



Bogotá, 12 de Julio de 2020

Doctor

Iván Duque Márquez

Presidente de la República de Colombia

Doctora

Claudia López Hernández

Alcaldesa de Bogotá D.C.

Respetados mandatarios,

Las sociedades médico científicas y las agremiaciones de la salud hemos seguido con atención la evolución de la pandemia por el virus SARS COV2, productor de la enfermedad conocida como COVID-19, y las medidas implementadas desde el orden nacional y distrital.

Existe un alarmante aumento vertiginoso de COVID-19 en todo el territorio nacional, siendo Bogotá D.C. el epicentro del contagio.

Desde el pasado 27 de abril, cuando se comenzó a levantar la cuarentena de forma progresiva con la apertura de actividades en 43 sectores económicos, se han aumentado de manera acelerada los contagios en el país, pasando de 11.613 casos el 11 de mayo, a 45.212 el 11 de junio y 145.362 el 11 de julio, según ha informado el Ministerio de Salud.

En Bogotá los contagios pasaron de 4.305 casos el 11 de mayo a 14.537 el 11 de junio y, al 11 de julio el D.C. ya reporta 47.524, con una ocupación de Unidades de Cuidado Intensivo del 87,2%, según informa el Observatorio de Salud de Bogotá SALUDATA, de la Secretaría Distrital de Salud.

El aumento de casos en las últimas semanas coincide con la mencionada apertura de las áreas de la economía productiva y del comercio, lo que ha supuesto un incremento de



interacciones personales y sociales cercanas, que se refleja en el rápido aumento de casos detectados.

Estos datos epidemiológicos reclaman medidas drásticas que frenen la propagación del virus y disminuyan el riesgo de mortalidad.

En tal sentido, las agremiaciones de salud pública y médico científicas del país y del D.C. hemos suscrito el presente documento en el que consignamos el análisis y las propuestas que, consideramos, se deben tener en cuenta para disminuir la incidencia en la morbilidad y mortalidad por COVID-19 en Colombia, propuesta que estimamos sea tenida en cuenta por ustedes, como máximas autoridades del país y la ciudad, y sean aplicables en todos los territorios adaptándolas a las características propias de cada región.

Dado que el funcionamiento de los sistemas de salud en los niveles local y regionales tienen importante supeditación y autonomía limitada debido a la centralización administrativa de particulares, como lo son las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) de los regímenes contributivo y subsidiado, se hace necesaria una Dirección Unificada del sistema para todo el país, regido por el Ministerio de Salud con las secretarías de salud departamentales y distritales.

1. CUARENTENA ESTRICTA E INGRESO MÍNIMO VITAL

Dada la magnitud en la cantidad de contagios y decesos por COVID-19 en Bogotá y en el país y la creciente ocupación de camas UCI que ya supera el 87% en el D.C. y advierte un inminente riesgo de desborde, **consideramos necesario y oportuno se inicie de inmediato una cuarentena estricta inicial de dos semanas en toda la ciudad**, cuyo objetivo central es disminuir con suficiencia la tasa de contagios, y continuar haciendo las adecuaciones locativas del sistema de salud y la consecución y preparación del talento humano necesario, con integración funcional entre el Distrito Capital y el resto del país.



Estas dos semanas de cuarentena permitirían llegar a niveles de ocupación por debajo de la línea de alto riesgo, pues está demostrado que el confinamiento estricto y generalizado disminuye significativamente la cantidad de contagios y, con ello, el ingreso de nuevos enfermos críticos, hasta que se llegue nuevamente a un nivel de ocupación de menor riesgo, lo que evitaría el colapso del sistema.

La medida se repetiría cíclicamente y su severidad y frecuencia dependerán del comportamiento y evolución de los indicadores. Así mismo, se deben diversificar los indicadores que permitan tomar este tipo de decisiones en cada región, acorde con su realidad propia y evolución del contagio. En nuestro concepto, los indicadores deben ser:

- Porcentaje de ocupación de camas UCI.
- Disponibilidad de talento humano para la atención en estos servicios.
- Variación del contagio.
- Disponibilidad suficiente de equipos de salud pública para el control de la pandemia.
- Cobertura actual y efectiva de pruebas y oportunidad en la entrega de los resultados, para hacer el diagnóstico real de la situación.

Para hacer posible y equitativo el confinamiento, las medidas de cuarentena estricta y aislamiento social, requieren del respaldo de **una política social de renta básica real y efectiva, con garantía de alimentación y servicios públicos básicos, dirigida a la población más pobre y vulnerable cuyo ingreso como trabajadores independientes, informales o de micro y pequeñas empresas, no está garantizado sin la lucha diaria.**

A nuestro juicio, esto debe corresponder a un salario mínimo mensual vigente (SMMLV), como lo expresa la propuesta que cursa en el Congreso de la República. El Gobierno Nacional y la ciudad de Bogotá cuentan con los recursos destinados en el plan de gastos para estos fines.

El levantamiento de la cuarentena se debe evaluar de manera gradual y controlada, que permita vigilar y hacer cumplir las medidas de bioseguridad y distanciamiento social en el transporte público y espacios de diversa índole que impliquen



aglomeraciones humanas, así como contar con los equipos de salud pública para detectar, aislar y controlar nuevos brotes.

2. UNIDADES DE CUIDADO INTENSIVO Y TALENTO HUMANO COMPETENTE E IDÓNEO PARA SU FUNCIONAMIENTO

La pandemia COVID-19 ha puesto en evidencia las serias falencias del modelo de salud que nos rige actualmente, con notorias deficiencias e inequidades en la oferta de servicios, los sistemas de referencia y contrarreferencia, los centros reguladores de urgencias y emergencias, la disponibilidad de talento humano en salud competente e idóneo, y en el manejo de los recursos.

Para tratar de superar estas deficiencias se aumentó el número de camas, que debería implicar también un aumento proporcional de las personas especializadas y capacitadas para atender, con el menor riesgo y la mayor eficacia, a los enfermos que puedan beneficiarse de esta ampliación.

En virtud de esta estrategia, a la fecha del 11 de julio, Bogotá contaba con 1.112 camas UCI disponibles para atender enfermos infectados por COVID-19 y otras 374 camas UCI para personas con otras patologías, lo que arroja un total de 1.486 camas UCI.

Sin embargo, en el orden de ideas arriba señalado y en relación con el talento humano competente e idóneo, debemos manifestar **nuestro desacuerdo con la Resolución 048 del 3 de julio de 2020 expedida por la Secretaría de Salud de Bogotá, pues de manera simplista minimiza la condición crítica, individual y muy compleja de cada paciente, así como el nivel de alta complejidad de las UCI al dejar como tratantes presenciales a médicos y enfermeras generales, es decir, personal sin formación específica en tan delicado tema.**

Una Unidad de Cuidado Intensivo es la materialización de un concepto muy particular, complejo, altamente especializado y metódico en la atención médica de personas gravemente enfermas. Es un espacio diseñado para atender intensamente, minuto a



minuto, a ese tipo de pacientes, con alto riesgo de sufrir la falla de uno o más de sus sistemas orgánicos (sistema nervioso central o periférico, sistema cardiovascular, sistema respiratorio, sistema digestivo-hepático, sistema renal, sistema muscular, sistema osteoarticular, sistema sanguíneo, sistema endocrino y sistema inmunológico) y con ello, correr alto riesgo de muerte.

El monitoreo continuo de todos estos sistemas orgánicos, cuya integridad e interacción constante da a las personas su capacidad de vivir y actuar, permite al equipo humano de cuidado intensivo identificar con rapidez y bastante precisión la inminencia de falla o su ocurrencia, que puede arrastrar a similar situación a otro u otros de esos sistemas orgánicos, incrementando peligrosamente la inminencia del riesgo de muerte. Requiere de una infraestructura característica muy exigente en su composición y rigurosa en su calidad y funcionamiento. Esa infraestructura consta de los siguientes componentes básicos:

En cada habitación:

- Área suficiente para la ubicación de la cama, los monitores, los equipos móviles y la circulación cómoda del personal médico, de enfermería y de terapeutas para poder desplazarse en su interior en condiciones regulares o en situación de emergencia (paro cardio respiratorio, hemorragia, convulsiones, extubación del paciente, etc.), con el fin de prestar la atención adecuada.
- Cama eléctrica de tres planos móviles y barandas.
- Monitores de constantes vitales (temperatura, tensión arterial, pulso y respiración), y de gasto cardíaco.
- Monitores de electrocardiografía, curva respiratoria y saturación de oxígeno.
- Fuente permanente de aire, oxígeno y vacío.
- Corriente eléctrica con suficientes tomas que alimenten el equipo electrónico permanente y el adicional requerido en situaciones específicas.
- Bombas de infusión continua.



En la UCI, compartiendo con todas las camas que la componen:

- Central de enfermería y monitoreo.
- Dispensador de medicamentos para cada paciente.
- Equipo portátil de imágenes (Rayos X y Ecografía).
- Carro de paro cardíaco con laringoscopios, tubos endotraqueales, cánulas y demás elementos necesarios para mantenimiento de la vía aérea; medicamentos específicos.
- Desfibrilador.

Todos estos elementos de monitoreo y diagnóstico, no funcionan por sí solos. Necesitan de la participación activa, inteligente y vigilante de los **médicos intensivistas, quienes dirigen las UCI y a su equipo humano de trabajo** para atender a los pacientes.

El cuidado intensivo es una especialidad que requiere un largo proceso de entrenamiento, mediante el cual se adquieren los conocimientos necesarios, un conjunto de habilidades técnicas y de experiencias clínicas durante dos años de formación específica en medicina crítica y cuidado intensivo, ya sea como una super especialidad de las cuatro especialidades madre de la medicina, a saber: medicina interna, pediatría, cirugía y ginecología, y de otras especialidades como anestesiología, neurocirugía y neonatología; sin tener que hacer una especialidad previa, hoy en día se exigen 4 años de formación a los médicos generales que elijan ser especialistas en cuidado intensivo; es decir, intensivistas.

Aumentar camas de UCI sin contar con este tipo de profesionales deja desprovisto de real cuidado a los pacientes y en situación de riesgo médico-legal al talento humano en salud que los atiende ya que, como se dijo, los enfrentan a una patología compleja, nueva y con alto riesgo de complicaciones, muchas veces, fatales.

Puesto que la medicina es una práctica muy dinámica y cambiante debido al rápido desarrollo del conocimiento científico y tecnológico, es la *lex artis* la condición que determina los principios éticos que rigen el ejercicio de la profesión médica, y en Colombia están consignados en la ley 23 de 1981.



Por ello, los actos administrativos gubernamentales dirigidos al talento humano en salud **no pueden ir en contravía de la ética médica, cuyos principios están contenidos en la ley; la ética es la esencia del ejercicio médico cuyo fundamento es “no hacer daño”**.

A nuestro juicio, inducir a que personas, médicos y enfermeras sin formación, conocimiento, entrenamiento y experiencia suficientes, es decir, no idóneas, se encarguen del cuidado de pacientes de altísima complejidad en esta muy grave situación de salud pública, contraviene el paradigma del ejercicio médico cuál es “el deber del cuidado”, lo que se puede traducir al nivel individual en vulneración del derecho fundamental a la salud del paciente, puesto que aumentan los riesgos de iatrogenia a consecuencia de errores médicos por impericia, desconocimiento, ansiedad, miedo y fatiga.

Al respecto, la Asociación de Medicina Crítica y Cuidado intensivo, AMCI, hizo una propuesta para la atención de pacientes críticamente enfermos en el departamento del Atlántico (Ver Anexo), la cual se acoge a las necesidades del cuidado a sospechosos o con infección confirmada por COVID-19, para lo cual es necesario el número suficiente de personas calificadas. En tiempos de alta demanda una Unidad de Cuidados Intensivos de 10 camas, ocupada al 100% por Covid-19 y con el 80% en ventilación mecánica, requiere como mínimo:

- Cobertura de 24 horas, 7 días a la semana, garantizada con 1 intensivista con formación de dos años en cuidados intensivos, presencial en tiempo parcial (turnos no mayores a 12 horas) y especialistas disponibles en medicina interna, anestesia, cirugía y neurocirugía. En pediatría los intensivistas deben, obligatoriamente, ser pediatras.
- Ante la insuficiencia de especialistas con estas características, se puede contar con un residente de medicina crítica y cuidados intensivos, apoyado por residentes de 3er. año de medicina interna o anestesia.
- En cada turno todas la UCI deben contar con dos enfermeras profesionales, idealmente una de ellas intensivistas, 1 fisioterapeuta, 1 terapeuta respiratorio y 5 auxiliares de enfermería por turno (una por cada 2 camas).



- Todo este **talento humano** garantiza la cobertura de 24 horas durante 7 días, con sus respectivos tiempos de descanso y es **vinculado mediante contratación laboral** para protegerlo ante la incapacidad por enfermedad, o a su familia, si muere por causa de su trabajo.
- Es necesario prever la mayor capacidad de ofrecer cuidado crítico suficiente con el menor riesgo, en caso de que la cantidad de enfermos desborde la disponibilidad del personal necesario. En tal sentido, debe plantearse la instalación de centros virtuales con tecnología e infraestructura adecuadas y suficientes en los hospitales con UCI, para dar asesoría médica especializada a distancia al personal no especializado, mediante Telemedicina; esto para casos extremos, lo que requiere una planeación estratégica centralizada.
- Es función de las autoridades sanitarias autorizar y supervisar que ante las insuficiencia de intensivistas y personal de enfermería especializado en cuidado intensivo, los intensivistas mas experimentados dirigirán y acompañarán presencialmente o a distancia mediante telemedicina, si así lo exige la situación, al personal que preste la atención a los pacientes críticos en las UCI, funcionando como un equipo de atención con responsabilidad compartida, pero individual en lo pertinente a las acciones específicas de cada integrante del equipo.
- Las instancias estatales pertinentes deberán pronunciarse con urgencia a la mayor brevedad posible y legislar sobre los alcances de la responsabilidad médico-legal en esta situación especial de pandemia por una enfermedad nueva cuyo comportamiento es todavía incierto, si no desconocido en su totalidad. Esta peculiaridad constituye incertidumbre aún mayor a la que usualmente debemos enfrentar en la actividad médica en el tratamiento de las enfermedades de seres vivos complejos, como es la persona humana, y con infinidad de variables que afectan individualmente los resultados de un tratamiento.

A diferencia de las UCI, una Unidad de Cuidados Intermedios no requiere la severidad y meticulosidad del cuidado, pero sí de la continuidad en la vigilancia de las constantes vitales de cada paciente y en la evolución de su condición general.

Por cada turno de 8 a 12 horas, máximo, y para cada 10 camas de cuidado intermedio, se necesita un médico líder con formación en una de las especialidades médicas madre



o un médico general entrenado específicamente para la situación o con experiencia de un año en cuidados intermedios, que cuente con la disponibilidad permanente de especialistas consultores y con el apoyo de médicos residentes, de una enfermera, 3 auxiliares de enfermería, una Fisioterapeuta y un Terapeuta Respiratorio, para dar cobertura de 24 horas diarias, 7 días a la semana.

Conforme a las cifras de la AMCI, en Bogotá existen 183 intensivistas, no obstante, esta cifra no se ha actualizado y en la batalla contra el COVID-19 han fallecido dos de ellos, mientras que otros están hospitalizados por contagio. Se debe constatar cuántos están en retiro y cuántos no ejercen en la ciudad.

En este escenario, al considerar la relación entre talento humano en salud y pacientes, encontramos:

- Insuficiente cantidad de personal especializado para cubrir la atención a la totalidad de enfermos que ocupan y ocuparán las camas.
- El entrenamiento actual a estas personas se inició tarde y desconocemos la política y contenidos del programa de capacitación del nuevo talento humano en salud para lograr estos estándares.
- El aumento acelerado de casos, además de generar sobreocupación, pone en riesgo a los pacientes y al talento humano en salud, dado que no se contará con el número de camas suficientes, ni con la cantidad de talento humano en salud competente e idóneo para su tratamiento.
- Todo este Talento Humano, necesario para garantizar la cobertura de 24 horas diarias durante 7 días a la semana, con sus respectivos tiempos de descanso, debe ser vinculado mediante contratación laboral para protegerlo ante la incapacidad por enfermedad, o a su familia, si muere por causa de su trabajo.
- Por último, insistimos, en que la planeación de la ampliación de estas UCI debe ser asesorada por instancias de expertos, por lo que los remitimos a los trabajos y conceptos desarrollados por la AMCI.



3. RECTORÍA Y DIRECCIÓN UNIFICADA DEL SISTEMA DE SALUD A CARGO DEL MINISTERIO DE SALUD, LA SUPERINTENDENCIA DE SALUD Y LA SECRETARÍA DE SALUD DE BOGOTÁ

Por todas las limitaciones anteriormente señaladas para expandir el número de camas y unidades de cuidado intensivo, es imprescindible extremar otras medidas que permitan disminuir efectivamente nuevos contagios para que haya menos personas que requieran Unidades de Cuidados Intensivos:

- Asumir de inmediato la rectoría y control de todas las camas UCI y de hospitalización, y todos los servicios de urgencias del sistema de salud de Bogotá, que en su gran mayoría es privado.
- Intervención coordinada, continua y efectiva de la Superintendencia Nacional de Salud con acciones de vigilancia, control y sanción sobre las IPS y EAPB (antes EPS), pues es responsabilidad de estas empresas garantizar a sus pacientes el acceso a servicios de salud.
- Exigir a las EAPB el cumplimiento de sus funciones legales relativas a prevención individual, lo que supone la detección de personas contagiadas dentro de sus afiliados, mediante la realización de pruebas diagnósticas y seguimientos, priorizando grupos poblacionales de alto riesgo.
- Exigir a las ARL el cumplimiento de sus funciones legales relativas a protección individual del personal de salud, lo que supone la provisión de elementos de protección personal (EPP) y el reconocimiento e indemnización inmediata por riesgo laboral a quienes adquieran la enfermedad COVID-19, así como la cobertura de aquellos trabajadores de la salud que, por sospecha de contagio, requieran aislamiento.
- Vigilar, controlar y sancionar por incumplimiento a EAPB, ARL e IPS.
- En Bogotá se ha reportado que las EAPB se demoran hasta 15 días para la toma y entrega de resultados de las pruebas. El ente rector debe constatar el cumplimiento en tiempo real de las funciones de estas instituciones para la atención de la pandemia.
- Las pruebas diagnósticas se deben excluir del MIPRES, puesto que constituye una barrera de acceso al servicio.



4. SALUD PÚBLICA Y PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

La Organización Mundial de la Salud OMS y numerosos expertos han manifestado que una de las medidas más eficaces para lograr la supresión del virus es hacer pruebas, pruebas y más pruebas, lo que implica detección, rastreo de contactos y aislamiento.

En este contexto, se debe disponer de una clara, precisa y firme política de salud pública con equipos humanos de atención primaria:

- Que se desplieguen por todo el territorio, debidamente entrenados en la situación de pandemia.
- Que cuenten con bioseguridad y contratación laboral digna y estable.
- Que realicen actividades de educación comunitaria.
- Que tomen muestras para pruebas diagnósticas a:
 - Personal sanitario.
 - Conductores de transporte público y de alimentos.
 - Empleados bancarios, de comercio en grandes superficies, supermercados, tiendas y farmacias.
 - Personal de las FFMM.
 - Cuerpo de Bomberos y personal de Defensa Civil.
- Que hagan rastreo a posibles contactos de los anteriores grupos de población
- Que tomen, aleatoriamente, muestras en espacios con aglomeraciones humanas.

Es indispensable precisar que:

- Los resultados de las pruebas hechas deben informarse en un tiempo máximo de 72 horas.
- Ante la sospecha de contagio, aún sin conocer el resultado, se debe proceder de inmediato a aislar los casos sospechosos.



- **Al identificar varios contactos, en ese segmento de población, se deben hacer 100 pruebas por cada caso positivo para decidir si se establece un cerco epidemiológico, como lo ha indicado la epidemióloga, Dra. Zulma Cucunubá¹.**

Para lograr estos objetivos se recomienda una importante inversión de recursos en salud pública para todo el territorio nacional, con el objeto de conformar equipos de prevención y control de riesgos de salud pública en cada municipio del país, dependientes de las direcciones locales de salud, con 4 personas: epidemiólogo o salubrista, profesional social, tecnólogo en saneamiento y auxiliar de enfermería, a razón promedio de un equipo por cada 10 mil habitantes, dependiendo de la densidad poblacional, con el apoyo de dotación, transporte y laboratorio de respaldo necesarios para una efectiva cobertura de toda la población nacional, así como de las empresas y los establecimientos para lograr la contención efectiva del virus, responder con rapidez y controlar los rebrotes posibles.

Si bien se requiere para ello una inversión cercana al billón de pesos por año, esto representa apenas un 2 por ciento de lo invertido en atención médica y aseguramiento, recursos que permitirán devolver a la salud pública del país y de cada territorio la capacidad de enfrentar enfermedades epidémicas y endémicas que azotan permanentemente a la población, y controlar diversos riesgos del ambiente que afectan la salud de los colombianos, labor que no corresponde a las instancias hospitalarias ni a las aseguradoras.

La Contraloría General de la República reveló recientemente la alarmante cifra de que solo al 8% de los trabajadores de la salud se les ha hecho prueba Covid-19 en un sondeo sobre 12 mil trabajadores realizado en junio pasado.

¹ MD, PhD. Epidemióloga para enfermedades infecciosas. Actualmente es Investigadora del Centro MRC para Análisis de Infecciones Globales, Imperial College, Londres, Reino Unido. Seminario Pandemia: Economía y Salud. Colegio Médico de Bogotá D.C. – Federación Médica Colombiana, Julio 8 de 2020.



5. INFORMACIÓN ÚNICA Y OPORTUNA

Toma de decisiones, planeación y generación de acciones.

Cualquier tipo de decisión, planeación y generación de acciones para combatir la pandemia, tomada desde la Dirección Unificada del Sistema de Salud del ente nacional y distrital, debe soportarse en información verificable, colectada, analizada, construida y oportunamente entregada a los dos gobernantes, a quienes comanden y dirijan la estrategia única territorial, a los asesores que designen y al nivel operativo que adelante la acción estratégica.

Los frentes de atención exigen decisiones estructuradas con base en información que parte de las siguientes condiciones:

- El cálculo de la oferta de talento humano especializado y no especializado necesario para atender la pandemia.
- Su capacitación de primera vez, cuando es el caso.
- La reinducción del conocimiento específico para ese personal.
- Contratación laboral justa, digna y estable.
- Apoyo para la atención del paciente complejo.
- Adquisición de equipamiento terapéutico como ventiladores, y de apoyo como monitores.
- Insumos para pruebas diagnósticas.
- Análisis de cantidad y rotación de camas en hospitalización básica, intermedia y UCI.
- Estrategias de conversión y adaptación de las camas por nivel de atención, grado de complejidad y severidad de la patología.
- Provisión de elementos de protección personal a los equipos de salud, por mencionar solo alguno de los frentes.
- Sistema de información en tiempo real, de acceso fácil e inmediato, que de cuenta de la evolución de la enfermedad.
- Aspectos financieros y administrativos transparentes, que informen sobre el flujo de recursos al sector salud, y permitan realizar una veeduría institucional y ciudadana sobre la instauración de los mismos.



6. PROTECCIÓN DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

Es axioma innegable que el principal recurso para la atención de la pandemia es el talento humano y si este se debilita, se pone en riesgo al resto de la población. Su protección supone contratación laboral digna, para lo cual hemos propuesto que se constituyan plantas temporales de personal mediante contrato laboral hecho por la Secretaría de Salud de Bogotá en la capital y por el Ministerio de Salud y Protección Social en el ámbito nacional.

Se requiere que en el D.C., se les haga pruebas diagnósticas para Covid-19 a los trabajadores de la salud y, conforme al nivel de exposición:

- Se deben repetir una vez a la semana para la primera línea, y hasta una vez al mes para aquellos que no están en primera línea de atención.
- Se debe garantizar la entrega individual de los elementos de protección personal (EPP) en los sitios de trabajo pues según el informe de la Contraloría General de la República, que coincide con los sondeos hechos por el Colegio Médico Colombiano, la Federación Médica Colombiana y el Colegio Médico de Bogotá D.C. (Encuesta I y II Reporte de exposición del personal de la salud en el contexto de la pandemia SARS COV2-COVID-19 y condiciones de bioseguridad abril 2020), cerca del 50% de los EPP son adquiridos por el mismo personal de la salud, que debe asumir a riesgo propio su calidad.
- La contratación del personal de la salud debe ser digna y estable.

Por último, deseamos reiterarles, presidente Iván Duque y alcaldesa Claudia López, nuestra disposición de contribuir en la implementación y manejo de las propuestas aquí consignadas, convencidos de que, por su concepción técnica y científica, aportarán a la solución de estos problemas, por el beneficio de todos los habitantes del territorio nacional y de Bogotá D.C.



Con consideración,

FEDERACIÓN MÉDICA COLOMBIANA (FMC)

Dr. Sergio Isaza, presidente

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE SOCIEDADES CIENTÍFICAS (ACSC)

Dra. Lina Triana, presidenta

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE MEDICINA CRÍTICA Y CUIDADO INTENSIVO (AMCCI)

Dr. José Luis Accimi, presidente

COLEGIO MÉDICO COLOMBIANO (CMC)

Dr. Roberto Baquero, presidente

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE HEMATOLOGÍA Y ONCOLOGÍA (ACHO)

Dra. Virginia Abello

ASOCIACIÓN MÉDICA SINDICAL DE COLOMBIA (ASMEDAS)

Dr. Pedro Contreras, presidente

FEDERACIÓN COLOMBIANA DE SINDICATOS MÉDICOS (FECOLMED)

Dr. Jorge Enrique Enciso, presidente

ASOCIACIÓN NACIONAL DE INTERNOS Y RESIDENTES (ANIR)

Dra. Juliana Moreno, presidenta



ASOCIACIÓN COLOMBIANA MÉDICA ESTUDIANTIL (ACOME)

Dra. Alejandra Gómez, presidenta

FUNDACIÓN PARA LA INVESTIGACIÓN Y EL DESARROLLO DE LA SALUD (FEDESALUD)

Dr. Félix Martínez, presidente

Organizaciones adscritas a Bogotá:

COLEGIO MÉDICO DE BOGOTÁ D.C.

Herman Bayona A., presidente

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE MEDICINA CRÍTICA Y CUIDADO INTENSIVO - AMCCI

Capítulo Bogotá

Dr. Jorge Armando Carrizosa, presidente

SINDICATO DE ANESTESIOLOGOS DE BOGOTÁ Y CUNDINAMARCA

Dra. Maribel Arrieta, presidenta

Organizaciones regionales distintas a Bogotá:

ASOCIACIÓN MÉDICA SINDICAL- CAPÍTULO ANTIOQUIA

German Reyes Forero, presidente



ACADEMIA DE MEDICINA DE MEDELLÍN
Rocío Gómez Gallego, presidenta

ACADEMIA DE MEDICINA DEL VALLE DEL CAUCA
Luis Hernando Moreno, presidente

CC. Dr. Fernando Ruiz, Ministro de Salud y Protección Social
Dr. Ángel Custodio Cabrera, Ministro de Trabajo
Dr. Fabio Aristizábal, Superintendente de Salud
Dr. Carlos Felipe Córdoba, Contralor General de la República
Dr. Fernando Carrillo Flórez, Procurador General de la Nación
Dr. Alfonso Negret Mosquera, Defensor del Pueblo
Dra. Gina Tambini, Representante OPS/OMS Colombia
Medios masivos de Información y comunicación (impresos y digitales)

Anexo:
<http://www.amci.org.co/noticias/comunicados/25-comunicados/839-red-raci-reunion-con-medios-de-comunicacion-grupo-tia-covid-19>