

Acciones clave para enfrentar la pandemia por COVID-19 en la región amazónica

Como es de dominio público, la pandemia por el COVID-19 está generando un gran impacto en el departamento del Amazonas, que con una tasa de incidencia 13,16 casos por cada millón de habitantes de acuerdo con los datos oficiales del 29 de abril, tiene la mayor afectación en el país. Esta tasa casi cuadruplica la del departamento que le sigue y supera por casi 11 veces la nacional. El número de casos diagnosticados se ha incrementado vertiginosamente pasando de 1 a 104 entre el 17 y el 29 de abril, periodo en el que también se han reportado dos muertes por la infección. Estos dos últimos hechos indican que el virus está circulando en el territorio desde inicios de marzo aproximadamente y que el número de personas que ya tienen la infección es mucho más alto, de hecho, el departamento reportó 327 casos probables adicionales el mismo 29. Esto ocurre en la triple frontera que compartimos con Brasil y Perú, cuyas entidades territoriales colindantes con el departamento de Amazonas tienen la primera y quinta tasas de incidencia de COVID-19 en los respectivos países y tienen muchas comunidades afectadas alrededor del trapecio y cerca de la frontera por los ríos Putumayo, Caquetá, Tiquié y Vaupés.

Con 40% del territorio nacional, una gran dispersión poblacional y la mayor diversidad étnica y cultural, la vulnerabilidad de la región amazónica es muy elevada, los servicios de salud son de difícil acceso, se concentran en las cabeceras municipales y tienen una capacidad muy limitada. Además, la presencia de personal de salud en las zonas rurales es muy escasa. La siguiente tabla muestra los datos oficiales del Ministerio de Salud y Protección Social sobre la capacidad instalada para la atención del COVID-19, especialmente para enfrentar los casos más complicados, y las estimaciones del Instituto Nacional de Salud sobre el número de casos más severos en el momento del pico de la epidemia y durante los 300 días iniciales después de la notificación del primer caso. Se observa que cuatro de los seis departamentos de la región carecen de cuidados intensivos y tres de ellos de cuidados intermedios; pero el dato más significativo es que con las camas disponibles en la región se pueden atender 0.8% de los casos graves esperados en el pico de la infección.

Departamento	Datos capacidad instalada MSPS ¹			Estimaciones modelos capitales INS ²			
	Camas hospitalarias	Camas cuidados intermedios	Camas cuidados intensivos	Camas UCI para pico	Fechas pico	Críticos 300 días (UCI)	Severos 300 días (hospitalización)
Amazonas	68	8	0	429	26/05-9/06	1260	3724
Guaviare	64	0	0	470	21/05-4/06	1385	4094
Caquetá	266	2	20	1751	24/05-8/06	5462	16143
Putumayo	174	3	10	493	21/05-4/06	1457	4306
Guainía	16	0	0	277	21/05-4/06	797	2355
Vaupés	6	0	0	131	14/05-28/05	371	1101
Región amazónica	594	13	30	3551		10732	31723

¹ Capacidad instalada para la atención del COVID-19:

<https://minsalud.maps.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html#/1de89936b24449edb77e162d485ed5d9>

² De la tabla "Número probable de infectados al día 300 de epidemia por infección por COVID-19 (sin establecer medidas de control)" <https://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/reportes-de-modelo-para-capitales>

El transporte para acceder a muchas comunidades es principalmente fluvial y aéreo. Adicionalmente, los medios de comunicación son limitados o inexistentes en muchas zonas del territorio amazónico, lo que dificulta saber cuál es la situación actual de gran parte de la región. Igualmente, esto dificulta el envío de la información necesaria para que las comunidades sepan lo que está ocurriendo, cómo prevenir y manejar la enfermedad y cómo manejar situaciones que pueden poner en riesgo a la población, como puede ser la misma llegada de ayuda humanitaria.

Ante esta situación, desde Sinergias—Alianzas Estratégicas para la Salud y el Desarrollo Social, organización no gubernamental con casi 10 años de experiencia trabajando en temas de salud pública la región, consideramos fundamental que pongan en práctica las siguientes medidas para garantizar la prevención, vigilancia epidemiológica, el diagnóstico y manejo de los casos de COVID-19 en la Amazonía.

Prevención

Desarrollar y apoyar estrategias de comunicación con mensajes adecuados en términos de contenido, imagen y lenguas, en los canales pertinentes (escrito, gráfico, audio, videos). Este material debe responder a las situaciones que enfrentan las comunidades, que van desde conocer el virus y sus manifestaciones, las medidas de prevención, el manejo de personas y mercancías que vienen de afuera, el manejo de cadáveres, etc.

Poner en práctica disposiciones estrictas que garanticen el distanciamiento social en la región, con disposiciones adecuadas a cada territorio en concertación con las autoridades indígenas. En este contexto es clave garantizar la seguridad alimentaria y nutricional y que las comunidades tengan acceso a elementos de protección personal e higiene (jabón, alcohol glicerinado).

Vigilancia epidemiológica y capacidad diagnóstica


Es necesario reforzar la capacidad del sistema para hacer vigilancia epidemiológica para lograr la identificación oportuna, seguimiento y aislamiento de las personas con infección por SARS-CoV-2 y la búsqueda activa y seguimiento de sus contactos. Para ello se requieren recursos humanos y logísticos para tener la posibilidad real de responder a la situación actual.

Igualmente, se debe reforzar la capacidad de diagnóstico para que la identificación de los casos sea oportuna, a una escala proporcional al problema, diseñando estrategias específicas de tamizaje a todas las personas en las comunidades afectadas y las comunidades vecinas a las mismas según los estudios de contactos y el mapa de relaciones de parentesco e intercambio entre las mismas.

La estrategia de vigilancia institucional debe estar respaldada por procesos de inteligencia epidemiológica comunitaria, para informar a las comunidades, identificar casos sospechosos, probables y realizar el seguimiento o rastreo de contactos. Además, para apoyar el proceso de aislamiento domiciliario y la aplicación de las demás medidas de prevención. Esto se debe desarrollar en articulación con las Asociaciones de Autoridades Tradicionales Indígenas (AATIs) y con una clara relación con la institucionalidad para que haya respuesta desde las mismas cuando sea necesario.




Manejo de casos



Es evidente la necesidad de fortalecer la capacidad del sistema de salud localmente para la atención de casos, se requiere que todos los departamentos tengan cuidados intermedios y al menos una mínima capacidad para realizar cuidados intensivos. Pero ante la inminencia del pico y la brecha tan grande entre las necesidades y la oferta, es fundamental establecer una red de referencia y contrarreferencia que pueda garantizar la remisión de las personas que lo requieren de manera oportuna —para lo que es necesario establecer unos criterios claros de severidad y perfil de riesgo de complicaciones—, garantizando que todos los actores del sistema se involucran activamente definiendo sus procesos y procedimientos en cumplimiento con sus responsabilidades. De anotar que el transporte de estas personas debe hacerse por vía aérea en la mayoría de los casos, lo que requiere generar los acuerdos necesarios con las aerolíneas que van a estos destinos. Las personas con casos severos excepcionalmente se podrán manejar en estos territorios. No sobra mencionar que se deben garantizar los insumos necesarios para tratar los pacientes, así como los elementos de protección personal que requieren los equipos de salud.

Paralelamente, es necesario desarrollar modelos alternativos de salud para la atención extramural y domiciliaria en el contexto actual, que sirvan para sentar bases para responder a las demandas de la población a futuro. Es más, este contexto es ideal para generar alternativas de modelos de salud adecuados que respondan al clamor histórico de las comunidades indígenas.

Información



Para poder tomar decisiones acertadas y oportunas y hacer una buena gestión es necesario contar con información, que se debe recolectar y sistematizar progresivamente en el menor plazo posible. Los siguientes datos son críticos:

- * Mapa de las capacidades en salud más allá de los cascos urbanos: tanto de recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud en las zonas rurales dispersas, como de los recursos tradicionales indígenas. Qué personal está disponible, instalaciones, equipos, medios de transporte, etc. Y establecer puntos estratégicos y prioritarios para llevar personal con el fin de informar, servir como nodos de vigilancia y manejar casos leves.
- * Red de comunicaciones disponible, los medios de comunicación que se pueden usar en diferentes regiones, nodos de comunicación y cobertura. A partir de este panorama fortalecer esta red, dotar de radios de comunicación, mejorar la cobertura y disponibilidad de radios comunitarias, celular, etc.
- * Adicionalmente, monitorear y abordar en el presente y a mediano y largo plazos los problemas potenciales de seguridad alimentaria y nutricional que se pueden presentar en muchas comunidades que no están trabajando en sus cultivos por el aislamiento (especialmente en zonas urbanas y periurbanas) y los de salud mental (violencias, conducta suicida, etc.) para poder generar una respuesta oportuna.

Para ello sería ideal desarrollar un observatorio de COVID-19 con enfoque regional, que debería llegar al detalle de saber la situación de cada uno de los asentamientos para ser de la mayor utilidad.

Otros aspectos críticos

La situación en las fronteras no se puede manejar aisladamente desde Colombia, se debe realizar una coordinación internacional en todas las fronteras y poner en práctica los mecanismos pertinentes para afrontar este tipo de situaciones y trabajar conjunta, coherente y articuladamente la problemática. Esto requiere un nivel de coordinación entre los niveles nacional y locales, involucrando a las asociaciones de autoridades tradicionales indígenas, que deben participar en la toma de decisiones y en su implementación. Además, son indispensables para que las soluciones que se generen sean realistas, adecuadas socioculturalmente y sean operativamente viables.

Finalmente, se deben definir zonas geográficas críticas que requieren acciones específicas por ser de especial atención y desarrollar estrategias particulares para prevención, vigilancia y manejo de casos en esos contextos. En este momento consideramos prioritarias para ello las zonas de frontera.

Es necesario tener en cuenta que si bien el COVID-19 es coyuntural y requiere gran parte de nuestra atención en este momento, hay muchos otros problemas de salud que enfrentan las comunidades permanentemente y unos de ellos se pueden desbordar si se descuidan en este momento y por el tiempo que dure la crisis del COVID-19, que con seguridad no será de unas pocas semanas.

Esta situación que más de 200 países estamos enfrentando en este momento puede ser muy dolorosa, pero se puede controlar como ha sido demostrado en diferentes lugares. Para ello se deben implementar simultáneamente medidas de prevención basadas en el distanciamiento social y lavado de manos, la vigilancia de casos con la identificación de los contactos, el diagnóstico oportuno que incluya la identificación de las personas asintomáticas, y el aislamiento y manejo de las personas enfermas³. Sin estas acciones no es fácil controlar la epidemia. Así que es prioritario realizar las acciones debidas para ponerlas en práctica lo más rápido posible. Que esta sea una oportunidad para fortalecer los sistemas de salud del territorio de una manera sostenible, y que las inversiones que se requieren empiecen a mover la balanza para sentar las bases para empezar a corregir las inequidades y los problemas estructurales que históricamente ha afrontado esta región.

Bogotá, 30 de abril de 2020

Pablo Montoya

Director de Sinergias Alianzas Estratégicas para la Salud y el Desarrollo Social

³ Pan A, Liu L, Wang C, et al. Association of Public Health Interventions With the Epidemiology of the COVID-19 Outbreak in Wuhan, China. *JAMA*. Publicado en línea en abril 10, 2020. doi:10.1001/jama.2020.6130