

Epidemia por COVID-19 en Colombia: del “pico” de la emergencia a la sostenibilidad de la respuesta

COVID-19 epidemic in Colombia: from the “peak” of the emergency to the sustainability of the response

Laura-A Rodríguez-Villamizar¹

Forma de citar: Rodríguez-Villamizar LA. Epidemia por COVID-19 en Colombia: del “pico” de la emergencia a la sostenibilidad de la respuesta. Salud UIS. 2020; 52(4): 462-466. doi: <https://doi.org/10.18273/revsal.v52n4-2020014> 

Resumen

El pasado 6 de marzo de 2020 se identificó el primer caso de infección por SARS-Cov-2 en Colombia. Luego de seis meses de desarrollo de la epidemia, la mayoría de las ciudades del país han experimentado un periodo agudo de ascenso de casos y fallecimientos, así como las consecuencias devastadoras sobre sus economías. En el ambiente nacional y regional se percibe un agotamiento gubernamental y ciudadano por la afectación de la epidemia en términos de la cantidad de infectados y fallecidos y por el tiempo transcurrido con las medidas de aislamiento preventivo obligatorio que se prolongaron desde el 25 de marzo hasta el 1 de septiembre en todo el territorio nacional. Sin embargo, estamos todavía lejos de estar cerca del final de la epidemia y en esta nueva etapa se requiere pasar del centralismo de la respuesta inicial a la sostenibilidad de la respuesta regional.

Palabras clave: Salud pública; Pandemias; COVID-19; Colombia.

Abstract

On March 6, 2020, the first case of SARS-Cov-2 infection was identified in Colombia. After six months of development of the epidemic in Colombia, most cities in the country have experienced an acute period of rise in cases and deaths as well as the devastating consequences on their economies. In the national and regional environment, government and citizen exhaustion is perceived due to the impact of the epidemic in terms of the number of infected and deceased and the time elapsed with the mandatory preventive isolation measures that lasted from March 25 to September 1 throughout the national territory. However, we are still far from being close to the end of the epidemic and in this new stage it is necessary to move from the centrality of the initial response to the sustainability of the regional response.

Keywords: Public health; Pandemics; COVID-19; Colombia.

1. Universidad Industrial de Santander. UIS.

Correspondencia: Carrera 32 29-31 Of.301 Bucaramanga, Colombia. Tel. +57-7-6351646. Correo electrónico laurovi@uis.edu.co.

La identificación del coronavirus SARS-CoV-2 y la enfermedad que produce, la COVID-19 fue confirmada por primera vez en China el 7 de enero de 2020. Desde febrero el Gobierno Nacional de Colombia impartió directrices para la preparación y respuesta ante este riesgo y el primer caso fue identificado el 6 de marzo de 2020. En marzo el Ministerio de Salud y Protección Social desplegó su plan de contingencia para responder ante la emergencia por COVID-19 contemplando fases de preparación, contención y mitigación. Por medio del decreto 457 de 2020 del Ministerio del Interior desde el 25 de marzo el territorio nacional entró en un aislamiento preventivo obligatorio que se prolongó por el decreto 531 hasta el 27 de abril; esto en un intento nacional temporal inicial por lograr un período de supresión de la epidemia (llevar el número reproductivo básico a menos de 1). El principal objetivo del aislamiento preventivo obligatorio fue ganar tiempo para preparar la respuesta a la emergencia sanitaria y social, especialmente la respuesta de la vigilancia en salud pública, los servicios de alta complejidad del sistema de salud y de la red nacional de laboratorios. Con el decreto 593 de 2020 del Ministerio del Interior a partir del 27 de abril finalizó el periodo de aislamiento obligatorio generalizado y comenzó la reactivación económica con el reinicio de las actividades de construcción y manufactura, momento a partir del cual se hizo evidente la puesta en marcha de una fase de mitigación con reactivación económica dada las imposibilidades de mantener un aislamiento obligatorio más prolongado sin capacidad financiera para ofrecer subsidios económicos a los ciudadanos. Los decretos subsiguientes (decretos 636 y 749) permitieron que entre el 11 de mayo y el 1 de junio reiniciaran actividades otros sectores económicos.

La emergencia sanitaria y social fue declarada desde el 17 de marzo y se mantiene en la actualidad, como una medida para impartir medidas de control del orden público y permitir la movilización de recursos para atender la emergencia. Para unificar los recursos destinados a atender la crisis causada por la epidemia por COVID-19 se creó el Fondo de Mitigación de Emergencias (FOME). De acuerdo con el Observatorio Fiscal de la Pontificia Universidad Javeriana, con corte a 8 de septiembre de 2020, con la emergencia se han derivado al FOME recursos por 25,5 billones de pesos de los cuales solamente 14,1 billones (55%) se han desembolsado sin evidencia que todo el dinero desembolsado se haya ejecutado. El desembolso de recursos por sectores muestra que, en su orden los recursos se han invertido en el programa ingreso solidario (4,1 billones), transferencias a programas sociales (3,3 billones), subsidios a la nómina (3,3

billones) y al sector salud (2,7 billones). A pesar de las inversiones desembolsadas en programas sociales la ayuda económica no ha sido efectiva para mitigar las necesidades básicas de los hogares colombianos y el DANE reportó a finales de agosto que 1,6 millones de hogares colombianos dejaron de consumir tres comidas diarias.

Hasta comienzos de junio el manejo de la epidemia en Colombia fue totalmente centralizado y las medidas generalizadas para todo el territorio nacional lo cual trajo ventajas y desventajas en la respuesta a la epidemia. Las ventajas estuvieron dadas principalmente en la respuesta del sector salud liderado por el Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto Nacional de Salud, donde los beneficios de la centralización incluyeron el fortalecimiento del sistema de vigilancia en salud pública, la capacidad diagnóstica de la red nacional de laboratorios con vinculación de una amplia red de laboratorios colaboradores en todo el país, el desarrollo de un sistema público de información de situación de la epidemia con política de datos abiertos y la ampliación de la capacidad hospitalaria de Unidades de Cuidado Intensivo (UCI) mediante la adquisición y adjudicación de ventiladores que se fueron distribuyendo en los distritos y municipios por demanda de su situación epidémica. Las desventajas de la centralización se dieron fundamentalmente en el manejo generalizado del aislamiento preventivo obligatorio y la reactivación económica sucesiva de sectores que no tuvieron en cuenta las diferencias regionales en un país de base diverso socioeconómicamente y culturalmente y con amplias diferencias en los momentos de la epidemia. De esta manera, diferentes departamentos que apenas se encontraban en fases tempranas de la epidemia, como Santander, Antioquia y Córdoba, experimentaron rápidamente las consecuencias de la reactivación económica con el rápido aumento en la tasa de casos y mortalidad. En ese momento se dió el punto de inflexión entre la centralización de las medidas y la delegación del control de la epidemia a los entes territoriales (Departamento, distritos y municipios) que partió de una situación de reactivación económica ya instalada con apoyo social y humanitario insuficiente.

En esta primera fase centralizada en el manejo de la emergencia social y sanitaria el objetivo fue principalmente proporcionar una respuesta sanitaria para afrontar el “pico” de infectados y evitar el colapso de la respuesta de los servicios de salud y funerarios que fue evidente en países vecinos como Ecuador. Si bien en Colombia hasta la fecha podemos decir que no se ha producido un colapso de los servicios y se

ha podido, de manera general, satisfacer la demanda de servicios de salud en esta primera etapa de la epidemia, los indicadores de tasa de contagios y tasa de mortalidad comparado con otros países muestran una gran afectación de Colombia. La mortalidad es el indicador que se considera más robusto para comparar la afectación de la pandemia dado que no está tan afectado por la capacidad diagnóstica de los países. Con corte al 17 de septiembre, luego de seis meses de epidemia en Colombia y nueve meses de la pandemia, la tasa acumulada de mortalidad por COVID-19 en Colombia es de 47,29 por 100.000 habitantes y se encuentra como la novena más alta del mundo y la séptima más alta de América Latina donde la mortalidad es más alta en Perú y Bolivia que tiene las tasas más altas a nivel mundial. La mayor mortalidad en Colombia y los países de América Latina puede tener diferentes explicaciones, pero una de las más posibles es que a pesar de tener una población más joven comparada con otras regiones del mundo, tiene una mayor vulnerabilidad social por las condiciones de vida y trabajo (con alta informalidad) y mayores limitaciones de acceso a los servicios de salud. En este sentido hay que resaltar que a pesar de la centralización de la epidemia en el manejo de la respuesta al sector salud, no han sido suficientes las medidas desde el Gobierno Nacional para superar las limitaciones de la fragmentación de recursos y responsabilidades dentro del sistema de salud. En medio de la epidemia, los desafíos y las limitaciones del sistema de salud fragmentado han sido mucho más evidentes pues las responsabilidades de prevención, diagnóstico y atención oportuna domiciliaria que implican un gran trabajo en comunidades que recae principalmente en aseguradores principalmente privados (Entidades Administradoras de Planes de Beneficios -EAPB) con recursos atomizados y con vigilancia y control fuera del control de los municipios y con escaso control desde los distritos y departamentos.

La fase de descentralización del manejo de la epidemia se inicia entonces en el contexto de una reactivación económica instaurada, con una respuesta social insuficiente de apoyo económico a los ciudadanos vulnerables y con un sistema de salud fragmentado con muy bajo control desde los entes territoriales. Este momento de transición coincide en muchos municipios con el momento de ascenso de la epidemia. La respuesta de los departamentos y municipios ha sido muy heterogénea en función de su capacidad basal instalada, su liderazgo territorial y el nivel de coordinación sectorial e intersectorial. Algunos departamentos y distritos asumieron rápidamente el control de la vigilancia, de la respuesta social y de la

coordinación de acciones preventivas y de atención hospitalaria. En Bogotá, por ejemplo, se asumió el control de las UCI desde la Secretaría de Salud, con el fin de garantizar el acceso oportuno y equitativo a estos servicios de alta complejidad para todos los ciudadanos sin importar tipo de aseguramiento. Posteriormente otras ciudades asumieron estrategias similares para afrontar la demanda de cuidado crítico por COVID-19. Sin embargo, la respuesta y adaptación de la mayoría de los departamentos y municipios ha sido rezagada con respecto a las necesidades de la epidemia y ha necesitado la presencia, orientación e intervención permanente del Gobierno Nacional. En este sentido, las capacidades basales diferenciales de los departamentos y municipios han hecho la diferencia. Si bien el sistema de salud y el sistema de vigilancia en salud pública es único, la capacidad de liderazgo, regulación y control de los servicios de salud, así como el uso, apropiación y divulgación de la información para la toma de decisiones, han sido distintas. Dos muestras de ello es la velocidad con la que los entes territoriales pudieron coordinar las acciones de vigilancia con las EAPB locales y con la velocidad con la que han puesto a disposición de la ciudadanía información pública y permanente sobre la situación de la epidemia.

En el comienzo de esta fase descentralizada del manejo de la epidemia, que como mencioné anteriormente coincidió con el ascenso rápido o “pico” de casos en muchos municipios, el enfoque de los entes territoriales también estuvo y ha estado centrado en el aumento de la capacidad de la respuesta hospitalaria. Los mandatarios territoriales estuvieron muy concentrados en gestionar los ventiladores prometidos por el Gobierno Nacional y en gestionar recursos nacionales y recursos propios para la adecuación de infraestructura para incrementar la cantidad de UCI disponibles. En general, dieron menos importancia al fortalecimiento de la atención domiciliaria, la vigilancia en salud pública, el trabajo preventivo y de comunicación y educación comunitaria. Con la implementación de la estrategia de Pruebas, Rastreo, Aislamiento Selectivo y Sostenible (PRASS) como estrategia nacional se instauró por lineamiento nacional la necesidad de fortalecer el proceso de rastreo y aislamiento de casos y contactos con un despliegue de trabajo comunitario bajo la responsabilidad de los departamentos y municipios. La estrategia PRASS apenas comienza a desarrollarse en los territorios y de manera focalizada en los lugares con mayor cantidad de casos confirmados, pero el reto y la meta debe ser que la capacidad y efectividad del rastreo y aislamiento de casos y contactos se convierta en una característica intrínseca del sistema de vigilancia en su totalidad.

Esta fase de descentralización del manejo de la emergencia tanto el Gobierno Nacional como los mandatarios locales comenzaron también a transferir la responsabilidad del control de la epidemia a los ciudadanos bajo la premisa de que la “cultura ciudadana” y la “responsabilidad individual” son la clave para el control de la epidemia. Si bien el control de la transmisión requiere gran adhesión de los ciudadanos a las medidas de prevención como lavado de manos, distanciamiento físico y uso de mascarillas, la responsabilidad del control de la epidemia también se fundamenta en las acciones preventivas y la efectividad e integralidad de las intervenciones sociales, económicas y de salud, entre otras, que pongan en marcha el gobierno nacional y las autoridades locales. Por tanto, la responsabilidad no es solo del ciudadano sino compartida entre autoridades y ciudadanos. Un reflejo de esta situación que se ha observado durante la epidemia en Colombia es que el 69% de las personas fallecidas por COVID-19 pertenecían a estratos socioeconómicos 1 y 2 y la tasa de mortalidad es más alta en municipios con mayores índices de pobreza multidimensional. Las condiciones sociales de vida y trabajo de las personas son evidentemente fuente de inequidades en resultados de salud que se han hecho mucho más evidentes con la epidemia por COVID-19.

En el momento actual la mayoría de los distritos y las ciudades capitales han experimentado su primer pico de casos y mortalidad y con excepción de Barranquilla, las ciudades más grandes del país más que un pico, lograron estabilizar en una meseta la cantidad de casos diarios que no sobrepasó su capacidad de ocupación UCI. Las ciudades que experimentaron primero la fase aguda de la epidemia como Barranquilla, Bogotá, Cartagena y Cali experimentan una fase de descenso en su curva epidémica con reactivaciones más amplias de las actividades económicas. En las ciudades que se encuentran en momentos más rezagados de la epidemia como Montería, Bucaramanga y Valledupar, la fase aguda de la epidemia ha coincidido con el levantamiento de restricciones nacionales de movilidad que se dieron a partir del 1 de septiembre bajo el lema de “aislamiento selectivo y responsabilidad individual”. En este contexto, las ciudades con la curva epidémica más rezagada (estuvieron menos expuestas o más protegidas al comienzo) experimentan la presión de la fase aguda de la epidemia y la presión del Gobierno Nacional y los gremios económicos por avanzar en la reactivación económica.

En el contexto internacional, la experiencia de países de Europa, Norte América y Asia que tienen mayor tiempo de pandemia revela la potencialidad de segundas olas de contagio que tienen diferente comportamiento. En esas experiencias se deja ver como aspectos fundamentales del control la capacidad de vigilancia especialmente el rastreo y aislamiento, la disponibilidad de pruebas y la adaptación de intervenciones y reactivación económica a la medida local, todas acciones que deben sostenerse en el largo plazo.

El reto ahora es la sostenibilidad de la respuesta territorial a mediano y largo plazo. con la orientación y acompañamiento nacional. Luego de este primer pico de la epidemia en los territorios de Colombia la mirada y el trabajo debe estar puesto en la sostenibilidad y la coordinación de las medias a mediano y largo plazo con el fortalecimiento de las capacidades regionales de vigilancia, análisis, coordinación intersectorial y participación comunitaria. Del fortalecimiento de estas capacidades como resultado de la fase inicial de la pandemia depende en gran parte el control de los meses por venir en el control del COVID-19 y la respuesta a nuevos eventos emergentes que puedan aparecer en años sucesivos. Así mismo, en esta nueva etapa se debe volver la mirada a la prevención, la atención y la vigilancia de los eventos de salud diferentes a COVID-19 que han resultado descuidados en medio del control de la epidemia en el país. De la pandemia no deben quedar solamente los datos, las muertes, el sufrimiento, el agotamiento y las UCI dotadas, sino también los aprendizajes como sociedad y las capacidades en salud pública fortalecidas.

Referencias

1. Ministerio de Salud y Protección Social de la República de Colombia. Plan de contingencia para responder ante la emergencia por COVID-19. Bogotá; 2020.
2. Ministerio del Interior República de Colombia. Decreto 457 de 2020. Por el cual se imparten instrucciones en virtud de la emergencia sanitaria generada por la pandemia del Coronavirus COVID-19 y el mantenimiento del orden público. Bogotá; 2020.
3. Instituto Nacional de Salud. La estrategia colombiana frente a la pandemia COVID-19. Entrevista en vivo. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/Noticias/Paginas/Martha-Ospina,-Directora-INS,-cuenta-c%C3%B3mo-han-sido-154-d%C3%ADas-de-pandemia-en-Colombia.aspx>

4. Presidencia de la República de Colombia. Decreto 417 de 2020. Por el cual se declara un estado de emergencia económica, social y ecológica en todo en territorio nacional. Bogotá; 2020.
5. Observatorio Fiscal de la Pontificia Universidad Javeriana. ¿En qué se ha gastado la plata de la pandemia? <https://www.ofiscal.org/gastos-fome>
6. Noticias Caracol. De 7,8 millones de hogares colombianos, 1,6 millones dejaron de consumir tres comidas diarias. Disponible en: <https://noticias.caracoltv.com/economia/de-7-8-millones-de-hogares-colombianos-1-6-millones-dejaron-de-consumir-tres-comidas-diarias>
7. Ministerio de Salud y Protección Social República de Colombia. Minsalud presentó criterios de distribución de ventiladores en el país. Bogotá; 2020. <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Minsalud-presento-criterios-de-distribucion-de-ventiladores-en-el-pais.aspx>
8. Chicago Tribune. Reportan un sistema de salud colapsado y muertos en las calles de Ecuador por coronavirus. Abril 1 de 2020. <https://www.chicagotribune.com/espanol/sns-es-coronavirus-muertos-en-calles-de-ecuador-20200401-4terdol3gbcldehzuomp6kmsm-story.html>
9. Johns Hopkins University, Coronavirus resource center. Mortality analyses; 2020. <https://coronavirus.jhu.edu/data/mortality>
10. Patrick GT Walker, Charles Whittaker, Oliver Watson et al. The Global Impact of COVID-19 and Strategies for Mitigation and Suppression. Imperial College London; 2020. doi: 10.25561/77735
11. Corcho C. Sistema de salud frágil y fragmentado. Revista Sur; 2020. <https://www.sur.org.co/sistema-de-salud-fragil-y-fragmentado/>
12. RCN radio. Distrito asumirá el control de las UCI públicas y privadas en Bogotá; 2020.
13. Ministerio de Salud y Protección Social República de Colombia. Decreto 1109 de 2020. Por el cual se crea, en el Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS, el Programa de Pruebas, Rastreo y Aislamiento Selectivo Sostenible – PRASS para el seguimiento de casos y contactos del nuevo Coronavirus – COVID-19 y se dictan otras disposiciones. Bogotá; 2020.
14. Presidencia de la República de Colombia. Presidente insiste en la cultura y la ética ciudadana para controlar niveles de contagio del covid-19. Bogotá. 2020; <https://id.presidencia.gov.co/Paginas/prensa/2020/Presidente-insiste-en-la-cultura-y-la-etica-ciudadana-para-controlar-niveles-de-contagio-del-covid-19-200802.aspx>
15. Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas DANE. Defunciones por COVID-19. Cifras oficiales semana 10 a 34. Bogotá, septiembre 4 de 2020. <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/defunciones-covid19/presentacion-defunciones-covid-2020-02mar-23ago.pdf>
16. Rodríguez-Villamizar LA, Belalcazar-Ceron LC, Fernandez-Niño JA, Marin Pineda DM, Rojas-Sánchez OA, Acuña-Merhán LA, Ramírez-García N, et al. Air pollution, socio-demographic and health conditions effects on COVID-19 mortality in Colombia: an ecological study. MedRxiv. 2020. doi: <https://doi.org/10.1101/2020.07.22.20159293>
17. Ministerio del Interior República de Colombia. Decreto 1168 de 2020. Por el cual se imparten instrucciones en virtud de la emergencia sanitaria generada por la pandemia del Coronavirus COVID-19, y el mantenimiento del orden público y se decreta el aislamiento selectivo con distanciamiento individual responsable. Bogotá, 25 de agosto de 2020.
18. Kingsley P, Bautista J. “Here we go again”: a second virus wave grips Spain. The New York Times. 2020. <https://www.nytimes.com/2020/08/31/world/europe/coronavirus-covid-spain-second-wave.html>
19. Kucharski A, Klepac P, Conlan A, Kissler S, Tang M, Fry H, et al. Effectiveness of isolation, testing, contact tracing, and physical distancing on reducing transmission of SARS-CoV-2 in different settings: a mathematical modelling study. Lancet Infect Dis. 2020; S1473-3099(20): 30457. doi: 10.1016/S1473-3099(20)30457-6
20. Iriberry A. Esto es lo que ha hecho Nueva York y no Madrid para evitar sufrir rebrotes tras el confinamiento. El Español. Septiembre 16 de 2020. Disponible en: https://www.lespanol.com/ciencia/salud/20200916/nueva-york-no-madrid-sufrir-rebrotes-confinamiento/520698533_0.html