Barranquilla, Diciembre de 2021

**Dra:**
**PIEDAD MANOTAS BERDUGO**
**Jefe de Oficina de Aseguramiento de la Secretaria Distrital de Salud**

**ASUNTO**: Informe de Gestión de las actividades realizadas en virtud del contrato de prestación de servicios No. **No. CD-11-2021-3929**

Me permito presentar a ustedes el informe en virtud del contrato de **"**PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA ASESORAR Y APOYAR LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD EN ELDISTRITO DE BARRANQUILLA". Correspondiente al mes de Diciembre de 2021.

## DOCUMENTO BASE DE RECOMENDACIONES DEL COMITÉ ASESOR FRENTE A LA ATENCIÓN SANITARIA EN EL DISTRITO DE BARRANQUILLA

A partir del análisis de las necesidades en salud en el Distrito de Barranquilla, el comité de asesores genera las siguientes recomendaciones:

### ATENCIÓN DOMICILIARIA:

De acuerdo a la historia únicamente los hospitales estaban destinados para la población indigente y con escasos recursos económicos , quienes no podían pagar un servicio medico domiciliario, que fue el modelo predominante en la atención medica hasta hace un siglo ;el modelo hospitalario fue ganando terreno a medida el avances en el conocimiento de mas enfermedades y nuevos tratamientos lo cual implico la necesidad de trabajo en equipo obteniendo mejores resultados en los tratamiento hospitalarios haciéndose la atención mas especializada y la atención domiciliaria, fue desplazada, pero a medida que los hospitales han ganado terreno, el modelo de atención domiciliaria resurge para completar los tratamientos y además para atender a aquellos pacientes que por limitaciones en los desplazamientos no puede asistir a los centros hospitalarios

Tradicionalmente la Atención Domiciliaria ha tenido un claro enfoque biomédico, centrado en la enfermedad y sus factores de riesgo con el fin de disminuir el consumo de recursos. Esta Atención Domiciliaria, desarrollada fundamentalmente desde el ámbito de la APS, ha tenido un desigual desarrollo y consideración tanto antes como durante la implantación del estado de alarma ante la pandemia de la COVID-19 en el país; sin embargo, a las necesidades de muchas personas, familias y de la propia comunidad ante una situación que precisa del confinamiento domiciliario de personas sanas, pero susceptibles de contagio, conviviendo con personas contagiadas y sus cuidadoras en situación de aislamiento (1).

El seguimiento de las personas enfermas, familias y cuidadoras se puede llevar a cabo con eficacia a través de herramientas como llamadas telefónicas a demanda y programadas y o utilizando las herramientas que ofrece la salud digital, por ejemplo, mediante visitas por videollamada cuando sean posibles, ya que abren un abanico de posibilidades de cuidados muy amplio, existiendo evidencias de su oportunidad y resultados (1).

Para este componente el comité genera las siguientes descripciones:

- Se recomienda solicitar los equipos de atención domiciliaria de las EPSs y de las IPS, detallada y especificando el talento humano, su disponibilidad, para conocer realmente la capacidad de atención y su respuesta a la demanda.
- Evaluar en terreno y concurrente la funcionalidad de las redes de atención y la oportunidad de ella.
- Recomendamos la sectorización de la atención domiciliaria con el fin de optimizar los tiempos de desplazamientos de los equipos
- Identificar el centro de referencia mas cercano para la atención hospitalaria y que en lo posible dicho centro pueda contar con equipos de ambulancias propios para garantizar oportunidad ante un eventual desplazamiento de los pacientes por deterioro de su condición de salud.
- Se entregan dos modelos de encuestas para establecer las características de la atención durante la pandemia a la población de 60 y más en lo específico del covi-19 y otro modelo para establecer las características de la atención por otras causas de demanda. (ver encuestas). La idea es aplicar y tabular las respuestas para conocer en forma estadística como reaccionaron las EPS en los momentos de pandemia a la demanda de servicios por covid-19 y por otros servicios.
- Se recomienda las acciones de mejoramiento a las EAPB en el Distrito de Barranquilla frente a los incumplimientos del modelo de gestión de riesgo en lo referente a los servicios de atención domiciliaria.
- Actualizar los equipos de atención domiciliario en Covid19 y dengue debido a la elevada incidencia de casos observantes en Barranquilla, para su prevención, detección y manejo de los casos oportunamente.
- Fortalecimiento de la estrategia PRASS y la atención ambulatoria por parte de las EAPB.
- Promover la integral de los casos confirmados de COVID-19 mediante el monitoreo de oximetría de pulso en casa como uno de los predictores tempranos de riesgo de complicación y de necesidad de manejo intrahospitalario.
- Conformación de equipos de atención domiciliaria para lo cual se deberá contar con recursos que funcionen de manera articulada y organizada para el desarrollo del trabajo de seguimiento y cumplimiento de la estrategia:
  a) equipo de bases de datos
  b) equipo de reporte y seguimiento
  c) coordinación sector salud
  d) grupos de operativo en campo
  e) líder en canales y estrategias de comunicación.
- Definir programas de educación colectiva para el cuidado de la salud tanto para la persona enferma con COVID-19 como los cuidadores primarios, con el fin de dar claridad respecto a

las condiciones de higiene que deberán seguirse para evitar complicaciones y contagios prevenibles.

- La atención domiciliara del paciente con EPOC es imperativa, aun más cuando es un paciente post Covid19. Por lo tanto, una buena comunicación y una coordinación eficaz entre los niveles asistenciales son premisas esenciales para conseguir la mejor atención y el más adecuado seguimiento de estos enfermos. Se debe tener en cuenta las características de cada paciente y la formación y experiencia de los distintos equipos asistenciales; estimular la creación de vías de comunicación e interconsulta eficaces y útiles con el fin de alcanzar un adecuado control del paciente con EPOC.
- Fortalecer los programas de educación para la salud relacionados con el manejo primario de la IRA en casa, especialmente ante la apertura comercial y el regreso a las aulas de clase. El reconocimiento primario por los cuidadores primarios, es un elemento fundamental (la taquipnea y el tiraje respiratorio) deberán traducirse en una búsqueda inmediata de atención oportuna y no tardía.
- Un programa de Rehabilitación Pulmonar puede desarrollarse a nivel hospitalario o ambulatorio, dependiendo de las posibilidades. El equipo para atender esta necesidad de acuerdo con la literatura, estará conformado por médico especialista en fisiatría o neumología, psiquiatra, enfermera, terapeuta respiratoria, terapeuta física, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, trabajadora social, nutricionista y psicólogo. Sin embargo, entendiendo la realidad de nuestro país, consideramos que el equipo de profesionales básico y entrenado para el manejo de estos pacientes podría estar conformado por médico especialista (fisiatra o neumólogo), enfermera, fisioterapeuta o terapeuta respiratoria y psicólogo; estos profesionales pueden ser suficientes para la organización y el desarrollo de los componentes de un programa de RP, utilizando las otras profesiones de la salud en las remisiones que se destinen a resolver problemas específicos.

**VACUNACIÓN**

La incorporación de la vacuna como parte de los servicios clínicos fortaleció la idea de la vacuna como instrumento de cuidado y protección destinada al individuo que la recibía, incorporó el concepto de oportunidades perdidas. Para la Salud Pública, la inmunización no es sólo un acto de protección individual, sino una estrategia para dificultar o interrumpir la circulación del agente, brindando protección a toda la comunidad y no sólo a los vacunados. Para lograr este efecto, las acciones deben ser sinérgicas, coincidentes en la propuesta y en el tiempo. Por otra parte, laevaluación no termina en el carnet del paciente, sino que incluye las coberturas alcanzadas en la población y el impacto obtenido (en la reducción de la enfermedad). Es así como la aplicación de las vacunas permite transformar al susceptible en inmune sin necesidad de sufrir la enfermedad, de manera que con este hecho se logra aumentar la proporción de inmunes dentro de un grupo social y, en particular, entre los contactos del eventual caso, dificultando su diseminación (2).

Se establecen los siguientes comentarios al respecto de este componente:

- Identificar oportunidades de mejora para el modelo de gestión del riesgo de la red pública en el marco del seguimiento al Plan Distrital de Vacunación.
- Desarrollar un plan masivo de comunicación sobre la importancia de la vacunación, restringir en lo mínimo la posibilidad de vacunación independiente del número de personas disponible a vacunarse en los sitios de vacunación y se insiste en priorizar el personal de salud.
- Promover que todos los actores en salud, en los diferentes niveles de atención y de servicios se conviertan en promotores y canalizadores de la demanda inducida a vacunación.
- En lo referente al seguimiento al plan distrital de vacunación; se deben realizar campañas de sensibilización e información a la población, empleando herramientas pedagógicas y publicitarias a través de los diferentes medios de comunicación (TV, radio, internet; WhatsApp), sobre los beneficios de la aplicación de las diferentes vacunas, con un enfoque humanitario, resaltando los efectos positivos individuales y comunitarios a corto, mediano y largo plazo que la administración de estas conlleva.
- Facilitar la inmunización a la población más vulnerable, minimizando las barreras de acceso (cultura, educación, factores socioeconómicos) que impiden acceder a esta; proporcionando redes de ayudas comunitarias y más puntos de vacunación en diferentes barrios de la ciudad, logrando abarcar gran parte del territorio de la ciudad.
- Fortalecer las áreas administrativas y logísticas para una mayor eficiencia en el proceso de vacunación.
- Capacitación continuada del talento humano que pueden ejercer fuera de las IPS (domiciliario) y dentro de los puntos de vacunación.
- Revisar la dedicación del recurso humano; ya que la vacunación puede provocar agotamiento y lesiones por alguna desatención en la jornada laboral.
- Demanda inducida directa en las IPS, búsqueda activa institucional a través de las bases de datos actualizadas de las EAPB, y de esta manera captar usuarios no vacunados.
- Realizar jornadas informativas a través de diferentes medios de difusión, aclarando a su vez mitos y realidades sobre las diferentes vacunas y sus efectos (Pfizer, Sinovac, Moderna; Jansen; Astrazeneca).
- Afianzar las estrategias de IEC para aumentar las coberturas de vacunación en los diferentes grupos etarios.
- Fomentar la cultura de la vacunación del adulto aprovechando los excelentes beneficios para la sociedad de la vacuna del COVID, teniendo en cuenta que los indicadores de vacunación del adulto (Influenza estacional, Neumococo, Herpes Zoster) están muy por debajo de los estándares internacionales

Se sugiere que el enfoque de dichas acciones se haga sobre un direccionamiento especial de la estrategia “más 60”.

**POBLACIÓN MÁS 60**

Se considera un envejecimiento exitoso con la práctica de estilos de vida saludables, mantenimiento de reservas funcionales físicas y cognitivas, prevención de enfermedades y discapacidades y cohesión social, sinónimos todos de autonomía y calidad de vida, para esto es necesario que los estados y gobiernos diseñen e implementen estrategias y planes integrales, intersectoriales e interinstitucionales con la efectiva participación ciudadana que garanticen los medios necesarios y suficientes en forma justa y equitativa a este grupo poblacional para que se logren estas condiciones.

Desde esta perspectiva, la población más 60 requiere no solo llegar en buenas condiciones físicas y mentales, sino también emocionales para que afronten y enfrenten los diferentes retos de esta edad en forma más fuerte y menos vulnerable, pues cada día los diferentes estudios demuestran la importancia del equilibrio de estas variables para la respuesta inmunológica contra las diferentes enfermedades infeccionas o crónicas. Si bien el estado juega un papel preponderante, también lo son la familia y el intercambio social en los procesos de fortalecimiento y empoderamiento como actor objeto y sujeto de los procesos de mejoramiento de la calidad de vida.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) calidad de vida es "*la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus expectativas, sus normas, sus inquietudes*". Es evidente que se trata de un concepto muy amplio, influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales y su relación con los elementos esenciales del entorno. La salud en personas de edad avanzada abarca también la funcionalidad, la cual incluye tres componentes elementales: actividades básicas de la vida diaria (*ABVD*), actividades instrumentales de la vida diaria (*AIVD*) y capacidad de movilidad (3).

Se contemplan los siguientes aspectos a recomendar en este grupo poblacional:

- La introducción de cambios en la forma en que se diseñan y prestan los servicios de salud, para garantizar un acceso a servicios integrados que se centren en las necesidades y los derechos de las personas mayores, cuyo enfoque logre armonizar los sistemas de salud con las necesidades de las personas mayores desde un enfoque de curso de vida.
- Implementar mecanismos de promoción de la salud para adaptar los entornos sociales, económicos o físicos de forma que ayuden a conservar y aumentar la salud (Informe mundial sobre el envejecimiento de la Salud. OMS, 2015). Los entornos son los hábitats en que las personas desarrollan sus vidas. Abarcan una amplia gama de factores que incluyen las políticas sociales y económicas generales; los sistemas de salud y sociales; el entorno natural y construido; y las personas con sus principales actitudes y valores.
- Compromisos del estado y gobierno para integrar el envejecimiento saludable en todas las políticas y a todos los niveles y sectores del Estado, que incluya el sector privado.
- Facilitar la participación, inclusión y atención del adulto mayor, mejorando los canales de difusión de información incluyendo radio, televisión y redes sociales, enfocados en la población objeto y sus requerimientos.

- Reducir tasas de contagio, complicaciones, ingresos a UCI y mortalidad de la población más 60; con ayuda de los adecuados canales informativos que alerten de signos y síntomas.
- Realizar seguimiento a los programas implementados en la población más 60, con el fin de asegurar la atención integral de los pacientes objeto de estos, a través de estrategias como encuestas de satisfacción, llamadas telefónicas, teleconsultas, que ayuden a identificar puntos claves de mejora del servicio.
- Ajuste a las rutas de atención a los +60, fortalecimiento al seguimiento de los pacientes, afianzar las estrategias de IEC para aumentar las coberturas de vacunación.

Se realizó ruta de estrategias para la atención +60 de la siguiente manera:

- La ruta se activa a través de dos vías principales; la primera, corresponde a la demanda espontánea de los usuarios de la salud o sus familiares a través de los canales dispuestos por las EAPB y la Secretaría Distrital de Salud. El otro importante acceso corresponde a la estrategia de búsqueda activa + 60, para la cual se dispone de la base de datos de las EAPB (caracterización de su población), y de la búsqueda activa de los caminantes de la salud según georreferenciación de la población o prioridades epidemiológicas identificadas en las localidades de Barranquilla.
- Se encontraron cuatro rutas de atención a la población objetivo: la Ruta caso crítico, ruta caso urgente, ruta caso prioritario y los casos no prioritarios. Esta ruta apunta a establecer los canales, responsabilidades y acciones necesarias para el cuidado de las personas objetivo de la estrategia (ver ilustración abajo). Estas rutas de atención se hicieron con base en cuatro cuadros clínicos de los posibles pacientes afectados con COVID-19 de más de 60 años y el direccionamiento de casos para personas entre 50 y 59.
- Estas rutas se activan o se alterna de acuerdo con los siguientes criterios que incluyen síntomas y comorbilidades.

| RUTA | EDADES | SÍNTOMAS | COMORBILIDADES | CONTACTO ESTRECHO |
|---|---|---|---|---|
| CASO CRÍTICO | De 60 o más | • Dificultad para respirar o siento que te falta el aire/ fatiga<br>• Labios o cara azulados<br>• Dolor y presión intensos y constantes en el pecho<br>• Dificultad extrema para respirar (le falta el aire o no puede hablar sin quedarse sin aliento)<br>• Mareos o aturdimiento intensos y constantes<br>• Desorientación grave (actuar confuso)<br>• Estado inconsciente o mucha dificultad para despertarse<br>• Habla arrastrada o enredada (reciente o que empeora)<br>• Convulsiones<br>• Signos de baja presión arterial (muy débil para estar de pie, aturdimiento, sentir frío, palidez, piel húmeda y pegajosa) | • Hipertensión<br>• Obesidad<br>• Diabetes<br>• Enfermedades respiratorias (EPOC/ASMA)<br>• Enfermedades del riñón<br>• Enfermedades cardiovasculares (Corazón vasos sanguíneos)<br>• Cáncer<br>• Condiciones del sistema inmune | Con o sin contactos estrechos identificados |
| CASO SEVERO | De 60 o más | **Cualquier síntoma diferente a dificultad respiratoria**<br>Además puede tener o no:<br>• Tos<br>• Fiebre mayor a 38 grados o sentirse afiebrado<br>• Escalofríos, nauseas o vómito<br>• Dolor de garganta | • Hipertensión<br>• Obesidad<br>• Diabetes<br>• Enfermedades respiratorias (EPOC/ASMA) | Con o sin contactos estrechos identificados |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | • Siente malestar intenso que te impide continuar con tus actividades cotidianas<br>• Ha tenido contacto con personas diagnosticadas con COVID-19 | cardiovasculares (Corazón vasos sanguíneos)<br>• Cáncer<br>• Condiciones del sistema inmune | |
| CASO PRIORITARIO | De 60 o más | No presenta | • Hipertensión<br>• Obesidad<br>• Diabetes<br>• Enfermedades respiratorias (EPOC/ASMA)<br>• Enfermedades del riñón<br>• Enfermedades cardiovasculares (Corazón vasos sanguíneos)<br>• Cáncer<br>• Condiciones del sistema inmune | Con contacto estrecho positivo. |
| CASO NO PRIORITARIO | De 60 o más | No presenta | No presenta | Sin contacto estrecho identificado |

Fuente: Estrategia +60

La fuente primaria de reporte de parte de la Estrategia +60 es el reporte de call center a donde llega la información de diferentes fuentes ( página web, llamadas entrantes, llamadas salientes, mensajes de texto entre otros), los cuales tienen un cuestionario que permite hacer la clasificación según el auto reporte de los pacientes contactados (ver anexo A), además los caminantes de la salud y la operación en campo, los registros por web, y un reporte del seguimiento a un conjunto de positivos que la Oficina de Salud Pública realiza a los positivos al momento de hacer investigación epidemiológica de campo para documentar cada caso positivo.

**OTRAS RECOMENDACIONES**

- Contar con indicadores que permitan medir el desempeño del modelo de gestión del riesgo en salud implementado por el Distrito.
- Fortalecimiento y seguimiento de los equipos multidisciplinarios presentes en cada una de las EAPB.
- No bajar la guardia epidemiológicamente y continuar con las medidas básicas y mínimas en la atención individual y colectiva de los pacientes en las instituciones de salud, en sitios de acceso masivo y de densidad y alta concentración poblacional. La comunicación del riesgo debe favorecer el uso adecuado del tapabocas, el lavado frecuente de manos, el distanciamiento social, el aislamiento selectivo. Enfatizar en la ventilación de espacios para disminuir casos incidentes o al menos la severidad de los cuadros al disminuir la carga viral infectante. Sensibilizar a la población para consulta temprana (tele consulta o consulta presencial según aplique) ante la presencia de síntomas para evitar los ingresos tardíos que viene reportando de manera informal el personal sanitario que atiende los servicios de urgencias.
- Las estrategias de comunicación deben incluir a los diferentes actores: líderes comunitarios, referentes de diferentes sectores en la ciudad y tomadores de decisiones en las Instituciones Prestadoras de Salud.
- Mantener el diálogo permanente con los gerentes de IPS y médicos coordinadores de Unidades de Cuidado Intensivo y Urgencias, con el fin de tener un análisis real y actualizado

de la capacidad hospitalaria; así como las condiciones referidas a problemas de fatiga crónica y psicosociales que pueda afectar al personal de primera línea de atención luego de más de un año de pandemia.

- Se recomienda llevar a cabo investigaciones con la incorporación a la misma de personas que han sido atendidas por el servicio de salud durante la pandemia, a través de la técnica denominada participación pública, y que en el sector salud se conoce en Reino Unido como Patient & Public Involvement, la cual permitiría tener una visión amplia de este y otros procesos de atención desde perspectivas más amplias que las obtenidas a través de diseños más convencionales.
- La enfermedad obstructiva pulmonar (EPOC) es reconocida también como una enfermedad sistémica, la cual es un problema de salud importante por sus cifras de infradiagnóstico importantes y escasa precisión diagnóstica, con inadecuado uso de la espirometría forzada; perfil de paciente crónico; agudizaciones que afectan a la supervivencia y provocan ingresos repetidos; movilización de numerosos recursos en salud, por lo que surge la necesidad de plantear una atención integrada (educación sanitaria, rehabilitación, promoción del autocuidado e implicación del paciente en la toma de decisiones).
- Los pacientes con SARS-COV-2 identificados en riesgo nutricional para presentar peores resultados y para alta mortalidad, como los ancianos e individuos con comorbilidades, deberían ser tamizados para malnutrición. Dicho tamizaje puede servir para detectar oportunamente a pacientes en riesgo de desnutrición, mejorar su atención y prevenir la aparición de otras enfermedades.

Los pacientes con COVID-19 pueden desencadenar lesiones fibróticas pulmonares residuales después del tratamiento convencional y los protocolos de manejo, los cuales pueden afectar la función respiratoria de forma importante. La American Thoracic Society (ATS) y la European Respiratory Society (ERS) a través del Statement emitido en el año 2013, establecen que los programas de rehabilitación pulmonar dirigidos a individuos con enfermedades respiratorias crónicas diferentes a la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica –EPOC– (Enfermedad pulmonar intersticial, bronquiectasias, fibrosis quística, asma, hipertensión pulmonar, cáncer de pulmón, cirugía de reducción de volumen pulmonar y trasplante de pulmón) han demostrado mejoría en síntomas, tolerancia al ejercicio y calidad de vida; adicionalmente está demostrado que si el proceso de rehabilitación inicia durante la fase aguda o crítica de la enfermedad, se reduce el grado de deterioro funcional y se acelera el proceso de recuperación (4). La enfermedad por coronavirus interfiere en los sobrevivientes tanto a nivel físico como psicosocial y genera problemas específicos que incluyen debilidad muscular severa y fatiga, rigidez articular, disfagia, problemas neuropsicológicos, problemas respiratorios y problemas de funcionamiento relacionados con la movilidad, de modo que produce una importante limitación en la participación. Además, pueden tener una rápida progresión de falla respiratoria precedida de disnea e hipoxemia, asociada a la aparición aguda de infiltrados bilaterales en las imágenes diagnósticas, hipoxemia severa y edema pulmonar. Por tanto, la introducción rápida y la disponibilidad continua de servicios de rehabilitación pulmonar es

fundamental para estos pacientes, razón por la cual tanto la Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) como la Organización Panamericana de la Salud (OPS) recomiendan, con base en el precepto según el cual la rehabilitación mejora los resultados en materia de salud de los pacientes con COVID-19 grave, beneficia a los servicios de salud optimizando los resultados en materia de salud y el funcionamiento por medio de la reducción de complicaciones asociadas a estancia en uci (como, por ejemplo, el síndrome postcuidados intensivos, entre otros), así como permite reducir el riesgo de reingreso ayudando a los pacientes a no deteriorarse después del alta médica, lo cual es fundamental en un contexto de escasez de camas hospitalarias, la implementación de programas de RP que, idealmente, deben integrarse en los planes nacionales para la emergencias causada por el COVID-19 (5).

Referencias


(1) Martínez-Riera JR, Gras-Nieto E. Atención domiciliaria y COVID-19. Antes, durante y después del estado de alarma. Enferm Clin (Engl Ed). 2021;31:S24-S28. doi:10.1016/j.enfcli.2020.05.003

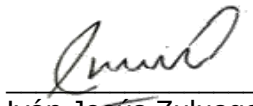
(2) Casserly Pedro. Las vacunas y la salud pública. Arch.argent.pediatr. 2005; (1):103.

(3) Botero de Mejía, Beatriz Eugenia; Pico Merchán, María Eugenia. Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años: una aproximación teórica. Hacia la Promoción de la Salud, Volumen 12, Enero - Diciembre 2007, págs. 11 – 24

(4) Judy Liza Suárez S. Rehabilitación pulmonar en el paciente con COVID-19. Distribuna. Dispoible en: https://distribuna.com/wp-content/uploads/2020/05/Cap9_Rehabilitaci%C3%B3n-pulmonar_14-V-2020.pdf

(5) Organización Mundial de la Salud. Consideraciones relativas a la rehabilitación Durante el brote de COVID-19. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52104/OPSNMHMHCOVID-19200010_spa.pdf?sequence=5


Se firma el presente informe a los diez (10) días del mes de diciembre del año 2021.



Iván Jesús Zuluaga De León
Internista Infectólogo

Alberto Enrique Polo Barranco
Médico internista

Jorge Luis Restrepo Name
Médico
MSc. Salud Pública

Edelberto Echeverria Arteta
Bacteriólogo
Esp. Gerencia en Servicios de salud.

Yisel Pinillos Patiño
Fisioterapeuta
Esp. Rehabilitación Cardiopulmonar
MSc. Salud Pública