



ARTÍCULO DE OPINIÓN

<https://doi.org/10.18597/rcog.3938>

## Reflexiones acerca del desempeño del ministro de Salud de Colombia en el manejo de la pandemia de COVID-19, la salud sexual y reproductiva, y la salud pública

### Reflections on the performance of the Colombian Minister of Health regarding the management of the COVID-19 pandemic, sexual and reproductive health and public health

Jorge Enrique Tolosa-Ardila, MD, MSCE\*\*.<sup>1</sup>

Recibido: 5 de septiembre de 2022 / Aceptado: 18 de octubre de 2022

#### RESUMEN

**Objetivos:** hacer una evaluación crítica de la gestión del ministro de Salud en ejercicio al terminar el gobierno de Iván Duque en el manejo de la pandemia, la salud sexual y reproductiva, y la salud pública en Colombia.

**Materiales y métodos:** a partir de la descripción de situaciones problemáticas enfrentadas en ese periodo se presenta evidencia sobre los resultados de la gestión que, sumados a la opinión del autor, proveen un balance de la gestión realizada.

**Conclusiones:** la gestión del ministro de Salud fue deficiente en el manejo de la pandemia y, en especial, en su atención a la salud sexual y reproductiva, y la salud pública.

**Palabras clave:** COVID-19; cobertura de vacunación; salud sexual y reproductiva; administración en salud pública.

#### ABSTRACT

**Objectives:** To offer a critical assessment of the incumbent Health Minister's performance at the

end of the Ivan Duque administration regarding the management of the pandemic, sexual and reproductive health, and public health in Colombia.

**Material and methods:** Based on the description of challenges faced during this time period, we present evidence regarding performance results which, together with the author's opinion, offer an assessment of the work done.

**Conclusions:** The Health Minister's performance in managing the pandemic fell short, in particular as concerns sexual and reproductive health, as well as public health.

**Keywords:** COVID-19; vaccination coverage; reproductive health; public health administration.

#### INTRODUCCIÓN

La pandemia de COVID-19 no era completamente predecible, pero antes de que fuera una realidad, los organismos internacionales habían alertado al mundo sobre la posibilidad de sufrir una con un trágico desenlace. Se modelaron escenarios del posible impacto de una pandemia, por lo que se recomendaba trabajar anticipadamente en preparar a los sistemas de salud para ofrecer una respuesta oportuna debido a una creciente demanda de servicios ante tal eventualidad (1,2). Esta predicción fue una oportunidad para

\* Correspondencia: Jorge Enrique Tolosa-Ardila, Fundared-Materna, Bogotá (Colombia). Correo electrónico: jorgetolosa1@gmail.com

\*\* Master in Science in Clinical Epidemiology.

1. St. Luke's University Health Network, Bethlehem, Pensilvania; Oregon Health & Science University (OHSU), Oregon (Estados Unidos); Fundared-Materna, Bogotá (Colombia).

que entidades de salud a nivel internacional como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), y los gobiernos, hubieran diseñado medidas para mitigar los riesgos y enfrentar los retos que se podrían enfrentar en ese escenario.

Respecto a la salud, la situación fue grave a nivel general debido a: a) la alta tasa de letalidad (3), b) la ausencia de tratamientos específicos para las formas más severas de COVID-19, c) la no disponibilidad de una vacuna al inicio de la pandemia, que pudiera prevenir el contagio de la enfermedad, y d) la presión sobre los servicios de salud para hacer frente a la gran demanda a fin de tener el diagnóstico exacto y limitar el contagio. Para el caso específico de la salud sexual y reproductiva, los factores que contribuyeron a su detrimento incluyeron: a) la necesidad del aislamiento colectivo, b) la limitación en el acceso, c) el haber tenido que ocupar el talento humano en la atención de la pandemia y d) la reducción en la oferta de los servicios de control prenatal, la anticoncepción efectiva y los servicios de interrupción del embarazo (4). Colombia no fue ajena a este fenómeno mundial, y los efectos de esta situación se pueden observar en indicadores de salud como la mortalidad materna y la asistencia al control prenatal (5).

El doctor Fernando Ruiz, ministro en ejercicio al terminar el gobierno anterior, se había desempeñado como viceministro de Salud Pública en el gobierno de Juan Manuel Santos y fue parte del Comité Ejecutivo de la OMS; debe uno asumir, entonces, que estaba informado acerca de los riesgos y los retos que podría implicar enfrentar una pandemia de grandes dimensiones. Reconociendo su excelente trayectoria profesional y recorrido académico quiero, sin embargo, hacer una evaluación crítica de la relevancia y oportunidad de las medidas tomadas durante su gestión en el periodo de la pandemia, y demostrar que dicha gestión distó de ser adecuada y oportuna, actuación que resultó en el detrimento de la salud sexual y reproductiva y la salud pública de la población colombiana, no solamente por los efectos de la pandemia. En soporte de esta tesis se presenta

información de las actividades realizadas desde la dirección del Ministerio en cuanto a la vacunación para la COVID-19, la salud sexual y reproductiva, la salud infantil y la salud pública en el país.

Antes de iniciar la presentación de la evidencia debo resaltar con admiración y respeto la callada y eficaz labor de las y los funcionarios del Ministerio de Salud, del Instituto Nacional de Salud (INS), de las secretarías departamentales y municipales, de organizaciones privadas, de las miles y los miles de trabajadores de la salud en Colombia, y las y los colombianos, quienes han logrado que esta tragedia de la pandemia por COVID-19 se haya podido manejar, con recursos muy limitados, salvando innumerables vidas. La pandemia no ha terminado. Procedo a sustentar mi tesis.

## MANEJO DE LA PANDEMIA POR COVID-19

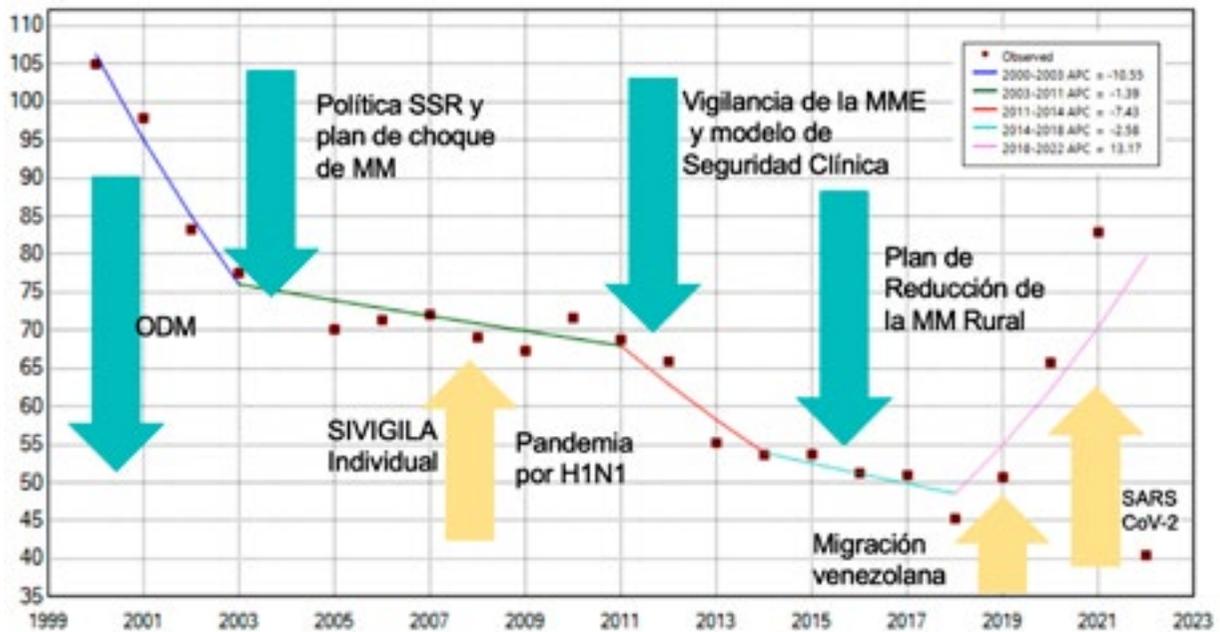
### El acceso a las vacunas

Cuando ya estaban disponibles las vacunas, el indispensable uso de estrategias innovadoras de comunicación y educación para la población fueron lentas y tardías (6,7). La respuesta del sistema a su cargo fue, en consecuencia, inoportuna. Era necesaria una campaña de promoción agresiva, utilizando todos los medios de difusión a su alcance, a través de colectivos y organizaciones sociales. En el caso de las mujeres embarazadas, desde abril de 2021 existía evidencia contundente de que esta población tenía más riesgo de sufrir enfermedad grave y muerte comparada con la población general (8,9). A pesar de ello, y teniendo acceso desde diciembre 1 de 2020 a guías internacionales que recomendaban la vacunación, por ejemplo, de la Sociedad de Medicina Materno Fetal (10) y el Centro de Control y Prevención de Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention - CDC) de los Estados Unidos (11), se retrasó el inicio de la vacunación en embarazadas hasta cinco meses después, julio 23 de 2021, habiéndose aplicado la primera dosis de vacuna a una persona el 17 de febrero de 2021 en nuestro país.

El aumento de la mortalidad materna por COVID-19 se pudo haber evitado, si se hubiera

actuado con rapidez para lograr la vacunación prioritaria de esa población de alto riesgo. El señor ministro no se informó y el resultado fue nefasto. No solo se disparó la mortalidad materna por COVID-19,

sino que, además, la mortalidad materna en general aumentó desde 2019, antes del inicio de su gestión y anterior a la pandemia (Figura 1) (12), en particular en los departamentos de La Guajira y Antioquia.



**Figura 1.** Razón de mortalidad materna en Colombia, 2000-2020.

ODM: Objetivos de Desarrollo del Milenio.

SSR: salud sexual y reproductiva.

MM: mortalidad materna.

SIVIGILA: Sistema de Vigilancia en Salud Pública.

MME: morbilidad materna extrema.

APC: cambio porcentual anual (en inglés, Annual Percentual Change).

**Fuente:** elaboración propia con datos del Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE), Estadísticas vitales, nacimientos y defunciones.

Vale la pena recordar que la tasa de vacunación completa en Colombia se reporta en 71,6 %, mientras que en dos países de la región donde se ha hecho mandatoria se reporta en el 79,8 % en Ecuador y 82,2 % en Costa Rica (13).

¿El señor ministro consideró estrategias diferentes a la voluntad de los ciudadanos para aumentar la vacunación y optimizar la salud pública? Recordemos que la libertad individual llega hasta donde se afecta la libertad de otra persona. Si una persona decide, de manera voluntaria e informada, que no se va a vacunar contra la COVID-19, existiendo disponibilidad de vacunas seguras y efectivas sin costo para la población, se debe respetar esa decisión. No obstante, ya que esa decisión nos afecta a todos, debe tener consecuencias para esa persona frente a las medidas de protección para el resto de la población.

Tal vez, entonces, no debe salir de su casa, no debe poder utilizar el transporte público, no debe asistir al trabajo o entrar al mercado.

Por otro lado, ¿qué estrategias específicas desarrolló el señor ministro para entender por qué las comunidades indígenas no han aceptado recibir la vacuna contra la COVID-19, siendo poblaciones de enorme riesgo para mortalidad y morbilidad?

Infelizmente, los hechos presentados soportan la tesis de que el señor ministro no estaba preparado para enfrentar la pandemia y no demostró tener iniciativa e imaginación para hacerlo.

### Desarrollo de capacidad de producción de vacunas en nuestro país

La suficiencia en la capacidad de producción de vacunas —que se perdió durante los años 90's en

e gobierno de Andrés Pastrana— requiere de una estrategia que se debe implementar de manera prioritaria.

Primero miremos la efectividad comparada de las vacunas aplicadas contra la COVID-19 de acuerdo con la recomendación del fabricante (14): Moderna: 95 %, Pfizer: 94 %, Astra Zeneca 67 %, Janssen (Johnson y Johnson): 66 %, Sinovac: 51 %.

En agosto de 2021, en medio de la pandemia, se publicó esta noticia en una emisora de radio local (la FM Radio) (15):

Una delegación del Gobierno, encabezada por el presidente Iván Duque e integrada por cinco ministros entre ellos el de Salud, Fernando Ruiz, viajó este domingo hacia Corea del Sur en busca de la firma de un acuerdo en temas de salud. Este acuerdo incluye temas hospitalarios, incluso, una investigación en innovación en temas de vacunas, así mismo, se busca establecer un convenio con el Instituto Internacional de Producción de Vacunas (IVI), dentro del área de producción y se realizarán mesas de trabajo con al menos dos empresas coreanas, que también hacen parte de ese sector.

El International Vaccine Institute (IVI) es un centro designado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y cuenta con prestigio internacional. Sin embargo, la realidad en cuanto a experiencia establecida en Corea del Sur para la producción de vacunas contra COVID-19 en 2021 indicaba que, infortunadamente, a pesar de su muy avanzado sistema de salud pública y desarrollo tecnológico —que es de admirar—, Corea del Sur, como Colombia, dependía de la asistencia internacional para lograr tener acceso a vacunas contra COVID-19. El 10 de febrero de 2021, Corea del Sur otorgó su primera aprobación para uso de esta vacuna a Oxford-AstraZeneca; el 14 de abril de 2021 llegaron a Corea del Sur 250.000 dosis de vacunas de Pfizer/BioNTech; el 3 de junio de 2021, Estados Unidos donó un millón de dosis de la vacuna de Johnson & Johnson a Corea del Sur; el 6 de julio de 2021, se informó que este país había firmado un acuerdo con Israel para pedir prestadas 700.000 dosis de la vacuna de Pfizer-BioNTech que caducaban. Corea del Sur se comprometió a devolver la misma cantidad de vacunas a Israel. En julio de 2021, debido a la escasez de vacunas, la tasa

de vacunación se redujo, llegando solamente al 29 %, con acceso principalmente a la vacuna de Pfizer. El 19 de agosto de 2021, Rumania decidió donar 450.000 vacunas de Moderna, a punto de caducar, a Corea del Sur (16). El 29 de junio de 2022, Corea del Sur aprobó su primera vacuna COVID-19 desarrollada a nivel nacional, fabricada por SK bioscience Co Ltd. (302440.KS), para uso del público en general luego de datos clínicos positivos. La vacuna SKYCOVIONE fue desarrollada conjuntamente por el Instituto de Diseño de Proteínas de la Universidad de Washington, en Estados Unidos, con el apoyo del fabricante mundial de medicamentos GlaxoSmithKline (GSK) (17). Surge la pregunta sobre cuál era la necesidad y urgencia para que, en medio de la pandemia más grave en la historia contemporánea, el ministro de Salud viajara a la República de Corea, cuando en ese país existía una crisis parecida a la nuestra, abandonando el ministro sus responsabilidades en Colombia. Esperemos que en el futuro las compañías fabricantes de vacunas en Corea del Sur, y otras instituciones de innovación y desarrollo tecnológico de ese país establezcan proyectos de cooperación directa con universidades y organizaciones privadas en Colombia, para volver a tener suficiencia en producción de vacunas.

Por otra parte, está el caso de la India, país que ha demostrado una capacidad de vacunación contra la COVID-19 impresionante y digna de admirar (18). Este país comenzó la administración de vacunas el 16 de enero de 2021. Al 1 de agosto de 2022, India había administrado más de 2.040 millones de dosis en total, incluidas la primera, la segunda y la dosis de precaución (refuerzo) de las vacunas actualmente aprobadas. En la India, el 94 % de la población elegible (mayores de 12 años) ha recibido al menos una vacuna, y el 86 % de esta población está completamente vacunada. La India también ha dependido de la asistencia tecnológica, principalmente de los Estados Unidos y Europa para el desarrollo de proyectos locales de vacunas contra COVID-19. India aprobó inicialmente la vacuna Oxford-AstraZeneca (fabricada bajo licencia por Serum Institute of India bajo el nombre comercial Covishield) y Covaxin (una vacuna desarrollada localmente por Bharat Biotech) (19). Desde entonces se han sumado la Sputnik V (fabricada bajo licencia

por Dr. Reddy's Laboratories), y la producción adicional del Serum Institute of India, que comenzó en septiembre, de las vacunas Moderna, Johnson & Johnson y ZyCoV-D (una vacuna desarrollada localmente por Zydus Cadila), además de otras vacunas candidatas que se someten a ensayos clínicos locales. La India ha demostrado tener una capacidad instalada enorme de producción y, a pesar de ella y dada la magnitud de la pandemia, tuvo que parar las exportaciones de vacunas en abril de 2021. El gobierno de India retuvo casi la totalidad de los 2,4 millones de dosis que fabrica cada día el Serum Institute of India, la empresa privada que es uno de los mayores productores mundiales de la vacuna AstraZeneca. En septiembre de 2021, el ministro inició lo que denominó la misión India, para producir vacunas en Colombia (20). “Por medio de sus redes sociales [el Sr. ministro Ruiz] confirmó que ya se reunió con el jefe de la cartera de la Salud en India, Mansukh Mandaviya”. Fue el sector privado el que de manera efectiva logró concretar una iniciativa real para poder recuperar la capacidad de producción de algunas vacunas, que se había perdido en Colombia. En febrero de 2022, la empresa VaxThera del Grupo SURA inició el proceso para producción de vacunas en Colombia, en Rionegro, Antioquia, con la biofarmacéutica Gennova de Pune, en la India (21). No es claro si esa visita de ministro de salud favoreció el desarrollo de este proyecto.

En mayo de 2022 se anunció que la firma china Sinovac producirá por primera vez vacunas en Colombia, empezando con una planta de llenado y empaque (22). Cuando no había otras opciones se entiende se haya buscado la vacuna Sinovac, o la que hubiera en el mercado, teniendo muy poca información acerca de su efectividad, pero ahora, que se conoce su modesta efectividad, ¿por qué seguir detrás de establecer producción de vacunas no efectivas en nuestro país? Me pregunto, ¿por qué no se ha definido un proceso para que sean las compañías con los mejores resultados, de Estados Unidos y Europa como ejemplos, las que establezcan alianzas estratégicas directas con universidades, institutos científicos y el sector privado en Colombia? El presidente de los Estados Unidos, Joe Biden, ha indicado que existe ese interés por parte de su país.

La habilidad del ministro de Salud para establecer

alianzas reales con las mejores compañías de biotecnología en el mundo para producción de vacunas no fue eficaz.

### **Manejo de las comunicaciones en relación con las compras de la vacuna**

Debo resaltar el desagrado que produjo a la mayoría de los colombianos el ver la fotografía tomada la noche en la que llegó el primer envío de vacunas, en la que se observa al presidente Iván Duque, la vicepresidenta Martha Lucía Ramírez, al entonces ministro de Salud, Fernando Ruiz y otros funcionarios del gobierno cuando en medio de la enfermedad y la muerte de quienes estaban afectados por COVID-19, se expresaba regocijo y festejo (Figura 2). Foto que fue diseminada en las cuentas de @FRUIZGomez, @mluciamirez y de @rubichagui, para aprovechar el momento y hacerse publicidad. Se le ha denominado en los medios de comunicación como la “Selfie gubernamental”, una vergüenza.

Conociendo de primera mano los principios éticos y morales inculcados a las y los profesionales de la medicina en el mundo, y habiéndolos yo recibido en la Pontificia Universidad Javeriana en Bogotá, la promoción personal en medio de una tragedia de magnitudes incomparables no tiene cabida. Por el contrario, la compasión y la discreción ante el dolor de miles y millones han debido imperar.

A la fecha de escribir este manuscrito han muerto más de 141.000 personas en Colombia. Amigos míos de la infancia han fallecido; otros hemos padecido el flagelo del COVID-19 y lo hemos superado, a un costo físico y emocional enorme. Esta pandemia nos ha cambiado a nivel personal y como sociedad. El señor ministro de Salud y Protección Social no cumplió con su obligación, como primer médico de nuestro país, de congregarnos para apoyar a quienes habían perdido a sus familiares, sus trabajos, y se encontraban en una situación de desesperanza y temor; además del clima de inseguridad y la violencia que nos rodea aún, asolados por la depresión, para que encontráramos el sentido de comunidad y apoyo mutuo que nos debe congregarse. El señor ministro no supo desarrollar iniciativas oportunas y efectivas para movilizar a todas y todos los profesionales de la salud mental, quienes pueden prestar sus servicios

profesionales de apoyo a individuos y comunidades enteras. ¿Dónde estaba el Estado?

El señor ministro no tuvo la imaginación para explorar el uso de estrategias que, aunque difíciles de implementar y seguramente impopulares, habrían podido aumentar la cobertura de vacunación en Colombia reduciendo la enfermedad y la mortalidad, y ayudando a acelerar la reactivación económica.

Aparte de animar a que nos vacunáramos y anunciar la llegada de otra oleada de COVID-19 con una nueva variante, no hubo propuestas de nuevas ideas por parte del señor ministro. Estuvo muy ocupado viajando fuera del país y recibiendo condecoraciones (Figuras 3 y 4) (23), mientras la pandemia seguía cobrando vidas.



**Figura 2.** Tomado de Twitter Minsalud Colombia.  
**Fuente:** cuenta de twitter @FRUIZGomez



**Figura 3.** El ministro de Salud, Fernando Ruiz, recibió la Orden del Congreso y la Orden de la Democracia Simón Bolívar.

“El ministro de Salud, Fernando Ruiz, recibió la Orden del Congreso y la Orden de la Democracia Simón Bolívar por su destacado trabajo, especialmente en medio de la pandemia por la covid-19 en la que logró que el país controlara la enfermedad, tuviera las pruebas necesarias a tiempo y lograra una vacunación exitosa de la mano del presidente Iván Duque”.

**Fuente:** Revista Semana, 1 de junio de 2022.

**Figura 4.** “Este jueves 14 de julio, el ministro de Salud y Protección Social, Fernando Ruiz Gómez, dio a conocer a través de su cuenta de Twitter que había recibido una nueva condecoración, esta vez por parte de la Gobernación de Santander” (Revista Semana, 14 de julio de 2022).

**Fuente:** foto publicada en la cuenta de Twitter @FRuizgomez.

## SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

### Acceso al aborto seguro

Es una responsabilidad del ministro de Salud y Protección Social defender el derecho, establecido por la Corte Constitucional colombiana en la Sentencia C-055 de 2022, de acceso a los servicios de interrupción voluntaria del embarazo (24). Esta ley es importante desde el punto de vista de la salud pública, ya que reduce la mortalidad materna, y desde el punto de los derechos de las mujeres, porque es su cuerpo y es su vida, aspectos sobre los cuales son soberanas, y porque es la ley. El ministro Ruiz falló en su responsabilidad con la ley, con las mujeres y con la defensa de la salud reproductiva de toda la población, y siguió en cambio la opinión del presidente: “No existe el derecho al aborto”: presidente Duque se despachó contra interrupción del embarazo” (25).

### Servicios de anticoncepción

Durante su gestión se evidenciaron varios problemas en salud sexual y reproductiva: incremento de las tasas de embarazo en adolescentes (26), escasez de medicamentos para la anticoncepción hormonal (27) y dificultades para la educación sexual en los colegios (26). Si el ministro Ruiz no apoyaba el derecho de la mujer a su autonomía y al acceso al aborto seguro, debió apoyar el uso e implementación de estrategias demostradas para prevenir el embarazo no deseado y el aborto, como el acceso a la información, proveída de manera clara y oportuna, acerca de los métodos de planificación familiar modernos y efectivos, y asegurar el acceso de estos para toda la población del país. Las estadísticas recientes indican lo contrario: “Más de 13 mil niñas embarazadas se registraron en Antioquia el año pasado. Natalia Montoya Palacios, subsecretaria de Salud Pública de Antioquia, resaltó ante la Asamblea, por ejemplo, que dentro de las causas que explican la situación en varios territorios sobresalen las falencias en los programas de educación sexual” (26). En julio 12 se resaltó cómo las barreras económicas y culturales impiden el acceso a métodos anticonceptivos en Colombia (27); y ante el desabastecimiento de anticonceptivos, ha sido el sector privado, liderado por Profamilia, el que ha propuesto alternativas para asegurar el acceso a los

métodos de planificación familiar, apoyando así a las mujeres, los hombres y sus familias en cuanto a los derechos en salud reproductiva.

### Pobre apoyo a programas de información estratégicos

La Encuesta Nacional de Demografía en Salud (ENDS) ha sido un proyecto coordinado por Profamilia que, por muchos años, ha proporcionado información fundamental para poder conocer la realidad demográfica y en salud reproductiva de nuestro país. El ministro de Salud y Protección Social no cumplió con el objetivo de asegurar la financiación necesaria para la continuación de tan importante trabajo, torpedeando efectivamente las acciones que ayudan a planear y ejecutar programas que mejoran la salud pública, especialmente de las mujeres, los hombres y las familias más vulnerables.

### Apoyo a la atención materna, perinatal, sexual, reproductiva y pública por profesionales de la enfermería obstétrica –parteras/parteros profesionales–

El establecimiento de la profesión de la enfermería obstétrica es una estrategia demostrada con evidencia científica, para mejorar la salud reproductiva, reducir la mortalidad materna, la enfermedad materna y de los bebés e infantes, mejorar el uso de la lactancia materna, del acceso a la planificación familiar y la calidad de la atención en salud reproductiva a nivel global (28). En otros países de la región, donde estos programas de formación se han establecido con éxito, esta o este profesional de la salud se conoce como matrona o matron, u obstetrix. La formalización de la profesión de la enfermería obstétrica en nuestro país es esencial para contribuir al mejoramiento de la calidad de atención de las madres y los recién nacidos, y de los desenlaces maternos y perinatales, incluyendo la mortalidad y morbilidad materna extremas. El impacto se reflejará a nivel nacional, no solamente en regiones apartadas. La acción de estas y estos profesionales contribuirá, por ejemplo, a lograr avances importantes en la optimización en el uso de la cesárea como vía del parto, donde el uso de la misma se reporta en un 50 y hasta en un 90 % en algunos departamentos del país, cuando se debería utilizar en el 15 %, de acuerdo con la OMS. No tuvo

el señor ministro de Salud el interés en lograr que se establezca esta profesión en nuestro país, habiendo en el Ministerio ya un documento que describe en detalle el proceso que se debe seguir y para el cual organismos internacionales han proveído apoyo financiero y técnico para la creación del documento guía que establecería la profesión en Colombia.

En síntesis, el señor ministro de Salud y Protección Social se destacó por su silencio al no haber adelantado una gestión decisiva, y no haber ejercido liderazgo para defender de manera clara e inequívoca los derechos de las mujeres y desarrollar estrategias efectivas para mejorar la salud reproductiva en nuestro país.

## OTRAS ÁREAS CLAVES DE LA SALUD PÚBLICA

### Manejo del glifosato

En 2015, el Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer (International Agency Research on Cancer - IARC) de la OMS identificó el glifosato, el herbicida más utilizado en el mundo, como un probable carcinógeno humano (29). El ministro de Salud y Protección Social, ante la evidencia, debió haber hecho escuchar su voz de manera clara e inequívoca para proteger la salud pública y el medio ambiente, al menos amparado en el principio de precaución. El ministro saliente se destacó en este tema por su silencio.

### Implementación de la Ley de alimentos ultraprocesados

El 17 de junio de 2021 se aprobó en el país la Ley 2021, más conocida como “Ley de comida chatarra”, la cual exige información nutricional con sellos de advertencia en la cara frontal de los paquetes y envases. Sin embargo, para que esta medida sea implementada, la ley exige al Ministerio de Salud que, en un periodo no mayor a 12 meses después de la sanción presidencial, expida una reglamentación aplicable a todos los productos comestibles o bebibles clasificados de acuerdo con el nivel de procesamiento. El Ministerio continuó en silencio (30).

### El colapso del sistema de aseguramiento en salud en Colombia

El sistema de salud basado en la intermediación financiera de compañías de aseguramiento privado, también llamadas empresas administradoras del régimen de beneficios (EARB) o empresas prestadoras de servicios de salud (EPS) fue defendido por el ministro Ruiz sin considerar someter el estado del sistema de salud de nuestro país a una evaluación integral y objetiva, que ayudara a establecer si esa estructura es la mejor, o debe cambiar, y explicar por qué millones de colombianos han recibido servicios de mala calidad, y han tenido que sufrir el cambio inesperado de cobertura por el cierre de numerosas EPS.

### Empleo digno para los trabajadores de la salud

Durante su gestión, el ministro Ruiz no propuso mecanismos para que las y los trabajadores de la salud reciban un salario digno, pagado a tiempo, y que incluya los aportes a pensión y salud. La falta de estabilidad laboral no permite el mejoramiento de calidad y servicios.

### Uso del cigarrillo electrónico

El ministro Ruiz, a pesar de ser un profesional de la salud pública y que se ha definido a sí mismo como un salubrista, no actuó para prevenir y prohibir el uso de este dispositivo, creado específicamente para atraer a las personas jóvenes a iniciar el uso de nicotina y abrir la puerta a la adicción al uso del tabaco en todas sus presentaciones (31).

### Desnutrición y seguridad alimentaria en Colombia, en especial en los pueblos indígenas

En Colombia, las cifras de desnutrición en menores de edad son alarmantes, la advertencia es de la Defensoría del Pueblo, que reveló los datos del informe de eventos para el periodo epidemiológico V de 2022 del Instituto Nacional de Salud (INS), en el cual evidencian que, durante 2022, 137 niños menores de 5 años de edad han muerto por esta causa (32). En

las comunidades indígenas impera la desnutrición, con reportes de aumento en muertes de niñas y niños por esta condición en diferentes departamentos de nuestro país: La Guajira, Chocó, Risaralda, Magdalena, entre otros; en este último llegamos a ver la lamentable situación de madres indígenas que bajan de la Sierra Nevada de Santa Marta para entregar a sus hijos a quien los reciba, ya que de otra manera van a morir por desnutrición y enfermedades prevenibles (33). ¿Qué hizo el señor ministro para conocer la realidad inaceptable del abandono de comunidades enteras por el Estado?

Por último, el ministro Ruiz no debió haber aceptado la postulación de su nombre, hecha por el gobierno del presidente Iván Duque, para la dirección de la OPS. El gobierno actual, de manera acertada, retiró el apoyo a esa postulación.

En julio de 2021, en la revista Portafolio, la vicepresidenta-canciller de nuestro país, Marta Lucía Ramírez, anunció que el gobierno colombiano iba a hacer una donación de un millón de dólares a la OPS para fortalecer la vacunación contra la COVID-19 en los países de la Comunidad del Caribe (Caricom) (34). Una acción sin duda generosa. Sin embargo, las complicaciones que resultan de esa donación son por lo menos dos. El considerar que antes de atender a las poblaciones vulnerables y en riesgo de muerte por COVID-19 en el Caribe colombiano se hayan dirigido preciosos y escasos recursos nuestros a otros países, cuando no se le dio prioridad al acceso a la vacunación de las poblaciones indígenas y migrantes, y a la población general de los departamentos de nuestra costa Caribe. Valga aquí anotar nuevamente la terrible realidad de que la mortalidad materna es la más alta, en números absolutos, en el departamento de La Guajira.

La segunda complicación de esa donación tiene que ver con el mencionado proceso que estaba entonces en curso, por el cual el señor ministro, luego de haber sido postulado por el gobierno colombiano en marzo 3 de 2022, estaba siendo considerado para la dirección de la OPS (35):

El ministro de Salud de Colombia, Fernando Ruiz Gómez, candidato avalado por el país para ocupar la

dirección de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), presentó este viernes un plan de trabajo para desarrollar en la entidad en caso de ser elegido. La hoja de ruta planteada por Ruiz es para los próximos cinco años que según dijo "es una agenda de transformación, adaptación y cambio para una institución que tiene una inmensa responsabilidad frente a 1.900 millones de habitantes de las Américas", informó su despacho en Bogotá. Los pilares propuestos por el colombiano tienen que ver con cinco áreas prioritarias: seguridad sanitaria; integración y fortalecimiento de los sistemas de salud; salud como un derecho humano; generación de conocimiento con valor agregado y la optimización de los recursos de la organización (35).

(Vale aclarar que, según el sitio web de la OPS, el total de la población de las Américas es de 1'030.749 en miles, para 2021, no 1.900 millones).

Luego de que el gobierno actual retirara su apoyo a la postulación del ministro Ruiz al cargo de director de la OPS, este emitió una comunicación en septiembre 13 de 2022, deplorando la decisión (36).

En una carta dirigida al canciller Álvaro Leyva, el exministro Ruiz dijo: "Personalmente lamento que el gobierno haya retirado el apoyo a mi nombre para la dirección de la OPS pero duele más que Colombia después de 120 años y con todos los reconocimientos en su historia de salud pública no tenga la posibilidad de dirigirla. Casi era un derecho del país".

Ruiz señaló que le queda la inmensa satisfacción de haber representado de manera digna la aspiración de Colombia y agregó que su candidatura era respetable y carente de cualquier conflicto de interés.

¿No es este un ejemplo de una indebida utilización de los recursos para la salud pública y un claro conflicto de interés? ¿O será que el señor ministro no pudo relacionar lo inconveniente de la donación tan generosa del gobierno colombiano con su interés personal por ser elegido para ese cargo central para la salud pública de las Américas?

## CONCLUSIÓN

El doctor Fernando Ruiz, ministro de Salud de la administración del presidente Iván Duque, tuvo una

pobre gestión tanto en el manejo de la pandemia como de la salud sexual y reproductiva, y de la salud pública del país, durante los años 2020-2022.

Este análisis debe servir para que la nueva dirección del Ministerio en el gobierno entrante considere todos los aspectos anotados aquí que requieren atención urgente, y que, además, se haga un cambio real hacia la despolitización del Ministerio de Salud y Protección Social.

## REFERENCIAS

1. Predicting Pandemics. Editorial. *The Lancet*. 2016;388(Issue 10063):2960. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)32578-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32578-8)
2. World Health Organization. 2018 Annual review of diseases prioritized under the Research and Development Blueprint Informal consultation 6-7 February [Internet]. Geneva, Switzerland: WHO; 2018. Disponible en: [https://www.who.int/docs/default-source/blue-print/2018-annual-review-of-diseases-prioritized-under-the-research-and-development-blueprint.pdf?sfvrsn=4c22e36\\_2](https://www.who.int/docs/default-source/blue-print/2018-annual-review-of-diseases-prioritized-under-the-research-and-development-blueprint.pdf?sfvrsn=4c22e36_2)
3. World Health Organization. The true death toll of COVID-19: Estimating global excess mortality [Internet]. [fecha desconocida]. Disponible en: <https://www.who.int/data/stories/the-true-death-toll-of-COVID-19-estimating-global-excess-mortality>
4. Ahmed Z, Sonfield A. Research and Policy Resources: COVID-19's Impact on Sexual and Reproductive Health and Rights. New York: Guttmacher Institute; 2020.
5. Kotlar B, Gerson E, Petrillo S, Langer A, Tiemeier H. The impact of the COVID-19 pandemic on maternal and perinatal health: A scoping review. *Reprod Health*. 2021;18(10). <https://doi.org/10.1186/s12978-021-01070-6>.
6. Berg S. 8 communication strategies to boost COVID-19 vaccine acceptance. *AMA*; 2021.
7. Broniatowski DA, Dredze M, Ayers JW. "First Do No Harm": Effective communication about COVID-19 vaccines. *Am J Public Health*. 2021;111(6):1055-1057. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2021.306288>. PMID: 33950727; PMCID: PMC8101564.
8. Villar J, Ariff S, Gunier RB, Thiruvengadam R, Rauch S, Kholin A, Roggero P, et al. Maternal and neonatal morbidity and mortality among pregnant women with and without COVID-19 infection: The INTER-COVID Multinational Cohort Study. *JAMA Pediatr*. 2021;175(8):817-26. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2021.1050>
9. Metz TD, Clifton RG, Hughes BL, Sandoval GJ, Grobman WA, Saade GR, National Institute of Child Health and Human Development Maternal-Fetal Medicine Units (MFMU) Network. Association of SARS-CoV-2 infection with serious maternal morbidity and mortality from obstetric complications. *JAMA*. 2022;327(8):748-59. <https://doi.org/10.1001/jama.2022.1190>
10. Society for Maternal-Fetal Medicine (SMFM) Statement: SARS-CoV-2 Vaccination in Pregnancy [Internet]. 2020. Disponible en: [https://s3.amazonaws.com/cdn.smfm.org/media/2591/SMFM\\_Vaccine\\_Statement\\_12-1-20\\_\(final\).pdf](https://s3.amazonaws.com/cdn.smfm.org/media/2591/SMFM_Vaccine_Statement_12-1-20_(final).pdf)
11. Centers for Disease Control and Prevention. V-Safe COVID-19 Vaccine Pregnancy Registry [Internet]. 2022. Disponible en: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/vaccines/safety/vsafepregnancyregistry.html#>.
12. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Estadísticas vitales, nacimientos y defunciones [Internet]. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/nacimientos-y-defunciones/estadisticas-vitalesnacimientos-y-defunciones-informes>
13. World Health Organization. WHO Coronavirus (COVID 19) Dashboard [Internet]. [fecha desconocida]. [citado 2022 sept. 5]. Disponible en: <https://covid19.who.int/table>
14. Geddes L. How effective are COVID-19 vaccines in the real-world? Real-world data is starting shed light on the performance of COVID-19 vaccines in less than perfect conditions. *VaccinesWork* [Internet]. 2021. Disponible en: <https://www.gavi.org/vaccineswork/how-effectiveare-COVID-19-vaccines-real-world?>
15. La FM. Delegación de Gobierno viaja a Corea para explorar posibilidad de producción de vacunas [Internet]. 22 de agosto de 2021. Disponible en: <https://www.lafm.com.co/salud/delegacion-de-gobierno-viaja-corea-paraexplorar-posibilidad-de-produccion-de-vacunas>.
16. Chirileasa A. Romania donates 450,000 Moderna vaccines to South Korea. *Romania Insider* [Internet]. 2021. Disponible en: <https://www.romania-insider.com/romania-donates-vaccines-south-korea>

17. SK bioscience. SK bioscience and GSK Announce-Biologics License Application Approval of SKY-Covione™ in Republic of Korea [Internet]. 2022. Disponible en: [https://www.skbioscience.co.kr/en/news/news\\_01\\_01?mode=view&id=132](https://www.skbioscience.co.kr/en/news/news_01_01?mode=view&id=132).
18. Our World in Data. Coronavirus (COVID-19) Vaccinations [Internet]. [fecha desconocida]. Disponible en: <https://ourworldindata.org/COVID-vaccinations?country=IND>.
19. The New York Times. India Approves Oxford-AstraZeneca COVID-19 Vaccine and 1 Other [Internet]. 2021. Disponible en: <https://www.nytimes.com/2021/01/03/world/asia/india-COVID-19-vaccine.html>
20. Pinto K. El Ministerio de Salud inició la Misión India para producir vacunas en Colombia. La República [Internet]. 2021. Disponible en: <https://www.larepublica.co/economia/el-ministerio-de-salud-inicio-la-mision-indiapara-producir-vacunas-en-colombia-3238540>
21. Grupo SURA. Vaxthera a Sura Company created in Colombia for the research and development of vaccines for Latin America [Internet]. 2021. Disponible en: <https://www.gruposura.com/en/noticia/vaxthera-a-sura-companycreated-in-colombia-for-the-research-and-development-of-vaccines-for-latin-america/>
22. Fundación Andrés Bello. Sinovac to build a vaccine production plant in Bogotá, Colombia. Centro de Investigación Chino-Latinoamericano-Fundación Andrés Bello [Internet]. 2022 Disponible en: <https://fundacionandresbello.org/en/news/colombia-%F0%9F%87%A8%F0%9F%87%B4-news/sinovacto-build-a-vaccine-production-plant-in-bogota/>
23. Revista Semana. Minsalud, Fernando Ruiz, fue condecorado en el Congreso [Internet]. 2022. Disponible en: <https://www.semana.com/confidenciales/articulo/minsalud-fernando-ruiz-fue-condecorado-en-el-congreso/202226/>
24. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia C-055/22. Demanda de inconstitucionalidad contra el artículo 122 de la Ley 599 del 2000. Disponible en: <https://www.corteconstitucional.gov.co/Relatoria/2022/C-055-22.htm>
25. Revista Semana. “No existe el derecho al aborto”: presidente Duque se despachó contra interrupción del embarazo [Internet]. 2022 Disponible en: <https://www.semana.com/nacion/articulo/no-existe-el-derecho-al-abortopresidente-duque-se-despacho-contra-interrupciondel-embarazo/202213/>
26. Betancur Peláez J. ¡Dramático! Más de 13 mil niñas embarazadas se registraron en Antioquia el año pasado. El Colombiano [Internet]. 2022. Disponible en: <https://www.elcolombiano.com/antioquia/dramatico-mas-de-13000-ninasembarzadas-en-antioquia-IM17399166>
27. Cabrera D. Barreras económicas y culturales impiden acceso a métodos anticonceptivos en Colombia. Profamilia y Afidro lideran a nivel nacional campañas gratuitas de entrega y aplicación de anticonceptivos. RCN Radio [Internet]. 2022. Disponible en: <https://www.rcnradio.com/recomendado-del-editor/barreras-economicas-y-culturalesimpiden-acceso-a-metodos-anticonceptivos-en>
28. Horton R, Astudillo O. The power of midwifery. *The Lancet*. 2014;384(Issue 9948):1075-76. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60855-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60855-2)
29. International Agency for Research on Cancer. IARC Monograph on Glyphosate [Internet]. 2015;112. Disponible en: <https://www.iarc.who.int/featured-news/media-centreiarc-news-glyphosate/>
30. Ríos JD. ¿Y la ley comida chatarra? Se completarán 200 días de ser aprobada y no hay etiquetado nutricional. Bluradio [Internet]. 2022. Disponible en: <https://www.bluradio.com/salud/y-la-ley-comida-chatarra-se-completaran-200-dias-de-ser-aprobada-y-no-hay-etiquetado-nutricional>
31. Jones K, Salzman GA. The vaping epidemic in adolescents. *Mo Med*. 2020;117(1):56-8. PMID: 32158051; PMCID: PMC7023954.
32. Red+. La desnutrición ha matado a 137 niños en Colombia este 2022, dice la Defensoría [Internet]. 2022. Disponible en: <https://redmas.com.co/w/la-desnutricion-hamatado-a-137-ninios-en-colombia-este-2022-dice-ladefensoria#>:
33. Urieles R. Indígenas de la Sierra Nevada dan en adopción a sus hijos para salvarlos de la muerte. El Tiempo [Internet]. 2022. Disponible en: <https://www.eltiempo.com/colombia/otras-ciudades/santa-marta-indigenas-kogui-regalan-asus-ninos-para-que-no-mueran-681825#>
34. Portafolio. Colombia dona 1 millón de dólares para vacunación en países del Caribe [Internet]. 2021. Disponible en: <https://www.portafolio.co/economia/>

- gobierno/colombia-dona-1-millon-de-dolares-para-vacunacionen-paises-del-caribe-554271
35. SWI swissinfo.ch. Ministro colombiano de Salud Ruiz presenta sus propuestas para dirigir la OPS [Internet]. 25 de junio de 2022. Disponible en: [https://www.swissinfo.ch/spa/américa-salud\\_ministro-colombiano-de-salud-ruiz-presenta-sus-propuestas-para-dirigir-laops/47702414](https://www.swissinfo.ch/spa/américa-salud_ministro-colombiano-de-salud-ruiz-presenta-sus-propuestas-para-dirigir-laops/47702414)
36. El Tiempo. Fernando Ruiz lamenta que gobierno Petro le retirara apoyo para dirección de OPS [Internet]. 2022. Disponible en: <https://www.eltiempo.com/politica/gobierno/fernando-ruiz-lamenta-que-gobierno-petro-retiraraapoyo-para-ops-70338>

**Conflicto de intereses:** el autor declara que no tiene afiliación política partidista.