, dígalos que suerte y que vivan felices», dijo el experto en un audio.

Así que cuando llegó el momento de tomar la decisión en mi familia, traje ese audio a colación, y gracias a la mejor evidencia disponible hasta la fecha, se estableció que los hermanos inmunizados de manera natural también quedarían autorizados para visitar a mis papás. No es que entre nosotros habláramos con ese tonito de acto administrativo de entidad pública; es que nos gustaba parodiar el tonito.

Era un acuerdo que tenía nombre propio: el de Liliana, mi hermana, que a mediados de julio se convirtió en el primer miembro de mi familia en padecer la enfermedad. La golpeó durísimo. «Me ahogaba con cualquier esfuerzo; creía que me iba a morir», nos decía.

Ya en esos días había sido eliminada la segunda prueba para declarar que una persona se había recuperado, así que cuando llegó al día 14 de la aparición de los síntomas, la dieron de alta. Jadeando a toda hora, retomó su vida laboral. Sin embargo, le quedaba el consuelo de poder visitar a nuestros viejos.

Treinta y siete días después de que la prueba de mi hermana hubiera dado positivo —es decir, cuando ya podía sobradamente ser considerada recuperada del covid-19— se produjo la esperada visita.

Mi mamá recuerda que a mi papá se le iluminaron los ojos por la alegría de volver a ver a su «chinita». Pero algo extraño pasaba con ella. Seguía agotada y tuvo fiebre durante su estadía en La Mesa. Estuvo en cama varias horas, pero con la felicidad de recibir el cuidado de papá y mamá. Y ellos, con la felicidad de volver a ejercer como tales.

Una semana después del regreso de Liliana a Bogotá, mi mamá tuvo una sinusitis persistente. Uno,

dos, tres, cuatro, cinco días... Y, entonces, ya extrañado, recurrí nuevamente a mi amigo Carlos Álvarez y los puse en contacto. «Lo mejor, señora, es que venga a Bogotá y se haga la prueba de covid-19».

Un poco a regañadientes, mis papás regresaron a una lluviosa Bogotá después de seis meses de ausencia. Llegaron en la noche y a la mañana siguiente le hicieron la prueba a mi mamá. Mi papá no tenía ningún síntoma, pero consideraron que, ya entrados en gastos, pues para él también. Positivos. Los dos.

Solo tres personas habían sido contactos estrechos de mis papás: una señora que les ayudaba con la cocina y el aseo, el esposo de ella y mi hermana. Esperamos los resultados con la convicción de que el caso positivo sería alguno de los dos primeros. Pero no: 50 días después mi hermana seguía siendo positiva. Eso no era tan raro. Hebras del genoma del virus, fragmentos de su cadáver, pueden quedar en el organismo durante varios días. Lo raro era que siguiera infectando. Más o menos la respuesta que recibimos de los amigos especialistas fue la misma: «Es muy raro, pero puede pasar».

En contra de los pronósticos iniciales, la preocupación debía centrarse en mi mamá. Sus síntomas eran intensos; su decaimiento, total. Que mi papá resultara asintomático nos parecía providencial. «¿Será que el dengue terminó siendo un factor protector?», nos preguntábamos a partir de algunas hipótesis, algo osadas, que publicaban investigadores en distintas latitudes.

La tarde del sábado 5 de septiembre, mi hermano mayor me llamó al teléfono.

—Mi papá acaba de decirme que tiene algo de fiebre —me comentó—. ¿Será prudente anticiparnos y llevarlo a la Santa Fe?

—Espéreme pregunto.

Marqué el teléfono de Henry Gallardo, director de la Santa Fe. Cortés como siempre, me dijo que era prematuro preocuparnos, pero que no era mala idea llevarlo.

No sé por qué yo conservaba en casa unas grandes láminas de acrílico. Con mi esposa las recortamos y las pegamos en el interior de nuestro carro, aislando la banca trasera de las sillas delanteras. Estaba francamente nervioso por mi papá, pero aún tenía arres-tos para algunas bromas: «Diseñamos un *covidmóvil* —les comenté a mis hermanos—. Salgo a recogerlo».

Mi papá bajó despacio y se subió al carro. Como medida preventiva, hablamos poco en el camino, y lo poco que hablamos no lo recuerdo. Mi mente luchaba para no darle ni grandilocuencia ni trascendencia a ese momento. No quería hilar las palabras «Este-puede-ser-el-último-viaje-de-mi-papá», pero era inevitable: la frase se repetía como un mantra en mis adentros.

Recuerdo una sala de espera afuera, apenas cubierta por unas tejas, y un contenedor que funcionaba como consultorio para triaje. Había pocos pacientes esperando, y cuando le dije al vigilante que conmigo venía un caso confirmado de covid-19, todos desaparecieron del lugar.

Mi papá pasó por el contenedor. Yo le tomaba fotos para mantener al tanto a la familia. Todos estaban pegados a sus teléfonos. La espera en la salita ventilada fue breve. Mi papá esperaba cabizbajo, convencido de que el asunto no tomaría mucho tiempo.

Una vez ingresó, me fui a la cafetería de la clínica. Nos escribíamos por WhatsApp. Él estaba avergonzado por mi espera, pero yo le decía una verdad rotunda: no me importaba. Mientras él estuviera bien, yo estaba divinamente. Casi a la medianoche, me informó que lo iban a internar. La oxigenación estaba algo baja.



Al regreso lloré. Las estadísticas que veía a diario no me permitían ver con optimismo la situación. No dormí bien las siguientes noches.

El domingo y el lunes mi papá estuvo estable, con oxígeno. La única información preocupante fue que la neumonía había afectado una buena parte de los pulmones, pero como él estaba bien, parecía una cuestión previsible en la evolución de la enfermedad.

En la noche del lunes recibí la llamada del doctor Plata. La víspera, mi papá me había hablado de él. Habían hecho buenas migas, y eso se notaba en el tono de la llamada. «Su papá va bien —me dijo—. No quiero cantar victoria, pero ya parece que pasamos por los días de mayor riesgo».

Por fin me podía dar el lujo de pasar una buena noche. Puse el modo «no molestar» en mi teléfono y me acosté. Al despertar vi la llamada perdida. No me contestaban en ese número.

A las diez de la mañana estaba en una videollamada laboral y entró otra vez la llamada del número desconocido. Me excusé por apartarme de la pantalla, y en el teléfono escuché la voz de una mujer. Se presentó. Era la doctora Juanita León, intensivista. Me informó que en la noche mi papá se había sentido mal y había tenido una recaída. Habían decidido bajarlo a cuidados intensivos. Ya estaba intubado y sedado.

Mi mamá, mis hermanos y yo tuvimos una tarde intranquila. Nos preguntábamos con frecuencia en el chat familiar si habían llamado de la clínica a darnos nuevas razones. Al anochecer timbró mi teléfono. Esta vez era el doctor Durán, el intensivista de turno. Me informó que aparentemente mi papá había sufrido un infarto. En unos minutos le practicarían un cateterismo.

Ya entrada la noche volví a recibir la llamada. Me informó que habían observado «una anatomía bastante particular en el corazón». En efecto, desde ha-

cía varios años, cinco estents intentaban mantener la circulación en las coronarias de mi papá. Por ahora no era posible determinar si el coágulo que había provocado este infarto era consecuencia del covid-19 o anterior.

Dadas las restricciones para visitar pacientes, la clínica había creado un mecanismo de videollamada. Por las noches, una enfermera de la unidad de cuidados intensivos (UCI) llamaba a los familiares para que por este medio conversaran con el paciente. «El señor Alejandro está sedado —nos dijo la enfermera—. No les puede hablar, pero los escucha».

Las imágenes dolían: la boca abierta por efecto del tubo que se insertaba en ella, la cabeza cableada y un poco de lado, los ojos cerrados, las sondas en los brazos... Hablábamos de temas diversos. Primero, unas palabras de amor y de aliento; luego, una conversación más cotidiana: el desempeño de los colombianos en el Tour de Francia, los saludos que enviaban los amigos que se habían enterado de su hospitalización; la ilusión de felicitarlo el día de su cumpleaños, que sería en una semana; en fin, cosas de la vida diaria, como si las palabras de la cotidianidad fueran a obrar el milagro de traerlo a casa.

Esa percepción de postración y de derrota frente a la enfermedad se hizo más palmaria al día siguiente, cuando mi papá fue puesto en posición prona, es decir, bocabajo, para que los pulmones se expandieran y mejorara la oxigenación. En lo íntimo me aterraba la imagen. Si ya acostados parecemos débiles, acostados bocabajo parecemos vencidos. Manteníamos el ritual de las palabras de aliento, pero ese cuerpo proyectado en la pantalla de nuestros teléfonos no nos devolvía una imagen de esperanza.

El jueves en la tarde nuevamente me llamó el intensivista. Me informó que los medicamentos que le habían administrado para darle bríos a su corazón

afectaban la función hepática y la renal. Entrelineas, creo que nos anticipaba que si mi papá salía con vida, las secuelas del paso por la UCI no serían pocas.

En la videollamada de rutina, la voz de mi mamá al hablarle era más desgarradora que de costumbre. Las palabras de amor eran más intensas. La angustia era más evidente. No, no podíamos cumplir la recomendación de irradiar optimismo. Completábamos cuatro días hablándole a un cuerpo postrado que no daba la menor señal de escucharnos.

A las cuatro y media de la mañana del viernes 11 de septiembre recibí una nueva llamada. El intensivista de turno me informó que mi papá acababa de tener un nuevo infarto y que en minutos se le haría un nuevo cateterismo. Aunque amable, fue franco: «Las probabilidades de que no sobreviva son prácticamente del cien por ciento».

A las siete y cinco minutos volvió a timbrar el teléfono. Le pedí al médico que esperara para que todos los miembros de la familia nos conectáramos a la videollamada. Sabíamos lo que iba a decir: «El señor Alejandro acaba de morir». Nos expresó las condolencias. Le expresamos nuestra gratitud. Todas esas llamadas diarias eran una muestra de que hacían todo lo que estaba al alcance de sus manos. Le preguntamos si era posible despedirnos de él.

Mi papá era el mismo de los otros días, pero otra vez bocarriba. La cabeza ladeada, coronada de cables. Sondas, cintas adhesivas blancas en los brazos. Los gritos desgarradores de mi mamá, en los que las palabras de gratitud por la vida vivida se entrecruzaban con las del dolor más profundo, la duda frente a lo que seguía en la existencia de ella.

Busqué fotos de mi papá, y la que más me gustó fue la de él sonriendo con las montañas del Líbano a sus espaldas. Siempre pensé que él no podía morir sin haber conocido la tierra natal de su papá, mi abuelo,

así que unos años atrás lo había animado a que hiciéramos el viaje. Cuando recordaba ese paseo, mi mamá decía que, para mi papá, había sido el viaje de su vida. Las grandes felicidades se pagan con grandes tristezas, decía yo en mi verboso desconsuelo: me había correspondido llevarlo al viaje de su vida y a su último viaje, el viaje del que nunca regresó.

Esa foto acompañó mi mensaje en redes sociales:

...y esas cifras que veo y publico a diario, mi viejo del alma, hoy llevan tu nombre:

ALEJANDRO DÁGUER ESPEJO

(15 de septiembre de 1944 - 11 de septiembre de 2020)

Al día siguiente, la caravana raquítica, la caravana de protocolo pandémico, se dirigía al cementerio. El dolor me hacía ver la muerte de mi papá como una derrota personal. Mi estabilidad emocional de los meses previos se debía al hecho de estar bien informado, y ese hecho terminaba siendo una suerte de estrategia de supervivencia. Pero la muerte de mi papá me mostraba en cierto modo el fracaso de la estrategia. Pregonar las medidas de bioseguridad y la confianza en la evidencia y, sin embargo, perder a un ser querido era como quedarme con una cantaleta vacía.

A medida que pasan los días y reelaboro la historia, empiezo a darle un nuevo sentido. Aquella visita de mi hermana fue un gesto de amor. La atención recibida por los médicos fue un gesto de profesionalismo. Las llamadas de las enfermeras, un gesto de humanidad. Quizás al final de esta historia nos quedemos con la cantaleta y con las muertes, pero nos quedará la dignidad de haberlo dado todo por la vida.

”

AQUELLA VISITA DE MI HERMANA FUE UN GESTO DE AMOR.
LA ATENCIÓN RECIBIDA POR LOS MÉDICOS FUE UN GESTO DE
PROFESIONALISMO. LAS LLAMADAS DE LAS ENFERMERAS, UN GESTO
DE HUMANIDAD. QUIZÁS AL FINAL DE ESTA HISTORIA NOS QUEDEMOS
CON LA CANTALETA Y CON LAS MUERTES, PERO NOS QUEDARÁ LA
DIGNIDAD DE HABERLO DADO TODO POR LA VIDA.

EL VALOR DE REINVENTARSE



Miles de trabajadores se quedaron sin empleo y cientos de negocios cerraron por cuenta de la emergencia sanitaria más agresiva de los últimos cien años. Sin embargo, la creatividad y la capacidad para hallarle el lado positivo a la crisis han salvado a muchos empleados y a muchas empresas. En medio de la pandemia, la publicista venezolana Nohely Castañeda puso a funcionar el servicio a domicilio en la papelería donde trabaja, en Bogotá, y pudo generar los ingresos suficientes para sobrevivir sin cancelar ningún empleo.

Nohely Castañeda
Empleada de una papelería

La leve y nerviosa vibración del celular me indicó que había un mensaje nuevo. Andaba encerrada en casa, como todos, a causa de una cuarentena que inicialmente era de quince días pero que ya llevaba más de un mes y no daba señales de terminar pronto. El mensaje era de nuestra jefe, que escribía al grupo de empleados de la papelería. Nos decía que estaba muy preocupada porque, sin ingresos desde hacía más de 30 días, no tenía cómo pagar la próxima quincena. Si no buscábamos la manera de activar las ventas, corríamos el riesgo de quedarnos sin empleo.

Soy de Barquisimeto, la capital del estado Lara, en Venezuela, y había llegado a Bogotá hacía cerca de tres años, con un hijo de año y medio de nacido. Nos instalamos en un conjunto residencial del barrio Ismael Perdomo, en Ciudad Bolívar, desde donde empezamos a buscarnos una nueva vida. Mi marido se había adelantado y ya tenía un trabajo estable como guardia de seguridad en un bar de Galerías. Yo conseguí un empleo en una pollería del barrio Prado Veraniego, al norte de la capital. Duré muy poco porque la señora para la que trabajaba no me tenía paciencia. El solo hecho de que no supiera bien a lo que se refería cuando hablaba de un traperero (al que en Venezuela llamamos «coletito») o de una caneca (en Venezuela le decimos «papelera») la enfurecía. Yo sentía que me menospreciaba. A veces salía llorando de ahí.

A dos cuadras de donde trabajaba mi marido, conseguí trabajo en una panadería que tenía varias sucursales. Preparaba los jugos en la mañana para servir el desayuno y ayudaba en lo que se necesitara. A los pocos meses, me trasladaron para la sede del norte, en la calle 142, en el sector de Cedritos, cerca de la autopista. Allí desempeñaba el mismo papel, pero también comencé a atender mesas. Un día se

me acercó una clienta a preguntarme si conocía a alguien que la ayudara en una papelería que acababa de montar. Yo me ofrecí de inmediato porque pensé que podía ser un trabajo más liviano. Se trataba de sacar fotocopias, hacer impresiones y atender a la clientela. Soy publicista y tengo algún conocimiento en informática, así que no le vi problema. La señora, que se convertiría en mi jefe, me prometió enseñarme a usar la fotocopidora y a operar la máquina de Baloto, donde no solo se vende la lotería, sino que también se realizan pagos de servicios públicos y otras transacciones. Una semana después, ya estaba trabajando con ella, una barranquillera que se ha preocupado por mi desempeño laboral y por mi bienestar personal.

Me gustaba llegar temprano, para evitar la aglomeración de gente en Transmilenio en las horas pico. Esperaba desde las cinco de la mañana hasta encontrar un bus en el que me pudiera sentar y no tener que someterme al apretuque de ir de pie en horas tan congestionadas. Llegaba a la papelería pasadas las siete de la mañana y me ponía a encender los computadores y a preparar todo para la jornada, que empezaba a las ocho. Así anduve más de un año hasta que ella misma me sugirió mudarme al norte, pues Ciudad Bolívar quedaba demasiado lejos. Y entonces nos trasteamos al barrio Barrancas, desde donde me podía ir caminando a trabajar. Para entonces, el negocio había crecido y la papelería había abierto una nueva sede en la 142 con séptima, en un centro comercial donde mi jefe abrió también un local de piñatas. Yo comencé a trabajar en esa sede, mientras que mi marido fue contratado para trabajar en la que quedaba cerca de la autopista. El arriendo en Barrancas era un poco más costoso que en Ciudad Bolívar, pero lo compensábamos con el ahorro de los pasajes en bus. Nuestra vida se tornó mucho más cómoda y feliz.





”

SIN DARNOS CUENTA, LA PANDEMIA NOS SIRVIÓ
PARA AGREGAR AL NEGOCIO EL VALOR COMERCIAL
DE LOS DOMICILIOS Y PARA IMPONER UNA
IMAGEN QUE EN CIRCUNSTANCIAS NORMALES NO
HABRÍAMOS CONTEMPLADO.

Entonces nos cogió la pandemia y las dificultades comenzaron a asomar. El riesgo de perder el empleo por falta de ingresos era real. De hecho, habíamos notado que muchos vecinos ya se veían a gatas para conseguir alimentos porque se habían quedado sin trabajo.

Luego de aquel mensaje por WhatsApp, mi jefe me sugirió que nos reuniéramos en la papelería para ver qué nos inventábamos. Salimos en medio de la pandemia, con un carrito de mercado por si acaso nos preguntaban qué hacíamos en la calle, y nos encontramos en el centro comercial. Hablamos con las luces apagadas y la puerta cerrada. Lo que se me ocurrió fue que debíamos emprender el servicio a domicilio. Si poníamos un aviso en el Servientrega que quedaba en el sótano, al lado de la piñatería, y otro en el supermercado, podríamos avisarles a nuestros clientes que seguíamos atendiendo, pero a domicilio.

Poco a poco comenzaron a llamar. Mi esposo había comprado una moto en febrero y decidió bajar la aplicación de Rappi y convertirse en domiciliario, de manera que podía cumplir con las entregas de la papelería mientras despachaba otros pedidos. De dos o tres pedidos diarios, pasamos a diez y a doce. Mi marido y yo llegábamos a la papelería a las ocho de la mañana y nos quedábamos hasta las nueve preparando los materiales y esperando las solicitudes que llegaran en ese lapso. Trabajábamos a oscuras, para no despertar sospechas. Luego yo me quedaba en la papelería y él se iba a cumplir con los pedidos.

Los clientes necesitaban, sobre todo, fotocopias e impresiones. Como la gente necesitaba gestionar créditos con los bancos, imprimían muchos formatos de solicitud. Por otra parte, los niños seguían estudiando por internet y requerían materiales: plastilina, cartulina, papel crepé, papel de seda, témperas..., y los papás, independientemente de si era exigencia o

no del colegio, de alguna manera tenían que entretener a sus hijos en casa haciendo manualidades. Los pedidos se fueron incrementando, bien porque los clientes veían el teléfono en el centro comercial, bien porque otro cliente les había pasado el teléfono. El hecho es que fuimos alimentando una base de datos por WhatsApp que nos permitió sobrevivir durante el encierro, al menos para pagar nuestras quincenas: la mía y la de dos empleados más.

Al tiempo que los pedidos seguían creciendo, se me ocurrió que podíamos empezar a hacer publicidad en las redes. Era una oportunidad no solo para sostener los ingresos de la papelería, sino también para poner a andar los conocimientos que había adquirido durante mis estudios de publicidad en Venezuela. Diseñamos volantes que íbamos dejando en las porterías de los edificios, con una carta de presentación para la administración, y les regalábamos un chocolate a los porteros para que nos dejaran ubicarlos en la portería. Así fuimos ganando en notoriedad y en contactos, hasta el punto de que hoy ya tenemos más de 1500 personas registradas en nuestra base de datos.

Cuando la cuarentena terminó, y pudimos abrir, ya el camino recorrido con el domicilio era demasiado grande como para suspenderlo. Bajamos la aplicación de Google Business, para que también nos encontraran por ahí; le cambiamos la imagen a la papelería —que en realidad ni siquiera la tenía—, remplazamos los colores y sacamos tarjetas y avisos muy llamativos con un logotipo atractivo que ya se ha posicionado entre los clientes. De hecho, a pesar de la apertura, seguimos teniendo un promedio de entre 30 y 40 pedidos diarios. Sin darnos cuenta, la pandemia nos sirvió para agregar al negocio el valor comercial de los domicilios y para imponer una imagen que en circunstancias normales no habríamos

contemplado. Incluso, toda esta crisis permitió que la piñatería, que quedaba en un local poco visible en el sótano del centro comercial, se trasladara al primer piso, a un espacio mucho más grande que el anterior.

Por supuesto, no es que hayamos logrado igualar las ventas que teníamos al inicio de la pandemia, pero todas estas estrategias nos han servido para pagar sueldos y deudas, y para reforzar el negocio con el servicio a domicilio, que nos ha permitido darnos a conocer a una comunidad de clientes que no sospechábamos y que sigue contando con nosotros.

”

ENTONCES NOS COGIÓ LA PANDEMIA Y LAS DIFICULTADES COMENZARON A ASOMAR. EL RIESGO DE PERDER EL EMPLEO POR FALTA DE INGRESOS ERA REAL. DE HECHO, HABÍAMOS NOTADO QUE MUCHOS VECINOS YA SE VEÍAN A GATAS PARA CONSEGUIR ALIMENTOS PORQUE SE HABÍAN QUEDADO SIN TRABAJO.

«*La reinención de la esperanza* es un libro que recoge 20 historias que reflejan lo vivido desde diversas perspectivas frente a una de las emergencias sanitarias más impactantes del último siglo. Más allá de describir los retos de los diferentes profesionales de la salud que hicieron frente a la pandemia de covid-19, ofrece una mirada de pacientes, dolientes, funcionarios y ciudadanos que tuvieron que diseñar estrategias para sortear las dificultades y seguir adelante. Es un tributo a la capacidad humana de superar la adversidad y fortalecerse gracias a ella».

Leonardo Espitia

Gerente general de Amgen Colombia

Amgen es una empresa pionera en biotecnología que descubre, desarrolla y produce medicamentos innovadores. Desde su nacimiento en 1980, utiliza todo el potencial de la ciencia para cambiar la práctica clínica de áreas terapéuticas como cardiología, nefrología, oncohematología y metabolismo óseo. El talento y el trabajo de los más de 18.000 colaboradores que forman la compañía han hecho posible que gracias a los productos comercializados, más de 20 millones de pacientes en el mundo mejoren su salud y su calidad de vida.

AMGEN®