Check for updates

ARTÍCULO DE REVISIÓN

COVID-19: implicaciones en Colombia

Alexander Almeida-Espinosa[1]* *y Jorge A. Sarmiento-Ardila*[2]

[1]*Universidad Industrial de Santander, Facultad de Salud Pública;* [2]*Universidad Autónoma de Bucaramanga, Facultad de Medicina. Santander, Colombia*

Resumen

COVID-19 llegó a Latinoamérica a principios de marzo de 2020. Actualmente, en Colombia se desarrollan estrategias enfocadas en la cuarentena y la reactivación del capital social y económico, con las cuales no se están obteniendo los resultados esperados. En este artículo se propone revisar literatura basada en evidencia científica en la que se exponga información del funcionamiento y adaptación de los sistemas de salud, sectores sociales, económicos y solidarios de Colombia. El objetivo es identificar las implicaciones de COVID-19 en la red prestadora de servicios de salud, calidad de vida, pronóstico de salud-enfermedad en el país, el cual no está preparado para afrontar crisis de orden social, de sistemas de salud e impactos económicos y solidarios que conllevan las pandemias y episodios graves de enfermedad.

PALABRAS CLAVE: *Covid-19. Coronavirus. Pandemias. Sistema de Salud. Salud pública. Impacto socioeconómico.*

COVID-19: implications of SARS-CoV-2 in Colombia

Abstract

COVID-19 arrived in Latin America early in March 2020. Currently, strategies are being developed in Colombia focusing on the quarantine and social and economic capital reactivation, whereby the expected results are not being obtained. In this article, we propose to review scientific evidence-based literature where information on the operation and adaptation of health systems, and social, economic and solidarity sectors of Colombia is presented. The purpose is to identify COVID-19 implications in the network that provides health services, quality of life and health-disease prognosis in the country, which is not prepared to face crises of social nature and of health systems, as well as the economic and solidarity impacts that are brought about by pandemics and crude episodes of disease.

KEY WORDS: *Covid-19. Coronavirus. Pandemics. Healthcare system. Public health. Socioeconomic impact.*

Introducción

SARS-CoV-2 llegó a Latinoamérica en febrero del año en curso; a partir de entonces ha generado incertidumbre en los aspectos económicos, sociales, de salubridad, financieros y, en general, en el desarrollo de los países del área, los cuales no están preparados para actualizar sus procesos, estrategias y reacomodar la dinámica común de desarrollo cotidiano de los sistemas nacionales frente a la situación de salud-enfermedad de la complejidad y envergadura que representa la pandemia de COVID-10.

En Colombia, los primeros casos positivos de contagios se presentaron a principios de marzo, provocaron intranquilidad en la población y la implementación de medidas débiles para mitigar el riesgo de contagio.

Correspondencia:
*Alexander Almeida-Espinosa
E-mail: alexanderalmeida10@gmail.com

Fecha de recepción: 15-05-2020
Fecha de aceptación: 27-05-2020
DOI: 10.24875/GMM.20000289

Gac Med Mex. 2020;156:334-338
Disponible en PubMed
www.gacetamedicademexico.com

0016-3813/© 2020 Academia Nacional de Medicina de México, A.C. Publicado por Permanyer. Este es un artículo *open access* bajo la licencia CC BY-NC-ND (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

A continuación, se estableció el cierre de fronteras, el inicio de la etapa de contingencia y se definieron las primeras estrategias de búsqueda y reacción para enfrentar la diseminación del contagio y su velocidad, ampliar la capacidad hospitalaria e instaurar medidas de intervención efectivas y oportunas para mitigar la pandemia.

Contexto de COVID-19

El año 2019 trascurría con completa normalidad, en medio de todos los afanes del diario vivir de la población mundial y la velocidad abrumadora del nuevo milenio. Sin embargo, a principios de diciembre de 2019 surgieron los primeros casos de neumonía de causa desconocida, con origen identificado en la ciudad de Wuhan, en la provincia de Hubei, China.[1,2] Estos primeros casos tenían como antecedente común la exposición a un mercado de comida al aire libre con venta de mariscos, pescados y animales silvestres vivos.

El 31 de diciembre, las autoridades sanitarias de la República Popular China informaron sobre el agrupamiento de 27 casos de la neumonía mencionada, con inicio de los síntomas el 8 de diciembre de 2019. El 3 de enero de 2020 se reportaron 44 pacientes con dicha neumonía, 11 de ellos con enfermedad severa y 33 en condiciones estables. Fue hasta el 7 de enero cuando la Comisión de Salud y Sanidad de ese país identificó el agente causal de esta alerta de salud pública: se trataba de un virus de la familia *Coronaviridae*, al cual llamaron "nuevo coronavirus", actualmente denominado SARS-CoV-2.[3] Todos los mercados de comida al aire libre de la zona de Wuhan fueron cerrados para control ambiental y desinfección.[4,5]

El SARS-CoV-2 pertenece a una extensa familia de virus denominada coronavirus; la mayoría de estos virus pueden ocasionar enfermedades leves o moderadas del tracto respiratorio superior e inferior, por ejemplo, resfriado común. Sin embargo, en las últimas décadas han surgido coronavirus con reservorio en animales, que causan enfermedades mucho más severas y comprometen la salud de la población e, incluso, la muerte.[6,7]

Los coronavirus no solo provocan enfermedades respiratorias, también afectan los sistemas gastrointestinal, renal y neurológico.[8] Se ha logrado identificar géneros distintos: alfa-CoV, beta-CoV, gamma-CoV y delta-CoV.[9,10] Los últimos brotes de este tipo de virus han acontecido en este siglo: en 2002-2003 apareció el coronavirus del síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV), un beta-CoV que surgió de los murciélagos, infectó a 8000 personas y causó alrededor de 800 muertes.[8,11]

En 2012, la humanidad enfrentó otro de estos coronavirus, MERS-CoV, que causa el síndrome respiratorio del Medio Oriente. Se trata de un beta-CoV que causó 2494 casos de infección confirmados y alrededor de 858 muertes en Arabia Saudita; este virus sigue siendo endémico en algunas zonas de Oriente.[12] El nuevo coronavirus, SARS-CoV-2, es un beta-CoV que posee características muy similares a SARS-CoV, con el que comparte aproximadamente 96 % de los nucleótidos; se cree que aparte del murciélago puede tener un reservorio intermedio, el cual no se ha determinado con seguridad hasta el momento.[11,13]

Panorama del COVID-19 en Colombia

Para el 14 de mayo de 2020, la presencia de SARS-CoV-2 en Colombia se resumía en 12 930 casos confirmados, de los cuales 7293 eran del sexo masculino y 5637, del femenino. Asimismo, 8449 individuos que mostraban síntomas (4903 hombres y 3546 mujeres) se encontraban en su hogar, 509 habían fallecidos (312 hombres y 197 mujeres), 698 estaban hospitalizados (439 hombres y 259 mujeres), 131 permanecían en la unidad de cuidados intensivos (90 hombres y 41 mujeres), 3133 personas se habían recuperado (1542 hombres y 1591 mujeres) y en 10 personas (siete hombres y tres mujeres) no se disponía de más información, por la pérdida de datos.

Por otro lado, la mayoría de los casos se presentaron en Bogotá (n = 4685), capital del país, a la cual seguían Valle del Cauca (n = 1393), Meta (n = 938), Cartagena (n = 874), Amazonas (n = 871), Atlántico (n = 641) y Antioquia (n = 491). Los grupos de edad más afectados fueron los correspondientes al intervalo de 20 a 40 años, con 5376 personas. El 6 % de los casos (840 personas) eran importados, 30 % (n = 3859) estaba relacionado con la importación y en 64 % (n = 8231) se estaba investigando el posible tipo de contagio.

Impacto de COVID-19 en Colombia

Colombia es un país en desarrollo con algunas acciones enfocadas al mejoramiento continuo,[14] a promover condiciones favorables de la vida, mecanismos de producción específicos, exportación de productos y otras actividades, el cual presenta dificultades en seguridad social, educación, cultura ciudadana,

servicios públicos y trabajo formal,[15] ámbitos que han sido afectados de forma gradual a medida que COVID-19 se propaga por al país e impacta negativamente la salud de la población colombiana.[16]

Para algunos autores, el sistema de salud y seguridad social en Colombia es el servicio con mayor impacto, debido a que las cadenas de contagio se están extendiendo con rapidez,[17] ya que no se han establecido mecanismos de contingencia claros y protocolos de vigilancia epidemiológica medibles que impidan la propagación de la enfermedad a una velocidad continua en la población vulnerable.[18]

El segundo sistema de desarrollo con mayor afectación es el sector económico, principalmente el laboral.[19] Los puestos de trabajo de numerosos colombianos están siendo cancelados o suspendidos y no se están generando salarios que solventen las necesidades de vida o aseguren el patrimonio de las familias.[20]

El contexto social se ve afectado de igual forma a nivel individual, al limitar las relaciones personales e interpersonales,[21] que por lo general se enfocaban en la calidad de vida. Asimismo, la salud mental toma gran relevancia al evidenciarse episodios de depresión,[22,23] inconformidad por la adopción de medidas de aislamiento social en las personas e, incluso, de agresividad y rechazo.[24]

Finalmente, el regreso a una normalidad funcional en Colombia parece distante. Se asegura que habrá jornadas en las que se lleven a cabo actividades de orden productivo, se involucre directamente al trabajador y se activen las cadenas productivas en cada región del país, con las medidas de bioseguridad necesarias.[25]

A modo de discusión: COVID-19 en Colombia

En Colombia, el sistema de salud es uno de los sectores más vulnerables y afectados de forma negativa, debido a la ausencia de ideas de trabajo claras y significativas,[26] de medidas y recursos para la protección personal;[27] así como por la insuficiencia o carencia de unidades de cuidado intensivo, materiales y equipos y, lo más importante, de recursos humanos capacitados, orientados, satisfechos y comprometidos con la solución efectiva de la contingencia que se enfrenta.[28,29]

Por otro lado, el número de pacientes contagiados en el país sigue aumentando. Las medias de mitigación y contingencia no han resultado en una reducción satisfactoria, significativa y constante de la velocidad de contagios.[19] Las pruebas diagnósticas son deficientes en calidad y cantidad,[30] la red hospitalaria está desgastada[31] y las medidas epidemiológicas no son claras ni contundentes, lo que se suma a la ausencia de cultura cívica y seguimiento de las reglas e indicaciones por parte de los ciudadanos.[32,33] Lo anterior ha favorecido el creciente número de pacientes y, por ende, las dificultades en la atención a la salud, que evidencian la precariedad del sistema de salud y seguridad social del país.[34]

Asimismo, el apoyo de entidades como las aseguradoras de riesgo laboral, las gerencias de instituciones de salud, las secretarías de salud municipal y departamental, el ministerio de salud y la superintendencia de salud es escaso y poco estratégico; no se centra en las medidas de protección personal de los recursos humanos en salud,[35,36] el tratamiento de los cuadros clínicos que ameritan intervención oportuna, pertinente y segura, y el fortalecimiento del sistema de salud.[37]

Consideraciones finales

La pandemia de COVID-19 ha generado el reproceso de todos los sistemas básicos de funcionamiento poblacional, pérdidas de vidas humanas, inestabilidad del sistema de salud,[38] inconvenientes en la prestación de los servicios, estancamiento económico, cancelación de ideas de negocio, episodios de quiebra financiera, colapso en la salud mental-social,[39] insatisfacción en la prestación de servicios, inequidad, apoyo gubernamental deficiente y escasez de opciones para la reactivación y crecimiento económico.[40]

Los países en desarrollado no están preparados para ajustar sus estrategias frente a la aparición de una epidemia que ha logrado frenar el fundamento e idea de crecimiento de una nación,[41] con lo que se ha generado intranquilidad, insatisfacción, pérdida de capacidades estratégicas y de salud,[42] las cuales transfieren mensajes negativos a una población que trata de resarcirlas con los pocos recursos que los sectores político y económico les otorgan a nivel regional y nacional.[43]

El sistema de salud colombiano está afectado y resulta evidente que no tiene capacidad de adaptación y respuesta a necesidades de atención diferentes a las de los contextos normales de intervención y tratamiento,[44] lo cual se debe a que la capacidad instalada es inadecuada y deficiente. Es visible la inconformidad del personal de salud por el salario que recibe, las condiciones de inseguridad en las que

trabaja, la falta de reconocimiento, la ineficacia del sistema institucional y el rechazo por parte del resto de la población.[45]

En el marco de la dimensión socioeconómica, el país vive una situación difícil.[46] La esfera social está altamente afectada, debido a que las personas no tienen relaciones personales claras y fundamentadas en el comportamiento tradicional, lo que promueve la aparición de trastornos del ánimo que afectan la integridad de la persona y su núcleo familiar.[47]

El sector económico se encuentra vulnerado. Si bien la cuarentena favoreció que las líneas de teletrabajo[48,49] se fortalecieran en algunos procesos, numerosos puestos laborales fueron suspendidos o cancelados, lo cual ha contribuido a la pérdida adquisitiva y disminución del ingreso de las personas.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Financiamiento

Los autores no recibieron patrocinio para llevar a cabo este artículo.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se realizaron experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Bibliografía

1. Guan W, Ni Z, Hu Y, Liang W, Ou C, He J, et al. Clinical characteristics of coronavirus disease 2019 in China. N Engl J Med. 2020.
2. Jacobsen KH. Will COVID-19 generate global preparedness? Lancet. 2020;395:1013-1014.
3. Rodríguez-Morales AJ, MacGregor K, Kanagarajah S, Patel D, Schlagenhauf P. Going global - Travel and the 2019 novel coronavirus. Travel Med Infect Dis. 2020;33:101578.
4. Sánchez-Duque JA, Arce-Villalobos LR, Rodríguez-Morales AJ. Enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) en América Latina: papel de la atención primaria en la preparación y respuesta. Aten Primaria. 2020;52.369-372.
5. Xie X, Zhong Z, Zhao W, Zheng C, Wang F, Liu J. Chest CT for typical 2019- nCoV pneumonia relationship to negative RT-PCR testing. Radiology. 2020;200343.
6. Rosa-Ramos JG, da Hora-Passos R, Brito-Teixeira M, Nunes-Gobatto L, Dos Santos-Coutinho RV, Ribeiro-Caldas JR, et al. Prognostic ability of quick-SOFA across different age groups of patients with suspected infection outside the intensive care unit: A cohort study. J Crit Care. 2018;47:178-184.
7. Chen N, Zhou M, Dong X, Qu J, Gong F, Han Y, et al. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: A descriptive study. Lancet. 2020;395(10223):507-513.
8. Zhang J, Liu J, Li N, Liu Y, Ye R, Qin X, et al. Serological detection of 2019-nCoV respond to the epidemic: A useful complement to nucleic acid testing. medRxiv. 2020.
9. Ou X, Liu Y, Lei X, Li P, Mi D, Ren L, et al. Characterization of spike glycoprotein of SARS-CoV-2 on virus entry and its immune cross-reactivity with SARS-CoV. Nat Commun. 2020;11:1620.
10. Ledermann W. El hombre y sus epidemias a través de la historia. Rev Chil Infect. 2003;13:184-189.
11. Ramphul K, Mejias SG. Coronavirus disease: A review of a new threat to public health. Cureus. 2020;12:e7276.
12. Dunlop C, Howe A, Li D, Allen LN. The coronavirus outbreak: The central role of primary care in emergency preparedness and response. BJGP Open. 2020;5:bjgpopen20X101041
13. Yoon SH, Lee KH, Kim JY, Lee YK, Ko H, Kim KH, et al. Chest radiographic and CT findings of the 2019 novel coronavirus disease (COVID-19): Analysis of nine patients treated in Korea. Korean J Radiol. 2020;21:494-500.
14. Li T. Diagnosis and clinical management of severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) infection: An operational recommendation of Peking Union Medical College Hospital (V2.0). Emerg Microbes Infect. 2020;9:582-585.
15. Park JS, Lee EH, Park NR, Choi YH. Mental health of nurses working at a government-designated hospital during a MERS-CoV outbreak: A cross-sectional study. Arch Psychiatr Nurs. 2018;32:2-6.
16. Millán-Oñate J, Rodríguez-Morales AJ, Camacho-Moreno G, Mendoza-Ramírez H, Rodríguez-Sabogal IA, Álvarez-Moreno C. A new emerging zoonotic virus of concern: The 2019 novel coronavirus (COVID-19). Infectio. 2020;24:187-192.
17. Bastola A, Sah R, Rodríguez-Morales AJ, Lal BK, Jha R, Ojha HC, et al. The first 2019 novel coronavirus case in Nepal. Lancet Infect Dis. 2020;20:279-280.
18. Arteaga-Livias FK, Rodríguez-Morales AJ. La comunicación científica y el acceso abierto en la contención de enfermedades: el caso del coronavirus novel 2019 (2019-nCoV). Rev Peru Investig Salud. 2020;4:7-8.
19. Dong E, Du H, Gardner L. An interactive web-based dashboard to track COVID-19 in real time. Lancet Infect Dis. 2020;20:533.534.
20. Corman VM, Landt O, Kaiser M, Meijer A, Bleicker T, Schneider J, et al. Detection of 2019 novel coronavirus (COVID-19) by real-time RTPCR. Euro Surveill. 2020,25:2000045.
21. Rueda JD, Rosselli D, Ruiz-Peláez JG. Cost-effectiveness of prophylaxis respiratory syncytial virus infection (RSV) with palivizumab in preterm infants in Colombia. Coyuntura Económica: Investigación Económica y Social. 2013;16:137-151.
22. Pedraza-Bernal AM, Rodríguez-Martínez CE, Acuña-Cordero R. Predictors of severe disease in a hospitalized population of children with acute viral lower respiratory tract infections. J Med Virol. 2016;88:754-759.
23. Darnell MER, Subbarao K, Feinstone SM, Taylor DR. Inactivation of the coronavirus that induces severe acute respiratory syndrome, SARS-CoV. J Virol Methods. 2004;121:85-91.
24. Ruan Q, Yang K, Wang W, Jiang L, Song J. Clinical predictors of mortality due to COVID-19 based on an analysis of data of 150 patients from Wuhan, China. Intensive Care Med. 2020;46:846-848.
25. Dhama K, Sharun K, Tiwari R, Dadar M, Malik YS, Singh KP, et al. COVID-19, an emerging coronavirus infection: advances and prospects in designing and developing vaccines, immunotherapeutics, and therapeutics. Hum Vaccin Imunother. 2020:1-7.
26. Modjarrad K, Giersing B, Kaslow DC, Smith PG, Moorthy VS, WHO RSV Vaccine Consultation Expert Group. WHO consultation on respiratory syncytial virus vaccine development report from a World Health Organization meeting held on 23-24 March 2015. Vaccine. 2016;34:190-197.
27. Holmes KV, Lai MC. Coronaviridae and their replication. En: Fields B, Knipe D, Howley P, editores. Fields virology. EE. UU.: Lippincot-Raven; 1996.
28. Cyranosky D, Abbott A. Virus detectives seek sources of SARS in China's wild animals. Nature. 2003;423:467.
29. Villamil-Gómez WE, Sánchez A, Gelis L, Silvera LA, Barbosa J, Otero-Nader O, et al. Fatal human coronavirus 229E (HCoV 229E) and RSV-related pneumonia in an AIDS patient from Colombia. Travel Med Infect Dis. 2020:101573.
30. Barbosa-Ramírez J, Pulido-Domínguez P, Rey-Benito G, Méndez-Rico J, Castellanos J, Páez-Martínez A. Human respiratory syncytial virus and metapneumovirus in patients with acute respiratory infection in Colombia, 2000-2011. Rev Panam Salud Publica. 2014;36:101-109.
31. Ksiazek T, Erdman D, Goldsmith CS, Zaki SR, Peret T, Emery S, et al. A novel coronavirus associated with severe acute respiratory syndrome. N Engl J Med. 2003;348:1953-1966.
32. García C. Síndrome respiratorio agudo severo (SRAS). Rev Med Hered. 2003;14.
33. Bonilla-Aldana DK, Villamil-Gómez WE, Rabaan AA, Rodríguez-Morales AJ. Una nueva zoonosis viral de preocupación global: COVID-19, enfermedad por coronavirus 2019. Iatreia 2020;33 (2) Feb 22.

34. Booth C, Matukas L, Tomlinson GA, Rachlis AR, Rose DB, Dwosh HA, et al. Clinical features of short-term outcome of 144 patients with SARS in the greater Toronto area. JAMA. 2003;289:2801-2805.
35. Koren G, King S, Knowles S, Philips E. Ribavirina in the treatment of SARS: a new trick for an old drug. CMAJ. 2003;168:1289-1292.
36. Oba Y. The use of corticosteroids in SARS. N Engl J Med. 2003;348:2034-2035.
37. Bonilla-Aldana DK, Quintero-Rada K, Montoya-Posada JP, Ramírez S, Paniz-Mondolfi A, Rabaan A, et al. SARS-CoV, MERS-CoV and now the 2019-novel CoV: Have we investigated enough about coronaviruses? - A bibliometric analysis. Travel Med Infect Dis. 2020;33:101566.
38. Wang D, Hu B, Hu C, Zhu F, Liu X, Wang B, et al. Clinical characteristics of 138 hospitalized patients with 2019 novel coronavirus-infected pneumonia in Wuhan, China. JAMA. 2020;323:1061-1069.
39. Weber MW, Mulholland EK, Greenwood BM. Respiratory syncytial virus infection in tropical and developing countries. Trop Med Int Health. 1998;3:268-280.
40. Almeida JD, Tyrrell DA. The morphology of three previously uncharacterized human respiratory viruses that grow in organ culture. J Gen Virol. 1967;1:175-178.
41. Sarmiento IC. Estimación de la incidencia del VSR asociado con infección respiratoria aguda en una población pediátrica del Hospital Universitario Ramón González Valencia, Departamento de Pediatría, Facultad de Medicina. España: Universidad Industrial de Santander; 2016.
42. Piñeros JG, Baquero H, Bastidas J, García J, Ovalle O, Patiño CM, et al. Respiratory syncytial virus infection as a cause of hospitalization in population under 1 year in Colombia. J Pediatr (Rio J). 2013;89:544-548.
43. Remolina YA, Ulloa MM, Vargas H, Díaz L, Gómez SL, Saavedra A, et al. Viral infection in adults with severe acute respiratory infection in Colombia. PLoS One. 2015;10:e0143152.
44. Ministerio de Salud y Protección Social Colombia. Lineamientos para la gestión de muestras durante la pandemia del SARS- COV-2 (covid-19) en Colombia. Planeación monitoreo y evaluación de los resultados en salud pública. Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social Colombia; 2020
45. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Panorama social de América Latina. Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe; 2019.
46. Rodríguez-Morales A. Preparación y control de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) en América Latina. Acta Med Peru. 2020;37:3-7.
47. Saavedra C. Consenso colombiano de atención, diagnóstico y manejo de la infección por SARS-COV-2/COVID 19 en establecimientos de atención de la salud. Recomendaciones basadas en consenso de expertos e informadas en la evidencia. Infectio. 2020;24.
48. Ministerio de Vivienda, Ciudad y Territorio de Colombia. Lineamientos a tener en cuenta para la separación, manejo, recolección en el servicio público de aseo y la gestión de los residuos sólidos en el estado de emergencia generado por el SARS-COV-2 (COVID-19). Planeación monitoreo y evaluación de los resultados en salud pública. Colombia: Ministerio de Vivienda, Ciudad y Territorio de Colombia; 2020.
49. Benavides-Serralde JA, Parra-Saavedra M, Miranda J, Ramírez C, Silva JL, Sanin-Blair JE, et al. Enfermedad por coronavirus SARS-COV-2 (COVID-19) en embarazo. Colombia: Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología Comité de Salud Materna y Perinatal; 2020.