

**Estudio del ausentismo generado por COVID-19 en la E.S.E. Hospital San Vicente de Paul
de Santa Rosa de Cabal**

Luz Viviana Alfonso Gutiérrez

Alejandra Nieto Franco

Jessica Tatiana Rubio Sánchez

Asesor:

Gonzalo Eduardo Yepes Calderón

Especialización en Gerencia de la Seguridad y Salud en el Trabajo

Dirección de Posgrados

Universidad ECCI

Bogotá D.C Febrero, 2021

**Estudio del ausentismo generado por COVID-19 en la E.S.E. Hospital San Vicente de Paul
de Santa Rosa de Cabal**

Luz Viviana Alfonso Gutiérrez, Código 98370

Alejandra Nieto Franco, Código 98180

Jessica Tatiana Rubio Sánchez, Código 28123

Especialización en Gerencia de la Seguridad y Salud en el Trabajo

Dirección de Posgrados

Universidad ECCI Bogotá D.C

Febrero, 2021

Tabla de contenido

Introducción	8
Resumen	10
1. Título.....	12
2. Problema de investigación	12
2.1. Descripción del problema.....	12
2.2. Formulación del problema.....	29
2.3. Sistematización de la pregunta de investigación	29
3. Objetivos	30
3.1. Objetivo general	30
3.2. Objetivos específicos	30
4. Justificación	31
5. Marcos de referencia de la investigación.....	33
5.1. Estado del arte	33
5.2. Marco teórico.....	49
5.3. Marco legal.....	56
5.4. Hipótesis	72
6. Marco metodológico	73
6.1. Paradigma de la Investigación	73
6.2. Método de la Investigación.....	74
6.3. Tipo De Investigación	75
6.4. Fases de estudio	75
6.5. Criterios de Inclusión.....	76
6.6. Criterios de Exclusión	76

6.7.	Recolección de la información	77
6.7.1.	Población.....	77
6.7.2.	Materiales.....	87
6.7.3.	Técnicas.....	87
6.7.4.	Procedimientos.....	88
6.7.5.	Cronograma.....	88
6.8.	Método para el análisis de la información.....	89
6.8.1.	Análisis de datos.....	89
6.8.2.	Variables analizadas.....	90
6.8.3.	Representación de los datos.....	90
6.8.4.	Instrumento de Recolección de Datos.....	90
7.	Resultados.....	93
7.1.	Ausentismo por áreas.....	93
7.2.	Costos del ausentismo	99
7.3.	Motivos de ausentismo	105
8.	Discusión.....	108
9.	Propuesta costo beneficio	110
10.	Conclusiones	112
11.	Recomendaciones.....	114
12.	Referencias bibliográficas y web grafía.....	115
Anexo	121

Lista de tablas

Tabla 1. Definición de casos.	13
Tabla 2. Población trabajadora.	77
Tabla 3. Cargos y cantidad de personas.	78
Tabla 4. Distribución de cargos.	79
Tabla 5. Cronograma del diagnóstico.	88
Tabla 6. Ausentismo por áreas	93
Tabla 7. Ausentismo por mes	95
Tabla 8. Producción en prestación de servicios	98
Tabla 9. Costos por área	100
Tabla 10. Costos de ausentismo por cargos	102
Tabla 11. Valor facturado de marzo a octubre	103
Tabla 12. Motivos de ausentismo.	105
Tabla 13. Cantidad de días en aislamiento de acuerdo al diagnóstico.	106

Lista de ilustraciones

Ilustración 1. Metodología para trabajador con sospecha de COVID-19.	70
Ilustración 2. Fases del diagnóstico.....	76
Ilustración 4. Número de ausencias por área.....	94
Ilustración 5. Número de días de aislamiento por áreas.....	94
Ilustración 6. Número de ausencias por mes.....	96
Ilustración 7. Número de días de ausencias por mes.....	97
Ilustración 8. Producción en prestación de servicios	99
Ilustración 9 Costo de ausentismo.....	100
Ilustración 10 Costo de ausentismo por área.....	101
Ilustración 11. Costo de ausentismo por cargos	103
Ilustración 12 Facturación de marzo a octubre	104
Ilustración 13 Casos positivos.....	107
Ilustración 14 Casos positivos.....	107

Agradecimientos

A nuestras familias, por su apoyo y paciencia, para que aún en tiempo de pandemia, lográramos llevar a cabo nuestro proceso formativo.

A nuestro asesor de trabajo de grado, por sus orientaciones, revisiones y observaciones que permitieron estructurar la investigación que hoy se presenta como trabajo de grado.

A la E.S.E Hospital San Vicente de Paúl de Santa Rosa de Cabal, por permitirnos llevar a cabo el trabajo de investigación.

Introducción

La pandemia del COVID-19 ha impactado a todos los sectores y aspectos de la sociedad; aunque el principal efecto es sobre la salud de las personas, el comportamiento de la enfermedad y los mecanismos de transmisión han llevado a tomar una serie de medidas preventivas a nivel internacional, nacional y local, con el fin de disminuir la propagación y de esta manera disponer los sistemas de salud, los cuales no estaban preparados para este tipo de emergencia. (Gómez et al., 2020)

Una de las principales medidas preventivas ha sido el aislamiento de los casos probables y/o confirmados de COVID-19, lo cual, en el ámbito laboral representa ausentismo, que no en todos los casos genera o demanda una incapacidad médica. En el sector salud, además, del impacto económico asociado al indicador del ausentismo, se debe considerar otras variables que a causa de la pandemia han afectado a las instituciones de salud, como; la productividad, por el cierre de servicios no prioritarios, la disponibilidad de recurso humano ante la activación del Plan Hospitalario de Emergencia, y la salud del talento humano, quienes, durante toda la pandemia, han sido los más expuestos al riesgo de contagio. (Gómez et al., 2020)

Teniendo en cuenta el contexto anterior, la presente investigación de tipo observacional descriptiva transversal, pretende describir el comportamiento e impacto generado por el ausentismo en el E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl en Santa Rosa de Cabal, durante los meses de marzo a octubre del año 2020, en la productividad, la sostenibilidad económica, prestación de servicio y las condiciones laborales en una institución de salud pública de primer nivel de atención. La investigación se lleva a cabo en tres fases, una primera de consulta de los registros de ausentismos, en la segunda fase se realiza el cálculo del costo del ausentismo y en la tercera se analizan los datos las variables prestación de servicio y productividad del hospital.(González, 2020)

La investigación cuenta con la siguiente estructura:

1. Marco de referencia, en el cual se describe el estado del arte, marco teórico, marco legal e hipótesis
2. Marco metodológico, en el cual se describe los procedimientos, técnicas y materiales para la recolección de información y el método para el análisis de la misma.
3. Resultados, donde se describe el ausentismo por áreas, los costos y motivos del ausentismo y finalmente una discusión de los resultados.
4. Propuesta costo beneficio, a partir de la discusión de resultados.

Resumen

El estudio se realizó con el objetivo de describir el comportamiento e impactos generados por el ausentismo laboral durante la emergencia sanitaria por COVID-19 en el E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl en Santa Rosa de Cabal durante los meses de marzo a octubre del año 2020.

Esta investigación es de tipo observacional descriptiva transversal, analizando cómo se presenta el ausentismo, desde la productividad, la sostenibilidad económica, prestación de servicio y las condiciones laborales; tomando como base los datos y registros de ausentismo del personal de la institución.

Los resultados obtenidos demostraron que el área con mayor cantidad de ausentismo por COVID-19 en el E.S.E. Hospital San Vicente de Paul en Santa Rosa de Cabal, fue el área de Urgencias con 29 ausencias para un total de 219 días de aislamiento, en el mes de septiembre se incrementaron las ausencias por aislamiento con una cantidad de 23 ausencias con 179 días de ausentismo, incremento relacionado con el inicio de la fase denominada “aislamiento selectivo con distanciamiento individual responsable”. El ausentismo generado por el COVID-19 ha representado un costo total de \$44,814.912, con 582 días de ausencias; de las cuales el 23% fueron casos confirmados como positivos y un 77% negativos, el área que presenta mayor costo de ausentismo es urgencias con un 34%, seguido de consulta externa con un 27%; en el caso de consulta externa, se asocia al número de pacientes atendidos al día, y urgencias a los procedimientos realizadas durante las atenciones, los cuales en algunos casos implican generación de aerosoles. Los profesionales con mayor ausencia son los médicos generales y los auxiliares de enfermería. Se recomienda realizar un programa de auditoría de las medidas de bioseguridad para todo el personal del E.S.E. Hospital San Vicente de Paul, con el fin de verificar que todo el personal, cumplan con todas las medidas de prevención establecidas en los manuales, instructivos y protocolos de bioseguridad.

Palabras Claves

Ausentismo, COVID-19, emergencia sanitaria, aislamiento, medidas preventivas.

1. Título

Estudio sobre el ausentismo generado por la emergencia sanitaria COVID-19 en el E.S.E.

Hospital San Vicente de Paúl en Santa Rosa de Cabal, de marzo a octubre de 2020.

2. Problema de investigación

2.1. Descripción del problema

En la enfermedad confirmada por SARS-CoV-2, denominada por la OMS como COVID-19, la presentación clínica ha variado desde personas infectadas con pocos síntomas o asintomáticas (80%), hasta personas con cuadros clínicos moderados o graves que pueden llevar a la muerte, los síntomas pueden incluir: fiebre ($\geq 38^{\circ}\text{C}$), tos y dificultad para respirar. (Gómez et al., 2020).

“Se considera que el período promedio de incubación de la enfermedad es de cinco días, con un intervalo de uno a catorce días luego de la exposición con un caso confirmado de COVID-19” (*Instituto Nacional de Salud*, 2020.).

“Según la evidencia científica, es prudente considerar un período de al menos 14 días como límite superior del período de incubación y para ordenar el aislamiento a casos confirmados de COVID-19 y sus contactos” (Gómez et al., 2020).

Las instrucciones del Instituto Nacional de Salud, para el manejo de la infección ha presentado varios cambios de acuerdo a la dinámica de la pandemia, desde febrero de 2020 a octubre de 2020, se han generado 12 versiones con indicaciones para la vigilancia del COVID-19 en Colombia, las cuales incluyen las definiciones de casos, y las estrategias para la vigilancia en el ámbito comunitario.

A continuación, se relaciona cada una de las versiones y los cambios más significativos para la investigación:

Tabla 1. *Definición de casos.*

VERSIÓN	FECHA	DEFINICIÓN DE CASOS	CAMBIOS	OBSERVACIONES
1	ene-20	<p>Definición 1: Paciente con fiebre cuantificada mayor o igual a 38 °C y tos, con cuadro de infección respiratoria aguda grave -IRAG que desarrolla un curso clínico inusual o inesperado, especialmente un deterioro repentino a pesar del tratamiento adecuado, que requiera hospitalización, IRAGi – Cód 348. (<i>Instituto Nacional de Salud, 2020.</i>)</p> <p>Definición 2: “Personas con fiebre cuantificada en 38°C y tos, con cuadro de Infección Respiratoria Aguda -IRA - leve o moderada, y que cumpla con al menos una de las siguientes condiciones”(<i>Instituto Nacional de Salud, 2020.</i>), para ambas definiciones:</p> <p>* Historial de viaje a Wuhan, provincia de Hubei, China u otras áreas con circulación viral confirmada del nuevo coronavirus (2019-nCoV) en los 14 días anteriores al inicio de los síntomas. Ver tabla publicada en el micrositio del INS https://www.ins.gov.co/Paginas/Inicio.aspx o ver tabla</p>	NA	<p>A la fecha de la versión, no se había presentado el primer caso en Colombia, por tanto, ningún trabajador de la salud cumplía con la condición de contacto estrecho con caso probable o confirmado.</p>

publicada en el siguiente enlace

<https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PET/Paginas/Nuevo-Coronavirus-nCoV.aspx> (*Instituto Nacional de Salud*, 2020.)

* “Trabajador de la salud u otro personal del ámbito hospitalario que haya tenido contacto estrecho con caso probable o confirmado por nuevo subtipo de Coronavirus (2019-nCoV)” (*Instituto Nacional de Salud*, 2020.).

* “Antecedentes de contacto estrecho en los últimos 14 días con un caso probable o confirmado con infección respiratoria aguda grave por nuevo subtipo de Coronavirus (2019-nCoV)” (*Instituto Nacional de Salud*, 2020.).

Definición 1: Paciente con fiebre cuantificada mayor o igual a 38 °C y tos, con cuadro de infección respiratoria aguda grave -IRAG que desarrolla un curso clínico inusual o inesperado, especialmente un deterioro repentino a pesar del tratamiento adecuado, que requiera hospitalización, IRAGi – Cód 348. (*Instituto Nacional de Salud, 2020.*)

2	18/02/2020	<p>Definición 2: Persona con fiebre cuantificada mayor o igual a 38 °C y tos, con cuadro de infección respiratoria aguda – IRA - leve o moderada que NO requiere hospitalización, IRA por virus nuevo – 346, y que cumpla con al menos una de las siguientes condiciones. (<i>Instituto Nacional de Salud, 2020.</i>), para ambas definiciones:</p>	No hay cambios en la definición de casos para esta versión.
---	------------	--	---

* Historial de viaje a Wuhan, provincia de Hubei, China u otras áreas con circulación de casos de enfermedad por nuevo coronavirus 2019 (COVID-19) en los 14 días anteriores al inicio de los síntomas. Ver tabla publicada en el micrositio del INS <https://www.ins.gov.co/Paginas/Inicio.aspx> o ver tabla publicada en el

siguiente enlace

<https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PET/Paginas/Nuevo-Coronavirus-nCoV.aspx>. (*Instituto Nacional de Salud*, 2020.).

* “Trabajador de la salud u otro personal del ámbito hospitalario que haya tenido contacto estrecho con caso probable o confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus (COVID-19)” (*Instituto Nacional de Salud*, 2020.).

* “Antecedentes de contacto estrecho en los últimos 14 días con un caso probable o confirmado con infección respiratoria aguda grave asociada al nuevo coronavirus 2019 (COVID-19)” (*Instituto Nacional de Salud*, 2020.).

3 06/03/2020

Definición 1: Paciente con fiebre cuantificada mayor o igual a 38 °C y tos, con cuadro de infección respiratoria aguda grave -IRAG que desarrolla un curso clínico inusual o inesperado, especialmente un deterioro repentino a pesar del tratamiento adecuado, que, Sí requiere hospitalización, IRAG inusitado – Cód. 348 y cumpla con al menos una de las siguientes condiciones (*Instituto Nacional de Salud, 2020.*):

* “Historial de viaje a áreas con circulación de casos de enfermedad por nuevo coronavirus 2019 (COVID-19) en los 14 días anteriores al inicio de los síntomas. (Ver, tabla publicada en el micrositio del INS: <http://www.ins.gov.co/Noticias/Paginas/Coronavirus.aspx>”, (*Instituto Nacional de Salud, 2020.*).

* Trabajador de la salud u otro personal del ámbito hospitalario que haya tenido contacto estrecho* con caso probable o confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus (COVID-19). * Antecedentes de contacto estrecho* en los últimos 14 días con un caso probable o

Se elimina de las condiciones el antecedente de viaje a Wuhan.

Se incluyen otras condiciones adicionales para la definición 2.

Se indica que se debe “aclarar el estado afebril de la persona, indagar si está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o

El 2 de marzo se informa riesgo alto para el país, por los casos presentados en Ecuador y otros países en Latinoamérica. El 6 de marzo se confirma el primer caso en Colombia,

confirmado con infección respiratoria aguda grave asociada al nuevo coronavirus 2019 (COVID-19) (*Instituto Nacional de Salud, 2020.*). acetaminofén” (*Instituto Nacional de Salud, 2020.*).

Definición 2: En el marco de un cuadro sindrómico de infección respiratoria aguda – IRA - leve o moderada que NO requiere hospitalización, IRA por virus nuevo – Cód. 346 y que cumpla con al menos una de las condiciones de la definición 1, y cumpla con al menos dos de los siguientes síntomas: Cambia definición de contacto estrecho, el cual se da sólo con casos confirmados.

- fiebre cuantificada mayor o igual a 38 °C
- tos,
- dificultad respiratoria,
- odinofagia,
- fatiga/adinamia (*Instituto Nacional de Salud, 2020.*).

4 No se logra recuperar esta versión en la investigación

5 No se logra recuperar esta versión en la investigación

		Definición 1: Sin cambios.	
		Definición 2: Sin cambios.	Sin cambios en la definición de casos 1 y 2, se incluye definición de caso 3 y 4.
6	18/03/2020	Definición 3: “Muerte probable por COVID-19. Todas las muertes por infección respiratoria aguda grave con cuadro clínico de etiología desconocida” (<i>Instituto Nacional de Salud, 2020.</i>).	A la fecha de esta versión, el país reporta 93 casos confirmados, todos importados
		Definición 4: “Caso asintomático: Contacto estrecho de caso confirmado COVID-19 que no ha manifestado síntomas en los primeros 7 días posteriores a la última exposición no protegida” (<i>Instituto Nacional de Salud, 2020.</i>).	Se define el contacto estrecho para el ámbito comunitario y para el trabajador de la salud
		Definición 1: Sin cambios.	Sin cambios en la definición de casos 1 y 2.
7	20/03/2020	Definición 2: Sin cambios.	Se incluye una nueva descripción para la
		Definición 3: Persona con infección respiratoria aguda con antecedentes	

de fiebre y tos no mayor a 10 días de evolución, que requiera manejo intrahospitalario (Que no cumplan con las condiciones de antecedentes de viaje, contacto con caso confirmado o exposición ocupacional. (*Instituto Nacional de Salud, 2020.*)

definición 3.
La anterior descripción de la definición 3, pasa a ser 4. y la 4 pasa a la

Definición 4: “Muerte probable por COVID-19. Todas las muertes por infección respiratoria aguda grave con cuadro clínico de etiología desconocida” (*Instituto Nacional de Salud, 2020.*).

5.

Definición 5: “Caso asintomático, contacto estrecho de caso confirmado COVID-19 que no ha manifestado síntomas en los primeros 7 días posteriores a la última exposición no protegida” (*Instituto Nacional de Salud, 2020.*).

9	04/04/2020	<p>Se mantienen las mismas definiciones, pero se incluye en una de las condiciones de ambas definiciones:</p> <p>* “Trabajador de la salud u otro personal del ámbito hospitalario que haya tenido contacto estrecho con caso confirmado o probable para enfermedad por nuevo coronavirus (COVID-19)” (<i>Instituto Nacional de Salud, 2020.</i>).</p>	<p>Se consideran para el trabajador de la salud, el contacto estrecho los casos probables</p>	<p>El 31 de marzo se declara fase de mitigación. Al 4 de abril se reportan 1406 casos confirmados</p>
10		No se logra recuperar esta versión en la investigación		
11		No se logra recuperar esta versión en la investigación		
12	24/07/2020	<p>Definición 1: “Persona con al menos uno de los siguientes síntomas: fiebre cuantificada mayor o igual a 38 °C, tos, dificultad respiratoria, odinofagia, fatiga/astenia, anosmia o hipogeusia que requiera hospitalización” (<i>Instituto Nacional de Salud, 2020.</i>).</p> <p>Definición 2: “Persona con al menos uno de los siguientes síntomas: fiebre cuantificada mayor o igual a 38 °C, tos, dificultad respiratoria,</p>	<p>Se incluyen más síntomas en la definición de caso 1 y 2.</p> <p>Se incluyen más condiciones, las cuales aplican para las</p>	<p>Al 23 de julio se reportan 226.373 casos confirmados.</p>

odinofagia, fatiga/astenia, anosmia o hipogeusia que no requiera hospitalización” (<i>Instituto Nacional de Salud, 2020.</i>).	definiciones de caso 1, 2 y 4
Para ambas definiciones: y que cumpla con al menos una de las siguientes condiciones:	Se incluyen más condiciones para la definición 5.
* Historial de viaje o residencia en zonas de Colombia o de otros países con transmisión local comunitaria en los 14 días anteriores al inicio de los síntomas	
* Trabajador de la salud o de la protección social de la niñez, la adolescencia o del adulto mayor.	
* Antecedentes de contacto estrecho en los últimos 14 días con un caso confirmado o probable con infección respiratoria aguda grave asociada a COVID-19.	
* Miembro de población especial tales como Policía, Fuerzas Militares, establecimientos penitenciarios, estaciones de policía, URI, grupos étnicos, en situación de calle, privada de la libertad o migrantes.	
* Personas en alta movilidad en virtud de su ocupación laboral.	

* Adulto mayor de 60 años.

* Persona con comorbilidad o condiciones tales como diabetes, enfermedad cardiovascular (incluye hipertensión y ACV), VIH u otra inmunodeficiencia, cáncer, enfermedad renal, enfermedades autoinmunes, hipotiroidismo, EPOC y asma, uso de corticoides o inmunosupresores, mal nutrición (obesidad y desnutrición) y fumadores. Cuadro clínico inusual como diarrea, trastorno de la coagulación o eritema.

* Prueba serológica para anticuerpos específicos IgM positivos tomada después de los 11 días (inmunocromatográfica) o de los 14 días (ELISA o quimioluminiscencia) de inicio de síntomas. (*Instituto Nacional de Salud, 2020.*).

La tabla 1 presenta los cambios de las definiciones de caso, desde la versión 1 hasta la versión 10 del “Instructivo para la vigilancia en salud pública intensificada de infección respiratoria aguda y la enfermedad asociada al nuevo coronavirus 2019 (COVID-19)” (*Instituto Nacional de Salud, 2020.*).

Autoría propia

En la primera versión del “Anexo. Instructivo para la vigilancia en salud pública intensificada de infección respiratoria aguda y la enfermedad asociada al nuevo coronavirus 2019 (COVID-19) de febrero de 2020”, se consideraban dos (2) definiciones de caso probable, personas con fiebre cuantificada en 38°C y tos, con cuadro de Infección Respiratorio Aguda – IRA Grave (Definición 1), leve o moderada (Definición 2), y que cumpliera con al menos una de las siguientes condiciones:

- Antecedente de viaje a Wuhan u otras áreas de circulación viral en los últimos 14 días del inicio de síntomas.
- Personal de salud que haya tenido contacto estrecho con un caso probable o confirmado por COVID-19.
- Antecedentes de contacto estrecho en los últimos catorce (14) días con caso probable o confirmado. (*Instituto Nacional de Salud, 2020.*).

Por tanto, no todas las personas que presentaran síntomas gripales, cumplían con los criterios para la definición de casos. La versión actual (Versión 12 del 24 de julio de 2020), considera 5 definiciones de caso, los cuales incluyen más síntomas y condiciones para considerarse caso probable. Sin embargo, desde el inicio de la emergencia sanitaria, se ha indicado el aislamiento preventivo a los trabajadores y personas del territorio nacional que presenten síntomas gripales, sin que ello implique que la persona cumpla los criterios de las definiciones de casos y de toma de muestra confirmatoria.

Teniendo en cuenta lo anterior, el aislamiento asociado a COVID-19, se convierte en un motivo de ausentismo, que no genera en todos los casos incapacidad laboral, por ende, no tiene reconocimiento de prestaciones económicas por la EPS, ni por la ARL hasta tanto no se reciba una atención médica y se defina un diagnóstico sospechoso y/o confirmado por COVID-19.

Dicha situación, para el E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl en Santa Rosa de Cabal, representa dificultades por la situación financiera actual que le impide incrementar la disponibilidad del recurso humano, sin embargo, el incumplimiento de esta medida preventiva, además de las sanciones correspondientes por parte de los entes de control, representa un alto riesgo de brote entre sus trabajadores en caso de confirmarse los casos probables. Actualmente los días de ausencia soportados con un certificado de aislamiento, están siendo asumidos por el empleador para el caso del personal de planta, y por los trabajadores para el caso del personal en misión.

El boletín número 52 de COVID-19, del 21 de octubre de 2020 para las personas del sector salud en Colombia (Boletín Epidemiológico, 2020) reporta a nivel nacional 16.544 casos, distribuidos así: 93 fallecidos, 16.351 recuperados y 100 en aislamiento, asintomáticos 688.

La mayoría de los casos históricos están asociados a la prestación, es decir con el desarrollo de las actividades laborales, los casos asociados a la prestación son considerados como accidente o enfermedad laboral. El accidente laboral se da cuando se tiene contacto con fluidos corporales de pacientes sin los EPP adecuados, o se tiene contacto estrecho (Menos de 2 metros por 15 minutos, sin protección) con pacientes, compañeros sospechosos y/o confirmados con COVID-19.

La enfermedad laboral se da cuando se presentan síntomas o se realiza un tamizaje y sus resultados son positivos, además de esto no se logra identificar el momento del contacto con fluidos o contacto estrecho. El “Decreto 676 de 2020, Por el cual se incorpora una enfermedad directa a la tabla de enfermedades laborales y se dictan otras disposiciones” (Decreto 676, 2020), establece el diagnóstico COVID-19 como enfermedad laboral para trabajadores de la salud, y por tanto la incapacidad es reconocida desde el primer día de aislamiento por la ARL. En los casos

confirmados por otras fuentes de contagio (Comunitario, importado, indeterminado), se considera enfermedad común y es reconocida por la EPS”.

El Talento humano que presente síntomas de gripa, tos, fiebre, dificultad para respirar, de acuerdo a la Resolución 1155 del 2020, debe aislarse en casa y reportar a la EPS; quien programa una tele consulta para establecer si la persona cumple con la definición de caso, y por ende programar la toma de la muestra; de lo contrario, no se programa toma de prueba y si la condición clínica del paciente no amerita incapacidad, no se genera por la EPS, quedando estos días sin definir el responsable del reconocimiento económico para el trabajador.

Los criterios para la toma de muestra, que han sido definidos por el Ministerio de Salud en los “Lineamientos para el uso de pruebas moleculares RT-PCR y pruebas de antígeno y serológicas para Sars-Cov-2 (COVID-19) en Colombia”, documento que actualmente se encuentra en su séptima versión:

Para el estudio del trabajador de la salud sintomático con cualquier grado de severidad según protocolo Infección Respiratoria Aguda (IRA) o que sea contacto estrecho de caso confirmado o caso fallecido confirmado, se debe realizar la prueba RT- PCR de SARS CoV-2 de hisopado naso u orofaríngeo.

- Si RT-PCR es positiva, se confirma el diagnóstico, realizar estudio de sus contactos, seguimiento clínico cercano, aislamiento obligatorio por gotas y contacto por 10 días desde la fecha de inicio de síntomas. Se considera caso recuperado cuando han pasado 10 días desde el inicio de síntomas y al menos las últimas 72 horas del aislamiento está sin fiebre, sin el uso de antipiréticos y con mejoría de los síntomas respiratorios (tos y disnea) y podrá reincorporarse al trabajo.

- Si la RT-PCR inicial es negativa, aislamiento obligatorio. Si hay alta sospecha de SARS-CoV-2, continuar aislamiento y considerar repetir la prueba a las 48 o 72 horas. Si ésta es positiva se confirma el caso, aislamiento de 10 días a partir del inicio de síntomas, seguimiento a contactos. Si es negativa se descarta el caso e investigar otras causas para el cuadro clínico. Al núcleo familiar se le suspende el aislamiento. (Instituto Nacional de Salud, 2020)

Si es un trabajador de la salud asintomático, realizar al día 7 del contacto estrecho con caso o fallecido confirmados, prueba RT-PCR. Si esta es positiva, se confirma el caso, estudio de sus contactos, seguimiento clínico y aislamiento estricto por 10 días (se debe contar 10 días de aislamiento a partir de la toma de la muestra).

- Si esta prueba de RT-PCR es negativa el aislamiento debe ir hasta completar 14 días desde la exposición, recomendaciones generales, uso de EPP y se reincorporará al trabajo al completar el aislamiento sin síntomas.
- Si el trabajador de la salud presenta síntomas durante el periodo de aislamiento, se debe solicitar nueva prueba RT-PCR. Si esta sale positiva, se confirma el caso, se hace seguimiento y aislamiento por lo menos 10 días. Si esta segunda prueba sale negativa, se repite a las 72 horas. Si esta vuelve a salir negativa se descarta caso y se reincorpora al trabajo con instrucciones de consulta ante signos de alarma, recomendaciones generales y uso de EPP. Al núcleo familiar se le suspende el aislamiento. (Instituto Nacional de Salud, 2020)

Para los casos sintomáticos, se genera incapacidad retrospectiva desde el día que manifestó los síntomas y realizó el aislamiento, para los casos asintomáticos, se genera el certificado de aislamiento, también retrospectivo.

Sólo hasta el 19 de octubre de 2020, se reglamentó mediante el Decreto 1374 de 2020, artículo 16, numeral 16.14, dentro las acciones a cargo de los prestadores de servicios de salud:

Otorgar una incapacidad médica a los trabajadores del sector salud, al personal administrativo de aseo, vigilancia y de apoyo que preste servicios en las diferentes actividades de prevención, diagnóstico y atención del SARS-COV-2/ COVID 19, cuando tengan diagnóstico positivo con o sin síntomas, para SARS-COV-2/ COVID 19. (Decreto 1374, 2020).

Y en el artículo 22 Sostenibilidad del aislamiento para los afiliados a los Regímenes Contributivo y Subsidiado de salud, indica:

Los trabajadores del sector salud, el personal administrativo, de aseo, vigilancia y de apoyo que preste servicios en las diferentes actividades de prevención, diagnóstico y atención del SARS-COV-2/ COVID 19 y que tengan diagnóstico positivo con o sin síntomas para dicha enfermedad, contarán con los recursos de la incapacidad pagada por la Administradora de Riesgos Laborales. (Decreto 1374, 2020).

Sin embargo, continua sin definirse quien debe asumir los días de aislamiento para los casos de contactos estrechos negativos que, de acuerdo a los lineamientos actuales, deben completar los 14 días de aislamiento.

En el E.S.E Hospital San Vicente de Paúl en Santa Rosa de Cabal, entre marzo y octubre de 2020, se presentaron 73 ausencias, que representaron 582 días; 64 cumplían con criterio para toma de prueba confirmatoria (PCR), de los cuales 16 han sido positivo; los 9 restantes no cumplían los criterios para toma de muestra, de acuerdo a los lineamientos del Instituto Nacional de Salud vigentes al momento de presentar los síntomas gripales.

Este ausentismo de marzo a octubre de 2020, ha representado un costo de \$ 44,814.912

para la institución. En todas las ausencias presentadas, las actividades y/o turnos del personal han sido cubiertos por los mismos compañeros, ya que actualmente la situación financiera de la institución no permite nuevas contrataciones.

El alto nivel de propagación del virus más la continua exposición al mismo hace que las probabilidades de contagio en las personas del sector salud sean más altas, se debe intervenir este riesgo evitando un brote entre los trabajadores, lo cual implicaría el cierre temporal, parcial y/o total de la institución, afectando considerablemente la salud de los trabajadores, la atención de usuarios, la disminución de los ingresos financieros y el aumento del costo del ausentismo por esta causa.

2.2. Formulación del problema

¿Cuál ha sido el comportamiento e impacto del ausentismo asociado a la emergencia sanitaria COVID -19, en el E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl en Santa Rosa de Cabal, desde el mes de marzo hasta el mes de octubre de 2020?

2.3. Sistematización de la pregunta de investigación

- ¿Cuáles son las áreas más afectadas por el ausentismo asociado al COVID-19?
- ¿Cuál ha sido el costo del ausentismo asociado al COVID-19?
- ¿Cuál es el impacto en la sostenibilidad económica del hospital?
- ¿Qué repercusión ha tenido el aislamiento preventivo en cuanto a la prestación de servicios asistenciales en el E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl en Santa Rosa de Cabal?

3. Objetivos

3.1. Objetivo general

Describir el comportamiento e impacto generados por el ausentismo laboral durante la emergencia sanitaria por COVID-19 en el E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl en Santa Rosa de Cabal mediante el análisis de datos del mes de marzo al mes de octubre del 2020.

3.2. Objetivos específicos

- Diferenciar el ausentismo por áreas en la población trabajadora, desde el inicio de la pandemia COVID-19, identificando las áreas con más eventos y días de ausencia, mediante el análisis de los registros de ausentismo en el E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl en Santa Rosa de Cabal.
- Calcular los costos asociados al ausentismo laboral durante la emergencia sanitaria, a través de indicadores con el fin de identificar el impacto económico generado por las ausencias asociadas al COVID-19.
- Definir los motivos del ausentismo asociados a la emergencia sanitaria, con el fin de establecer el impacto generado por el aislamiento preventivo en la productividad del hospital, mediante el análisis de los registros de ausentismo en el Hospital San Vicente de Paúl en Santa Rosa de Cabal.

4. Justificación

Los coronavirus son una familia de virus que pueden causar enfermedades como el resfriado común, el síndrome respiratorio agudo grave (SARS, por sus siglas en inglés), y el síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS, por sus siglas en inglés). En 2019 se identificó un nuevo coronavirus como la causa de un brote de enfermedades que se originó en China. Este virus ahora se conoce como el síndrome respiratorio agudo grave coronavirus 2 (SARS-CoV-2). La enfermedad que causa se llama enfermedad del coronavirus 2019 (COVID-19). En marzo de 2020 la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró que este brote de COVID-19 es una pandemia. (Speth et al., 2020)

Debido a esto en Colombia se declara estado de emergencia sanitaria el 12 de marzo del 2020, la medida se toma a raíz de la declaratoria de Pandemia de la OMS y siguiendo los parámetros establecidos.

Tras la emergencia sanitaria por COVID-19, el Gobierno Nacional ha decretado varias medidas para contrarrestar la velocidad de propagación de esta enfermedad; una de ellas es el autoaislamiento de las personas ante la presencia de síntomas leves y/o antecedentes de un contacto estrecho con caso confirmado o probable por COVID-19, este factor en específico ha generado una serie de impactos en las instituciones de salud a nivel general, no solamente se ha visto afectada la continuidad de sus actividades sino también su sostenibilidad económica, ya que el personal es uno de los recursos más importantes que mantiene el equilibrio de una organización.

Con esta investigación se pretende describir el comportamiento del ausentismo por aislamiento preventivo causado por la emergencia sanitaria COVID-19 en el E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl en Santa Rosa de Cabal, así como su impacto en la prestación de servicios, la

seguridad y salud en los trabajadores, la rentabilidad y productividad del Hospital durante el periodo comprendido entre marzo a octubre de 2020.

Este estudio busca dejar un precedente en todas las instituciones de salud a nivel regional, permitiendo a las directivas asumir los nuevos cambios implementando alternativas que minimicen los riesgos generados por la atención de la emergencia sanitaria, reduzcan el ausentismo, incrementen sus ingresos, y puedan continuar prestando un servicio adecuado.

5. Marcos de referencia de la investigación

5.1. Estado del arte

La emergencia sanitaria que se ha presentado por COVID-19, para la cual el país no estaba preparado ha generado grandes efectos en las instituciones de salud sin precedente alguno, la necesidad de sustituir personal para responder a las ausencias generadas por el aislamiento preventivo de casos confirmados y sospechosos, ha obligado a las instituciones a enfrentasen a desafíos totalmente nuevos y extremos. Para intervenir las causas de ausencia asociadas a la emergencia sanitaria, se debe identificar claramente los riesgos relacionados con las mismas, por tanto, a continuación, se realiza una revisión bibliográfica sobre los impactos generados por COVID-19 a nivel internacional y nacional.

A nivel mundial distintas comunidades han realizado análisis y estudios sobre las consecuencias y los impactos que ha causado esta pandemia a nivel organizacional.

El artículo titulado **“Impacto de la epidemia del Coronavirus (COVID-19) en la salud mental del personal de salud y en la población general de China”**, publicado en el año 2020 por Antonio Lozano Vargas, analiza que el personal de salud de Wuhan (provincia de Hubei China), debido al COVID-19 no solo se exponen al riesgo de ser contaminados, sino también están presentado síntomas como depresión, estrés, agotamiento físico, falta de comunicación con la familia y a una serie de situaciones que están afectando directamente su salud mental, disminuyendo así la calidad de vida, la atención y prestación de servicios; igualmente la población en general se ve afectada psicológicamente caracterizada principalmente por el miedo y la incertidumbre. Con el fin de encontrar una base teórica para la intervención psicológica del personal de salud, en China se realizó un estudio descriptivo transversal desde el 7 hasta el 14 de febrero con una población de 246 participantes por muestreo. A esta selección se les aplicó la

escala de autoevaluación para la ansiedad (SAS) y la escala de autoevaluación para el trastorno de estrés postraumático (PTSD-SS). Se recuperaron 230 cuestionarios con una tasa de recuperación del 93,5%. En el estudio participaron 43 hombres (18,7%) y 187 mujeres (81,3%), con edades entre 20 a 59 años ($32,6 \pm 6,2$), donde 70 eran médicos (30,4%) y 160 eran enfermeras (69,6%). Los resultados obtenidos de este estudio confirmaron que la tasa de ansiedad del personal médico fue de 23.04%, la tasa de ansiedad de enfermeras es mayor que los médicos en un 12.59% para un 26.88% frente a un 14.29% respectivamente; en cuanto a la tasa del trastorno de estrés en el personal de salud fue un 27.39%; dichos resultados indicaron que es necesario que las instituciones de salud fortalezcan las capacidades psicológicas de su personal en especial a las enfermeras; mediante equipos de intervención psicológica para proporcionar asesoramiento en el manejo de estrés y ansiedad. Actualmente en la mayoría de Hospitales de Wuhan se maneja un tipo de estrategia para proteger la salud mental de los profesionales que consiste en un equipo de intervención psicológico que está destinado a atender cuatro frentes, el primero es el equipo de respuesta psicológica que se encarga de la comunicación, el segundo es el equipo de soporte técnico quien dirige la intervención y la supervisión, el tercero y uno de los más importantes es el equipo especializado de salud mental que hace parte de la evaluación del personal de salud y finalmente el cuarto equipo es el de la asistencia psicológica telefónica que brinda apoyo voluntariamente en temas de salud mental. (Lozano-Vargas & Lozano-Vargas, 2020)

Esta investigación contribuye positivamente a fortalecer las estrategias necesarias para que el E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl en Santa Rosa de Cabal, prevenga el riesgo psicosocial de sus empleados, planteando medidas que pueden ser estudiadas y adaptadas para detectar problemas de salud mental, como la creación de equipos en salud mental y la creación de instrumentos de comunicación que brinden apoyo a todo el personal en especial a aquellos que se

encuentran en aislamiento preventivo; lo cual reduciría el estrés y el riesgo psicológico al cual deben enfrentarse a diario.

Por otro lado, en el artículo **“Como afrontar la pandemia del coronavirus (COVID-19) en las Américas: recomendaciones y líneas de acción sobre la salud mental”**, publicado en mayo del 2020 por Miguel Gallegos, Carlos Zalaquett, Sandra Elizabeth Luna Sánchez, Rodrigo Mazo Zeaf, Blanca Ortiz-Torres, Julio C. Penagos Corzoh, Nelson Portillo, Ivelisse Torres Fernández, Alfonso Urzúak, Melissa Morgan Consolil, Fernando Andrés Polanco, Ana María Flórez, Rodrigo López Mirandao (2020) indica que:

Desde la emergencia de la pandemia los diferentes gobiernos de las Américas y el mundo han implementado diversas medidas de contención para el COVID-19, algunas de estas son: la cuarentena, el aislamiento y el distanciamiento físico, estas no solo implicaron una discontinuidad en la interacción social y el cambio en los hábitos de comportamiento individual y colectivo, si no también diversas consecuencias a nivel psicosocial y de la salud mental en la población, debido a la rápida expansión del virus, las primeras medidas estuvieron relacionadas con el manejo de la pandemia desde la prevención del contagio hasta la atención clínica de las personas infectadas, pese a esto las instituciones sanitarias y las sociedades profesionales no contaban con protocolos específicos para orientar el accionar de las diversas disciplinas sobre los efectos psicológicos y psicosociales derivados por la pandemia. Ante esta situación, la Sociedad Interamericana de Psicología (SIP), a partir de la declaración de la pandemia por el coronavirus (COVID-19) por parte de la Organización Mundial de la Salud, emitió un mensaje a toda su comunidad para actuar con responsabilidad, empatía, solidaridad y tranquilidad frente a esta nueva situación que se presenta como un riesgo de salud pública en las Américas y comenzó a desarrollar actividades que orientaran el que hacer de los psicólogos y las psicólogas de las Américas ante la Pandemia. (Gallegos , y otros, 2020)

La aparición del COVID-19 ha generados múltiples desafíos a nivel global, a pesar de esto hoy en día no se pueden determinar las consecuencias que se tendrán a mediano y largo plazo. Sin embargo, se cuenta con algunas medidas para disminuir los impactos y necesidades que deben atenderse.

Un reciente artículo titulado **“Consecuencias de la pandemia COVID-19 en la salud mental asociadas al aislamiento social”**, publicado por Jairo Ramírez-Ortiz, Diego Castro-Quintero, Carmen Lerma-Córdoba, Francisco Yela-Ceballos y Franklin Escobar-Córdoba el 18 de julio del (2020). Indica las posibles consecuencias en la salud mental de los trabajadores de la salud como consecuencia del aislamiento social durante la pandemia por COVID-19, teniendo como referencia las afectaciones sobre la salud mental durante las epidemias de Síndrome Respiratorio Agudo Grave - SARS-CoV en 2003 y Síndrome Respiratorio de Medio Oriente (MERS-CoV) en 2012.

Las personas que están en aislamiento social, con movilidad restringida y pobre contacto con los demás son vulnerables a presentar complicaciones psiquiátricas que van desde síntomas aislados hasta el desarrollo de un trastorno mental como insomnio, ansiedad, depresión y trastorno por estrés posttraumático (TEPT). En personal de la salud, después de un brote, se ha evidenciado aparición de trastornos mentales, en especial TEPT hasta en un 20%, trastornos depresivos o desarrollo de reacciones de ajuste con niveles aumentados de ansiedad. Esto se debe principalmente al aislamiento social, separación de seres queridos impuesto en algunas ocasiones por el compromiso social, la exposición directa a la enfermedad, miedo a contraer la infección mientras prestan el servicio, dilemas éticos en relación a la asignación de recursos escasos a pacientes igualmente necesitados y brindar atención a los pacientes gravemente enfermos con recursos limitados o inadecuados, equilibrar sus propias necesidades de salud física y mental con las de los pacientes, alinear su deseo y deber con los pacientes, sus familiares y amigos,

evidenciar la muerte masiva de pacientes y de personal sanitario, estar en entornos sobrecargados de estrés, con escasez de personal o de reemplazos, son un factor de riesgo para desarrollar un síndrome de Burnout. El mismo artículo señala, que el trastorno por estrés postraumático (TEPT), se encuentra aumentados entre 2 a 3 veces en los casos que han estado en aislamiento. Como propuesta para intervenir las consecuencias en la salud mental durante la pandemia COVID-19, se indican en el artículo de reflexión medidas a corto y largo plazo.

Medidas a corto plazo:

- Primeros auxilios emocionales.
- Incentivar y apoyar el pensamiento de corte positivo sobre el futuro.
- Educar en técnicas para disminuir niveles de estrés y de hiperactivación
- Relajación muscular progresiva e imágenes guiadas.
- Debates basados en las rondas de Schwarz y grupos Balint.

Medidas a largo plazo o después del brote:

- Terapias centradas en el trauma.
- Desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares.

Otras medidas para afrontar dificultades propias del servicio:

- Compartir la experiencia con un compañero.
- Implementar de forma sistémica y organizada horarios de descanso.
- Eventos en los que se aprecie y se reconozca continuamente de forma verbal los esfuerzos.
- Inclusión de líderes espirituales. (Pág 14)

El artículo de reflexión se enfoca en las consecuencias de la salud mental. del aislamiento social durante la pandemia COVID-19, incluyendo al personal de salud, y propone unas medidas

de intervención para el corto y largo plazo, más no establece la relación de dichas alteraciones en el ausentismo laboral.

El análisis realizado por Silva et al.(2020) titulado **“Reflexiones sobre los riesgos ocupacionales en trabajadores de salud en tiempos pandémicos por COVID-19”**, refiere un ensayo cualitativo teórico-reflexivo, basado en literatura nacional e internacional. Tiene como objetivo reflejar los riesgos laborales que involucran a los trabajadores de la salud en la pandemia del nuevo Coronavirus, Los trabajadores de la salud por su entorno laboral están expuestos no solo a riesgos sanitarios sino también están expuestos a múltiples riesgos como los ergonómicos y psicosociales, esta reflexión se realizó en los meses de marzo y abril de 2020 analizando los datos encontrados en publicaciones de literatura nacional e internacional sobre riesgos laborales, personal de salud e infección por coronavirus, los datos se seleccionaron por descriptores controlados y extensas bases de datos. Es importante mencionar que los autores definen “El trabajador de la salud se delinea como alguien que trabaja en un entorno de salud, ya sea que esté empleado en servicios de limpieza, conserjería o administración, o incluso médicos, enfermeras, técnicos de salud que popularmente se llaman profesionales de la salud”. Por lo anterior se expone en el artículo que en esta emergencia todo trabajador está expuesto a contagiarse ya sea por contacto estrecho o superficies contaminadas lo que genera preocupación en los profesionales por el riesgo biológico al que se exponen, sin embargo se observa que esta no es la única preocupación pues el riesgo físico, también se evidencio que el constante uso de equipos protectores como mascarillas, guantes, gafas y uniformes especiales han causado lesiones en su piel y limitan su acceso a las eliminaciones fisiológica por lo que su frecuencia de alimentación y de hidratación es muy mínima, generando en ellos afectaciones en su salud. En cuanto a accidentes se notó una reducción por el uso de elementos de protección, pero no se eliminan por completo, también se percibió el riesgo psicosocial que afecta a los trabajadores generado por el

miedo, la incertidumbre, el agotamiento emocional, el distanciamiento familiar, incluyendo los bajos salarios y el estrés del entorno. Además de estas consecuencias negativas se observó que aumentó la carga laboral lo que conlleva a que el sistema inmune de los trabajadores estuviera más sensible. Fue evidente los escasos recursos en las instituciones en cuanto a equipos de protección, salas de aislamiento, equipos de ventilación, la importancia de determinar y ejecutar estrategias que prevengan y minimicen los nuevos riesgos a los que se exponen los trabajadores. (Silva, Batista de Carvalho, Leite, & Oliveira, 2020)

El análisis que realizan los autores en el artículo brinda una visión general para el propósito de esta investigación, se enfocan en la importancia de identificar los cambios en el entorno laboral que viven actualmente los trabajadores de la salud. Concluyen que además del riesgo biológico y el riesgo psicosocial, los riesgos físicos y ergonómicos se han intensificado, confirmando que este tipo de afectaciones influyen en el desempeño del trabajador lo cual disminuye la productividad en una institución y nace la necesidad urgente de determinar estrategias que optimicen las condiciones laborales adaptándose a esta crisis sanitaria.

Otro estudio titulado **“Preocupaciones y demandas frente al COVID-19, encuesta al personal de salud”**, por Ortiz et al. (2020) Se menciona que:

Argentina tiene uno de los sistemas de salud más fragmentados de la Región Latinoamericana y no escapa a la crisis global de recursos humanos, con un deterioro progresivo en las condiciones y el ambiente de trabajo. El estudio realizado es transversal con una metodología cuali-cuantitativa; el trabajo de campo se realizó entre el 01 y el 03 de abril de 2020, el cuestionario realizado fue anónimo, vía correo electrónico y telefonía móvil a través de la plataforma SuveryMonkey; dicho cuestionario incluyó preguntas sociodemográficas y laborales, también veinte preguntas sobre las dimensiones del clima

organizacional. Respondieron a la encuesta 5670 trabajadores y se entrevistó 50 informantes del sistema de salud tanto del sector público como privado.

El objetivo fue indagar acerca de las condiciones que determinan el clima organizacional: liderazgo, comunicación, recursos institucionales, cohesión/gestión de conflictos y capacitación y cómo éstas eran percibidas por el personal de salud para hacer frente a la pandemia (Ortiz et al., 2020). El estudio arrojó como resultado que la gran preocupación de los encuestados fue la falta de equipos de protección personal, en cuanto a liderazgo se notó que la gran mayoría cuenta con un comité de crisis en su centro, pero se percibió que no es suficiente para reducir la incertidumbre del personal, en cuanto a capacitaciones se estableció que es necesario formar en los diferentes sectores no solo a los profesionales sino a todo el personal en general sobre COVID-19. Muchos encuestados manifestaron la falta de comunicación clara y precisa en cuanto a la pandemia, además del miedo y la inseguridad que sienten frente al contagio, la estigmatización que están sufriendo y la falta de acceso rápido a las pruebas si desarrollan síntomas de COVID-19. Frente a la gestión de conflictos se determinó que hace falta espacios institucionales de escucha y contención del equipo de salud, al igual que se encontraron tensiones por reorganización de roles y servicios, además de conflictos derivados por ausencias y licencias. Dicho estudio dejó ver la crisis existente que requiere estrategias urgentes que garanticen las condiciones mínimas y los ambientes adecuados para que el personal de salud pueda hacer frente a esta pandemia, además se identificó la necesidad de realizar esfuerzos para reducir la ansiedad y la inseguridad del personal. (Ortiz et al., 2020).

En una institución de salud la prestación del servicio, la productividad y el comportamiento del personal puede afectarse por las condiciones y el entorno de trabajo; el COVID-19 reta a todas las instituciones a nivel general, puesto que evidencia claramente las

falencias que se presentan al interior de la organización, como financiamiento, equipos e insumos, tecnología y recurso humano. El anterior estudio reconoce directamente la necesidad de definir estrategias que minimicen el impacto del COVID-19 frente al clima organizacional, es una buena iniciativa realizar un diagnóstico para mantener canales de comunicación en todo el personal y poder atender sus necesidades eficientemente ya que con estas acciones se puede promover un mejor clima laboral gestionando procesos y cambios positivos garantizando mejor rendimiento en el desempeño y a la vez mejorando la calidad de vida en estas situaciones.

En el artículo internacional titulado **“Salud laboral frente a la pandemia del COVID-19 en Ecuador”** publicado en junio del 2020 por Cruz Xiomara Peraza de Aparicio donde indica que una de las aristas de esta nueva realidad que es la COVID-19, es la salud laboral. La salud de los trabajadores es un requisito esencial para los ingresos familiares, la productividad y el desarrollo económico de una nación. Tanto como puede resultar objeto de estudio la propia evolución de la enfermedad, la estadística actualizada y el seguimiento de los esfuerzos por el logro de una vacuna, el riesgo de exposición de los profesionales y trabajadores de los centros sanitarios encargados de la atención de los pacientes afectados, es, sin dudas, un tema que preocupa a todos, y con matices diferentes en cada país. La reciente aparición del COVID-19, tiene una gran relevancia e impacto en el ámbito de la salud laboral por varias razones: por una parte, las medidas que se adopten en el ámbito laboral serán uno de los factores determinantes para lograr el éxito en la contención de la enfermedad, con influencia determinante en la salud pública y en todos los sectores productivos (no solamente en las actividades que implican mayor exposición a riesgos biológicos). Por otra parte, las propias medidas a adoptar durante la aparición de la enfermedad afectan a la salud de la población trabajadora, tanto respecto a las perspectivas de mantener su empleo, como a las condiciones de trabajo, de salud y seguridad en las que tendrán que desarrollarlo de ahora en adelante. Se debe tener en cuenta que, más allá de

las medidas iniciales que se han impuesto en la declaración del estado de alarma, la potencialidad de expansión del virus continuará presente en los países, y concretamente en los centros de trabajo, en los próximos meses, hasta que definitivamente se encuentre una solución médica al problema. En cuanto al personal de salud, cientos de médicos, enfermeras y personal administrativo que trabajan en centros médicos y hospitales, han resultado casos positivos de COVID-19, lo que ha complicado más la atención a pacientes que llegan de emergencia a esas instituciones públicas. Esta situación está dada, fundamentalmente, por la falta de EPP para quienes se encuentran atendiendo de manera directa la emergencia sanitaria. Nuevamente aparece la figura de la tercerización, el alto porcentaje de los contratos bajo la modalidad de "planta"; lo que no significa precisamente mejores condiciones de trabajo, sino que se trata de una subcontratación, llevada a cabo por una empresa cuando contrata a otra firma para que preste un servicio que, en un principio, debería ser brindado por ella misma. Este proceso suele realizarse con el objetivo de reducir los costos. (Aparicio, 2020)

De acuerdo a la información se puede concluir que existe una contrariedad entre las normativas que establecen la entrega de los elementos de protección personal por parte del empleador debido a las subcontrataciones no es claro quién debe realizar esta gestión, con el paso del tiempo se evidencia que este problema aumenta las cifras de contagiados en los centros de salud.

En la revista Facultad Ciencias de la Salud de la Universidad del Cauca, en enero de 2020, se publicó el artículo **“Conocimientos y necesidades del personal de salud sobre elementos de protección personal durante la pandemia por COVID-19 en el Cauca”**, donde los autores Andry Mera Memián, Mario Delgado Noguera, Angela Marchán Galvis, Ginna Cabra y José Andrés Calvache, indican que la protección del personal de salud es crucial en la atención de un escenario de pandemia, ya que su infección reduce las capacidades de un sistema sanitario para

responder a la demanda. El Centro de Control de Calidad y Manejo de Infección hospitalaria de China, sintetizó las principales razones por las cuales el personal sanitario se infecta en escenarios críticos de epidemias. En primer lugar, se encuentra la carencia de elementos de protección personal (EPP) apropiados y acordes a la situación particular. Segundo, la implementación del uso de estos EPP no es la mejor y finalmente la carga asistencial, la exposición prolongada y las presiones de la situación pueden incrementar la probabilidad de infección. (Mamián et al., 2020)

El anterior estudio, a través de la aplicación de una encuesta a trabajadores de la salud de centros hospitalarios de III nivel en la ciudad de Popayán, reveló la falta de disponibilidad de EPP en el país, en el momento del estudio, la falta de capacitación en su uso y la disposición del personal para continuar con sus actividades ante la ausencia de los EPP, encontrando que sólo un 12.5% continuaría atendiendo la emergencia aún sin los EPP necesarios. Cabe aclarar que el Ministerio de Salud y Protección Social, sólo hasta el 10 de julio del 2020, dio claridad en los EPP requeridos de acuerdo a las áreas de atención, a través del documento “Lineamientos para kit de elementos básicos de protección para personal de la salud”, anterior a esto, sólo se contaba con las “Recomendaciones de EPP para personal de salud según el área de atención para COVID-19”. Consenso IETS- ACIN, citadas en los Lineamientos para prevención control y reporte de accidente por exposición ocupacional al COVID-19 en instituciones de salud, del 25 de marzo de 2020.

Teniendo en cuenta los riesgos a los cuales se ven expuestos los trabajadores de la salud, la disponibilidad de los EPP en el país y el impacto que representa el contagio en los trabajadores de la salud en la prestación de los servicios de salud, se deben evaluar acciones que disminuyan la exposición y garanticen la seguridad y salud del recurso humano con el que cuenta el sistema de salud para hacer frente a la actual emergencia sanitaria. Una de las medidas implementadas

tanto a nivel internacional como nacional ha sido la teleconsulta, aunque es una estrategia que no es posible implementar en el personal de primera línea de atención, resulta válida para disminuir el contagio y prevenir brotes en el personal de salud de servicios ambulatorios.

En el artículo **“Teleconsulta en la pandemia por Coronavirus: desafíos para la telemedicina pos COVID-19”**, escrito por Juan Ricardo Márquez y publicado en el año 2020, hace un breve recuento de la experiencia que tuvo una institución de salud al diseñar e implementar un programa de Teleconsulta, este artículo reporta que el COVID-19 es declarado como pandemia el 11 de marzo de 2020, en consecuencia Colombia firma el Decreto 417 de 2020 “Por el cual se determinó el aislamiento y distanciamiento social por una cuarentena obligatoria de 20 días, que se fue ampliando” (Decreto 417 de 2020, 2020), debido a la necesidad de cubrir los servicios básicos de medicina pero sin propagar el brote, el 12 de abril de 2020 se firmó el Decreto 538 el cual en su artículo 8, párrafos 1 y 2 de dicha resolución, reza: “Durante el término de la emergencia sanitaria declarada por el Ministerio de Salud y Protección Social, con ocasión de la pandemia derivada del Coronavirus COVID-19, y con el fin de facilitar el acceso a los servicios de salud, los prestadores de servicios de salud deberán implementar plataformas digitales accesibles con estándares básicos de audio y video que permitan el diagnóstico y seguimiento del paciente” (Decreto 538, 2020). Por lo anterior el Instituto de Coloproctología junto con una entidad prestadora de salud diseñó un programa de Teleconsulta con el objetivo de mantener la calidad de atención en sus pacientes en momentos de pandemia, esta entidad dispuso de una plataforma virtual de historia clínica electrónica bajo unos estándares de seguridad, para ser utilizada tanto por su personal administrativo como sus médicos, el proceso indica que las secretarías se comunican inicialmente con el paciente y lo orientan para el manejo de este servicio, el personal médico a través de sus teléfonos celulares desde su lugar de residencia cubren la atención. Este programa comenzó el 24 de marzo con los servicios de coloproctología y

fisioterapia de piso pélvico, al día 17 de abril, después de 25 días de implementado este programa se verifico que se registraron 626 consultas y se atendieron 588 casos, esto significa un 94% de ejecución y con una resolutivita del 78% (ordenes de exámenes, formulación de medicamentos, programación de cirugías entre otros). Este tipo de estrategia que adopto el Instituto de Coloproctología surgió en base al programa de la Universidad de Washington, en Seattle, que presentó en enero 2020 el primer caso de COVID-19 en Estados Unidos y de los estudios de experiencias de estos sistemas a nivel global, la percepción del Instituto ha sido positiva frente a la telemedicina, considerando en este programa una oportunidad de apoyo al sector salud en este tiempo tan crítico, reduciendo el riesgo de contagio del personal, la carga laboral, y brindando a sus pacientes un trato justo y adecuado en sus consultas sin ser expuestos. (Velásquez, 2020)

De acuerdo a este informe realizado por el Instituto de Coloproctología es claro que la telemedicina es una opción que puede mejorar la productividad de una institución de salud en una emergencia sanitaria como la del COVID-19, teniendo en cuenta que el bienestar del personal es trascendental para el funcionamiento adecuado, la sobrecarga laboral y otros factores pueden afectar directamente sus procesos. En pro de minimizar el riesgo de exposición de cada persona por COVID-19 se puede aprovechar la tecnología existente para mejorar y facilitar la prestación de servicios de salud y el acceso a la comunidad. La telemedicina y la teleconsulta son una alternativa segura que existe para que no colapse los servicios de salud, su indiscutible ventaja es que este tipo de actividad es una forma de atención que evalúa y hace seguimiento a los pacientes de una manera virtual, protegiendo su privacidad.

Se debe tener en cuenta que esta modalidad también tiene desventajas como la implementación del programa; ya que se debe contar con los recursos financieros necesarios para adecuar equipos, redes y tecnología que no se tenían previstos, también el tiempo estimado que llevaría la puesta en marcha de este proceso. Otra desventaja que se debe tener en cuenta es que

este tipo de servicio no garantiza la cobertura de toda la población, puesto que algunos no cuentan con celular, otro tipo de población son aquellos que no saben utilizar la tecnología como videollamada, fotos o chats, y en algunas zonas rurales donde no hay señal telefónica.

Si bien los estudios relacionados hasta el momento han profundizados en la afectación en la salud física y mental de los trabajadores de la salud a causa de la atención de la actual emergencia sanitaria, no se encontró ningún que evaluara el impacto del ausentismo de los trabajadores de la salud asociado a dichas afectaciones en la salud física y mental. Por tanto, este estudio será un referente para estudios posteriores sobre el tema.

En el artículo **“Ausentismo laboral: una visión desde la gestión de la seguridad y la salud en el trabajo”**, publicado por Diana Carolina Sánchez en la revista de la universidad del bosque el 03 de octubre del 2015, argumenta que el ausentismo laboral es un factor relevante en los Sistemas de Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo, dadas las repercusiones para el trabajador, el empleador, para los sistemas de aseguramiento e incluso para la economía local y nacional. El fenómeno del ausentismo laboral es inherente a todas las organizaciones independientemente del sector económico al que pertenezca, su manejo es bastante importante en los programas de gestión y su reducción resulta ser un indicador de éxito en los programas de salud ocupacional. El ausentismo laboral genera consecuencias negativas directas e indirectas en las organizaciones en términos de costos, productividad, desgaste administrativo y recurso humano.

El cálculo real de los costos del ausentismo es muy difícil de determinar, teniendo en cuenta la complejidad de este fenómeno. Se reconocen los costos directos, que son más sencillos de calcular, y los costos indirectos, que usualmente se estiman con base en el tipo de empresa y el sector productivo de que se trate, en Colombia, los costos directos incluyen: el cubrimiento del salario base de cotización para los casos de origen laboral amparados, por parte del sistema de

riesgos laborales, y las prestaciones por incapacidades médicas de origen común hasta de dos días de duración, por parte de la empresa (Decreto 2943, 2013).

El salario total en el primer día de un accidente de trabajo y del primer día de diagnóstico de una enfermedad profesional (Decreto 1295, 1994).

El ausentismo laboral es complejo debido a que abarca múltiples factores como los son el individual, organizacional y factores externos, la medición del ausentismo es clave debido a que con este se pueden determinar las causas y se puede llegar a conclusiones con el fin de intervenirlo minimizando los costos que este genera.

En el siguiente artículo titulado “**Ausentismo laboral en el centro de atención médica inmediata Vista Hermosa I nivel, empresa social del Estado**”, publicado por Diana Carolina Bonilla Serrano, Lina Marcela Carrasco Espitia, Angélica María Flórez, Lina Paola Martínez Barbosa, Claudia Marcela Pardo Fagua en enero del 2014, indican que:

Las causas del ausentismo laboral pueden ser varias, por lo cual este es considerado por algunos autores como un fenómeno multifactorial; no siempre ocurre por las actitudes y motivación del trabajador, también pueden originarlo situaciones propias del comportamiento organizacional y del entorno de la empresa. Para Bohlander (2001) las causas del ausentismo son: enfermedad comprobada, enfermedad no comprobada, diversas razones de carácter familiar, tardanzas involuntarias por motivos de fuerza mayor, faltas voluntarias por motivos personales, dificultades y problemas financieros, problemas de transporte, baja motivación para trabajar, clima organizacional insostenible, falta de adaptación del trabajador a su puesto de trabajo, escasa supervisión de la jefatura, políticas inadecuadas de la empresa y accidentes de trabajo. El control y gestión del ausentismo laboral es importante porque “es considerado un factor que reduce seriamente la productividad”. Al disminuir el tiempo laboral efectivo se descuentan los días que el

trabajador se ausentó, calificado por los estudios como “días perdidos”. También se sabe que toda empresa u organización debe mantener al mínimo el ausentismo dentro de sus filas, porque este factor modifica de gran manera los costos derivados de este hecho, como pago de incapacidades médicas. A su vez, es un fenómeno que impacta la calidad de la atención en los servicios prestados, pues genera sobrecarga laboral a los trabajadores que deben cubrir las tareas del ausente, situación que posibilita cometer errores relativos a la carga adicional de trabajo y que puede desencadenar problemas respecto a la calidad del servicio oportuno y eficiente para los pacientes, para el caso en estudio. En Colombia, el ausentismo laboral es un problema social y de salud pública, al persistir ideas arraigadas en la cultura de los trabajadores de “hacerse incapacitar” por enfermedad o accidente laboral, lo que genera pérdida de competitividad y productividad a las empresas y gastos adicionales a las administradoras de riesgos profesionales (ARL) y a las entidades promotoras de salud (EPS). (Bonilla Serrano, y otros, 2020)

De acuerdo a este estudio se puede determinar que los factores de ausentismo en el área de la salud son múltiples debido a la carga laboral, los turnos de trabajo y “la cultura de tener uno o más trabajos al mismo tiempo” (Bonilla Serrano, y otros, 2020), se determina también que “el grado de satisfacción y el ambiente laboral son factores determinantes para presentar un mayor o menor ausentismo laboral” (Bonilla Serrano, y otros, 2020), sin embargo se pone en evidencia la necesidad de fortalecer “estrategias y medios de motivación para los trabajadores del sector salud a fin de disminuir las ausencias laborales” (Bonilla Serrano, y otros, 2020).

De acuerdo con las referencias bibliográficas consultadas y relacionadas anteriormente, se evidencia que, si bien se ha estudiado las consecuencias y riesgos laborales para los trabajadores de la salud, en situaciones de emergencias sanitarias, no se ha realizado un estudio del ausentismo en los trabajadores de la salud, asociado a la enfermedad causante de la emergencia sanitaria, ni

sus impactos en la prestación de servicios; por tanto este estudio será un precedente para futuros estudios e investigaciones.

5.2. Marco teórico

Los coronavirus representan una gran familia de virus formada por 39 especies diferentes que infectan gran variedad de especies de mamíferos y aves. En los años 60 fueron identificados dos coronavirus capaces de infectar a humanos HCoV-229E y HCoV-OC43 asociados a síndromes respiratorios leves similares a los de una gripe. (Diez, 2020)

En los años 2002 y 2003 una epidemia afectó al menos 8.098 personas en los países del sudeste asiático, de esta cifra 774 personas murieron según la OMS, de acuerdo a las investigaciones esta epidemia fue causada por un coronavirus denominado SARS-CoV, relacionado con un síndrome respiratorio agudo severo.

El origen de este virus se detectó en la provincia de Gaundong (China) en noviembre del 2002, el virus se extendió por Asia, Europa y América del Norte, pero en china se generaron el 83% de los casos, la tasa de letalidad fue del 10%. (Diez, 2020)

De acuerdo a las investigaciones el contagio del virus fue el mismo: un caso de SARS importado y hospitalizado infectó al personal de salud y a otros pacientes; éstos, a su vez, infectaron a las personas con quienes habían estado en contacto estrecho, y la enfermedad acabó propagándose a la comunidad. En las zonas afectadas, aproximadamente el 20% de todos los casos se registró entre el personal de atención de salud. Se determinó que se debía investigar en profundidad la posible existencia de un reservorio animal. Se debía identificar la fuente original del brote y comprender el modo en que el virus salta de la fuente original al ser humano para impedir los brotes futuros. (OMS, s. f.)

En el 2012 en el Medio Oriente fueron reportados los primeros casos de humanos que presentaban cuadros de enfermedad respiratoria con neumonía y algunos con enfermedad renal.

Inicialmente se sospechó sobre un nuevo brote del síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV); sin embargo, se determinó que se trataba de un nuevo coronavirus que afectaba a los humanos. A este nuevo virus se le llamó síndrome respiratorio del Medio Oriente) o por su nombre en inglés (Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus) (MERS-CoV). El virus fue identificado por primera vez en septiembre de 2012. Se reportaron brotes intrahospitalarios con transmisión al personal de atención de salud, poniendo en alerta los procedimientos de control de infecciones. Actualmente se han descrito casos en países como Francia, Italia, Alemania y Reino Unido. Desde su aparición hasta junio de 2013 se reportaron 82 casos de personas infectadas y confirmadas por laboratorio, de las cuales 45 fueron mortales. (Trujillo & Jiménez, 2014)

El primer foco del virus MERS-CoV se notificó el 19 de abril de 2012, y afectó a 11 individuos, incluidos profesionales de la salud. Entre los meses de mayo y agosto de 2012 se mostró un silencio epidemiológico donde no hubo reconocimiento de casos. La dinámica del virus fue activada y mostró evolución con pocos casos entre los meses de septiembre y noviembre, período en el que fueron reportados los primeros casos en Inglaterra. En el mes de noviembre de 2012 se presentaron 8 casos; uno notificado en Alemania, los demás en diferentes países del Medio Oriente; en febrero y marzo la casuística disminuyó. En el 2013 se reactivó la actividad viral en diferentes países empezando por Jordania, Arabia Saudita, Qatar y algunos de Europa. (Trujillo & Jiménez, 2014)

El origen de estos coronavirus que afectan a humanos se puede estudiar gracias a su información genética, una especie de DNI que tienen todos los virus. Analizando la similitud de su información genética con la de otros virus se puede llegar a trazar su origen. En el caso del brote detectado en la ciudad china de Wuhan a finales del año 2019, los científicos pudieron detectar un “DNI” de 29,903 letras. Comparando este DNI con una base de datos determinaron que este nuevo virus era muy parecido al virus SARS-CoV causante de la pandemia ocurrida en

2002-2003. Este nuevo virus, el séptimo coronavirus detectado con capacidad de infectar a humanos, se denominó SARSCoV-2 y la enfermedad que causa COVID-19. (Diez, 2020)

Los científicos vieron que, aunque era parecido al SARS-CoV, el nuevo coronavirus presentaba ciertas posiciones características que lo diferenciaban claramente del virus causante de la pandemia del 2002. Dentro de esas casi 30,000 letras que conforman el DNI del virus, hay una región muy concreta en el gen de la espícula que conforma un código necesario para que el virus pueda entrar en las células humanas y multiplicarse. Así, pudo observarse que el nuevo SARS-CoV2 a lo que más se parecía era a otros dos coronavirus no humanos, especialmente a uno detectado en murciélagos que carece del código de entrada para infectar células humanas, y a otro detectado en pangolines, cuya similitud es menor pero que si posee dicho código de entrada. (Diez, 2020)

El 31 de diciembre de 2019 la Comisión Municipal de Salud y Sanidad de Wuhan (provincia de Hubei, China) informó sobre un conglomerado de 27 casos de neumonía de etiología desconocida con inicio de síntomas el 8 de diciembre de 2019; los casos reportaban antecedente de exposición común a un mercado de mariscos, pescados y animales vivos en la ciudad de Wuhan. (Rodriguez Troncoso, 2020)

“Dado que los casos de coronavirus suelen causar síntomas respiratorios, la Organización Mundial de la Salud (OMS) emitió recomendaciones de protección personal contra la infección, para evitar el contagio de otras personas” (Rodriguez Troncoso, 2020).

La vía de transmisión del SARS-CoV-2 es principalmente por las gotas respiratorias de más de 5 micras y por el contacto directo con las secreciones que contienen el virus, aunque la vía de transmisión aérea por núcleos goticulares de menos de 5 micras también se ha descrito en procedimientos que generan aerosoles. (Rodriguez Troncoso, 2020)

En la enfermedad confirmada por SARS-CoV-2, denominada por la OMS como COVID-19, la presentación clínica ha variado desde personas infectadas con pocos síntomas o asintomáticas (80%), hasta personas con cuadros clínicos moderados o graves que pueden llevar a la muerte. Los síntomas pueden incluir: fiebre ($\geq 38^{\circ}\text{C}$), tos y dificultad para respirar. (Rodríguez Troncoso, 2020)

“Se considera que el período promedio de incubación de la enfermedad es de cinco días, con un intervalo de uno a 14 días luego de la exposición con un caso confirmado de la COVID-19” (Rodríguez Troncoso, 2020).

“Según la evidencia científica, es prudente considerar un período de al menos 14 días como límite superior del período de incubación y para ordenar el aislamiento a casos confirmados de COVID-19 y sus contactos” (Rodríguez Troncoso, 2020).

Continuando con su historia a fines de enero del 2020 ya se había secuenciado el genoma completo de este nuevo coronavirus² y la OMS declaraba una emergencia internacional, ya en marzo cerca de 200 países tenían la presencia de la enfermedad. La pandemia actual de COVID-19 producida por el recientemente denominado SARS Cov2, es la 3^a transmisión documentada de coronavirus de animales al hombre en 2 décadas. De acuerdo con estudios exhaustivos al respecto, sabemos que el SARS-CoV se transmitió de la civeta al ser humano y que se ha producido transmisión del MERS-CoV del dromedario al ser humano, ambos con una tasa de letalidad elevada, lograron ser controlados evitándose una pandemia. El SARS Cov2 tiene un origen cercano al coronavirus de murciélagos con un huésped intermediario aún desconocido. (Rodríguez Troncoso, 2020)

Al 11 de febrero de 2020 se habían reportado a nivel global alrededor de 40.553 casos, distribuidos así: China (40.224), Japón (26), Tailandia (32), Singapur (43), República de Corea (27), Malasia (18), Vietnam (14), Emiratos Árabes Unidos (7), India (3), Filipinas (3), Camboya

(1), Nepal (1), Sri Lanka (1), Alemania (14), Francia (11), Italia (3), Reino Unido (4), Rusia (2), Bélgica (1), Finlandia (1), España (2), Suecia (1), Estados Unidos (12), Canadá (7) y Australia (15); adicionalmente se han registrado 910 muertes en China y una (1) en Filipinas; sin embargo ningún caso se ha confirmado en Sudamérica. (Circular externa 005, 2020)

El día 25 de febrero de 2020, el COVID-19 es diagnosticado en América Latina cuando el Ministro de Salud de Brasil confirmó el primer caso en la región. Hasta ese momento, todos los países de Sur América estaban afectados, con más de 350 casos en Brasil. Argentina con 79 casos, fue el primer país en reportar una muerte asociada al mismo. La mayoría de los casos en América Latina son procedentes de Europa, particularmente de Italia y especialmente de ciudades del norte de dicho país. Por ello, Italia más que China, se convirtió en uno de los países a tener en cuenta en la sospecha de infección por SARS-CoV-2, seguido por España para países de América Latina. Se observó que muchos países latinoamericanos, no estaban en fase de preparación sino en fase de contención y se debieron activar en cada una de las instituciones de salud los protocolos correspondientes. En los reportes de situación de la OMS, la gran mayoría de los países de las Américas empiezan a presentar transmisión local, el día 11 de marzo de 2020, la OMS declaró al COVID-19 en situación de pandemia. (Rodrigue Morales, y otros, 2020)

El 20 de marzo de 2020, ya se registraban más de 2.000 casos: 981 en Ecuador, 911 en Chile, más de 400 en Argentina y Colombia, y alrededor de 400 en Perú y México, y la tendencia era de claro ascenso. Específicamente, a 25 de marzo de 2020, Argentina y Colombia decretan la cuarentena obligatoria; Bolivia y Chile, cierran fronteras; Ecuador y Perú, toque de queda, además de una suspensión de vuelos generalizada y restricciones en políticas migratorias. (Rodrigue Morales, y otros, 2020)

La llegada “tardía” del virus a Latinoamérica en comparación con Asia y Europa, ha abierto una ventana de oportunidad que ha permitido a la mayoría de los países tomar medidas

enérgicas tempranas tratando de frenar el avance de la pandemia, promoción de medidas de higiene más rigurosas, búsqueda y contacto de casos sospechosos, restricción de la movilidad y aglomeraciones en las calles, cierre de escuelas y universidades, expendios de comida, bares, restaurantes, locales y centros comerciales, cuarentena voluntaria u obligatoria, toques de queda nocturnos, cierre de fronteras, suspensión de vuelos internacionales, uso obligatorio de mascarillas de protección para la población general, suspensión del transporte público y otras. (Pierre Alvarez & Harris, 2020)

Sin embargo, los retos a considerar son múltiples: 1) Mantener en cuarentena prolongada a una población mayoritariamente pobre que depende del trabajo diario para subsistir va a resultar difícil, aun sabiendo que sin cuarentena ni aislamiento social las tasas de transmisión serán muy altas y la duración de la pandemia podría prolongarse en el tiempo; 2) Anticipar la llegada del brote anual estacional de influenza y dengue que podría complicar el panorama epidemiológico de la región; 3) Prever los efectos sobre las tasas de contagio del descenso de las temperaturas con la llegada del invierno en los países del sur del continente; 4) Enfrentar un problema de salud pública de tal magnitud en un escenario de limitados recursos económicos podría comprometer la aplicación de adecuadas estrategias de prevención, la necesaria realización a gran escala de test de diagnóstico rápido, lo cual se considera de vital importancia para rastrear el virus, comprender la epidemiología local y suprimir la transmisión; y, el adecuado cumplimiento de protocolos de tratamiento ambulatorio e intrahospitalario; 5) Asumir las consecuencias a mediano y largo plazo de las medidas antes mencionadas sobre economías vulnerables y en muchos casos ya comprometidas. (Pierre Alvarez & Harris, 2020)

En muchos países en Latinoamérica, los hospitales presentan condiciones de hacinamiento debido a la poca disponibilidad de recursos e infraestructura. Los servicios de emergencias en los hospitales públicos son el punto de contacto de personal de salud y pacientes

que presentan condiciones críticas de peligro evidente para la vida o episodios infecciosos agudos procedentes de la comunidad. Si bien algunos hospitales han implementado zonas de triaje diferenciado para la atención de aquellos con síntomas leves o asintomáticos, en escenarios de transmisión comunitaria los infectados con COVID-19 pueden llegar con otras enfermedades y no ser aislados adecuadamente con el riesgo inminente de diseminar la enfermedad a nivel descomunal, un evento que ya ha sido reportado para esta enfermedad. (Gamboa, 2020)

Oficialmente, la epidemia de COVID-19 en Colombia se inició el viernes 6 de marzo 2020 cuando se confirmó el primer caso en el país, como era de esperar, a los casos importados se fue agregando la transmisión local. En las primeras dos semanas el número de casos de transmisión comunitaria pasó de doscientos. Para el lunes 23 de marzo, y tras la declaratoria de pandemia por la Organización Mundial de la Salud, el presidente de la República ordenó la cuarentena a nivel nacional, cuarentena que ya había sido instaurada en la capital del país, desde el 19 de marzo por la Alcaldía Distrital. Estas medidas se sumaban a los cierres de instituciones educativas, la prohibición de eventos masivos (incluyendo las festividades religiosas de la Semana Santa, y las precauciones individuales como higiene de manos y distanciamiento físico que ya se venían promoviendo. El Instituto Nacional de Salud (INS) dirigió el equipo que determinó la secuencia genómica del SARS-CoV-2 de dos pacientes locales. Varias asociaciones médicas, lideradas por la Asociación Colombiana de Infectología empezaron a publicar guías de manejo para orientar a los profesionales de la salud, y algunos grupos de investigación empezaron a realizar modelos predictivos para apoyar la toma de decisiones gubernamentales. (Rosselli, 2020)

Actualmente, se está realizando en estudio sobre una vacuna para MERS-CoV y se han iniciado tres programas para desarrollar vacunas contra el 2019-nCoV. Existen nuevas tecnologías que aceleran la producción de productos de vacunas. Existe la “tecnología de

plataforma'', un sistema que utiliza una estructura con los mismos componentes básicos y que su uso se puede adaptar a diferentes patógenos mediante la inserción de nuevas dianas genéticas o secuencias proteicas. Finalmente, solo las medidas preventivas llevarán a la epidemia a su fin. Para la población en general, cualquiera que visite los mercados de animales debe practicar medidas generales de higiene, incluido el lavado regular de manos después de tocar animales o productos de origen animal, evitar tocarse los ojos, la nariz o la boca con las manos y evitar el contacto con animales enfermos. Cualquier contacto con animales salvajes en el mercado debe evitarse estrictamente. Se debe evitar el consumo de productos crudos o poco cocidos. La carne cruda, la leche o los órganos animales deben manipularse con cuidado para evitar la contaminación cruzada con alimentos poco cocidos. Para los médicos, se debe obtener un historial de viaje detallado en aquellos pacientes con fiebre y síntomas respiratorios. (Ena & Wenzel, 2020)

5.3. Marco legal

El 7 de enero de 2020 la Organización Mundial de la Salud, identificó el nuevo coronavirus COVID-19 y declaró este brote como emergencia de salud pública de importancia internacional. El 6 de marzo de 2020 el Ministerio de Salud y de la Protección Social dio a conocer el primer caso de brote de enfermedad por coronavirus - COVID-19 en el territorio nacional. El 9 de marzo de 2020 la Organización Mundial de la Salud, solicitó a los países la adopción de medidas prematuras con el objetivo de detener la transmisión y prevenir la propagación del virus. El 11 de marzo de 2020 la Organización Mundial de la Salud - OMS declaró el actual brote de enfermedad por coronavirus - COVID-19 como una pandemia esencialmente por la velocidad de su propagación y la escala de trasmisión, toda vez que al 11 de marzo de 2020 a la OMS se habían notificado cerca de 125.000 casos de contagio en 118 países y que a lo largo de esas últimas dos semanas el número de casos notificados fuera de la República

Popular China se había multiplicado en 13 veces, mientras que el número de países afectados se había triplicado, por lo que instó a los países a tomar acciones urgentes y decididas para la identificación, confinación, aislamiento y monitoreo de los posibles casos y tratamiento de los casos confirmados. (Presidencia de la República, 2020)

La misma Organización señaló que describir la situación como una pandemia no significaba que los países afectados pudieran darse por vencidos, pues esto significaría terminar enfrentándose a un problema mayor y a una carga más pesada para el sistema de salud, que a la postre requeriría medidas más severas de control y por tanto, los países debían encontrar un delicado equilibrio entre la protección a la salud, la prevención de los trastornos sociales y económicos y el respeto de los derechos humanos, razón por la cual hizo un llamado a los países afectados para que adopten una estrategia de contención. (Presidencia de la República, 2020)

Teniendo en cuenta este panorama, en Colombia se expide la siguiente normatividad:

- **Declaración de emergencia sanitaria**

Resolución 385 del 12 de marzo de (2020), “Por la cual se declara la emergencia sanitaria por causa del coronavirus COVID-19 y se adoptan medidas para hacer frente al virus”, declara la emergencia sanitaria en el territorio nacional hasta el 30 de mayo de 2020 o hasta que desaparezcan las causas que le dieron origen y establece las medidas sanitarias para prevenir y controlar la propagación del virus en el territorio nacional, así como impulsar al sector público y privado la prestación del servicio a través de teletrabajo.

Posteriormente, a través de la **Resolución 844 del 26 de mayo de (2020) “Por la cual se prorroga la emergencia sanitaria por el nuevo Coronavirus que causa la COVID -19, se modifica la Resolución 385 del 12 de marzo de 2020, modificada por la Resoluciones 407 y 450 de 2020 y se dictan otras disposiciones”,** estableciendo la emergencia sanitaria en todo el

territorio nacional hasta el día 31 de agosto de 2020 y establece que esta podría terminar antes si las causas que dieron origen a la emergencia desapareciesen.

- **Declaración de emergencia económica, social y ecológica**

Decreto 417 del 17 de marzo de (2020), “Por el cual se declara un Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica en todo el territorio Nacional”, hasta el 17 de abril de 2020 (30 días calendario), con el fin de expedir los decretos legislativos que ayuden a conjurar la crisis generada por la pandemia del COVID-19.

A pesar de que en virtud del Decreto 417 de 2020 se tomaron medidas para atender los efectos adversos generados a la actividad productiva, procurando el mantenimiento del empleo y la economía, a la fecha se han presentado nuevas circunstancias, como es la necesidad de mantener el aislamiento social obligatorio y la imposibilidad de las empresas de seguir continuando su actividad comercial e industrial (Presidencia de la República, 2020)

y por tanto continuar cumpliendo con las obligaciones y compromisos adquiridos con sus empleados y otras causas, lo que ha generado una disminución significativa en la actividad económica del país. por tanto, se expide el **Decreto 637 del 6 de mayo de (2020).**”, hasta el 6 de junio de 2020.

- **Aislamiento preventivo**

Con los primeros casos confirmados en el territorio nacional, todos considerados casos importados, se define aislamiento preventivo de los pasajeros provenientes de los países con circulación activa, mediante la **Resolución No. 0380 del 10 de marzo de 2020, “Por la cual se adoptan medidas preventivas sanitarias en el país, por causa del coronavirus COVID2019 y se dictan otras disposiciones”**, “ordenando medidas preventivas sanitarias de aislamiento y

cuarentena de las personas que, a partir de la entrada en vigencia de la citada resolución, arribaran a Colombia desde la República Popular China, Francia, Italia y España” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020).

El 11 de marzo de 2020, la OMS declara que el brote de COVID-19 es una pandemia por lo cual se hace necesario tomar medidas complementarias a las dictadas mediante la Resolución 380 de 2020, a través de la **Resolución 385 del 12 de Abril de (2020), “Por la cual se declara la emergencia sanitaria por causa del coronavirus COVID-19 y se adoptan medidas para hacer frente al virus”** estableciendo las medidas preventivas de aislamiento y cuarentena por un término de 14 días para todos los viajeros que tengan su residencia en el territorio nacional, además de otras medidas sanitarias.

La Resolución 844 (2020), además de ampliar la emergencia sanitaria, también modifica el artículo 2 de la resolución 385 de 2020 en el sentido de ordenar la implementación de los protocolos de bioseguridad a cada sector que cuente con uno, así como extender las medidas sanitarias de aislamiento y cuarentena preventivo para personas mayores de 70 años.

La Resolución 464 del 18 de marzo de (2020) “Por la cual se adopta Medida sanitaria obligatoria de aislamiento preventivo, para proteger a los adultos mayores de 70 años.” Ordena el aislamiento preventivo para las personas mayores de 70 años hasta el 30 de mayo de 2020 y establece algunas excepciones.

El Decreto 531 del 8 de abril de (2020) “Por el cual se imparten instrucciones en virtud de la emergencia sanitaria generada por la pandemia del Coronavirus COVID-19, y el mantenimiento del orden público”.

Ordenando el aislamiento preventivo obligatorio de todas las personas habitantes de República de Colombia, a partir cero horas (00:00 a.m.) del día 13 de abril 2020, hasta las

cero horas (00:00 a.m.) del día 27 de abril de 2020, en el marco de la emergencia sanitaria por causa del Coronavirus COVID-19. (Decreto 531, 2020)

A partir de este decreto se han expedido 4 decretos derogatorios, quedando vigente el Decreto 990 del 9 de julio de 2020.

El Decreto 593 de (2020), deroga el Decreto 531 de 2020 “Por el cual se imparten instrucciones en virtud de la emergencia sanitaria generada por la pandemia del Coronavirus COVID-19, y el mantenimiento del orden público” el Gobierno Nacional aumenta de 35 a 41 las actividades económicas exceptuadas del aislamiento preventivo obligatorio, además decreta el aislamiento preventivo para todos los colombianos a partir de las cero horas (00:00 a.m.) del día 27 de abril 2020, hasta las cero horas (00:00 a.m.) del día 11 de mayo de 2020.

El Decreto 636 del 6 de mayo de (2020), deroga el Decreto 593 de 2020 “Por el cual se imparten instrucciones en virtud de la emergencia sanitaria generada por la pandemia del Coronavirus COVID-19, y el mantenimiento del orden público”.

Ordenando el aislamiento preventivo obligatorio de todas las personas habitantes de la República de Colombia, a partir de las cero horas (00:00 a.m.) del día 11 de mayo de 2020, hasta las cero horas (00:00 a.m.) del día 25 de mayo de 2020; además se permite el derecho de circulación de las personas en algunos casos y actividades especiales; para iniciar las respectivas actividades, deberán cumplir con los protocolos de bioseguridad que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social para el control de la pandemia del Coronavirus COVID -19. Así mismo, deberán atender las instrucciones que para evitar la propagación del Coronavirus COVID-19 adopten o expidan los diferentes ministerios y entidades del orden nacional y territorial. (Decreto 636, 2020)

El Decreto 749 del 28 de mayo de (2020), deroga el Decreto 636 de 2020 “Por el cual se imparten instrucciones en virtud de la emergencia sanitaria generada por la pandemia del Coronavirus COVID-19, y el mantenimiento del orden público”

Limita totalmente la libre circulación de personas y vehículos en el territorio nacional, con 43 excepciones que buscan garantizar el derecho a la vida, a la salud y la supervivencia de los colombianos. Según la norma, en el grupo de las excepciones se incluye la asistencia y prestación de servicios de salud; adquisición y pago de bienes de primera necesidad; desplazamiento a servicios bancarios y servicios notariales; asistencia y cuidado a niños y adolescentes, personas mayores de 70 años, personas con discapacidad y enfermos con tratamientos especiales que requieren asistencia de personal capacitado entre otras.

El Decreto 990 del 9 de julio de 2020, “**Por el cual se imparten instrucciones en virtud de la emergencia sanitaria generada por la pandemia del Coronavirus COVID-19, y el mantenimiento del orden público**”

Deroga el Decreto 749 de 2020, ampliando el aislamiento preventivo obligatorio de todas las personas en todo el territorio nacional hasta el 1 de agosto de 2020, hasta las cero horas, con 44 excepciones. Indicada igualmente procurar por el teletrabajo y trabajo en casa. (Decreto 990, 2020)

Decreto 1076 del 28 de julio de 2020 “Por el cual se imparten instrucciones en virtud de la emergencia sanitaria generada por la pandemia del Coronavirus COVID-19, y el mantenimiento del orden público”

Ordena el aislamiento preventivo a partir de las cero horas (00:00 a.m.) del día 1 de agosto de 2020, hasta las cero horas (00:00) del día 1 de septiembre de 2020, se limita la libre circulación de personas y vehículos en el territorio nacional, con las excepciones previstas en el Decreto 990 y dos nuevas. se destacan las actividades de los puertos de

servicio público y privado, exclusivamente para transporte de carga; las actividades de dragado marítimo y fluvial, la ejecución de obras de infraestructura de transporte y obra pública, cadena de suministros de materiales e insumos; operación aérea y aeroportuaria (para emergencia humanitaria, transporte de carga y mercancía y caso fortuito o fuerza mayor), actividades de la industria hotelera, y en total se tienen 46 excepciones.

(Presidencia de la república, 2020)

Decreto 1168 de 2020 “Por el cual se imparten instrucciones en virtud de la emergencia sanitaria generada por la pandemia del Coronavirus COVID - 19, y el mantenimiento del orden público y se decreta el aislamiento selectivo con distanciamiento individual responsable”, imparte instrucciones y estipula qué va a pasar a partir del 1 de septiembre cuando inicie la fase que ha sido denominada “aislamiento selectivo con distanciamiento individual responsable”.

En primera instancia en los municipios de alta afectación del coronavirus, como es el caso de Bogotá, los alcaldes, con la debida autorización del Ministerio del Interior y previo concepto del Ministerio de Salud, podrán restringir las actividades, áreas, zonas y hogares que consideren pertinentes para la realización de un aislamiento selectivo y focalizado, de acuerdo con la variación en el comportamiento de la pandemia. (Decreto 1168, 2020)

- **Medidas de promoción, prevención en el trabajo y protección al empleo**

Circular 017 del 24 de febrero de 2020, del Ministerio de Trabajo, indica los lineamientos mínimos a implementar de promoción y prevención para la preparación, respuesta, y atención de casos de enfermedades por COVID-19, por parte de empleadores, contratantes, ARL y trabajadores, haciendo énfasis en la protección del personal, el cumplimiento de protocolos, autocuidado, uso y suministro de EPP, capacitación y

difusión de información oficial del Ministerio de Salud y Protección Social. (Circular No 0017, 2020)

Circular 018 del 10 de marzo de 2020, circular conjunta del Ministro de Salud y Protección Social, ministro del Trabajo y director del Departamento Administrativo de la Función Pública, en la cual se establece Acciones de contención ante el COVID-19 y la prevención de enfermedades asociadas al primer pico Epidemiológico de Enfermedades Respiratorias. Se insta a tomar las siguientes acciones, para minimizar los efectos negativos en la salud los organismos y las entidades del sector público y privado, medidas temporales como teletrabajo, adoptar horarios flexibles, disminuir el número de reuniones, los trabajadores a través de su empleador deberán reportar su estado de salud, la empresa deberá tener en cuenta las medidas de prevención. (Circular 0018, 2020)

Circular 021 del 17 de marzo de 2020, del Ministerio de Trabajo, indica medidas de protección al empleo en ocasión de la fase de contención del COVID-19 y de la declaración de emergencia sanitaria, en la cual se establece el trabajo en casa, teletrabajo, jornada laboral flexible, vacaciones anuales, anticipadas y colectivas, permisos remunerados. (Circular No 0021, 2020)

Circular 033 del 17 de abril de 2020, del Ministerio de Trabajo, indica las medidas de protección del empleo en fase de mitigación del nuevo coronavirus COVID-19, establece mecanismos adicionales para la protección al empleo: Licencia remunerada compensable, modificación de la jornada laboral y concertación de salario, modificación o suspensión de beneficios extralegales, concertación de beneficios convencionales. (Circular 0033, 2020)

Lineamientos para prevención control y reporte de accidente por exposición ocupacional al COVID-19 en instituciones de salud, del 25 de marzo de 2020, indica los

lineamientos de bioseguridad para prevenir la exposición ocupacional a la COVID-19 en trabajadores de la salud. (Resolución 385, 2020)

Resolución 666 del 24 de abril de 2020, “Por medio de la cual se adopta el protocolo general de bioseguridad para mitigar, controlar y realizar el adecuado manejo de la pandemia Coronavirus COVID-19”

Orienta las medidas generales de bioseguridad en el marco de la pandemia del COVID-19 para adaptar en los diferentes sectores, excepto en el sector salud, con el objetivo de disminuir el riesgo de transmisión del virus de humano a humano durante el desarrollo de todas sus actividades. (Resolución 666, 2020)

Lineamientos para kit de elementos básicos de protección para personal de la salud, del 10 de junio de 2020, “indica los Elementos de Protección Personal, de acuerdo a las actividades realizadas” (Lineamientos para Kit de Elementos Básicos de Protección para personal de la salud, 2020).

Resolución 1155 del 14 de Julio de 2020, “Por medio de la cual se adopta el protocolo de bioseguridad para el manejo y control del riesgo del coronavirus COVID-19 en la prestación de los servicios de salud, incluidas las actividades administrativas, de apoyo y alimentación”. “Orienta las medidas generales de bioseguridad que se deben adoptar en las actividades de los prestadores de servicios de salud, con el fin de disminuir el riesgo de transmisión del virus de humano a humano durante la atención prestada” (Resolución 1155, 2020).

- **Enfermedad profesional directa**

En el artículo 13 del **Decreto 538 del 2020**, se establece:

Requisitos para inclusión del Coronavirus COVID-19 como enfermedad laboral directa. Elimínense los requisitos de que trata el párrafo 2 del artículo 4 de la Ley 1562

de 2012 para incluir dentro de la tabla de enfermedades laborales, el Coronavirus COVID-19 como enfermedad laboral directa, respecto de los trabajadores del sector salud, incluyendo al personal administrativo, de aseo, vigilancia y de apoyo que preste servicios en las diferentes actividades de prevención, diagnóstico y atención de esta enfermedad. (Decreto 538 , 2020)

Las entidades Administradoras de Riesgos Laborales -ARL-, desde el momento en que se confirme el diagnóstico del Coronavirus COVID-19, deben reconocer todas las prestaciones asistenciales y económicas derivadas de la incapacidad de origen laboral por esa enfermedad, sin que se requiera la determinación de origen laboral en primera oportunidad o el dictamen de las juntas de calificación de invalidez. (Decreto 538, 2020)

En atención al decreto anterior, se expide **el Decreto 676 del 19 de Mayo de 2020, “Por el cual se incorpora una enfermedad directa a la tabla de enfermedades laborales y se dictan otras disposiciones”,**

Modifica el artículo 4 del Decreto 1477 de 2014 en el sentido de que será considerada como una enfermedad directa la enfermedad COVID-19 Virus identificado - COVID-19 Virus no identificado señalada en la Sección 11 Parte A del Anexo Técnico del decreto en mención las la contraída por los trabajadores del sector de la salud, incluyendo al personal administrativo, de aseo, vigilancia y de apoyo que preste servicios en las diferentes actividades de prevención, diagnóstico y atención de esta enfermedad. (Decreto 676, 2020)

- **Prestación de servicios de salud durante la emergencia**

Circular externa 00005 del 11 de febrero de (2020), del Ministerio de Salud y Protección Social, con asunto “Directrices para la detección temprana, el control y la atención ante la posible introducción del nuevo coronavirus (2019 Covid) y la

implementación de los planes de preparación y respuesta ante el riesgo, establece las acciones de preparación de emergencia para cada actor del sistema de salud.

Circular 019 del 8 de mayo de (2020), del Ministerio de Salud y Protección Social, con asunto Detección Temprana SARS CoV-2/COVID-19, indicando el procedimiento para poder detectar y cómo actuar frente al COVID-19, se imparten recomendaciones, protocolo cuando se detecte, y obligatoriedad cuando se evidencia un posible contagio.

La Resolución 521 del 28 de marzo de (2020), “Por la cual se adopta el procedimiento para la atención ambulatoria de población en aislamiento preventivo obligatorio con énfasis en población con 70 años o más o condiciones crónicas de base o inmunosupresión por enfermedad o tratamiento, durante la emergencia sanitaria por COVID”, en la cual se indica la atención domiciliaria y la teleconsulta como estrategia para proteger a dicha población.

Decreto 538 del 12 de abril de (2020), “Por el cual se adoptan medidas en el sector salud, para contener y mitigar la pandemia de COVID-19 y garantizar la prestación de los servicios de salud, en el marco del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica”, “el cual indica medidas de garantía y protección del talento humano en salud, reglamentando el llamado a prestar servicio, reconocimiento económico temporal para el talento humano de primera línea de atención”.

Igualmente reglamenta recursos económicos adicionales desde la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud -ADRES a las Entidades Promotoras de Salud -EPS, por concepto de incapacidades asociadas a enfermedades generales de origen común derivadas del diagnóstico confirmado por COVID-19, y la compensación económica temporal para el afiliado al Régimen Subsidiado con

diagnóstico confirmado de Coronavirus COVID-19. (Ministerio de salud y protección social, 2020)

Resolución 628 del 23 de abril de 2020, “Por la cual se definen los criterios, el procedimiento y las fases del llamado talento humano en salud para reforzar o apoyar a los prestadores de servicios de salud durante la etapa de mitigación de la pandemia por coronavirus COVID-19”, define los criterios “para el llamado del talento humano cuando luego de adelantar las convocatorias no se logró vinculación del talento humano en salud requerido, medidas ante la insuficiencia de personal con distintos mecanismos para suplir la demanda de profesionales de la salud”. (Resolución 628 de 2020, 2020)

- **Equipos de protección personal**

Decreto 488 del 27 de marzo de 2020, Por el cual se dictan medidas de orden laboral, dentro del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica decretada mediante el decreto 417 de 2020”, indica el porcentaje de distribución de los recursos del sistema de riesgos para apoyo la emergencia sanitaria, entre ellos, la compra de EPP, chequeos médicos frecuentes de carácter preventivo y diagnóstico, y acciones de intervención directa relacionadas con la contención y atención del Coronavirus COVID-19, destinados a los trabajadores de sus empresas afiliadas, que, con ocasión de las labores que desempeñan, están directamente expuestos al contagio del virus. (Decreto 417 de 2020, 2020)

Circular 029 del 3 de abril de (2020), del Ministerio de Trabajo, con asunto: Los elementos de protección personal son responsabilidad de las empresas o contratantes; ante la presente emergencia por COVID-19, las administradoras de riesgos laborales apoyaran a los empleadores o contratantes en el suministro de dichos elementos exclusivamente para los trabajadores con exposición directa a COVID-19, Las empresas deben

suministrar a sus trabajadores los elementos de protección personal, además deberán implementar espacios de trabajo seguros para prevenir el contagio y propagación del COVID-19.

- **Lineamiento para la atención de casos**

El Instituto Nacional de Salud (2020), expide el **Instructivo para la vigilancia en salud pública intensificada de infección respiratoria aguda y la enfermedad asociada al nuevo coronavirus 2019 (COVID-19)**, documento que es actualizado de acuerdo al comportamiento de la pandemia a nivel internacional y nacional. A la fecha se encuentra en su versión 12, del 24 de julio de 2020, y allí se indica las definiciones de caso, es decir los criterios que debe cumplir una persona para considerarse como caso sospechoso y/o confirmado para COVID19.

En el caso de los trabajadores de la salud, se puede presentar los siguientes casos:

- Trabajador de la salud con al menos uno de los síntomas indicados en la definición 1, que requiere hospitalización
- Trabajador de la salud con al menos uno de los síntomas indicados en la definición 2, que no requiere hospitalización
- Trabajador de la salud que muere por infección respiratoria aguda grave
- Trabajador de la salud, que tuvo contacto estrecho con caso confirmado de COVID-19 y no ha manifestado síntomas en los primeros 7 días posteriores a la exposición no protegida.

Se considera contacto estrecho en los trabajadores de la salud:

Cualquier trabajador en triage, consulta, central de muestras, laboratorio, salas de procedimientos, observación, hospitalización o vigilancia en salud pública con exposición

no protegida. Trabajador de la salud que no utilizó respirador de alta eficiencia N95 o superior durante la atención del caso confirmado de COVID-19 en procedimientos que generan aerosoles (por ejemplo: reanimación cardiopulmonar, intubación, extubación, broncoscopia, endoscopia, terapia con nebulizador, inducción de esputo, procedimientos que estimulan el reflejo de la tos). Trabajador de salud del ámbito hospitalario o domiciliario que realizó atención clínica (examen físico, obtención de muestras, aspirado de secreciones, etc.) o atención al usuario (personal administrativo) a pacientes confirmados de COVID-19 y no utilizó los elementos de protección personal completos y adecuadamente. Las exposiciones del personal sanitario también incluyen contacto a menos de dos metros por más de 15 minutos con un caso de COVID-19 o contacto con material potencialmente infeccioso de COVID-19 y no usó de los elementos de protección personal completos y adecuadamente.

Tanto a los casos como a sus contactos estrechos les es indicado aislamiento preventivo obligatorio en casa y las demás pautas no farmacológicas promovidas por el gobierno nacional, que incluyen el lavado de manos, la higiene y etiqueta respiratoria y la limpieza y desinfección de superficies de mayor contacto.

A los contactos estrechos asintomáticos se les debe tomar la muestra correspondiente a los siete días del último contacto sin protección, en el caso de ser negativos, deben mantenerse en aislamiento preventivo por 7 días más desde la fecha de la toma de la muestra.

- **Lineamiento para la toma de muestras**

Los criterios para el uso de las pruebas diagnósticas moleculares y pruebas de antígenos y serológicas, se encuentran definidas en los “Lineamientos para el uso de pruebas moleculares RT-PCR y pruebas de antígeno y serológicas para SARS-CoV-2

(COVID-19) en Colombia”, el cual a la fecha se encuentra en la versión 5, del 22 de julio de 2020. Dicho documento indica en tipo de prueba a realizar para cada caso, y la conducta a seguir de acuerdo a los resultados y criterio médico de acuerdo a nexo epidemiológico y/o presencia de síntomas. Para el caso específico de los trabajadores se realiza el procedimiento diagramado en el mismo documento:

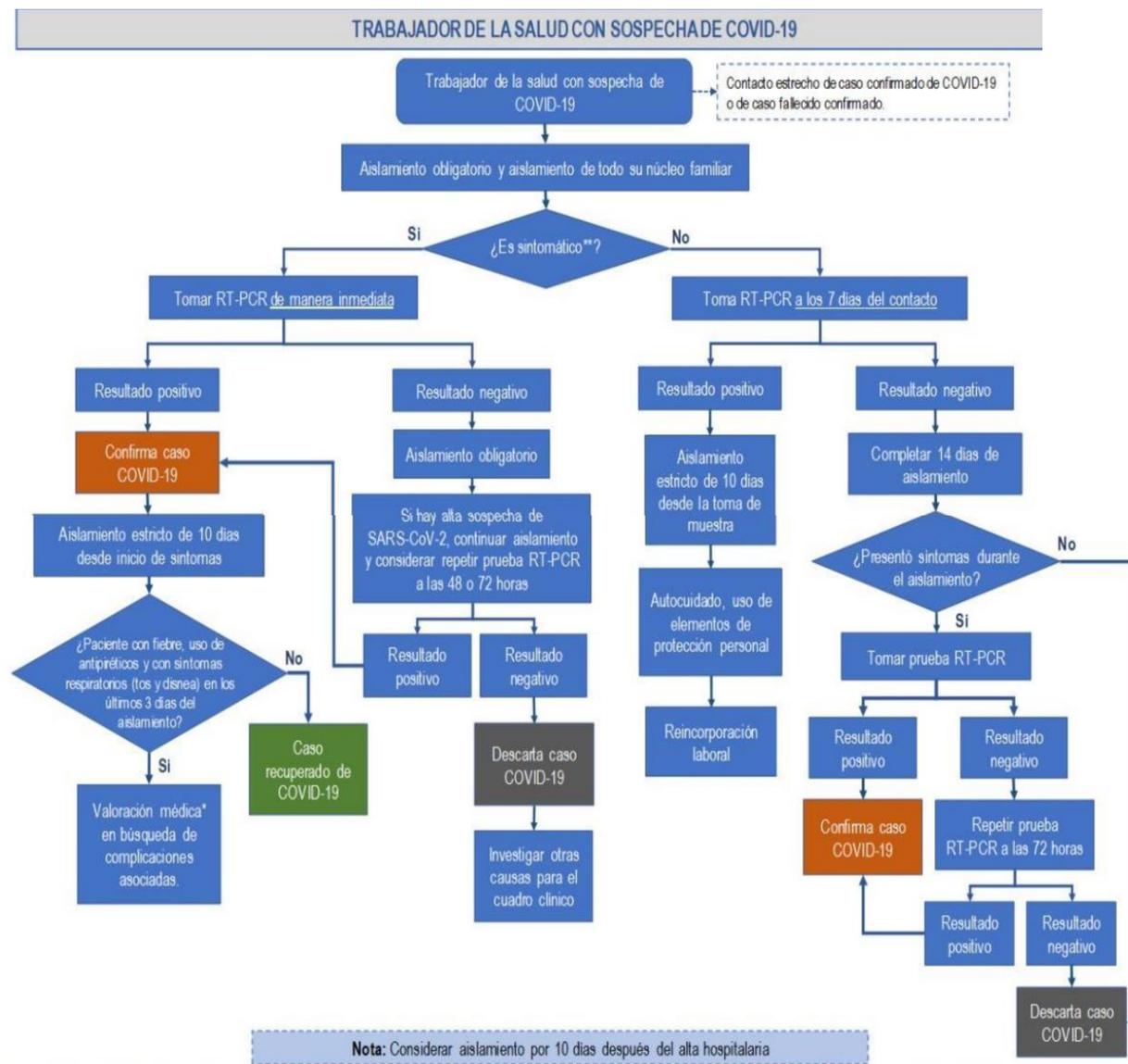


Ilustración 1. Metodología para trabajador con sospecha de COVID-19.

En las consideraciones finales del lineamiento se indica, entre otras:

- El aislamiento preventivo obligatorio debe iniciarse con la presunción diagnóstica.
- No es necesario una prueba diagnóstica positiva para el inicio del aislamiento.
- En todo caso todo paciente con presunción debe estar aislado con su núcleo familiar.
- No deben exigir una prueba para COVID-19 para ingresar al trabajo.
- La incapacidad se dará para pacientes sintomáticos o asintomáticos en el cual exista un riesgo en su salud avalado y certificado por el profesional médico.

Circular 064 del 07 de octubre de (2020) del Ministerio de Trabajo, con asunto: acciones mínimas de evaluación e intervención de los factores de riesgo psicosocial, promoción de la salud mental y la prevención de problemas y trastornos mentales en los trabajadores en el marco de la actual emergencia por SARS-COV-2 (COVID 19) en Colombia. Imparte directrices para la prevención de problemas y trastornos mentales durante la pandemia por COVID-19. El trabajo en casa no debe superar las 8 horas diarias 48 horas a la semana, las horas extras no podrán exceder 2 horas diarias 10 horas semanales.

Decreto 1374 de (2020) “Por el cual se optimiza el Programa de Pruebas, Rastreo y Aislamiento Selectivo Sostenible - PRASS, para el monitoreo y seguimiento de casos y contactos de COVID - 19 en Colombia”, se actualiza el Programa de Pruebas, Rastreo y Aislamiento Selectivo Sostenible – PRASS con el fin de describir con mayor detalle las responsabilidades de todos los actores y especificar el alcance del programa. En las principales actualizaciones de este Decreto está la creación del Centro de Contacto Nacional de Rastreo – CCNR, que tendrá capacidad de realizar más de 100 mil llamadas diarias a todos los casos potenciales de contagio por haber estado en contacto con personas diagnosticadas con el virus o con probabilidad de tenerlo en su contacto inicial, y posterior seguimiento.

5.4. Hipótesis

La presente investigación demostrará que los impactos del ausentismo generados por la emergencia sanitaria de COVID-19, inciden negativamente en el rendimiento financiero, en la productividad del hospital y desmejoran la calidad del servicio; provocando efectos en los trabajadores que deterioran su salud y calidad de vida.

6. Marco metodológico

A continuación, se describe la metodología utilizada en el desarrollo del presente estudio, así como el procedimiento y análisis de la información.

6.1. Paradigma de la Investigación

El conocimiento de los paradigmas de investigación nos ayuda a situarnos y conocer mejor el modelo o modelos metodológicos en los que nos propongamos encuadrar un estudio empírico. Desde la propia investigación es necesario comprender los fenómenos que se van desarrollando para desencadenar propuestas de mejora permanente dentro de un contexto de profesionales, investigadores y alumnado que comparten concepciones cercanas sobre los planteamientos por los que se opte en una investigación. (Lorenzo, 2006)

El paradigma de la presente investigación lo consideramos interpretativo, por cuanto se hace un análisis global de la situación de ausentismo que se ha presentado por la emergencia sanitaria COVID -19 en el Hospital San Vicente de Paúl en Santa Rosa de Cabal, con los datos proporcionados y registros que maneja la institución, con el fin de identificar el comportamiento durante los meses de marzo hasta octubre del año 2020.

El paradigma interpretativo emerge como: "...alternativa al paradigma racionalista, puesto que en las disciplinas de ámbito social existen diferentes problemáticas, cuestiones y restricciones que no se pueden explicar ni comprender en toda su extensión desde la metodología cuantitativa". (Godínez, 2013)

La base epistemológica de este paradigma es el construccionismo de Seymour Papert que se detona a partir de la concepción de aprendizaje según la cual, la persona aprende por medio de su interacción con el mundo físico, social y cultural en el que está inmerso. Así que el conocimiento será el producto del trabajo intelectual propio y resultado de las vivencias del individuo desde que nace. (Godínez, 2013)

6.2. Método de la Investigación

El enfoque de esta investigación es cualitativo, el propósito de este estudio no es medir las variables involucradas sino entenderlas, es por eso que a partir de los hallazgos encontrados referentes al ausentismo que se ha presentado en la población trabajadora del hospital por la emergencia sanitaria realizaremos un diagnóstico de dicha situación, determinando las áreas y cargos más representativos en este evento, al igual que identificaremos los motivos y los costos generados que han caracterizado esta ausencia por la emergencia sanitaria.

En la perspectiva cualitativa, la primacía de su interés radica en la descripción de los hechos observados para interpretarlos y comprenderlos en el contexto global en el que se producen, con el fin de explicar los fenómenos. Algunos de sus atributos son centrar su atención en el proceso, el descubrimiento, la conexión con los datos, el holismo, el naturalismo, entre otros. Los que ven esta cuestión en términos de un contraste entre paradigmas proporcionan, por lo general, toda una lista de atributos de los que se basan para afirmar sus convicciones – distinciones que les permiten distinguir las concepciones globales cuantitativa y cualitativa. (Brasileiro, 2009)

El enfoque cualitativo puede concebirse como un conjunto de prácticas interpretativas que hacen al mundo “visible”, lo transforman y convierten en una serie de representaciones en forma de observaciones, anotaciones, grabaciones y documentos. Es naturalista (porque estudia los fenómenos y seres vivos en sus contextos o ambientes naturales y en su cotidianidad) e interpretativo (pues intenta encontrar sentido a los fenómenos en función de los significados que las personas les otorguen). En la aproximación cualitativa hay una variedad de concepciones o marcos de interpretación, que guardan un común denominador: todo individuo, grupo o sistema social tiene una manera única de ver el mundo y entender situaciones y eventos, la cual se construye por el inconsciente, lo transmitido por otros y por la experiencia, y mediante la

investigación, debemos tratar de comprenderla en su contexto. (Metodología de la investigación , 2014)

6.3. Tipo De Investigación

La presente investigación es de tipo observacional descriptiva transversal, mediante la cual describimos y analizamos cómo se presenta el ausentismo generado por la emergencia sanitaria durante los meses de marzo a octubre del año 2020, afectando la productividad, la sostenibilidad económica, prestación de servicio y las condiciones laborales en una institución de salud pública de primer nivel de atención. Los diseños de investigación transaccional o transversal tienen como propósito describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado. Es como “tomar una fotografía” de algo que sucede. (Sampieri, 2014)

Los estudios descriptivos sirven para analizar cómo es y cómo se manifiesta un fenómeno y sus componentes. Mediante este tipo de investigación, que utiliza el método de análisis, se logra caracterizar un objeto de estudio o una situación concreta, señalar sus características. Su objetivo es describir la estructura de los fenómenos y su dinámica, identificar aspectos relevantes de la realidad. (Rivero, 2008)

6.4. Fases de estudio

La investigación se llevará a cabo con las siguientes fases:

Fase I: en esta fase se tomará la base de datos que contiene los registros de ausentismos con caracterización socio demográfica, de los meses de marzo, abril, mayo, junio, julio, agosto, septiembre y octubre del año 2020, de todo el personal del Hospital distribuidos en cargos y áreas, y se determinara cuáles han sido las áreas y cargos con más eventos y días de ausencia.

Fase II: En esta fase a través del registro de ausentismo proporcionado por el Hospital, se hará el cálculo de los costos por cada trabajador ausentado durante los meses de marzo hasta

octubre del año 2020, determinando los efectos económicos por mes e identificando cual es el área y cargo que ha generado mayor costo.

Fase III: A través de los registros de ausentismo por la emergencia sanitaria obtenidos de la base de datos, identificar y clasificar los motivos de cada una de las ausencias generadas por el COVID-19, y analizar dichos datos con la prestación de servicio y productividad del hospital.

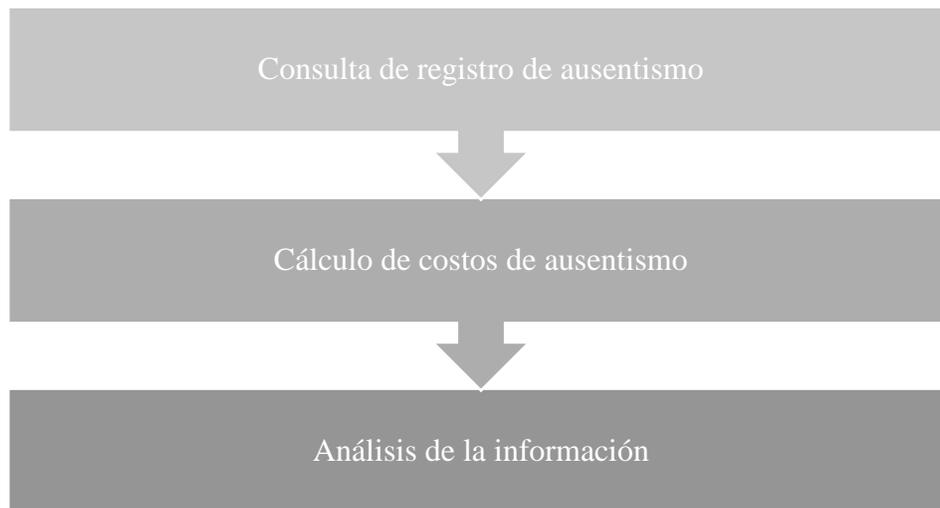


Ilustración 2. Fases del diagnóstico.

6.5. Criterios de Inclusión

Todos los registros de empleados que se ausentaron por 1 día o más por la emergencia sanitaria durante los meses de marzo a octubre del año 2020 por síntomas asociados a COVID-19 a quienes se les haya tomado prueba confirmatoria para COVID-19, trabajadores asintomáticos contactos estrechos de casos confirmados, y trabajadores con síntomas gripales que no cumplen criterios para la toma de la muestra confirmatoria para COVID-19, pero que igualmente se debe aislar.

6.6. Criterios de Exclusión

Todos los registros de personal que no laboró durante los meses de marzo a octubre del año 2020 por incapacidad, licencia, u otro tipo de motivo diferente al de COVID-19.

6.7. Recolección de la información

La información requerida para llevar a cabo la investigación, se tomarán las siguientes fuentes:

- **Principal:** Registro de ausentismo asociado a COVID-19, del E.S.E Hospital San Vicente de Paúl.
- **Secundarias:** Lineamientos, protocolos, documentos técnicos e instructivos elaborados por el Instituto Nacional de Salud y el Ministerio de Salud, para la atención de la emergencia sanitaria generada por la pandemia COVID-19, específicamente aquellos que apliquen para la vigilancia de la salud de los trabajadores de la salud.

6.7.1. Población.

La población objeto de la investigación, corresponde a los trabajadores de la E.S.E Hospital San Vicente de Paúl de Santa Rosa de Cabal, vinculados a través de contratación directa (Personal de planta), y a través de empresa temporal de empleo (Personal en misión), cuyas características generales se describen a continuación:

Según el tipo de vinculación la población trabajadora se distribuye de la siguiente manera:

Tabla 2. *Población trabajadora.*

Tipo de vinculación	Cantidad
Planta	42
Personal en misión	139
Total general	181

La tabla 2 describe la población trabajadora por tipo de vinculación.

Autoría propia

Según los cargos se distribuye así:

Tabla 3. *Cargos y cantidad de personas.*

Cargo	Cantidad
Asesor de control interno	1
Auxiliar laboratorio	3
Auxiliar administrativo	11
Auxiliar biomédico	1
Auxiliar de mantenimiento	3
Auxiliar enfermería	64
Auxiliar facturación y cajas	13
Auxiliar odontología	1
Bacterióloga	4
Biomédico	1
Conductor administrativo	1
Conductor de ambulancia	2
Conductor muestras COVID	1
Coordinador administrativo	2
Enfermera	14
Fisioterapeuta	1
Gerente	1
Higienista oral	4
Jefe de oficina	1

Jefe de oficina	1
Médico general	33
Nutricionista	1
Odontóloga	1
Operario de mantenimiento	1
Profesional del deporte	2
Psicóloga	1
Secretaria gerencia	1
Subgerente asistencial	1
Técnico administrativo	8
Técnico rayos x	1
Trabajadora social	1
Total general	181

La tabla 3 indica la cantidad de trabajadores por cargo.

Autoría propia

La distribución de los cargos por áreas se encuentra de la siguiente manera:

Tabla 4. *Distribución de cargos.*

Cargos por áreas	Cantidad
Administrativo	
Conductor administrativo	1
Ambiental - sst	
Coordinador administrativo	1
Ambulancia	

Conductor de ambulancia	2
Auditor	
Médico general	1
Calidad	
Enfermera	1
Cartera	
Auxiliar administrativo	3
Central materiales	
Auxiliar enfermería	1
Citología	
Enfermera	1
Consulta externa	
Auxiliar enfermería	22
Auxiliar facturación y cajas	10
Enfermera	6
Fisioterapeuta	1
Médico general	17
Nutricionista	1
Profesional del deporte	2
Psicóloga	1
Técnico rayos x	1
Trabajadora social	1
Contabilidad	

Técnico administrativo	1
Control interno	
Asesor de control interno	1
Desarrollo humano	
Técnico administrativo	1
Estadística	
Técnico administrativo	1
Facturación y mercadeo	
Coordinador administrativo	1
Financiera	
Auxiliar administrativo	1
Gerencia	
Gerente	1
Secretaria gerencia	1
Gestión administrativa y financiera	
Jefe de oficina	1
Gestión documental	
Auxiliar administrativo	2
Hospitalización	
Médico general	1
Hospitalización	
Auxiliar enfermería	10
Enfermera	1

Laboratorio	
Auxiliar laboratorio	3
Bacterióloga	4
Mantenimiento	
Auxiliar biomédico	1
Auxiliar de mantenimiento	4
Biomédico	1
Mercadeo	
Auxiliar administrativo	3
Muestras COVID	
Conductor muestras COVID	1
Orientador	
Auxiliar enfermería	2
Planeación	
Jefe de oficina	1
Presupuesto y costos	
Técnico administrativo	1
Salud oral	
Auxiliar odontología	1
Higienista oral	4
Odontóloga	1
Siau	
Auxiliar	2

Sistemas	
Técnico administrativo	3
Subgerencia	
Auxiliar administrativo	1
Subgerente asistencial	1
Talento humano	
Técnico administrativo	1
Triage	
Enfermera	3
Urgencias	
Auxiliar enfermería	30
Auxiliar facturación y cajas	3
Enfermera	1
Médico general	14
Vigilancia epidemiológica	
Enfermera	1
Total general	181

La tabla 4 muestra la cantidad de trabajadores por cargo y áreas.

Autoría propia

Del total de la población, serán incluidos en la investigación, aquellos que cumplan con los criterios de las definiciones de caso del “Instructivo para la vigilancia en salud pública

intensificada de infección respiratoria aguda y la enfermedad asociada al nuevo coronavirus 2019 (COVID-19)”:

Definición 1: Caso probable de Infección Respiratoria Aguda Grave o Enfermedad por Coronavirus - COVID grave.

Persona con al menos uno de los siguientes síntomas: fiebre cuantificada mayor o igual a 38 °C, tos, dificultad respiratoria, odinofagia, fatiga/astenia, anosmia o hipogeusia que requiera hospitalización, y que cumpla con al menos una de las siguientes condiciones:

- Historial de viaje o residencia en zonas de Colombia o de otros países con transmisión local comunitaria en los 14 días anteriores al inicio de los síntomas.
- *Trabajador de la salud o de la protección social de la niñez, la adolescencia o del adulto mayor.*
- *Antecedentes de contacto estrecho en los últimos 14 días con un caso confirmado o probable con infección respiratoria aguda grave asociada a COVID-19.*
- Miembro de población especial tales como Policía, Fuerzas Militares, establecimientos penitenciarios, estaciones de policía, URI, grupos étnicos, en situación de calle, privada de la libertad o migrantes.
- Personas en alta movilidad en virtud de su ocupación laboral.
- Adulto mayor de 60 años.
- Persona con comorbilidad o condiciones tales como diabetes, enfermedad cardiovascular (incluye hipertensión y ACV), VIH u otra inmunodeficiencia, cáncer, enfermedad renal, enfermedades autoinmunes, hipotiroidismo, EPOC y

asma, uso de corticoides o inmunosupresores, mal nutrición (obesidad y desnutrición) y fumadores.

- Cuadro clínico inusual como diarrea, trastorno de la coagulación o eritema.
- Prueba serológica para anticuerpos específicos IgM positivos tomada después de los 11 días (inmunocromatográfica) o de los 14 días (ELISA o quimioluminiscencia) de inicio de síntomas.

Definición 2: Caso probable de Infección Respiratoria Aguda o enfermedad leve o moderada por virus nuevo, con manejo domiciliario.

Persona con al menos uno de los siguientes síntomas: fiebre cuantificada mayor o igual a 38 °C, tos, dificultad respiratoria, odinofagia, fatiga/astenia, anosmia o hipogeusia que no requiera hospitalización y que cumpla con al menos una de las siguientes condiciones:

- Historial de viaje o residencia en zonas de Colombia o de otros países con transmisión local comunitaria en los 14 días anteriores al inicio de los síntomas.
- *Trabajador de la salud o de la protección social de la niñez, la adolescencia o del adulto mayor.*
- *Antecedentes de contacto estrecho en los últimos 14 días con un caso confirmado o probable con infección respiratoria aguda grave asociada a COVID-19.*
- Miembro de población especial tales como Policía, Fuerzas Militares, establecimientos penitenciarios, estaciones de policía, URI, grupos étnicos, en situación de calle, privada de la libertad o migrantes.
- Personas en alta movilidad en virtud de su ocupación laboral.
- Adulto mayor de 60 años.

- Persona con comorbilidad o condiciones tales como diabetes, enfermedad cardiovascular (incluye hipertensión y ACV), VIH u otra inmunodeficiencia, cáncer, enfermedad renal, enfermedades autoinmunes, hipotiroidismo, EPOC y asma, uso de corticoides o inmunosupresores, mal nutrición (obesidad y desnutrición) y fumadores.
- Cuadro clínico inusual como diarrea, trastorno de la coagulación o eritema.
- Prueba serológica para anticuerpos específicos IgM positivos tomada después de los 11 días (inmunocromatográfica) o de los 14 días (ELISA o quimioluminiscencia) de inicio de síntomas.

Definición 3: No aplica, fue eliminada del instructivo, pero se conserva la numeración.

Definición 4: No aplica para ausentismo, ya que corresponde a todas las muertes por infección respiratoria aguda grave.

Definición 5: Caso asintomático.

Contacto estrecho de caso confirmado de COVID-19 que no ha manifestado síntomas en los primeros 7 días posteriores a la última exposición no protegida.

Contacto estrecho del personal de la salud:

Cualquier trabajador en triage, consulta, central de muestras, laboratorio, salas de procedimientos, observación, hospitalización o vigilancia en salud pública con exposición no protegida.

Trabajador de la salud que no utilizó respirador de alta eficiencia N95 o superior durante la atención del caso confirmado de COVID-19 en procedimientos que generan aerosoles (por ejemplo: reanimación cardiopulmonar, intubación, extubación, broncoscopia,

endoscopia, terapia con nebulizador, inducción de esputo, procedimientos que estimulan el reflejo de la tos).

Trabajador de salud del ámbito hospitalario o domiciliario que realizó atención clínica (examen físico, obtención de muestras, aspirado de secreciones, etc.) o atención al usuario (personal administrativo) a pacientes confirmados de COVID-19 y no utilizó los elementos de protección personal completos y adecuadamente.

Las exposiciones del personal sanitario también incluyen contacto a menos de dos metros por más de 15 minutos con un caso de COVID-19 o contacto con material potencialmente infeccioso de COVID-19 y no usó de los elementos de protección personal completos y adecuadamente.

A los contactos estrechos asintomáticos se les debe tomar la muestra correspondiente a los siete días del último contacto sin protección, en el caso de ser negativos, deben mantenerse en aislamiento preventivo por 7 días más desde la fecha de la toma de la muestra.

Las definiciones de caso se han modificado de acuerdo a la dinámica de la pandemia, actualmente el instructivo de las definiciones de caso se encuentra en su versión 12.

6.7.2. Materiales.

La investigación requiere los siguientes materiales para ser llevada a cabo:

- Hoja de cálculo con el registro del ausentismo.
- Equipo de cómputo para el procesamiento de la información.

6.7.3. Técnicas.

Análisis de datos.

6.7.4. Procedimientos.

El registro de ausentismo se genera de las siguientes maneras:

- Trabajadores sintomáticos que consultan por el servicio de urgencia y/o EPS, y cumple con alguna de las definiciones de caso mencionadas anteriormente, y por tanto se le tomó muestra para confirmar diagnóstico de COVID-19.

Los casos sintomáticos pueden ser identificados por los siguientes medios:

- ✓ Encuesta diaria de sintomatología, al inicio del turno.
 - ✓ El propio trabajador que manifiesta síntomas en días no laborales y consulta al servicio de urgencias y/o EPS.
 - ✓ Trabajador que, al momento del diligenciamiento de la encuesta diaria de sintomatología, no presentaba síntomas, pero los manifiesta durante el turno, reporta a su coordinador y se remite al servicio de urgencias para consulta, cumple con definición de caso y se le toma muestra.
- Trabajadores asintomáticos, identificados en los cercos epidemiológicos realizados a los trabajadores confirmados como casos positivos, quienes se deben aislar y tomar muestra al día 7 de la exposición, de acuerdo a las definiciones mencionadas anteriormente.

Dichos casos se tabulan en el registro de ausentismo, en el que se indica si dicha ausencia cuenta con incapacidad médica, o si sólo requiere aislamiento preventivo, sin incapacidad médica.

6.7.5. Cronograma.

Tabla 5. *Cronograma del diagnóstico.*

FASES	ACTIVIDADES	MESES		
		OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE

Fase I	Determinar el total de ausencias y tiempo de ausencias de acuerdo a las áreas y cargos.		
Fase II	Calcular el costo del ausentismo.		
Fase III	Análisis de la información.		

La tabla 5 describe las actividades de cada una de las fases y sus tiempos de ejecución.

Autoría propia

6.8. Método para el análisis de la información

Para el diagnóstico por ausentismo laboral generado por COVID-19 durante la emergencia sanitaria en el E.S.E. Hospital San Vicente de Paul en Santa Rosa de Cabal desde marzo a octubre de 2020, se utilizará el método cuantitativo.

6.8.1. Análisis de datos.

Los datos analizados provienen del registro de ausentismo de la institución, el cual se encuentra en una hoja de cálculo, la cual ofrece la posibilidad de realizar y analizar datos en forma gráfica; el análisis de la investigación se realiza de tipo descriptiva transversal, mediante la cual se describe y analiza cómo se presenta el ausentismo generado por la emergencia sanitaria durante los meses de marzo a octubre del año 2020, afectando la productividad, la sostenibilidad económica, prestación de servicio y las condiciones laborales en una institución de salud pública de primer nivel de atención.

Una vez organizada y consolidada la información se estandariza la información con el fin de optimizar el procesamiento estadístico, una vez estandarizada la información se realiza la

caracterización. Al obtener los resultados se realiza un análisis comparativo entre las variables, se agrupan los diagnósticos por COVID-19 (trabajadores positivos o sospechosos).

6.8.2. Variables analizadas.

El diagnóstico está enfocado en la descripción del comportamiento e impacto que se han presentado debido a la emergencia sanitaria por COVID-19, las variables analizadas son:

- **Productividad:** Frecuencia (número de casos positivos o sospechosos) por severidad (número de días de incapacidad).
- **Áreas y cargos con más eventos:** De acuerdo al análisis se determinan las áreas que presentan mayores eventos (incapacidades o aislamientos preventivos) por COVID-19, en los meses de marzo a octubre de 2020.
- **Sostenibilidad económica:** Está enfocado en la rentabilidad o pérdida económica que presentó el Hospital durante la emergencia sanitaria por COVID-19.
- **Prestación Del Servicio:** está relacionada con la calidad de atención, la eficiencia y los servicios prestados.

6.8.3. Representación de los datos.

Se emplearán tablas y graficas con el fin de exponer la información y los resultados e identificar los hechos más importantes que se pudieran presentar durante la investigación teniendo en cuenta que son datos tomados desde marzo a octubre de 2020.

6.8.4. Instrumento de Recolección de Datos.

El instrumento de recolección de datos utilizado en esta investigación es el registro en hojas de cálculo. A través de ellas se puede revisar y analizar la información que ha sido digitalizada y almacenada en la base de datos de Excel proporcionada por el Hospital desde el

periodo de marzo a octubre de 2020, los ítems que se diligenciaran en las hojas de cálculos son (Anexo 1):

- Nombres y apellidos de los trabajadores sin embargo debido a la confidencialidad que se debe manejar se decidió numerar a los trabajadores.
- Género: Femenino / Masculino.
- Tipo de vinculación: Planta / Personal en misión, de acuerdo al tipo de vinculación el hospital debe realizar el cargue de los ausentismos ya sea a un tercero o debe asumirlos directamente.
- Cargos: El cargo de cada una de las personas del hospital.
- Área: De acuerdo al área se puede analizar donde se presenta el mayor de números de contagio.
- Motivo de ausentismo: Se define si el trabajador se ausenta por: sintomatología, contacto estrecho con compañero de trabajo sospechoso y/o confirmado, contacto estrecho con paciente sospechoso y/o confirmado, contacto estrecho con familiar sospechoso y/o confirmado, o tamizaje (búsqueda activa de casos asintomáticos, con pruebas rápidas serológicas, a la fecha no vigente).
- Columnas periodo de aislamiento: Se indica la fecha de inicio y fin del aislamiento, la cantidad de días en números, código del diagnóstico (Dx) y descripción del código en caso de generar incapacidad; si el aislamiento no generó incapacidad, en la columna código Dx se indica NA, y en la descripción se indica: aislamiento sin incapacidad.
- Prueba confirmatoria y resultado: Indica si la persona cumplía o no con criterio para toma de PCR (Única prueba confirmatoria para trabajadores de la salud según lineamientos), y el resultado de la misma.

- Observaciones: Se debe diligenciar si realiza trabajo en casa, si tuvo novedades durante el aislamiento y cualquier otra novedad de relevancia.
- Costos: Se realiza el cálculo del costo del ausentismo de acuerdo con el salario de la persona.

7. Resultados

A continuación, se muestran los resultados obtenidos del análisis de la información del ausentismo asociado a COVID-19, desde el mes de marzo al mes de octubre de 2020, en el E.S.E. Hospital San Vicente de Paul en Santa Rosa de Cabal.

7.1. Ausentismo por áreas

Tabla 6. *Ausentismo por áreas*

ÁREA	NÚMERO DE AUSENCIAS	DÍAS DE AISLAMIENTO
Administrativo	7	62
Consulta Externa	23	150
Farmacia	2	6
Fisioterapia	1	8
Laboratorio	3	79
Mantenimiento	1	8
Rx	1	8
Urgencias	29	219
Urgencias - COVID-19	6	42
	73	582

La tabla 6 muestra el número de ausencias y días de aislamiento por áreas.

Autoría propia

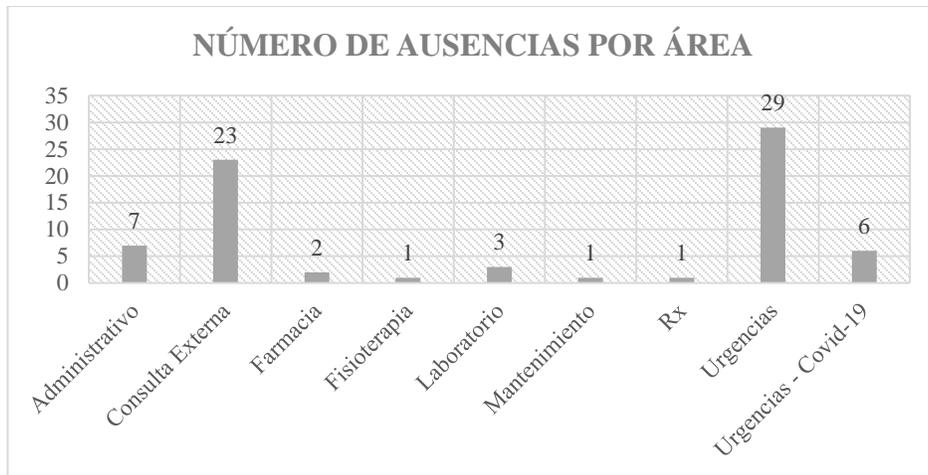


Ilustración 3. Número de ausencias por área

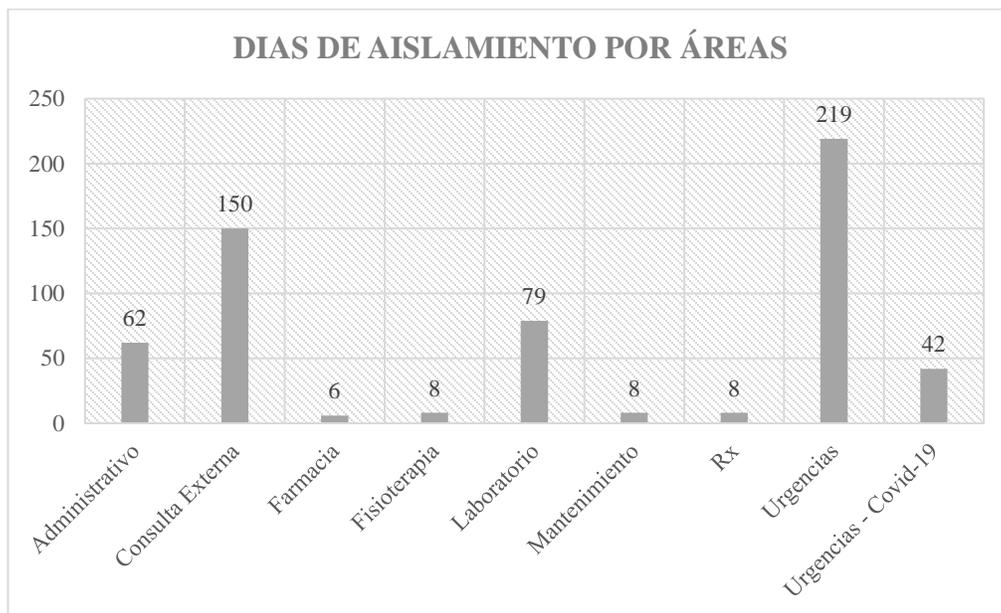


Ilustración 4. Número de días de aislamiento por áreas

En la tabla No 6 y las ilustraciones N° 4 y 5, se observa que el área que presentó mayor cantidad de ausentismo por COVID-19 en el E.S.E. Hospital San Vicente de Paul en Santa Rosa de Cabal durante los meses de marzo a octubre del año 2020 fue el área de Urgencias con 29 ausencias para un total de 219 días de aislamiento, seguida del área de consulta externa con 23 ausencias y un total de 150 días de aislamiento; igualmente cabe destacar que el área de laboratorio tuvo sólo 3 ausencias, generando una cifra significativa de 79 días de aislamiento por

parte de dicho personal. Es claro que las áreas más afectadas en el hospital han sido las áreas asistenciales, especialmente el área de urgencias, en la cual, aunque la cantidad de pacientes atendidos por día es menor al de consulta externa, se realizan procedimientos y entre ellos procedimientos que generan aerosoles, lo cual incrementa el riesgo de contagio. Adicionalmente se debe tener presente que, dentro de la clasificación de área por riesgo biológico, urgencias se considera de riesgo alto, mientras que consulta externa se considera de riesgo intermedio, ya que allí no se realizan procedimientos, por tanto, la exposición accidental con fluidos corporales considerados potencialmente infectocontagiosos es menor.

El área de Urgencias de pacientes sintomáticos respiratorios (COVID-19), solo tuvo durante este periodo 6 ausencias con un total de 42 días, aunque ésta se considera el área de mayor riesgo de contagios de COVID-19; sin embargo, los resultados están relacionados con los controles de ingeniería, administrativos y EPP implementados en esta área, la cual adicionalmente cuenta con ruta diferenciada.

En general se presentaron 73 ausencias entre los meses de marzo a octubre de 2020 generando de esta manera un total de 582 días de aislamiento para este periodo. La distribución de esta información se presenta a continuación:

Tabla 7. *Ausentismo por mes*

MES	NÚMERO DE AUSENCIAS	NÚMERO DE DÍAS
MARZO	5	26
ABRIL	2	8
MAYO	4	27
JUNIO	10	68

JULIO	6	53
AGOSTO	9	81
SEPTIEMBRE	23	179
OCTUBRE	14	140
	73	582

La tabla 7 registra el ausentismo por mes, en número de ausencias y número de días.

Autoría propia

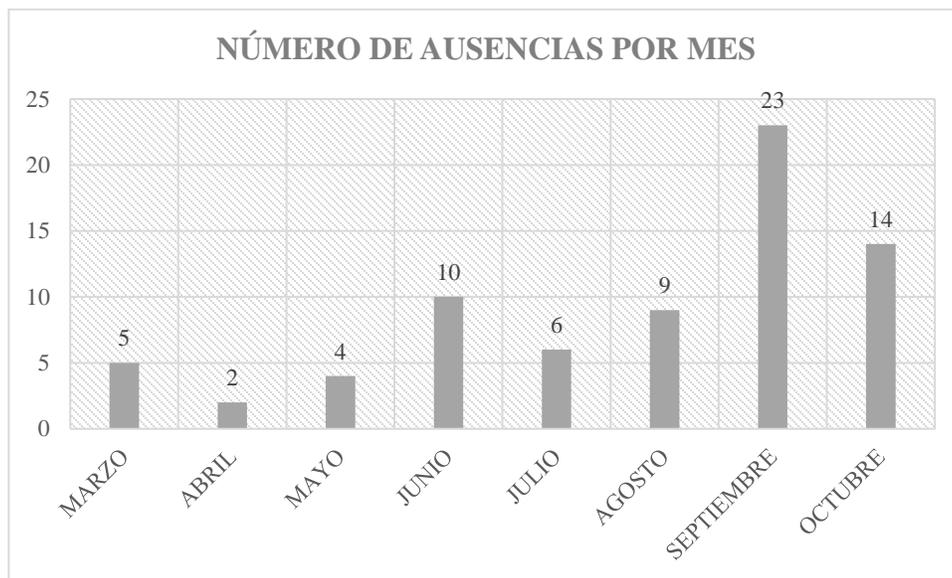


Ilustración 5. Número de ausencias por mes.

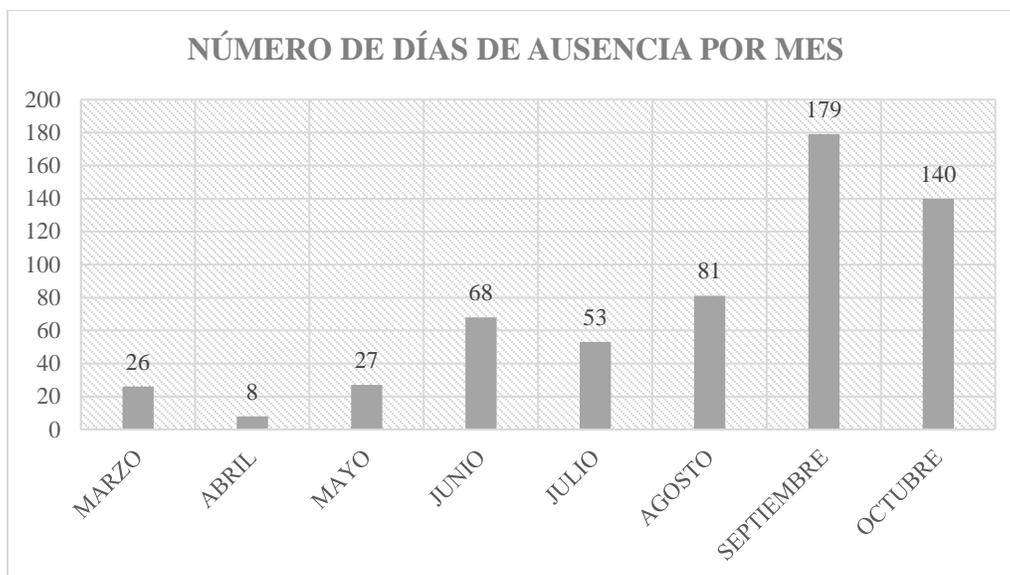


Ilustración 6. Número de días de ausencias por mes.

De acuerdo con los datos obtenidos en la tabla No 7 y en las ilustraciones No 6 y 7, se puede determinar que para el mes de septiembre se incrementaron las ausencias por aislamiento con una cantidad de 23 ausencias con 179 días de ausentismo, teniendo en cuenta que el 1 de septiembre se inició la fase denominada “aislamiento selectivo con distanciamiento individual responsable”. Se observa que la cantidad de personas ausentes para el mes de octubre disminuyó con respecto a septiembre, se puede estimar que también fue un mes significativo para el periodo analizado ya que presentó 14 ausencias, seguido de junio con 10 ausencias y agosto con una cantidad de 6 ausencias.

El número de días de ausencia, ha sido directamente proporcional con el número de ausencias presentadas.

El comportamiento de mayo a septiembre está muy relacionado con el comportamiento de la pandemia en el municipio, en el cual desde el mes de agosto se presenta un incremento considerable; sin embargo, el mes de octubre, presenta una disminución, la cual puede deberse a

los controles realizados en el E.S.E. Hospital San Vicente de Paul, a partir de los casos investigados en el mes de septiembre.

Tabla 8. *Producción en prestación de servicios*

Meses	Producción en prestación de servicios					
	No de consultas (Urgencias)	No de consultas (C. Externa)	Cirugías realizadas	Exámenes de Laboratorio	Imagenología	Terapia física
ENERO	3552	5400	56	8443	303	165
FEBRERO	3610	5440	68	9150	456	196
MARZO	3206	4111	67	6376	238	143
ABRIL	2022	2132	0	3627	64	3
MAYO	2106	3143	0	6293	39	32
JUNIO	2011	3058	0	4982	36	92
JULIO	2135	4145	8	8024	34	149
AGOSTO	2386	3960	4	8524	367	95
SEPTIEMBRE	2620	5226	0	9527	371	125
OCTUBRE	2294	4488	0	9733	368	79

La tabla 8 presenta la producción en la prestación de servicios por mes.

Autoría propia

De acuerdo a los datos de la tabla número 8 y la gráfica número 8, el mes más crítico para la prestación de servicios en el Hospital fue abril, atendiendo únicamente en consulta externa 2132 servicios, es decir una disminución del 61% con respecto a las consultas atendidas en el

mes de enero; igualmente se observa un aumento leve en los meses de mayo y julio, el mes de septiembre se incrementan los servicios de consulta externa con un numero de 5226 consultas atendidas y 9527 examen realizados, situación contraria a las cirugías que continúan suspendidas.

Al relacionar este dato con el ausentismo, se encuentra que, si bien el mes de septiembre fue el mes de mayores ausencias, estas ausencias no afectaron la prestación del servicio, sin embargo, se podría encontrar relación del aumento de la producción con el incremento del riesgo de exposición y por tanto de ausentismo.

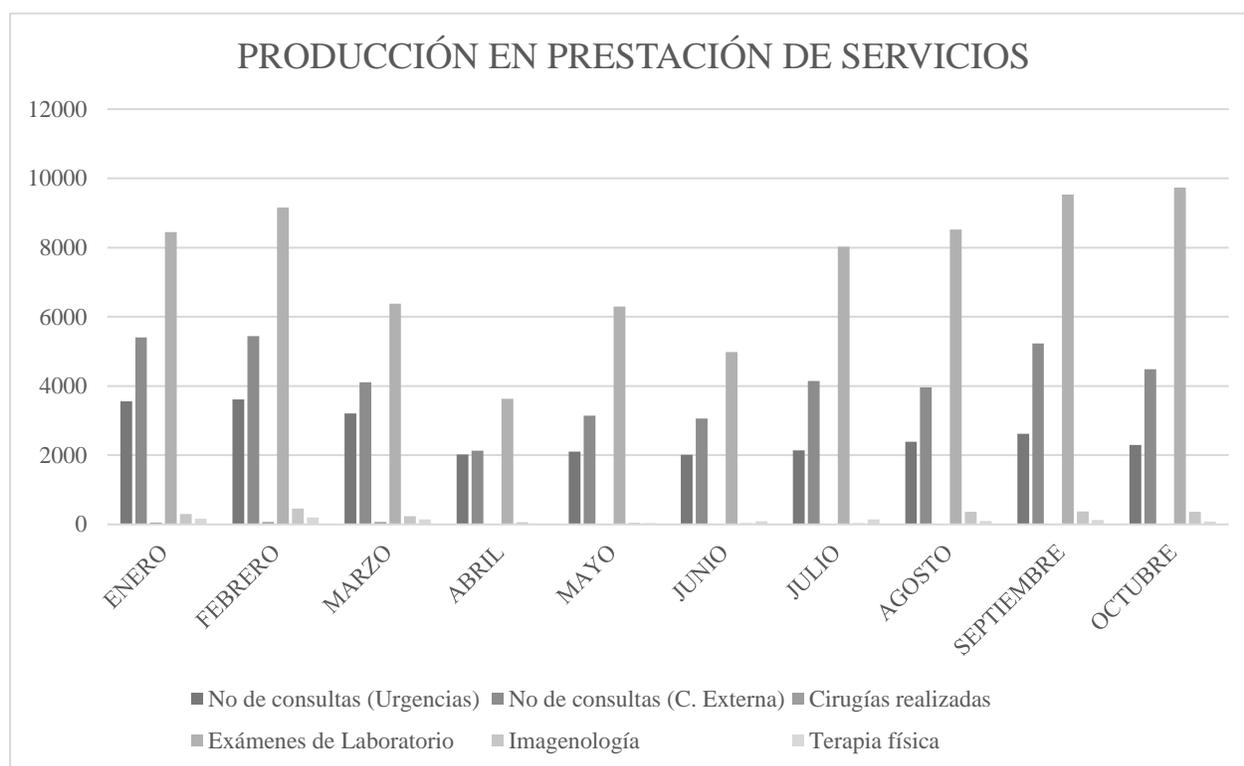


Ilustración 7. Producción en prestación de servicios

7.2. Costos del ausentismo

Los costos del ausentismo asociado a COVID-19, en la E.S.E Hospital San Vicente de Paúl, ha representado entre el mes de marzo a octubre de 2020 un total de \$44,814.912, siendo septiembre el mes de mayor costo y abril el de menor costo,

del total del costo del ausentismo, el 23% corresponde a casos positivos, es decir: \$10.547.270,95, el valor restante corresponde al costo de trabajadores aislados que obtuvieron resultado negativo en la prueba confirmatoria, o que debía cumplir el periodo de aislamiento para trabajadores de la salud contacto estrecho asintomáticos.

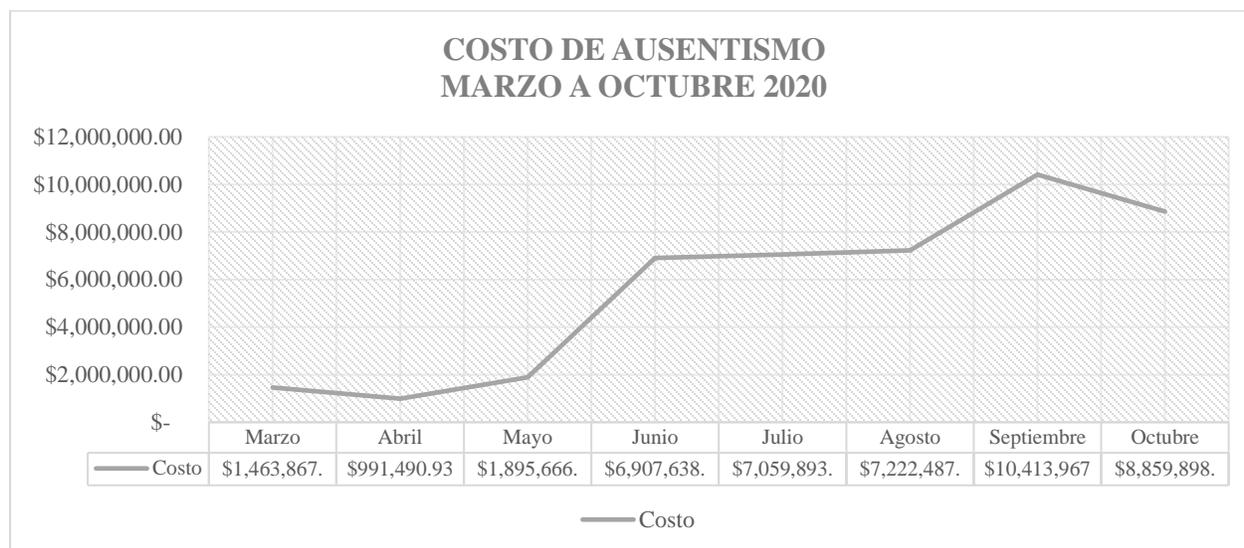


Ilustración 8 Costo de ausentismo.

De mayo a septiembre tuvo un comportamiento ascendente, y de septiembre a octubre presenta una leve disminución.

El costo del ausentismo por áreas se distribuye de la siguiente manera.

Tabla 9. *Costos por área*

Área	Costo	Porcentaje
Administrativos	\$ 6.658.908,96	15%
Consulta externa	\$ 12.277.018,26	27%
Fisioterapia	\$ 410.518,52	1%
Laboratorio	\$ 4.443.723,40	10%
Mantenimiento	\$ 428.480,00	1%

Rx	\$ 207.955,63	0%
Urgencias	\$ 15.420.133,49	34%
Urgencias- COVID	\$ 4.968.173,77	11%

La tabla 9 muestra el costo de ausentismo por área y el porcentaje de participación de cada área.

Autoría propia

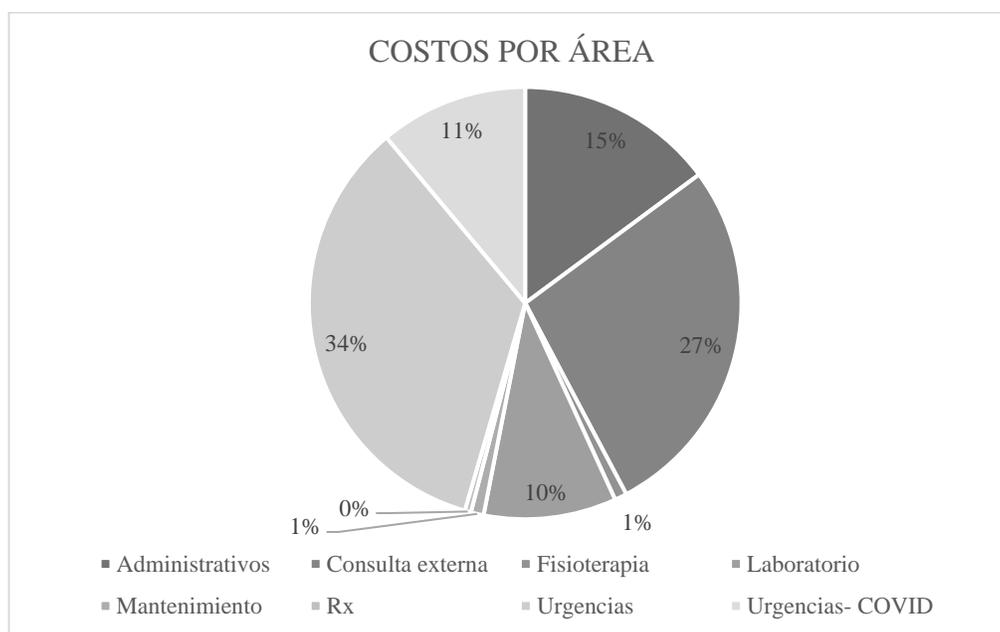


Ilustración 9 Costo de ausentismo por área

El área que ha representado mayor costo de ausentismo, es urgencias con un 34%, seguido de consulta externa con un 27%. Las áreas de menor costo de ausentismo son Rx, fisioterapia y mantenimiento. Cabe indicar que el área de hospitalización y salud oral entre marzo y octubre de 2020, no han presentado ausentismo asociado a COVID-19.

Tabla 10. *Costos de ausentismo por cargos*

Cargos	Costo	Porcentaje
Auxiliar de enfermería	\$ 8.056.711,29	18,0%
Auxiliar de facturación	\$ 1.610.478,63	3,6%
Auxiliar de información	\$ 252.841,87	0,6%
Auxiliar de laboratorio	\$ 866.886,40	1,9%
Bacteriología	\$ 3.576.837,00	8,0%
Profesionales administrativos	\$ 3.596.886,05	8,0%
Enfermeros profesionales	\$ 1.260.743,17	2,8%
Fisioterapeuta	\$ 410.518,52	0,9%
Higienista oral	\$ 187.208,50	0,4%
Médico general	\$ 21.218.491,18	47,3%
Médico general -		
Teleconsulta	\$ 1.761.397,41	3,9%
Psicología	\$ 656.110,00	1,5%
Técnico en sistemas	\$ 466.278,37	1,0%
Biomédicos	\$ 428.480,00	1,0%
Tecnólogos en Rx	\$ 207.955,63	0,5%
Trabajo social	\$ 257.088,00	0,6%

La tabla 10 muestra el costo de ausentismo por cargo y el porcentaje de participación de cada área.

Autoría propia

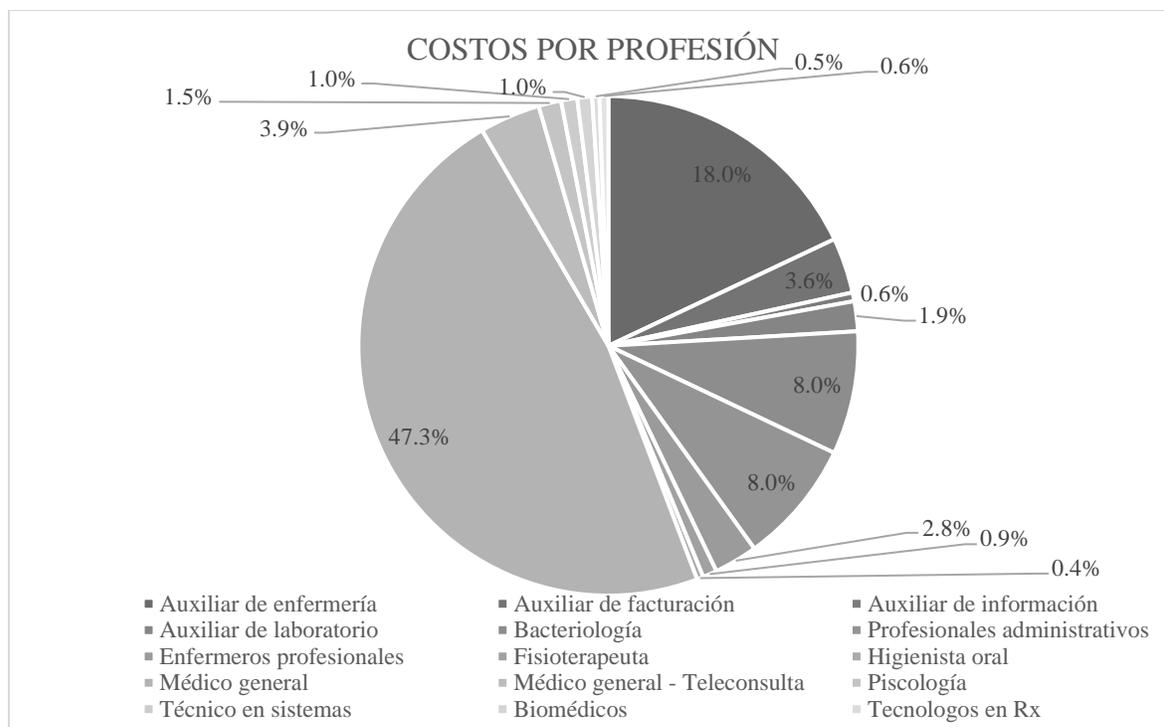


Ilustración 10. Costo de ausentismo por cargos

Como se evidencia en la ilustración N° 11, los cargos que más costos por ausentismo han representado, son médicos generales y auxiliares de enfermería, con un 47.3 % y 18 %, respectivamente.

Tabla 11. Valor facturado de marzo a octubre

MESES	VALOR FACTURADO
MARZO	\$ 1.165.169.043,00
ABRIL	\$ 640.018.846,5
MAYO	\$ 730.499.311,5
JUNIO	\$ 764.044.529,0
JULIO	\$ 1.033.435.532,0

AGOSTO	\$ 940.086.404,0
SEPTIEMBRE	\$ 1.240.608.440,0
OCTUBRE	\$ 1.189.670.365,0

La tabla 11 muestra el valor factura por mes.

Autoría propia

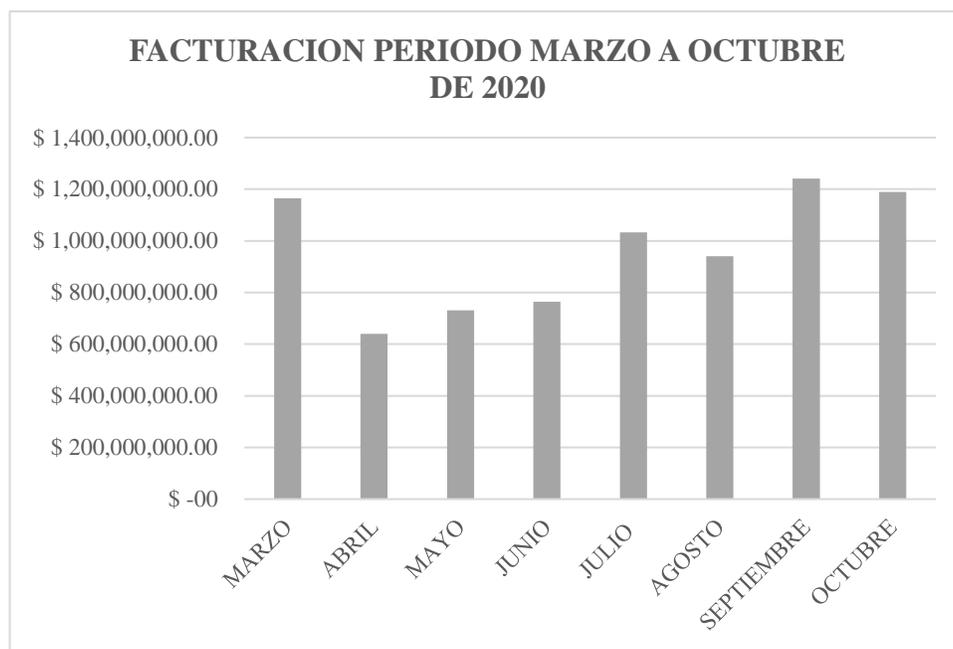


Ilustración 11 Facturación de marzo a octubre

Según la tabla número 11 y la ilustración número 12 se observa que al iniciar la emergencia sanitaria el Hospital facturaba más de \$1.000.000.000. pero entre los meses de abril a junio se nota una reducción significativa promedio del 39% equivalente a \$454.415.926 aproximadamente. En el mes de septiembre se reactiva los servicios, por lo cual se genera nuevamente una facturación de \$1.240.608.440.

Al comparar los datos de costos de ausentismo y costos de facturación, se encuentran que han tenido un comportamiento similar, el mes de mayor costo, coincide con el mes de mayor facturación durante la emergencia sanitaria.

7.3. Motivos de ausentismo

De acuerdo al análisis de datos, los resultados para los motivos del ausentismo entre el periodo de marzo a octubre son los siguientes:

Tabla 12. *Motivos de ausentismo*

Motivo	Cantidad	Cantidad de días
	ausencias	
Contacto estrecho con compañero de trabajo sospechoso y/o confirmado	4	22
Contacto estrecho con familiar sospechoso y/o confirmado	9	80
Exposición accidental no protegida con paciente sospechoso y/o confirmado	1	14
Sintomatología	56	436
Tamizaje	3	30
	73	582

La tabla 12 presenta la cantidad de ausencias y cantidad de días por cada motivo de ausencia

Autoría propia

Como se observa el mayor número de ausencias es el motivo “sintomatología”, con 56 ausencias, que hace referencia a la presencia de síntomas asociados a COVID-19, seguido del contacto estrecho con familia sospechoso y/o confirmado con 9 ausencias lo que nos lleva a la conclusión que uno de los factores significativos en el contagio.

La cantidad de ausencias por contacto estrecho con compañeros y exposición accidental no protegida con paciente, son los de menor cantidad, con 4 y 1 ausencia respectivamente, lo que evidencia adherencia a los protocolos de bioseguridad dentro de la institución, por parte de los trabajadores.

De las 73 ausencias, 58 generan incapacidad, y las restantes se clasificaron como aislamientos sin incapacidad.

Tabla 13. *Cantidad de días en aislamiento de acuerdo al diagnóstico.*

Diagnóstico	Días de aislamiento
Aislamiento sin incapacidad	15
Incapacidad	58

La tabla 13 muestra el total de días de aislamiento con y sin incapacidad

Autoría propia

De las ausencias con incapacidad, 16 pertenecen al diagnóstico U071 COVID-19, virus identificado, representan un total de 170 días de ausencia y corresponden al total de casos positivos entre el mes de marzo y octubre de 2020; las 57 ausencias restantes, corresponden a trabajadores sospechosos que fueron descartados al obtener prueba de COVID-19 negativo o al

validar en la consulta médica que no cumplía criterios para toma de muestra, más su estado de salud requería incapacidad médica asociado a otro diagnóstico.

A pesar que desde el mes de marzo se registran ausencias asociadas a COVID-19, sólo hasta el mes de agosto, se presenta el primer caso en trabajadores, seguido de 7 casos en septiembre y 8 casos en octubre.

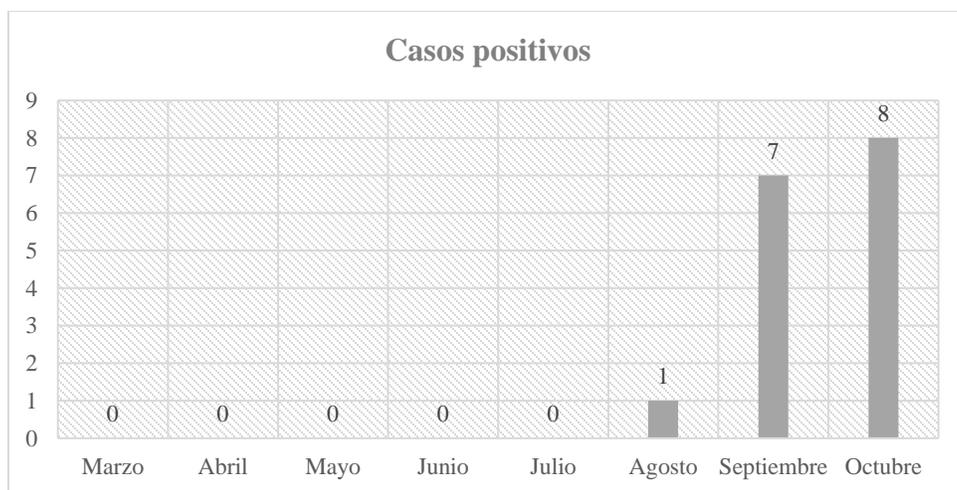


Ilustración 12 Casos positivos

El comportamiento está muy relacionado con el comportamiento de la pandemia en el municipio, en el cual desde el mes de agosto se presenta un incremento considerable, como se presenta en la ilustración 14.

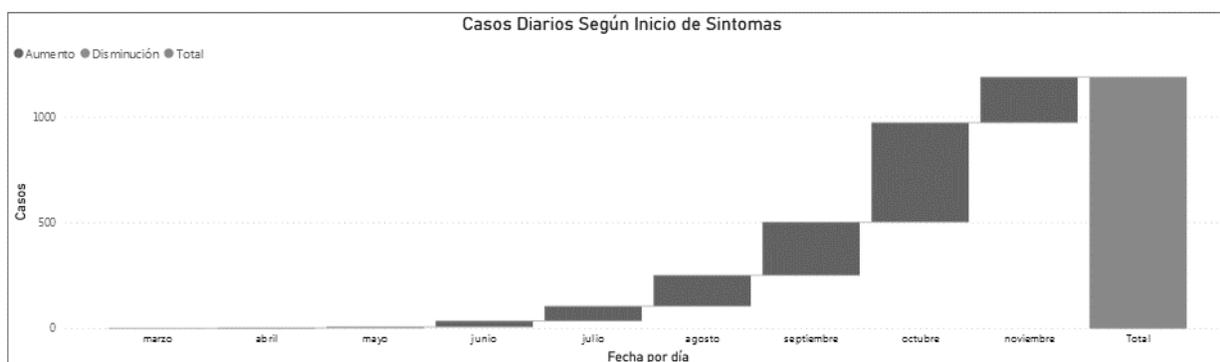


Ilustración 13 Casos positivos

Fuente: Instituto Nacional de Salud

8. Discusión

Las estadísticas sobre el ausentismo generado por COVID-19 en el E.S.E Hospital San Vicente de Paúl durante los meses de marzo a octubre de 2020, ha representado un costo total de \$44,814.912, con 582 días de ausencias; de las cuales el 23% fueron casos confirmados como positivos y un 77% negativos; al relacionar el comportamiento del ausentismo con la producción y la facturación, se encuentra que el incremento en la producción y por tanto en la facturación, han tenido relación con el incremento en las ausencias y por tanto en los costos del ausentismo asociado a COVID-19.

Los datos muestran que el área de urgencias y el área de consulta externa han sido las áreas más afectadas; además del laboratorio y el área administrativa. Es claro que los profesionales de la salud y el personal de apoyo que intervienen en el proceso asistencial son los de mayor riesgo, y al incrementar la producción, se ha incrementado la exposición al riesgo.

Los profesionales que reportaron más ausencias fueron los médicos generales y el auxiliar de enfermería, se resalta que de los casos presentados el mayor ausentismo fue por sintomatología seguido de casos por contacto estrecho con familiar sospechoso y/o confirmado, solamente un trabajador se ausentó por motivo de exposición accidental no protegida por paciente sospechoso y/o confirmado lo que indica que se debe mejorar las medidas de control y prevención en el desarrollo de las actividades laborales contra el coronavirus “COVID-19”.

Además la emergencia sanitaria generó disminución en el número de atención a pacientes y servicios prestados, se cerraron servicios y se aplazaron procedimientos quirúrgicos que representan importantes ingresos; es importante resaltar que el aislamiento en el personal de salud no causó interrupciones en el servicio; los datos de producción, indican que el número de consultas externas para abril disminuyó en un 61% con respecto al mes de marzo, en el caso de las cirugías, se realizaban en promedio por mes 63 procedimientos, entre los meses de abril a

octubre de 2020 solo fue posible realizar 12 procedimientos quirúrgicos, sin embargo, esta disminución de los servicios está relacionada con otras variables externas, como las regulaciones del Ministerio de Salud para la prestación de servicios; esta disminución de servicios, implicó pérdidas económicas para el hospital, y altos costos por ausentismo por un valor total de \$44,814.912 y en los trabajadores reducción de sus ingresos.

9. Propuesta costo beneficio

De acuerdo a las discusiones se plantea realizar un programa de auditoría de las medidas de bioseguridad para el personal del E.S.E. Hospital San Vicente de Paul, con el fin de verificar que todo el personal independiente de su tipo de vinculación, incluyendo a estudiantes y docentes de los convenios docencia-servicio, cumplan con todas las medidas de prevención establecidas en los manuales, instructivos y protocolos de bioseguridad.

Actualmente el protocolo de bioseguridad de la institución específico para COVID-19, incluye medidas esenciales de las “Precauciones Estándar”:

1. Higiene o lavado de manos: Teniendo en cuenta los 5 momentos de la higiene de manos del OMS y los 11 pasos de la técnica recomendada.
2. Higiene respiratoria y etiqueta de tos: Evitar tocarse ojos, nariz y boca, especialmente si se está manipulando dinero, documentos personales de pacientes como cédulas, historias clínicas, resultados de exámenes diagnósticos, entre otros.
3. Uso de Elementos de Protección Personal: Los Elementos de Protección Personal EPP son considerados como la barrera de protección básica que deberá utilizar el personal expuesto para la atención de pacientes en el marco de esta emergencia sanitaria.
4. Evitar el contacto estrecho, aislamiento del paciente: Además del aislamiento del paciente de acuerdo a los protocolos y rutas de atención, se debe garantizar el distanciamiento entre el personal, quienes deberán permanecer al menos a dos (2) metros de distancia en las áreas de descanso y entre los puestos de trabajo, evitando contacto directo.
5. Distanciamiento en áreas de descanso: Al momento de consumir alimentos durante la jornada laboral, se incrementa el riesgo de contagio, ya que se retiran los EPP, por tanto, se debe acondicionar un espacio para tal fin con protocolos de bioseguridad.
6. Prevención de exposición por accidentes con instrumentos corto punzantes.

7. Cuidado para el manejo del ambiente y de la ropa, los desechos, soluciones y equipos.
8. Limpieza y desinfección de dispositivos y equipos biomédicos.

Igualmente consideran medidas al salir de casa, durante el desplazamiento hacia la institución, durante la jornada laboral, áreas de descanso en la institución y al regresar a casa.

Sin embargo, teniendo en cuenta que el contacto estrecho con familiar, es la segunda casa de ausentismo en el personal, se sugiere incluir medidas relacionadas en el protocolo de bioseguridad, y realizar campañas institucionales para que los trabajadores cumplan con estas medidas preventivas fuera de la institución.

Todos los controles implementados, deben estar orientado con los lineamientos legales que se han establecido en el país con el fin de disminuir el contagio por COVID-19 en la atención en salud, la implementación y seguimiento al cumplimiento del Protocolo de Bioseguridad es una de las principales alternativas que tiene como propósito mitigar y controlar el virus del COVID-19 en E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl; de esta manera se reducen los costos y se disminuyen los días de ausentismo por esta causa; propiciando la mejor operatividad para la prestación optima del servicio.

10. Conclusiones

En general, el ausentismo asociado a COVID-19 entre el mes de marzo al mes de octubre de 2020, ha registrado 73 ausencias, con 582 días de ausentismo, y un costo total de \$44,814.912, del total del costo del ausentismo, el 23% corresponde a casos positivos, es decir:

\$10.547.270,95, el valor restante corresponde al costo de trabajadores aislados que obtuvieron resultado negativo en la prueba confirmatoria, o que debía cumplir el periodo de aislamiento para trabajadores de la salud contacto estrecho asintomáticos.

Se evidencia que las áreas mayormente impactadas por la emergencia sanitaria COVID-19 fueron consulta externa y urgencias generando 369 días de aislamiento. En el caso de consulta externa, se asocia al número de pacientes atendidos al día, y urgencias a los procedimientos realizadas durante las atenciones, los cuales en algunos casos implican generación de aerosoles.

Durante el mes de septiembre se empezó a activar la economía en el país de acuerdo a esto se observa el incremento de casos detectados en el hospital sumando 179 días de ausentismo, el comportamiento de mayo a septiembre está muy relacionado con el comportamiento de la pandemia y la activación de la economía que se ha realizado en el país lo que ha generado que las personas estén más expuestas al virus y disminuyan los controles en cuanto a seguridad y protocolos en el país, frente a esto el hospital se encuentra vulnerable debido a que no depende plenamente de los controles implementados. Para este mismo mes (septiembre), se registra también un incremento en la producción y la facturación de servicios, encontrando relación con el incremento en el número de ausencias y casos positivos en el hospital.

El comportamiento de la pandemia del COVID-19 ha generado un impacto negativo al Hospital y a los trabajadores, se puede observar en la disminución de la facturación, en los sobrecostos asumidos por ausentismo; la magnitud de estas ausencias ha sido en total muy alta, predominó el ausentismo en las áreas asistenciales, el mayor registro de ausentismo se registró

en las áreas de urgencia y consulta externa; los factores asociados fueron contacto estrecho sospechoso y /o confirmado, exposición accidental no protegida con paciente sospechoso y/o confirmado; sintomatología, tamizaje y contacto estrecho con familiar sospechoso y/o confirmado. Son diferentes los factores que generan riesgo en la población trabajadora del hospital, sin embargo, se puede determinar que durante el periodo estudiado la mayoría de ausencias se presentaron por síntomas asociados al COVID-19, seguido del contacto estrecho con familiar sospechoso; se encontró que los casos positivos han incrementado notablemente desde el mes de agosto coincidiendo con la reapertura económica del país y con la tendencia de la curva del virus en el departamento.

De acuerdo a los resultados, el comportamiento del ausentismo, no ha afectado la productividad del hospital, sin embargo, el comportamiento de la prestación de servicios ha afectado el comportamiento del ausentismo.

11. Recomendaciones

El E.S.E. Hospital San Vicente de Paul, por medio de capacitaciones e instrucciones en el lugar de trabajo, debe lograr concientizar a todo su personal sobre la importancia del cumplimiento estricto de todas las medidas preventivas y controles establecidos en los manuales, instructivos y protocolos de bioseguridad.

De acuerdo a esta investigación se pudo determinar que el impacto económico de la pandemia ha sido negativo para el Hospital, por lo cual se recomienda desarrollar una estrategia que estudie la posibilidad de reducir los gastos adicionales y que además se establezca cómo se puede cubrir y financiar los sobrecostos que generan las ausencias por aislamientos preventivos durante la contingencia.

A pesar de las estrategias de prevención implementadas en el Hospital frente al COVID-19, se evidencia que no han sido suficiente para una normal operación; teniendo en cuenta los casos confirmados y sospechosos que se vienen presentando por la reactivación económica, se sugiere implementar todas las medidas contenidas en el protocolo de bioseguridad además de establecer como un deber del personal; adoptar una cultura de prevención y autocuidado en todos los espacios y labores que desempeñan, tanto internamente como al exterior con el fin de desarrollar una conciencia de prevención.

12. Referencias bibliográficas y web grafía

Aparicio, C. X. (2020). Salud laboral frente a la pandemia del COVID-19 en Ecuador. *Medisur*.

Boletín Epidemiológico. (2020). Obtenido de Boletín Epidemiológico:

<https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Paginas/Vista-Boletin-Epidemilogico.aspx>

Bonilla Serrano, D. C., Carrasco Espitia, L. M., Florez, A. M., Martínez Barbosa, L. P., Pardo

Fagua, C. M., & Jimenez Barbosa, W. G. (2020). Ausentismo laboral en el centro de atención médica inmediata Vista Hermosa I nivel, empresa social del Estado. *Ciencia y Tecnología para la salud visual y ocular*.

Brasileiro, T. S. (2009). *Los métodos cuantitativos y cualitativos – una perspectiva integradora*.

Revista Amazónica.

Diez, F. (2020). *Informe del grupo de análisis científico de coronavirus del ISCIII (GACC-ISCIII). Origen del SARS-COV2*. España: Instituto de Salud Carlos III.

Gallegos , M., Zalaquett, C., Luna Sanchez, S. E., Mazo-Zea, R., Ortiz Torres, B., Penagos

Corzo, J., . . . Lopes Miranda, R. (2020). CÓMO AFRONTAR LA PANDEMIA DELCORONAVIRUS (COVID-19) EN LAS AMÉRICAS: RECOMENDACIONES Y LÍNEAS DE ACCIÓN SOBRE SALUD MENTAL. *Revista Interamericana de Psicología*, 29.

Gamboa, F. R. (2020). Desafíos para el manejo y detección de pacientes con COVID-19 en Latinoamérica. *Revista experiencia en medicina*.

Godínez, V. L. (2013). *Paradigmas de investigación*. Obtenido de https://pics.unison.mx/wp-content/uploads/2013/10/7_Paradigmas_de_investigacion_2013.pdf

Instituto Nacional de Salud. (2019). *Anexo. Instructivo para la vigilancia en salud pública intensificada de infección respiratoria aguda y la enfermedad asociada al nuevo coronavirus 2019 (COVID-19)*. Colombia.

Instituto nacional de salud. (2020). Circular 019. *Actualización de lineamientos técnicos sobre manejo de muestras, insumos e información técnica sobre sars-cov-2*. Bogotá, Colombia.

Instituto Nacional de Salud. (2020). *Coronavirus (COVID - 2019) en Colombia*. Colombia.

Instituto nacional de salud. (2020). *Instructivo para la vigilancia en salud pública intensificada de infección respiratoria aguda asociada al nuevo coronavirus 2019 (COVID-19)*.
COLOMBIA.

Instituto Nacional de Salud. (2020). Lineamientos para el uso de pruebas moleculares RT-PCR y pruebas de antígeno y serológicas para Sars-Cov-2 (COVID-19) en Colombia.

Lorenzo, C. R. (2006). *Contribución sobre los paradigmas de investigación*. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/1171/117117257002.pdf>

Ministeio de salud y protección social. (2020). Resolución 464. *Por la cual se adopta Medida sanitaria obligatoria de aislamiento preventivo, para proteger a los adultos mayores de 70 años*. Bogotá, Colombia.

Ministerio de Salud. (2020). Circular externa 005. *Circular externa 005*. Bogota, Colombia:
Ministerio de Salud.

Ministerio de Salud. (2020). Lineamientos para Kit de Elementos Basicos de Protección para personal de la salud. *Lineamientos para Kit de Elementos Basicos de Protección para personal de la salud*. Bogota, Colombia: Ministerio de la Salud.

Ministerio de Salud. (2020). Resolución 1155. *Resolucion 1155 del 14 de Julio de 2020*. Bogota, Colombia: Ministerio de Salud.

Ministerio de salud y proteccion social. (2020). Decreto 538 . *Decreto 538 de 2020*. Colombia.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2020). Resolución 0380.

Ministerio de salud y protección social. (2020). Resolución 385. *Por la cual se declara la emergencia sanitaria por causa del coronavirus COVID-19 y se adoptan medidas para hacer frente al virus.* Bogotá, Colombia.

Ministerio de salud y protección social. (2020). Resolución 521. *Por la cual se adopta el procedimiento para la atención ambulatoria de población en aislamiento preventivo obligatorio con énfasis en población con 70 años o más o condiciones crónicas de base o inmunosupresión por enfermedad o tratamiento.* Bogotá, Colombia.

Ministerio de salud y protección social. (2020). Resolución 628 de 2020. *Resolución 628 de 2020.* Bogotá, Colombia: Ministerio de salud y protección social.

Ministerio de salud y protección social. (2020). Resolución 666 . *Resolución 666 .* Colombia.

Ministerio de salud y protección social. (2020). Resolución 844. *Por la cual se prorroga la emergencia sanitaria por el nuevo Coronavirus que causa la COVID - 19, se modifica la Resolución 385 del 12 de marzo de 2020, modificada por las Resoluciones 407 y 450 de 2020 y se dictan otras disposiciones.* Bogotá, Colombia.

Ministerio de salud-Ministerio del Trabajo. (2020). Circular 0018. *Circular 0018.* Bogotá: Ministerio de Salud-Ministerio del trabajo.

Ministerio de trabajo . (2020). Decreto 676 de 2020. *Decreto 676 de 2020.* Colombia .

Ministerio de trabajo. (2020). Circular 0033. *Circular 033 del 17 de abril de 2020.* Bogotá: Ministerio del Trabajo.

Ministerio de trabajo. (2020). Circular 029. *Los elementos de protección personal son responsabilidad de las empresas o contratantes.* Bogotá, Colombia.

Ministerio de trabajo. (2020). Circular 064. *Acciones mínimas de evaluación e intervención de los factores de riesgo psicosocial, promoción de la salud mental y la prevención de*

problemas y trastornos mentales en los trabajadores en el marco de la actual emergencia. Bogotá, Colombia.

Ministerio de Trabajo. (2020). Circular No 0017. *Circular 017 del 24 de febrero de 2020.* Bogotá: Ministerio de Trabajo.

Ministerio de Trabajo. (2020). Circular No 0021. *Circular 021 del 17 de marzo de 2020.* Bogotá: Ministerio de Trabajo.

Ministerio de Trabajo. (2020). Decreto 676. *Decreto 676 del 19 de Mayo de 2020.* Bogotá: Ministerio de Trabajo.

Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. (1994). Decreto 1295 de 1994. *Por el cual se determina la organización y administración del Sistema General de Riesgos Profesionales.* Colombia.

Ministerio del Interior. (2020). Decreto 1168. Bogotá: Ministerio del Interior.

Pierre Alvarez, R., & Harris, P. R. (2020). COVID-19 en América Latina: Retos y oportunidades. *Revista Chilena de Pediatría*, 179-182.

Presidencia de la República. (2020). Decreto 417 de 2020. *Decreto 417 de 2020.* Colombia.

Presidencia de la República. (2020). Decreto 593. *Por el cual se imparten instrucciones en virtud de la emergencia sanitaria por la pandemia del coronavirus COVID 19, y el mantenimiento del orden público.* Bogotá, Colombia.

Presidencia de la República. (2013). Decreto 2943 de 2013. *Por el cual se modifica el párrafo 1° del artículo 40 del Decreto 1406 de 1999.* Colombia. Obtenido de <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=55977>

Presidencia de la República. (2020). Decreto 1076. *Decreto 1076 del 28 de julio de 2020.* Bogotá: Ministerio del Interior.

Presidencia de la república. (2020). Decreto 1374. *Por el cual se optimiza el programa de pruebas, rastreos y aislamiento selectivo sostenible - PRASS, para el monitoreo y seguimiento de casos y contactos de COVID-19 en Colombia.* Bogota, Colombia: Presidencia de la República.

Presidencia de la república. (2020). Decreto 1374. *Por el cual se optimiza el Programa de Pruebas, Rastreo y Aislamiento Selectivo Sostenible - PRASS, para el monitoreo y seguimiento de casos y contactos de COVID - 19 en Colombia.* Bogota, Colombia: Presidencia de la República.

Presidencia de la república. (2020). Decreto 149. *Por el cual se imparten instrucciones en virtud de la emergencia sanitaria generada por la pandemia del Coronavirus COVID-19, y el mantenimiento del orden público.* Bogotá, Colombia.

Presidencia de la República. (2020). Decreto 417 de 2020. *Decreto 417 de 2020.* Bogota, Colombia: Presidencia de la República.

Presidencia de la Republica. (2020). *Decreto 531.* Bogota: Presidencia de la Republica.

Presidencia de la República. (2020). Decreto 538.

Presidencia de la Republica. (2020). Decreto 636. Bogota: Presidencia de la Republica.

Presidencia de la república. (2020). Decreto 636. *Por el cual se declara un Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica en todo el territorio Nacional.* Bogotá, Colombia.

Presidencia de la República. (2020). Decreto 637.

Presidencia de la república. (2020). Decreto 990. *Decreto 990.* Bogota: Departamento Administrativo de la Funcion Publica.

Presidencia de la república. (2020). Decreto749. *Por el cual se imparten instrucciones en virtud de la emergencia sanitaria generada por la pandemia del Coronavirus COVID-19, y el mantenimiento del orden público*. Bogota: Ministerio del Interior.

Rivero, D. S. (2008). *Introducción a la Metodología de la Investigación*. Editorial Shalom 2008.

Rodrigue Morales, A. J., Sánchez Duque, J. A., Hernández Botero, S., Pérez Díaz, C. E., Villamil Gómez, W. E., Méndez, C. A., . . . Paniz Mondolfi, A. (2020). Preparación y control de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) en América Latina. *Acta Médica Peruana*, 3-7.

Rosselli, D. (2020). Covid-19 en Colombia: los primeros 90 días. *Acta Neurológica Colombiana*.

Sampieri, R. H. (2014). *Metodología de la investigacion* . México D.F.: McGRAW-HILL.

Silva, J. S., Batista de Carvalho, A. R., Leite, H. D., & Oliveira, E. M. (2020). Reflexiones sobre los riesgos ocupacionales en trabajadores de salud en tiempos pandémicos por COVID-19. *Revista Cubana de Enfermería*.

