

Bogotá D.C., enero 8 de 2020

Doctor
Iván Duque Márquez
Presidente de la República de Colombia

Doctor
Fernando Ruiz
Ministro de Salud y Protección Social

Señoras gobernadoras y señores
Gobernadores de Departamentos

Señoras y señores
Alcaldes de ciudades capitales

Ref. “Colombia un solo Hospital”. Propuesta para enfrentar la actual emergencia por Covid19 en Colombia

Respetados y respetadas mandatarias,

Las sociedades médico científicas y las agremiaciones de la salud hemos enfrentado y seguido con atención, día a día, la evolución de la pandemia por SARS COV2-COVID-19, y las medidas que se han implementado desde el orden nacional y regional.

Existe un vertiginoso y alarmante aumento de contagios por Covid-19 en todo el país, siendo los territorios más comprometidos el D.C. de Bogotá, Antioquia, Barranquilla y el Valle del Cauca, conforme a la distribución de casos por Departamento, de acuerdo al reporte realizado por el Instituto Nacional de Salud (INS) el día 7 de enero de 2021.

Desde el 27 de abril del 2020 que se levantó la cuarentena total iniciada el 16 de marzo, las cifras de contagio han aumentado progresivamente.

Según el INS (enero 7) hay 1.737.347 de casos y solo se han procesado 68.730 muestras, de las cuales 33.641 son PCR, un hecho que preocupa si se considera que el INS tiene una capacidad de procesamiento de 55 mil pruebas PCR, además de las pruebas de antígeno.

En ese contexto Colombia debería estar realizando, como mínimo, 100 mil pruebas diarias en el marco de la estrategia “**Prueba, Rastreo y Aislamiento Selectivo Sostenible, PRASS**”. La mortalidad que asciende hoy a 45.067 fallecidos es una de las más altas del mundo por 100 mil habitantes, ocupando el noveno lugar del mundo, según el Centro de Investigación para el coronavirus JHONS HOPKINS, lugar superado solo por Argentina en Latinoamérica.

El creciente aumento de casos de las últimas semanas coincide con la continuidad en la apertura de la economía productiva y del comercio durante las festividades de fin de año, así como la gran movilidad y flujo turístico entre las distintas regiones del país y el arribo de más de 300 mil viajeros internacionales según la oficina de Migración Colombia.

El evidente incremento de las interacciones sociales se refleja en el aumento vertiginoso de los contagios que superan los 15 mil casos día, pese al bajo número de pruebas que se están realizando.

A esta compleja situación se suma el agotamiento por enfermedad e incapacidad del talento humano que atiende a los pacientes críticos en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), en los servicios de urgencias y hospitalización, junto al desabastecimiento de medicamentos para las mismas.

Frente a esta situación, las agremiaciones de salud pública y médico científicas de Colombia preparamos la propuesta “Colombia un solo hospital”, en la que consignamos el análisis y los aspectos que consideramos se deben tener en cuenta, en este momento, para disminuir la incidencia en la morbilidad y mortalidad del SARS COV2-COVID-19 que enfrenta el país.

La propuesta “Colombia un solo hospital”, es una estrategia para el manejo de actual momento de la pandemia dada la grave situación que enfrentamos. Estimamos que las recomendaciones aquí presentadas, sean tenidas en cuenta por ustedes como máximas autoridades de salud pública del país, en los departamentos y ciudades, y aplicables en todos los territorios adecuándolas a las características propias de cada región y momento epidemiológico.

Dado que el funcionamiento de los sistemas de salud en los niveles local y regionales tienen importante supeditación y autonomía limitada por la centralización administrativa que ejercen particulares, como las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) de 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, municipales y distritales.

“Colombia un solo hospital” Propuesta para enfrentar la actual emergencia por Covid19 en Colombia

1. Medidas restrictivas sectorizadas

Dada la magnitud de contagios y decesos por COVID-19 en el país, y la creciente ocupación de camas UCI que en Colombia supera el 80% con variabilidad de región a región, que advierte un inminente riesgo de desborde, se recomienda valorar medidas restrictivas de cuarentenas sectorizadas, pico y cedula, toques de queda, que han demostrado disminuyen la tasa de contagios.

En un principio, estas medidas deben mantenerse durante dos semanas de la manera más estricta posible, lo que permitiría mantener niveles de ocupación por debajo de la línea de alto riesgo, para evitar el colapso del sistema al disminuir 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. Medida que se recomienda repetir cíclicamente. Su intensidad dependerá 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.

Los indicadores que se deben seguir de manera pública y en línea en los sistemas de información nacional y regionales deben ser:

- Índice ocupacional de camas UCI.
- Disponibilidad de talento humano para la atención en estos servicios. Informar una vez al día qué personal se debe aislar del trabajo por incapacidad, aislamiento o cerco epidemiológico.
- Disponibilidad de tecnologías (medicamentos y dispositivos), para la atención de las UCI.
- Variación del contagio.
- Disponibilidad de equipos de salud pública para el control de la pandemia, detección, rastreo, seguimiento de casos y contactos.

- Cobertura efectiva y actual de pruebas y la oportunidad inmediata de los resultados para el diagnóstico real de la situación.

Para hacer posible y equitativo el confinamiento, las medidas de cuarentena estricta y aislamiento requieren del respaldo de una política social de renta básica real y efectiva, que garantice alimentación y servicios públicos básicos; enfocándose a la población más pobre y vulnerable cuyo ingreso como trabajadores independientes, informales o de micro y pequeñas empresas, no está garantizado en condiciones de la presente contingencia y posible cierre de las ciudades.

La suspensión de las medidas restrictivas se debe evaluar de manera gradual y controlada, permitiendo vigilar y hacer cumplir las medidas de bioseguridad y distanciamiento social en el transporte público y espacios de diversa índole que impliquen aglomeraciones humanas y altos flujos de personal, así como contar con los equipos de salud pública para detectar, aislar y controlar nuevos brotes.

- Aumentar frecuencias, horarios y rutas en el transporte público masivo para disminuir el porcentaje de ocupación.
- Suspender interacciones en espacios de aglomeración como salas de cine, iglesias, colegios, universidades, centros comerciales.

2. Unidades de Cuidado Intensivo y talento humano competente e idóneo para su funcionamiento

Las falencias del modelo de salud, básicamente asistencial, y sus notorias deficiencias e inequidades en la oferta de servicios, en los sistemas de referencia y contra referencia, en los centros reguladores de urgencias y emergencias, en la disponibilidad de talento humano en salud competente e idóneo, y en el manejo de los recursos, son grandes obstáculos en el manejo de la pandemia por Covid-19.

Para tratar de superar estas deficiencias se aumentó el número de camas de 5.300 a 11.521 en todo el país, situación que evaluamos en un sentido positivo y que, según la evidencia de países europeos, es una estrategia que reduce la letalidad.

Sin embargo, advertimos, que este plan de expansión enfrentaría desafíos derivados de una mayor necesidad de talento humano multidisciplinario competente que permita atender, con el menor riesgo y la mayor efectividad, a los enfermos que requieran atención en estas áreas críticas.

Frente a esto, se realizaron acciones adaptativas basadas en “capacitación conceptual” del talento humano priorizado y se desarrolló el modelo “Bases para la construcción del Modelo Piramidal de Talento Humano Especializado para la Atención de Pacientes con Covid-19 en Áreas Críticas de Expansión”, propuesto por las sociedades científicas AMCI, ACMI, SCARE, Asociación Colombiana de Cirugía y ACEM, junto con la dirección de talento humano del Ministerio de Salud, propuesta que, sin embargo, no se ha implementado.

El Modelo Piramidal es una propuesta de optimización del talento humano en salud que permite ampliar la cobertura especializada de atención con el apoyo de personal médico y paramédico, con menor nivel de especialización y con asignaciones de actividades medicas por roles y competencias, siempre bajo el liderazgo y supervisión de intensivistas mediante modalidad presencial y/o de telemedicina.

Después de 10 meses de pandemia, y en el contexto de una mayor limitación de talento humano especializado atribuida a enfermedad física y emocional y/o redistribución por necesidades regionales, recomendamos que este modelo de atención adaptativo, sea implementado (y adoptado) oficialmente y de forma inmediata en todo el país.

Los costos que genere la implementación del Modelo Piramidal deben ser asumidos por los entes territoriales y el gobierno nacional.

3. Rectoría y dirección unificada del sistema de salud a cargo del Ministerio de Salud y las Secretarías Territoriales

Para expandir el número de camas y unidades de cuidado intensivo es imprescindible extremar otras medidas que permitan disminuir, de manera efectiva, nuevos contagios; aumentar el esfuerzo en la atención temprana (primaria) de los casos y con ello, sea menor el número de personas que requieran Unidades de Cuidados Intensivos.

Es importante que el país funcione como un solo hospital, de tal manera que las regiones puedan asumir solidariamente la emergencia de la pandemia y disminuir el impacto en la salud pública y en la vida de los colombianos.

- Asumir, de manera inmediata, efectiva y verificable, la rectoría y control de todas las camas UCI y del todo el sistema de salud del país y las regiones. Camas de hospitalización y servicios de urgencias que son fundamentalmente privados.
- Realizar acciones continuas y efectivas de vigilancia, control y sanción sobre las IPS y EAPB (antes EPS), por parte la Superintendencia de Salud, la Procuraduría General de la Nación, las Personerías Distritales y Departamentales y todos los organismos de control, para garantizar el acceso de todos a los 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, seguimientos y testeos, priorizando grupos poblacionales de alto riesgo en el contexto de la estrategia PRASS.
- 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 las EAPB, a las Administradoras de riesgos laborales y a las IPS públicas y privadas.

En el país se ha reportado que las EAPB se demoran hasta un mes 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. Se deben disponer recursos adicionales para complementar la realización de pruebas y seguimientos suficientes por parte de las EPS, el establecimiento de aislamientos, cercos epidemiológicos, lo que implica verificar que las EPS estén entregando las incapacidades a las personas con contagio y a sus contactos.

- 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 realizar pruebas de forma masiva, continua y sistemática para la detección, rastreo de contactos y aislamiento.

En la “primera ola” de pandemia la publicación científica Lancet documentó que para el mes de agosto Colombia estaba entre los países del mundo que menos pruebas hizo por caso detectado: 3 por cada caso, cuando los países que mejor han manejado la pandemia hicieron 100 pruebas por caso detectado, como, por ejemplo, Uruguay.

Se debe disponer de equipos de atención primaria, preparados y suficientes para una cobertura eficaz y eficiente:

- Desplegados por todo el territorio debidamente entrenados en la situación de la pandemia.
- Con garantías verificables en bioseguridad y condición laboral digna y estable.
- Capacitados para realizar actividades de promoción y educación con las comunidades, pues esto no puede dejarse solo en manos de los medios de comunicación.
- Capacitados para la realización de pruebas diagnósticas a:
 1. Personal sanitario.
 2. Conductores de transporte público y de alimentos.
 3. Empleados bancarios, de comercio en grandes superficies, supermercados, tiendas y farmacias.
 4. Personal de las FFMM.
 5. Cuerpo de Bomberos y personal de Defensa Civil.
 6. Hacer rastreo a posibles contactos de los anteriores grupos de población.
 7. Realizar tomas aleatorias de muestras en espacios con aglomeraciones.

Esto debe ser recogido y sistematizado en los sistemas de información de salud pública.

Es imperativo:

- Que los resultados de las pruebas diagnósticas se informen en un tiempo máximo de 12 horas para pacientes ambulatorios y menos de 6 horas para pacientes hospitalizados.
- Que, ante la sospecha de contagio, aún sin conocer el resultado, se debe aislar de manera inmediata los casos sospechosos.
- Que, 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.

Para lograr este último objetivo se debe hacer una importante inversión de recursos en salud pública para todo el territorio nacional y para la conformación de equipos de prevención y control de riesgos de salud pública en cada municipio del país.

Estos equipos, dependientes de las direcciones locales de salud, estarían conformados por: un epidemiólogo o salubrista, un profesional social, un tecnólogo en saneamiento y un auxiliar de enfermería. Un equipo por cada 10 mil habitantes dependiendo de la densidad poblacional.

El equipo de prevención debe contar con dotación, transporte y laboratorio para lograr la cobertura adecuada del territorio nacional y conseguir la contención efectiva del virus, responder con rapidez y controlar posibles nevos brotes.

Estos equipos son los llamados para ejercer un trabajo de educación pública en salud con las comunidades y crear las condiciones para un buen recibo de la vacunación contra el Covid-19. Promoción y atención primaria.

5. Sistema de información transparente, preciso y veraz para la toma de decisiones, planeación y generación de acciones.

El sistema de información no es solo un instrumento de control social, sino una herramienta de gestión oportuna de la pandemia en sus distintos niveles, desde la prevención hasta el acceso al cuidado crítico y permite realizar, de manera eficiente, la rectoría propuesta para el sistema de salud en el actual momento.

Cualquier tipo de planeación, generación de acciones y decisión para combatir la pandemia, tomada desde la Dirección Unificada del Sistema de Salud del ente nacional y los entes territoriales, debe soportarse en información verificable, colectada, analizada, construida y oportunamente entregada a los gobernantes, a quienes comanden y dirijan la estrategia única territorial y nacional, 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 actualizado de la oferta de talento humano especializado y no especializado necesario para atender la pandemia.
- Capacitación de primera vez, cuando es el caso.
- La re inducción 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.

El sistema de información debe considerar en el mayor nivel posible, tener datos en tiempo real relativo a la ocupación de camas de UCI, hospitalización y urgencias.

Igualmente recomendamos incluir otro conjunto de indicadores:

- Porcentaje de ocupación de camas UCI, Covid y No Covid
- Porcentaje de ocupación de camas de hospitalización
- Porcentaje de ocupación de urgencias
- Número de solicitudes de camas de UCI cada 12 horas
- Tiempo efectivo de traslado de los pacientes a unidades de cuidados críticos
- Verificación de disponibilidad efectiva de camas de UCI, lo que implica verificar de nuevo: disponibilidad de las mismas, con dotación, recurso humano idóneo para su atención, esto supone ajustar los sistemas de información, de tal manera que estos corresponden a la realidad concreta de la capacidad de respuesta del sistema de salud.

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 contratado por las Secretarías de Salud y por el Ministerio de Salud y Protección Social en el ámbito nacional para el personal adicional que se requiera para la atención de la actual emergencia.

- Contratación estable del personal de la salud que faciliten su disponibilidad, dedicación en equilibrio con el riesgo al que se exponen.
- Garantizar, de manera verificable, la dotación suficiente de EPP y capacitación de su manejo adecuado para el personal de salud de primera línea.
- Las gobernaciones y alcaldías podrían contribuir en la responsabilidad que tienen las Instituciones Prestadoras de Servicios de salud pública y privadas (IPS), para garantizar el bienestar del talento humano en salud para la prestación del servicio incluyendo la mitigación del Burnout.
- Los entes territoriales de salud deben definir los parámetros que deben incluir y así mismo deben vigilar que las IPS en conjunto con las ARL garanticen dichos programas.

7. Abastecimiento de medicamentos

La crisis por desabastecimiento es global, compleja y multifactorial. Su gestión se viene abordando desde comienzo de la pandemia, con énfasis superlativo desde Julio/2020, bajo un enfoque de sinergia y competencia transectorial (Mesa de Abastecimiento instalada por el Ministerio de Salud y Protección Social).

Este enfoque parte de la necesidad de adopción de estrategias ciertas, transparentes y coherentes en la contención de la demanda (moderación comportamental y prevención de eventos críticos) y de acciones efectivas para mejorar la oferta (disponibilidad, racionalización y optimización).

No obstante, las dificultades, se ha logrado restablecer el equilibrio temporal para medicamentos como analgésicos y relajantes neuromusculares. Sin embargo, el impacto (éxito) de estas estrategias, asumidas como dinámicas (propuesta D-DRO multisociedades) tiene otros desafíos como son la distribución equitativa y proporcional de las tecnologías (medicamentos), la vigilancia y el control frente al acaparamiento y en especial el reconocimiento de que los recursos UCI son finitos y “ruinosos”, lo cual es racional suficiente para intervenir de manera juiciosa y anticipada la velocidad de propagación de la enfermedad máximo generador de demanda y de presión sobre los servicios de medicina crítica y cuidados intensivos.

En este sentido, se sugiere que la autoridad sanitaria asuma dicha vigilancia y control y haga extensiva esta estrategia a la disponibilidad permanente de dispositivos esenciales como filtros HEPA, circuitos de ventiladores, equipos de bombas de infusión, guantes, jeringas, entre otros.

8. Priorización para acceso UCI ante colapso hospitalario

La priorización es la aplicación de protocolos para asignar camas UCI. Se realiza cuando la oferta de las mismas es superada por la demanda. Esta priorización se efectuará, solamente, cuando la autoridad sanitaria nacional en articulación con los sistemas de información de las autoridades sanitarias regionales, declare la **emergencia sanitaria total con el colapso del sistema nacional de salud**, es decir, cuando no exista una sola cama disponible en todo el territorio nacional, no antes.

Cuando una IPS declare que tiene ocupado el 100% de su capacidad instalada en la actual situación de emergencia, según se estableció en el Decreto 538 de 2020 y posteriores actos administrativos de declaratoria de la emergencia sanitaria; la entidad **competente** para ubicar al paciente en otra institución disponible, son los **Centros Reguladores de Urgencias y Emergencias (CRUE) que, desde el ente territorial, debe responder con su red de prestadores, sea en su propio departamento o en alguna UCI disponible en el territorio nacional.**

Se debe disponer de parque automotor y otros mecanismos de transporte especializado incluido patrullas aéreas para el traslado efectivo y oportuno de los pacientes, entre las distintas regiones y desde las zonas dispersas, de la manera más rápida ya que se trata de pacientes críticos.

La autorización para iniciar los procesos de priorización por parte de los médicos, deberá ser señalado por la autoridad sanitaria nacional, la cual deberá contar con un sistema de información en tiempo real, articulado a los entes territoriales, que le permitan identificar hora a hora, la disponibilidad de las UCI.

Esta situación debe ser informada de manera clara y transparente a la sociedad colombiana, en caso que se presente.

Proponemos que esta verificación se realice por lo menos dos veces al día, lo que significa declarar el colapso en los momentos que la demanda supere la oferta, pero también desactivar el mismo cuando la oferta vuelva a superar la demanda. Esto en cumplimiento del derecho humano fundamental a la salud consignado en la ley 1751 de 2015.

La decisión del ingreso o no de un paciente a una UCI la ejerce el médico que está la UCI, ya que el proceso de atención de un paciente por parte del profesional que ejecuta el acto médico con su real saber y entender, y aplicando la *Lex Artis*, es individual, en cada ocasión y de acuerdo a condiciones de tiempo y lugar. No puede ser producto de unas guías de manejo establecidas por las IPS o EPS en forma general, sin seguir el método científico y así sea producto de consensos médicos que se aplique a todos los pacientes.

El análisis tiene que ser individual, desarrollado por cada médico con cada paciente en el ejercicio de cada acto médico, en cumplimiento, allí sí, del espíritu del concepto de la autonomía medica de manera que, el deber del médico ante esta situación, es anotar en la historia clínica sus hallazgos, su impresión diagnóstica y el plan de manejo en una UCI o remitirlo a la IPS o al CRUE donde haya cama disponible; si tiene alguna inquietud puede solicitar otro concepto médico de un par o de un especialista con mayor experticia o capacitación para la toma de la decisión en forma colegiada.

Otra situación sería cuando el medico que recibe al paciente en la UCI, pudiera considerar igualmente con su real saber y entender que ese paciente podría ser ingresado o no. Debería igualmente solicitar otro concepto igual al caso anterior o la realización de una junta médica para no tomar una decisión unilateral o colocar una barrera al médico que remite al paciente y que pueda entonces interpretarse como una negación del servicio que puede también acarrear sanciones disciplinarias o legales.

El médico debe entonces, dejar registrado en la historia clínica su diagnóstico clínico y el manejo adecuado del paciente según su criterio, y remitirlo a la autoridad sanitaria que es la que tiene la visión global de la disponibilidad de recursos dentro del sistema, para dar respuestas oportunas a cada paciente que lo requiera.

Recordamos que actualmente están vigentes los actos administrativos de emergencia sanitaria en salud que le confiere la autoridad al Estado y a los Entes Territoriales la posibilidad de asumir el control de la distribución de los recursos de acuerdo a las necesidades del momento y del paciente, sin esperar intervención o autorización de las EPS o de las aseguradoras, buscando solamente las condiciones adecuadas para la seguridad del paciente.

Debemos insistir en que la responsabilidad por el respeto y el acatamiento de los Derechos Fundamentales de las personas, especialmente la vida y la salud, es del Estado Social de Derecho a través del Gobierno Nacional, de los Entes Territoriales.

El médico al ajustarse a los principios metodológicos y éticos que salvaguarden los intereses de la ciencia y los derechos de la persona humana y protegiéndola del sufrimiento hasta donde le sea posible, manteniendo incólume su integridad, debe tener la satisfacción del deber cumplido con su práctica profesional basada en la *Lex Artis* con oportunidad, con calidad y con calidez.

Deseamos reiterarle al presidente Iván Duque, a los gobernadores, gobernadoras, alcaldes y alcaldesas, nuestra disposición de contribuir en la implementación y manejo de las propuestas aquí consignadas para enfrentar esta crisis sin precedentes en la historia de la salud pública, con el convencimiento de que las mismas pueden aportar de manera técnica y científica a la salida por el beneficio de todos los habitantes del territorio nacional y cada una de las regiones que ustedes regentan.

Con consideración y respeto,

- Dr. Fabian Rosas, presidente Asociación Colombiana de Especialista en Urgencias y Emergencias, ACEM
- Junta Directiva, Federación Médica Colombiana, FMC
- Mg. TRC. Guiomar H. Rubiano D. presidenta Colegio Colombiano de Terapeutas Respiratorio, CCTR
- Dra. Ana María Soleibe, presidenta Médicos Unidos de Colombia, MUC
- Juntas Directivas de la Asociación Nacional de Interno y Residentes ANIR Valle del Cauca, Caribe, Centro, Antioquia y Eje Cafetero
- Dra. Dana Marcela Ayala Ramos, presidenta de la Asociación Colombiana Médica Estudiantil, ACOME
- Dr. Felix León Martínez, presidente Fundación para la Investigación y el Desarrollo de la Salud y la Seguridad Social FEDESALUD
- Junta Directiva, Colegio Médico de Bogotá D.C.
- Dr. Carlos Valdivieso, presidente, Colegio Médico de Antioquia
- Dr. Fernando Suárez, presidente, Colegio Médico de Boyacá
- Dr. Gentil Gómez, presidente, Colegio Médico de Caldas
- Dra. Linibeth Cruz, presidenta Colegio Médico Yopal y Casanare
- Dr. Joaquín Maestre, presidente, Colegio Médico del César
- Dr. Juan Carlos Freyle, presidente, Colegio Médico de la Guajira
- Dr. Adán Muñoz, presidente, Colegio Médico de Norte de Santander
- Dr. Cesar Prieto, presidente, Colegio Médico del Valle del Cauca
- Dra. Alma Patricia Ramírez Córdoba, presidenta Colegio Médico del Tolima
- Dr. Jorgenrique Enciso Sánchez, presidente Federación Colombiana de Sindicatos Médicos FECOLMED
- Dr. Germán Reyes, presidente Asociación Médica de Antioquia, ASMEDAS
- Carolina Corcho, presidenta Corporación Latinoamericana Sur