

La COVID-19 en Colombia y Venezuela: dos caras de la misma moneda*

Alfonso J. Rodríguez-Morales¹ y Manuel E. Figuera²

Forma de citar

Rodríguez-Morales AJ, Figuera ME. La COVID-19 en Colombia y Venezuela: dos caras de la misma moneda. *Rev Panam Salud Publica.* 2022;46:e109. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.109>

En los últimos dos años, el mundo y sus diferentes regiones, incluida América Latina, han sufrido la carga y el impacto descomunales de la pandemia de COVID-19, causada por el coronavirus de tipo 2 del síndrome respiratorio agudo grave (SARS-CoV-2). Colombia y Venezuela han sido dos países muy afectados.^{1,2} A pesar de tener raíces y semejanzas históricas y culturales comunes, la situación de salud en cada país es sumamente distinta, en especial con respecto a las enfermedades infecciosas, tropicales y reemergentes, incluidas las enfermedades prevenibles mediante vacunación. Esas diferencias han aumentado, particularmente en los últimos veinte años.

En Colombia, las principales enfermedades infecciosas, como la tuberculosis, la infección por el VIH y la malaria, están razonablemente controladas. La malaria, en particular, ha disminuido mucho a lo largo de los últimos diez años.³ Por el contrario, los casos de todas estas enfermedades están aumentando en Venezuela, en especial los de malaria. Esto llevó a que el país dejara de ser líder en el control de las enfermedades transmitidas por vectores para convertirse en la nación con la mayor tasa de morbilidad en la Región de las Américas.⁴ Las enfermedades prevenibles mediante vacunación, como el sarampión, la difteria, la parotiditis, la tos ferina y la hepatitis A, muestran un panorama similar, con una alta cobertura de vacunación en Colombia y brotes sostenidos por muchos años en Venezuela en la última década.⁵

Asimismo, el riesgo y el surgimiento de casos importados de estas enfermedades en Brasil, Colombia, Ecuador, Panamá y otros países de América Latina y de otras regiones, también aumentaron debido a la migración masiva de venezolanos en la región.⁶⁻⁸ La llegada de la COVID-19 a América Latina ha agravado las crisis de salud existente en Venezuela. La pandemia de

COVID-19 ha requerido diferentes enfoques para la vigilancia, el diagnóstico y el tratamiento, al igual que importantes diferencias en los planes nacionales de vacunación. Por lo tanto, la crisis de la COVID-19 en estos dos países andinos muestra dos caras diferentes de la misma moneda.

Tras la notificación el 25 de febrero del 2020 en Brasil del primer caso conocido en América Latina, muchos otros países de la Región detectaron rápidamente casos de infección por SARS-CoV-2 o COVID-19.⁹ En Colombia, los casos iniciales se observaron el 6 de marzo del 2020 y, en Venezuela, el 13 de marzo del 2020.¹⁰ Más aún, al surgir la pandemia, Colombia era un país con intenso tránsito aéreo internacional. Por otro lado, en Venezuela, incluso antes de la pandemia, había disminuido considerablemente el número de vuelos internacionales, ya que muchas aerolíneas habían dejado el país y suspendido los vuelos regulares a la capital, Caracas, y a otras ciudades. Además, Venezuela sufre de largas y profundas crisis políticas y económicas que han contribuido a reducir la movilidad interna debido a la escasez de combustible y electricidad, así como a un elevado porcentaje de pobreza.^{4,7} Las diferencias en los viajes internacionales y en la movilidad de la población posiblemente favorecieron la rápida propagación de la COVID-19 en Colombia y una propagación más lenta en Venezuela. Es importante señalar los beneficios paradójicos de la crisis de las aerolíneas y las dificultades económicas en Venezuela.

Asimismo, se sospechó desde el principio que las cifras de vigilancia y notificación de los casos de COVID-19 en Venezuela no eran exactas, una situación similar a las brechas en la recopilación de datos de muchas otras enfermedades transmisibles de notificación obligatoria que no están al alcance público. Esto contrasta con Colombia y otros países, donde los

* Traducción oficial al español efectuada por la Organización Panamericana de la Salud. En caso de discrepancia prevalecerá la versión original en inglés publicada en el *American Journal of Public Health*: <https://doi.org/10.2105/AJPH.2022.306813>.

¹ Facultad de Medicina, Fundación Universitaria Autónoma de las Américas, Pereira, Colombia, y Departamento de Ciencias Medioambientales, Universidad Científica del Sur, Lima, Perú. ✉ Alfonso J. Rodríguez-Morales, alfonso.rodriguez@uam.edu.co

² Instituto Médico La Floresta, Caracas, Venezuela.

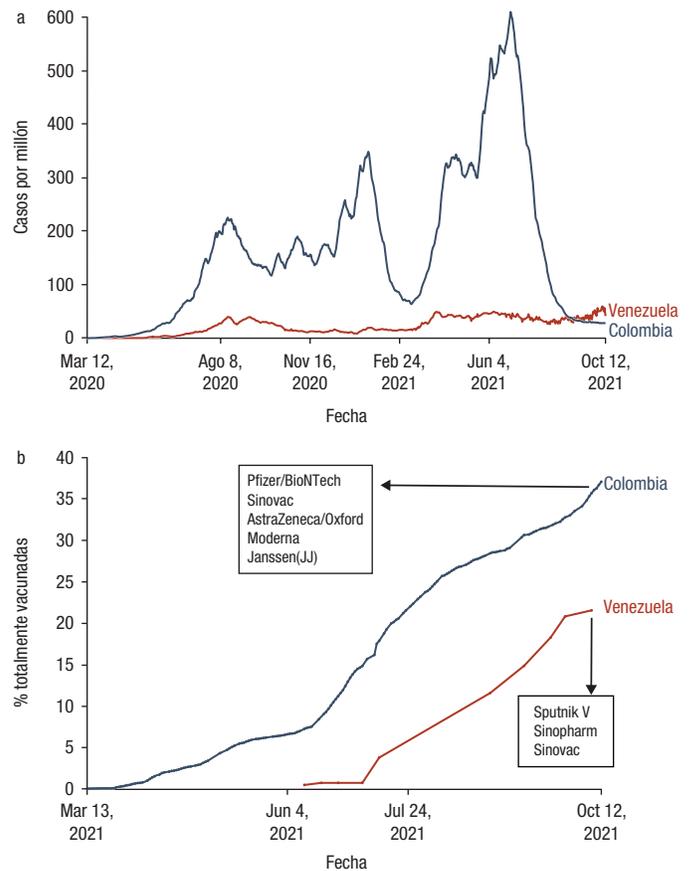
principales indicadores epidemiológicos pueden consultarse en línea (www.ins.gov.co). Gracias a su larga trayectoria de vigilancia por las autoridades de salud pública de las enfermedades infecciosas tropicales, Colombia ha manejado las dificultades de implementar las recomendaciones principales para la vigilancia de la COVID-19, promovidas por la Organización Mundial de la Salud, por conducto de los Institutos Nacionales de Salud.¹¹ Además, Colombia estableció rápidamente laboratorios de diagnóstico molecular y fue el primer país de América Latina que tuvo la prueba de la reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR, por su sigla en inglés) para el SARS-CoV-2. Al 13 de octubre del 2021, Colombia había recogido 16,5 millones de muestras para realizar RT-PCR para el SARS-CoV-2 y 9,5 millones de muestras para pruebas de antígenos (disponibles en todos los departamentos del país), y había instalado 21 laboratorios en todo el país con capacidad de secuenciación genómica. En Venezuela, hasta noviembre del 2020, el diagnóstico molecular estaba disponible en solo cinco laboratorios públicos de referencia, lo que limitaba la capacidad de diagnóstico en ese país.¹²

Otro aspecto importante que debe tenerse en cuenta es la capacidad de la red hospitalaria en estos dos países y cómo se ha adaptado para hacer frente a la pandemia actual. Cuando los casos aumentaron en marzo del 2020 y fue necesario hospitalizar a los pacientes, Colombia tenía 43 935 camas de hospital y 5346 camas en las unidades de cuidados intensivos (UCI). En agosto del 2020, esta capacidad aumentó hasta 83% en el caso de las camas en las UCI, con lo cual Colombia pasó a ser el país latinoamericano con mayor número de camas en las UCI por 100 000 habitantes en ese momento. Además, para brindar apoyo a la atención adecuada a los pacientes críticos por COVID-19, Colombia adquirió 6313 respiradores y capacitó a 45 000 trabajadores de salud en la atención de los pacientes en cuidados intensivos.¹³ Lamentablemente, la situación al otro lado de la frontera con Venezuela contrastaba enormemente. Al comienzo de la pandemia, las autoridades venezolanas notificaron que había 23 000 camas de hospital y 1200 camas en las UCI para pacientes con COVID-19, aunque las estimaciones más realistas informadas por el personal de salud indicaban solo 80 camas de UCI en todo el país.

El gobierno venezolano designó 46 hospitales para responder a la crisis. Según las autoridades, estos hospitales estaban totalmente equipados, pero esto fue negado por el personal de estos mismos centros de salud, que indicó que la mitad no podían cumplir con las condiciones asépticas y antisépticas y no estaban equipados con guantes, mascarillas y jabón. Por otro lado, 30% y 40% de los establecimientos informaron problemas en los servicios de agua y electricidad, respectivamente.¹⁴ En cuanto a la vacunación, Colombia inició su programa en marzo del 2021, Venezuela en junio del 2021. Hasta octubre del 2021, solo un 36% de la población colombiana había sido vacunada completamente con alguna de las cinco vacunas diferentes disponibles, mientras que solo 22% de los venezolanos habían recibido alguna de las tres vacunas disponibles (figura 1).

Por último, es importante mencionar que Colombia ha estado enfrentando la crisis humanitaria causada por la migración de venezolanos antes de la pandemia. Esto incluyó un plan nacional en cooperación con organizaciones nacionales e internacionales para integrar a los venezolanos en la respuesta nacional a la

FIGURA 1. COVID-19: a) casos por millón de habitantes a lo largo del tiempo, y b) proporción de personas totalmente vacunadas: Colombia y Venezuela



Nota: Los recuadros insertados indican las vacunas utilizadas en cada país.
Fuente: Datos sobre la COVID-19 procedentes del Center for Systems Science and Engineering (CSSE) de la Universidad Johns Hopkins.

COVID-19 mediante el acceso a la atención médica, sin tener en cuenta su situación migratoria, además de incluirlos en los programas de apoyo económico. El plan incluyó la aplicación de protocolos de bioseguridad en los corredores humanitarios establecidos en la frontera con Venezuela; atención a los inmigrantes en situación irregular por medio de los mecanismos de emergencia ofrecidos por las autoridades locales; fortalecimiento de los programas de cooperación para proporcionar vivienda, refugio y alimentos a los refugiados y migrantes; y la inscripción de migrantes vulnerables en los programas de asistencia gubernamental con un énfasis particular en los departamentos fronterizos.¹⁵

Las diferencias en la situación y la respuesta a la COVID-19 entre Colombia y Venezuela nos muestran las dos caras de la moneda. Hasta ahora, Colombia ha logrado, con la ayuda internacional y el esfuerzo de las autoridades nacionales de salud y del personal de salud, adaptar su sistema de salud y atender las exigencias planteadas por esta crisis. Entretanto, la situación en su país vecino se ha visto exacerbada por un gobierno que niega sus crisis internas políticas y sociales. Sacar conclusiones más precisas sobre el estado de la situación sería arriesgado, ya que acceder a datos estadísticos exactos sobre la pandemia de COVID-19 parece imposible. Esperemos que ambos

países colaboren más estrechamente en cualquier crisis futura en materia de salud.

Contribución de los autores. AJR-M elaboró la primera versión del y conceptualizó la idea. MEF contribuyó de manera sustancial a las versiones subsiguientes. Ambos autores aprobaron la versión final enviada para publicación.

Agradecimiento. A la memoria de Barbara Bisiacchi, fallecida en febrero del 2022, quien fuera una destacada educadora médica para numerosas generaciones de médicos que se formaron en la Escuela de Medicina José María Vargas, Universidad Central de Venezuela, en Caracas.

Conflictos de intereses. Ninguno declarado.

REFERENCIAS

- González-Jaramillo V, González-Jaramillo N, Franco OH, Gómez-Restrepo C, Palacio-Acosta CA, Gómez-López A. Proyecciones de impacto de la pandemia COVID-19 en la población colombiana, según medidas de mitigación. Datos preliminares de modelos epidemiológicos para el periodo del 18 de marzo al 18 de abril de 2020. *Rev Salud Publica*. 2020;22(2):1–6. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/issue/view/5351>.
- Paniz-Mondolfi AE, Sordillo EM, Márquez-Colmenarez MC, Delgado-Noguera LA, Rodríguez-Morales AJ. The arrival of SARS-CoV-2 in Venezuela. *Lancet*. 2020;395(10236):e85–e86. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31053-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31053-9).
- Castañeda-Hernández DM, Rodríguez-Morales AJ. Panorama de las enfermedades transmisibles en Colombia desde la perspectiva del Plan Decenal de Salud Pública 2012–2021. *Infectio*. 2015;19(4):141–143.
- Suárez JA, Carreño L, Paniz-Mondolfi AE, et al. Infectious diseases, social, economic and political crises, anthropogenic disasters and beyond: Venezuela 2019—implications for public health and travel medicine. *Pan Am J Infect Dis*. 2018;1(2):73–93.
- Rodríguez-Morales AJ, Suárez JA, Risquez A, Delgado-Noguera L, Paniz-Mondolfi A. The current syndemic in Venezuela: Measles, malaria and more co-infections coupled with a breakdown of social and healthcare infrastructure. Quo vadis? *Travel Med Infect Dis*. 2019;27:5–8. <https://doi.org/10.1016/j.tmaid.2018.10.010>.
- Rodríguez-Morales AJ, Suárez JA, Risquez A, Villamil-Gómez WE, Paniz-Mondolfi A. Consequences of Venezuela's massive migration crisis on imported malaria in Colombia, 2016–2018. *Travel Med Infect Dis*. 2019;28:98–99. <https://doi.org/10.1016/j.tmaid.2019.02.004>.
- Page KR, Doocy S, Reyna Ganteaume F, Castro JS, Spiegel P, Beyrer C. Venezuela's public health crisis: a regional emergency. *Lancet*. 2019;393(10177):1254–1260. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30344-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30344-7).
- Jaramillo-Ochoa R, Sippy R, Farrell DF. Effects of political instability in Venezuela on malaria resurgence at Ecuador–Peru border, 2018. *Emerg Infect Dis*. 2019;25(4):834–836. <https://doi.org/10.3201/eid2504.181355>.
- Rodríguez-Morales AJ, Gallego V, Escalera-Antezana JP, et al. COVID-19 in Latin America: The implications of the first confirmed case in Brazil. *Travel Med Infect Dis*. 2020;35:101613. <https://doi.org/10.1016/j.tmaid.2020.101613>.
- Millán-Oñate J, Millán W, Mendoza LA, et al. Successful recovery of COVID-19 pneumonia in a patient from Colombia after receiving chloroquine and clarithromycin. *Ann Clin Microbiol Antimicrob*. 2020;19(1):16. <https://doi.org/10.1186/s12941-020-00358-y>.
- Turner S, Segura C, Niño N. Implementing COVID-19 surveillance through inter-organizational coordination: a qualitative study of three cities in Colombia. *Health Policy Plan*. 2022;37(2):232–242. <https://doi.org/10.1093/heapol/czab145>.
- Souquett Gil M. Laboratorios de salud pública procesarán las pruebas de antígenos en Venezuela. En *Efecto Cocuyo*, 4 de noviembre del 2020. Disponible en: <https://efectococuyo.com/salud/laboratorios-de-salud-publica-procesaran-las-pruebas-de-antigenos-en-venezuela>. Consultado el 25 de febrero del 2022.
- Amaya JS. La pandemia le puso el acelerador al salto en red hospitalaria y capacitación de talento. 31 de agosto del 2020. Disponible en: <https://www.larepublica.co/economia/la-pandemia-le-puso-el-acelerador-al-salto-en-la-red-hospitalaria-y-capacitacion-de-profesionales-3052390>. Consultado el 25 de febrero del 2022.
- Van Praag O, Arnson CJ. A crisis within a crisis: Venezuela and COVID-19. 2020. Wilson Center: Latin American Program. Washington, DC. Disponible en: <https://www.wilsoncenter.org/publication/crisis-within-crisis-venezuela-and-covid-19>. Consultado el 25 de febrero del 2022.
- Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados. Colombia's 6-point plan for Venezuelan migrants during COVID-19. Disponible en: <https://globalcompactrefugees.org/article/colombias-6-point-plan-venezuelan-migrants-during-covid-19>. Consultado el 25 de febrero del 2022.

Aceptado para publicación (original en inglés) el 23 de febrero de 2022.