







COVID-19 en la Región Caribe Colombiana: un análisis documental

Covid19 in the Colombian Caribbean Region: A Documentary analysis

Rafael-de-Jesús Tuesca-Molina¹, Víctor-Alfonso Flórez-García^{1,2}, Tania-Matilde Acosta-Vergara¹,
Edwin Guevara-Romero², Ana-Liliana Ríos-García¹

Forma de citar: Tuesca Molina RJ, Flórez García VA, Acosta Vergara TM, Guevara Romero E, Ríos García AL. Covid19 en la Región Caribe Colombiana: un análisis documental a partir de fuentes de información. Salud UIS. 53: e21005. doi: <https://doi.org/10.18273/saluduis.53.e:21005> 

Resumen

Introducción: el impacto social y sanitario que ha generado la pandemia COVID-19 a nivel global permite repensar aspectos de vigilancia epidemiológica y comunicación en tiempos de crisis. **Objetivo:** describir el comportamiento de la pandemia COVID-19 en los departamentos y distritos especiales de la región caribe colombiana. **Materiales y Métodos:** análisis documental e interpretativo a partir de fuentes secundarias de vigilancia nacional “SIVIGILA” y datos de entes territoriales. **Resultados:** Cartagena de Indias es la primera unidad territorial del Caribe en presentar casos por COVID-19, seguido de Santa Marta y Barranquilla. El mayor número de casos se registró en Barranquilla, Atlántico, Cartagena y Córdoba. Así mismo, la mayor tasa de muertes por 100 000 habitantes se registró en Barranquilla, Atlántico, Córdoba, Santa Marta, Sucre y Cartagena. En el Caribe se implementaron estrategias de distanciamiento social como prohibición de eventos masivos y cierre de fronteras. **Discusión:** Para describir el comportamiento de la pandemia es importante que las autoridades sanitarias continúen asumiendo el reto para la detección, sistematización y manejo oportuno de los casos. El comportamiento de la pandemia ha sido similar en los departamentos del Caribe Colombiano, hay una homogeneidad al momento de acatar las normas del gobierno, y cada región adaptó diferentes estrategias dentro de un marco general para reducir la incidencia de la enfermedad. Se recomienda fortalecer la similitud entre los datos reportados por el Ministerio de Salud, SIVIGILA y los entes territoriales. El talento humano en salud cualificado puede soportar este ejercicio a fin de superar la actuación mediática y avanzar hacia la gobernanza.

Palabras clave: Pandemias; Epidemias; Notificación de Enfermedad; Salud Pública; Gobernanza; Monitoreo Epidemiológico; Colombia.

Abstract

Background: The social and health impact generated by the COVID-19 pandemic allows us to re-think aspects of epidemiological surveillance and communication in struggle-times. **Objective:** To describe the behavior of the COVID-19 pandemic in the departments and special districts of the Colombian Caribbean region. **Methodology:** This is a documentary and interpretive analysis from secondary sources of National Surveillance “SIVIGILA” and

1. Universidad del Norte, Barranquilla, Colombia.

2. University of Wisconsin, Milwaukee, U.S.A.

Correspondencia: Rafael de Jesús Tuesca Molina. Dirección: Km 5 Vía puerto Colombia. Teléfono: +5 3509287. Correo electrónico: rtuesca@uninorte.edu.co

data from local governments. **Results:** Cartagena de Indias is the first territorial area in the Caribbean to present cases COVID-19, followed by Santa Marta and Barranquilla. The highest number of cases was registered in Barranquilla, Atlántico, Cartagena and Córdoba. Likewise, the highest death rate per 100,000 inhabitants was observed in Barranquilla, Atlántico, Córdoba, Santa Marta, Sucre and Cartagena. In the Caribbean, social distancing was implemented, as well as the limitation of mass gatherings and border closure. **Discussion:** To describe the pandemic behavior, it is important that health authorities continue to assume the challenges of detection, systematization, and timely handling of cases. The COVID-19 performance has been similar in the Colombian Caribbean. There is a homogeneity regarding the government regulations compliance and each region adapted different strategies to reduce the incidence of the disease. It is recommended to strengthen the concordance between the data reported by the Ministry of Health, SIVIGILA, and the territorial entities. Qualified human talent can support this exercise in order to overcome the media performance through the strengthening of governance.

Keywords: Pandemics; Epidemics; Diseases Notification; Public Health; Governance; Epidemiological Monitoring; Colombia.

Introducción

El 31 de diciembre de 2019 en Wuhan, China se notificó el primer caso de un cuadro respiratorio agudo severo, denominado COVID-19 o SARS CoV2. Para septiembre de 2020, 218 países han sido afectados, se han registrado más de 26,9 millones de casos y más de 880 000 fallecimientos^{1,2}. Colombia en el tercer trimestre del año 2020 ocupó el sexto lugar con más de 658 000 casos, le anteceden Perú, Rusia, Argentina, México, Estados Unidos y Brasil; siendo estos dos últimos los que ocupan los primeros lugares. Esta tendencia identifica el impacto de la transmisibilidad en los países de las Américas, dado que ocupan seis de estos diez primeros lugares del listado a nivel mundial.

Esta enfermedad, su expansión y la connotación al declararse pandemia por la OMS el 11 de marzo de 2020^{3,4}, tiene un impacto en quienes diseñan y ejecutan políticas de salud, al mostrar falencias en la capacidad de respuesta en el control, atención y actuación económica y social en esta pandemia. Además, ha permitido reconocer la capacidad de los sistemas de vigilancia a nivel local, nacional y mundial; de otra parte, es menester posicionar nuevamente en la mesa de acuerdos globales el reglamento sanitario internacional ante la exposición de riesgos ambientales⁵.

Por lo anterior, el recurso del Reglamento Sanitario Internacional busca conseguir una “máxima seguridad” frente a la propagación internacional de enfermedades, lo que involucra aspectos de prevención, control y protección contra la propagación. Esta actuación requiere una respuesta basada en el pensamiento complejo y de avanzada del sector de salud pública, que trascienda lo local o regional hacia lo global. Este desafío involucra actuaciones de gobernanza y de política

sanitaria relacionada con gestión, ante lo inusitado, de recursos económicos que permitan enfrentar la crisis en los países vinculantes a este acuerdo, imponer nuevas transformaciones y generar escenarios cambiantes y de riesgo variable de ocurrencia de eventos^{6,7}. Por lo tanto, se requiere desde la gobernanza en salud pública un nuevo posicionamiento que privilegie el avance, la transparencia, calidad y rapidez de la comunicación que mejore los sistemas relacionados con la vigilancia sanitaria y se favorezca la exploración de investigaciones y el fortalecimiento de los centros de enlaces para actuación conjunta ante emergencias sanitarias.

Con este panorama, el presente artículo analiza la capacidad de respuesta de la salud pública ante un escenario real, a partir de análisis de indicadores de salud y actuaciones emanadas por cada entidad territorial en el marco de la pandemia; de otra parte, analiza similitudes y diferencias en sus abordajes en dichas instituciones, posibles enseñanzas de esta situación y que actuaciones pueden ser calificadas de positivas, críticas y no apropiadas.

Metodología

Es un análisis documental con un enfoque descriptivo que busca interpretar, analizar y comprender la realidad. Esta investigación parte del método inductivo a partir de los hechos o hallazgos particulares. Se analizan cada una de las unidades generadoras de datos al sistema de vigilancia de salud pública del nivel nacional (UDPG) que corresponden con: ocho entidades territoriales de nivel departamental de salud y tres distritos especiales: Barranquilla, Cartagena y Santa Marta. Los datos presentados se tomaron de fuentes primarias disponibles en la web institucional de la Secretaría de Salud Departamental o del Distrito

especial y los datos consolidados en la Web del Instituto Nacional de salud Pública del repositorio de SIVIGILA específico para COVID-19. Se revisaron algunas notas periodísticas alojadas en la web institucional de salud de cada unidad territorial y administrativa de la región Caribe colombiana.

Se considera caso participante de análisis a cada una de las unidades generadoras de datos de nivel departamental y distrital que hacen parte del sistema de vigilancia en salud pública (SIVIGILA), se revisaron fuentes confiables disponibles y contrastadas como evidencias para analizar la toma de decisión en salud pública.

Resultados

De acuerdo con la información registrada en el Instituto Nacional de Salud de Colombia, la notificación del primer caso al sistema en la región Caribe colombiana se generó de la unidad territorial de Cartagena de Indias el 29 de marzo de 2020, con un pico de 70 reportes al 15 de agosto. Posteriormente en Santa Marta y Barranquilla se reportan el 10 y 17 de abril respectivamente, el mayor número de notificados se presentó en Barranquilla el 14 de agosto con 80 reportes y en Santa Marta 17 de agosto con 84. En el mes de mayo, se notifican casos en los departamentos de Atlántico, Bolívar, Córdoba, La Guajira y Cesar, en junio en Magdalena, San Andrés y Sucre. La mayor frecuencia de notificaciones en un día se registró en: Cesar con 431 el 20 de agosto; 421 en Córdoba el día 14 de agosto y 274 en Sucre el 15 de agosto.

Las cuatro regiones o unidades de notificación al sistema de vigilancia con mayor número de casos corresponden a: Barranquilla 36275; Atlántico 28082; Cartagena 20631 y Córdoba 20059, que aportan el 69% de los casos de la región, mientras que el menor número de casos se reporta en el Archipiélago de San Andrés. Con respecto al panorama nacional, la región Caribe colombiana aporta el 24% de las notificaciones a partir de la fuente de Sivigila en el informe (3 de septiembre de 2020).

Con relación a los recuperados el mayor porcentaje se estima en Barranquilla con 91,3%, seguida del departamento del Atlántico con 90,7%. Los porcentajes de recuperación más bajos se encuentran en el archipiélago de San Andrés 47,3% y el Cesar 59,1%, esta situación probablemente esté relacionada con la atención, manejo y comorbilidad de los afectados.

Al analizar la tasa de muertes por 100 000 habitantes en orden de mayor a menor, se encuentran: Barranquilla 127,45; Atlántico 89,58; Córdoba 74,20; Santa Marta 67,02; Sucre 53,62 y Cartagena 51,33, estas unidades geográficas se encuentran por encima de la tasa nacional 40,40; sin embargo, la letalidad es preocupante dado que en Santa Marta ésta alcanzó la proporción más alta de la región con 8,31 %, seguido de Córdoba con 6,68%, Atlántico 4,62%; Barranquilla 4,46 %, La Guajira 4,37%, Sucre 4,21 % y Santa Marta 4,13 % se encuentran por encima de la tasa de letalidad nacional de 3,21. Las tasas de letalidad más bajas están en San Andrés 1,1 %, 2,81 % en el Cesar y Cartagena 2,55 % las cuales se relacionan con la capacidad de respuesta de la red frente a las comorbilidad, vulnerabilidad del sujeto y su nivel de riesgo.

Al valorar el comportamiento epidemiológico de la pandemia en la región caribe se observa que las secretarías de salud del Atlántico, Barranquilla, Cesar y Bolívar disponen de información de vigilancia epidemiológica para apoyar la gestión y la información técnica. Mientras que las otras secretarías en la página web no muestran información y redireccionan al enlace de coronavirus del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Sin embargo, la secretaria de Salud de Córdoba, si bien direcciona al Ministerio de Salud, ofrece una cuenta de twitter (<https://twitter.com/CordobaSalud>) con información actualizada de los casos de covid notificados.

Por otra parte, desde el 16 de marzo de 2020 las entidades territoriales reportaron la prohibición de eventos masivos (con más de 50 personas) y el cierre de fronteras fluviales y terrestres⁸. Así mismo, a partir del 25 de marzo se registró el cierre de transporte doméstico por vía aérea, el cual estuvo soportado bajo el Decreto 457 del 22 de marzo de 2020⁹. Igualmente, durante las fases de contención¹⁰ y mitigación¹¹ de la pandemia, el 22 de marzo los departamentos de la costa norte colombiana implementaron la estrategia de distanciamiento social, regulada desde el 25 del mismo mes por el decreto 457⁹⁻¹².

Cada territorio ha incorporado medidas de restricción de movilidad de acuerdo con los últimos dígitos del documento de identidad y/o el sexo. Con ello, se ha permitido la gradualidad en la flexibilización de las medidas tomadas inicialmente, en especial, con la incorporación de la autorización de actividades profesionales y de servicios liderada por el gobierno nacional desde el 1 de junio mediante el Decreto 749 de 2020, que incluye 43 actividades que permitan la movilidad para los colombianos¹³.

negativo en la exacerbación o generación de ansiedad o depresión. No obstante, es complejo filtrar este tipo de información. Por lo anterior, es recomendable que la autoridad sanitaria proporcione información adecuada, aborde mitos y falacias ante eventos pandémicos^{18,19}.

Se requiere reforzar y mantener una adecuada respuesta de vigilancia epidemiológica activa, incentivar testeo, rastreo, aislamiento, protección y prevención mediante la estrategia PRASS²⁰, y la estrategia D.A.R²¹ (detecto-aislo y reporto) desarrollada desde la Secretaría de Salud de Bogotá en el marco de la pandemia de COVID-19 e integrar la actuación comunitaria, vincular EPS y aplicativos de CoronApp. Sin embargo, se requiere fortalecer el trabajo en vigilancia epidemiológica y los ajustes necesarios para posicionar la atención primaria en salud enfatizando los cubrimientos de atención primaria de salud especialmente para enfermedades crónicas y desatendidas por la pandemia. Adicional a estas acciones se debe fortalecer de equipamiento, financiación y talento humano cualificado los laboratorios de salud pública del país y los centros colaboradores. Por otra parte, las variaciones en los números de los picos notificados por las unidades territoriales en la región Caribe, probablemente se deban al incremento de personas que desarrollan acciones de rastreo, detección y aislamiento dentro de la estrategia PRASS.

Se resalta la labor del cierre de fronteras de todos los departamentos de la costa Atlántica en puntos críticos como medida de contención, al igual que la disminución en la movilidad nacional por vías terrestres y marítima. Sin embargo, es prudente buscar acciones de choque que propicien escenarios de mitigación del impacto causado por este tipo de medidas, en territorios donde la movilidad de personas y la migración dinamizan las economías locales^{22,23}. Así mismo, dada la contingencia por COVID-19, muchos de los migrantes venezolanos establecidos en Colombia e identificados como población vulnerable, retornaron a su país de origen a causa de la crisis generada por la pandemia, lo cual impone un reto aún mayor para las personas en esta condición²⁴⁻²⁶. En este orden de ideas, algunas acciones están siendo diferencialmente aplicadas por ejemplo: suministro de agua, saneamiento e higiene; transferencias monetarias; alojamiento, artículos de hogar, alimentos, transporte y telecomunicaciones; entre otros²⁷.

Desde el punto de vista político, se observan coincidencias con el manejo de la pandemia, en comparación con países como España y México, que puede visibilizarse en nuestro país: “una estrategia de

marketing”. El objeto del discurso en la pandemia es convencer y apelar a la sensibilidad del ciudadano, dada su supuesta cercanía, humildad y unidad de fuerzas políticas. Las decisiones se centraron inicialmente en un comité de expertos, donde se desconoció el rol de los epidemiólogos y salubristas. Algunos personajes públicos, ministros y líderes regionales contradecían las medidas adoptadas y se generó una estrategia “tipo tsunami” con excesiva información técnica, algunas veces con mucha información irrelevante para desviar la información relevante. El sector salud pudo estar mejor preparado al inicio de la pandemia y poder ejercer gobernanza orientando de manera apropiada a los entes, a las empresas sociales del estado en su verdadera actuación, orientada hacia la atención primaria y propiciar alinear un trabajo en red bajo la autoridad sanitaria en cada unidad territorial²⁸.

Este estudio tiene algunas limitaciones como el uso de fuentes de información relacionada con reportajes periodísticos, así como información proveniente del Instituto Nacional de Salud, el Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública –SIVIGILA– y los reportes oficiales del Ministerio de Salud y Protección social; la utilización de éstas con el fin de mostrar una realidad no siempre coinciden en términos de temporalidad o acciones reales realizadas en territorio; si bien es cierto Colombia ha tenido un progreso importante en el uso de datos abiertos y esto es notable en el sector salud; es necesario fortalecer la información en salud pública con el fin de que las fuentes oficiales ofrezcan coherencia y coincidencia en los datos.

Referencias

1. WHO. Brote de enfermedad por coronavirus (COVID-19). <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019>.
2. Corporación de Radio y Televisión Española. Coronavirus. 2020. <https://www.rtve.es/noticias/20200926/mapa-mundial-del-coronavirus/1998143.shtml>.
3. Sotelo-Rodríguez DC. Pandemias, información y medios: Covid-19, un ejemplo a través de la crisis. *Med.* 2020; 42(2): 143-146.
4. Alvarez RP, Harris PR. COVID-19 en América Latina: Retos y oportunidades. *Rev Chil. Pediatr.* 2020; 91(2): 179-182. doi: [10.32641/rchped.vi91i2.2157](https://doi.org/10.32641/rchped.vi91i2.2157)
5. Buzai G. De Wuhan a Luján. Evolución espacial del Covid-19. *Posición.* 2020; 2: 1-21.
6. Franco-Giraldo A, Álvarez-Dardet C. Salud pública global: Un desafío a los límites de la salud internacional a propósito de la epidemia de influenza

- humana A. *Rev Panam Salud pública*. 2009; 25(6): 540-547.
7. Brito, P. E. La cooperación internacional en salud, tendencias y dilemas en la era de la salud global. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2014; 40(1), 96-113.
 8. El Tiempo. Limitan eventos de más de 50 personas en todo el país por coronavirus. 2020; <https://www.eltiempo.com/salud/limitan-eventos-de-mas-de-50-personas-en-colombia-por-coronavirus-473426>.
 9. Presidencia 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.
 10. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Colombia entra en fase de contención del COVID-19. Bogotá. 2020; <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Colombia-entra-en-fase-de-contenci%C3%B3n-del-COVID-19.aspx>.
 11. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Colombia entra en fase de mitigación de la COVID-19. Bogotá. 2020; <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Colombia-entra-en-fase-de-mitigacion-de-la-COVID-19.aspx>.
 12. Goal. ¿Cuándo terminó la cuarentena obligatoria en Colombia por el coronavirus?. 2020; <https://www.goal.com/es-co/noticias/cuando-termino-la-cuarentena-obligatoria-en-colombia-por-el-lcchxnros86s1bff2tgs6blvd>.
 13. Presidencia de Colombia - Ministerio del Interior. Decreto 749 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.
 14. Goleman D. *Inteligencia Social. La nueva ciencia de las relaciones humanas*. España: Kairós 2017.
 15. Llano N, Aguila L. Conferencias de prensa y COVID 19: explorando la respuesta gubernamental mexicana desde la comunicación en salud. *Rev Esp Comun Salud*. 2020; (S1): S128-S141. doi: [10.20318/recs.2020.5451](https://doi.org/10.20318/recs.2020.5451)
 16. Ibañez A. La actividad informativa del Gobierno español durante la emergencia sanitaria provocada por el coronavirus, COVID-19. *Rev Esp Comun Salud*, 2020; (S1): S304-S318. doi: [10.20318/recs.2020.5441](https://doi.org/10.20318/recs.2020.5441)
 17. Costa-Sánchez C, López-García X. Comunicación y crisis del coronavirus en España. Primeras lecciones. *Profes Inf*. 2020; 29(3). doi: <https://doi.org/10.3145/epi.2020.may.04>
 18. Mejía CR, Rodríguez-Alarcon JF, Garay-Rios L, Enriquez-Anco MD, Moreno A, Huaytan-Rojas K, et al. Percepción de miedo o exageración que transmiten los medios de comunicación en la población peruana durante la pandemia de la COVID-19. *Rev Cub Inv Bioméd*. 2020; 39(2).
 19. Duque-Páramo M. Cultura y salud: elementos para el estudio de la diversidad y las inequidades. *Inv Enfermería: Imag Des*. 2011; 9(2), 127-142.
 20. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. PRASS, una estrategia en la nueva fase del covid-19 en el país. 2020; <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/PRASS-una-estrategia-en-la-nueva-fase-del-covid-19-en-el-p>.
 21. Secretaria Distrital de Salud de Bogotá. Detecto, Aislo y Reporto, las claves para evitar la propagación del Covid-19. <https://bogota.gov.co/mi-ciudad/salud/nueva-estrategia-para-evitar-la-propagacion-de-covid-19-en-bogota>.
 22. El Tiempo. El cierre de fronteras afectó a 2.000 personas en La Guajira. 2020; <https://www.eltiempo.com/colombia/coronavirus-en-la-guajira-473314>.
 23. El Heraldo. Una desolada Paraguachón en medio de controles por coronavirus. 2020; <https://www.elheraldo.co/la-guajira/una-desolada-paraguachon-en-medio-de-controles-por-coronavirus-709196>.
 24. Reliefweb. Covid-19 obliga a migrantes y refugiados a volver a la crisis en Venezuela. 2020; <https://reliefweb.int/report/venezuela-bolivarian-republic/covid-19-obliga-migrantes-y-refugiados-volver-la-crisis-en>.
 25. El Venezolano-Colombia. Venezolanos en Barranquilla se reiventan durante la cuarentena. 2020; <https://www.elvenezolanocolombia.com/2020/04/venezolanos-muestran-el-rostro-positivo-de-la-migracion-durante-el-covid-19/>.
 26. El Tiempo. Así están los migrantes venezolanos en diferentes puntos del país. 2020; <https://www.eltiempo.com/colombia/otras-ciudades/cuarentena-y-coronavirus-hoy-migrante-venezolanos-en-diferentes-puntos-de-colombia-50700>.
 27. Equipo Humanitario Colombia - ONU-. Plan de respuesta COVID19. Respuesta a Refugiados y Migrantes. Bogotá. 2020.
 28. Añel-Rodríguez RM, Rodríguez Bilbao E. La comunicación en la crisis del Covid-19: relato único, marco épico y relatos ausentes. *Rev Española Comun Salud*. 2020; S1:293-303. doi: [10.20318/recs.2020.5423](https://doi.org/10.20318/recs.2020.5423)