**Carta abierta**

**Cinco recomendaciones con enfoque diferencial para el abordaje de la pandemia COVID-19 para municipios del litoral Pacífico colombiano (LPC)**

Opinión pública, autoridades nacionales y locales, comunidades

Grupo interdisciplinario de respuesta a la COVID-19 LPC[[1]](#footnote-1)

**Introducción**

Como ciudadanos hemos organizado un grupo de trabajo multidisciplinario, vinculando nuestras experticias en salud pública, psicología social y desarrollo territorial para plantear un escenario para el abordaje integral de la epidemia COVID-19 en el litoral Pacífico colombiano **(**LPC). Para este fin, se articulan nuestras diferentes experticias para recopilar posibles alternativas con la evidencia científica disponible con el seguimiento que le hemos hecho a entidades territoriales y a cientos de procesos sociales y comunitarios en las últimas semanas[[2]](#footnote-2).

El LPC es una región crítica debido a sus indicadores de mayor pobreza, vulnerabilidad y violencia respecto al resto del país. Lo anterior se evidencia en (i) un sistema de salud en alto riesgo debido a la falta de pagos al personal médico por meses, escaso personal de salud, infraestructura insuficiente y falta de equipos y un bajo número de camas, entre otros; (ii) una institucionalidad débil que contrasta con una gran fuerza comunitaria, desde las iglesias, los colegios, las organizaciones sociales y culturales, que en diferentes momentos de la historia se ha organizado para exigir derechos y luchar por una meta común, los paros cívicos hace varios años fueron muestra de eso; (iii) servicios básicos insuficientes o inexistentes (e.g. sin sistemas de agua y alcantarillado, condiciones de vivienda precarias); (iv) una economía sustentada en la informalidad, el día a día y la subsistencia; y (v) la falta de conectividad. Todo esto hace necesario considerar cómo debería abordarse hacia adelante el manejo de la epidemia en el LPC.

Sabemos que la cuarentena es una medida provisional, la cual va a requerir de propuestas que garanticen la vida y respondan a las particularidades de esa Colombia de las periferias que podría verse ya no solo más empobrecida, sino que las alternativas nacionales que se adopten pueden no resultar las más adecuadas a las características locales.

La pandemia conlleva a un alto nivel de incertidumbre, particularmente acerca de las opciones de política que puedan mitigar sus efectos en la salud poblacional, minimizando los efectos sociales y económicos en una zona con alta vulnerabilidad. Frente a esto, la evidencia no solamente es insuficiente, sino que, además, proviene de contextos muy diferentes al colombiano (e.g., Europa) y aún más al que tienen las regiones más apartadas del país.

El manejo de la epidemia requiere soluciones estratégicas innovadoras y contextualizadas que se alineen con la escasa evidencia disponible. Por tanto, es esencial la construcción colectiva desde el nivel local de opciones de política que tengan sustento científico. Una consideración crítica para este fin es reconocer que esta tarea supera, claramente, las competencias del sector salud y llama al trabajo articulado de todos los demás sectores y actores de la sociedad, incluyendo a la comunidad.

Con esas premisas y a la luz de la valoración de la evidencia específica para el COVID-19 y la derivada del manejo de otras epidemias recientes como la de ébola en el noroeste de África, se propone un conjunto de recomendaciones que contribuyan a la discusión frente a cómo abordar la preparación y el manejo de la epidemia en los municipios del LPC. Estas recomendaciones no pretenden ser un conjunto de recetas homogéneas, sino que por el contrario requieren adaptaciones a cada territorio.

Estas recomendaciones han sido planteadas en cinco grandes dimensiones que desarrollamos con más profundidad en las siguientes páginas:

1. Adecuar las medidas de vigilancia en salud pública a las características del LPC para fortalecer la identificación de casos y el rastreo de contactos.
2. Fortalecer la red local de prestación de servicios de salud.
3. Activar las redes comunitarias y sociales locales para identificar y modificar los comportamientos que facilitan el contagio.
4. Garantizar la seguridad alimentaria, agua segura y mecanismos de protección social.
5. Establecer y adecuar alternativas para la continuidad de las actividades educativas.

Les agradecemos su atención y esperamos que estas recomendaciones sean de utilidad para configurar una respuesta basada en la evidencia disponible y contextualizada a las características locales.

Un cordial saludo,

Diego Iván Lucumí C., Yenny Fernanda Guzmán Ruiz, Andrea Noy Robayo, Johnattan García Ruiz, María Cecilia Dedios, Andrés Vecino, Paula Moreno

**Grupo interdisciplinario de respuesta a la COVID-19 LPC**

**Recomendaciones**

 **1. Adecuar las medidas de vigilancia en salud pública a las características del litoral Pacífico para fortalecer la identificación de casos y el rastreo de contactos**

* Adoptar la definición de caso sospechoso según los criterios de la Asociación Colombiana de Infectología (Asociación Colombiana de Infectología, 2020).
* Realizar un rastreo de contactos agresivo a todos los casos sospechosos y contactos asociados usando diversas estrategias tecnológicas y los principios de la vigilancia basada en la comunidad (Chinazzi e*t al*., 2020; Swanson *et al*., 2018; Ferreti *et al*., 2020).
* Aislar a todos los casos sospechosos y sus contactos (con o sin prueba positiva) (Lauer *et al*., 2020).
* Fortalecer la capacidad de respuesta de las secretarías municipales de salud para hacer el seguimiento epidemiológico, rastreo de contactos y derivar hacia la atención clínica (Swanson *et al*., 2018; Wolfe *et al*., 2017). Estas acciones pueden ser complementadas con el uso de estrategias la vigilancia en salud pública basada en comunidad (Technical Contributors to the June WHO Meeting, 2019; Guerra *et al*., 2019; IFRC, 2017).
* Implementar estrategias de seguimiento domiciliario para el rastreo de los casos, los sospechosos y las personas con condiciones crónicas que tienen un riesgo incrementado de severidad por COVID-19 (Swanson *et al*., 2018; Wolfe *et al*., 2017).
* Establecer estrategias que permitan el acceso del personal de salud en áreas donde se presenta algún tipo de conflicto armado u otras condiciones de inseguridad que puedan limitar la realización de las actividades de vigilancia en salud pública y la atención en salud de las personas (Ripolli *et al*., 2018).

 **2. Fortalecer la red local de prestación de servicios de salud**

* Garantizar la provisión del equipo de bioseguridad recomendado para el personal de salud (Swanson *et al*., 2018).
* Fortalecer los sistemas de referencia y contrarreferencia de pacientes a partir de la conformación de una red de atención entre los prestadores de servicios de salud públicos y privados, y potencialmente con otros municipios o departamentos. Para esto se pueden usar los planes ya diseñados en el pasado durante el diseño del MIAS (Bernal *et al*., 2016).
* Incrementar la capacidad de resolución de los niveles básicos de atención, utilizando la telemedicina para asesoría por centros de mayor complejidad (Bernal *et al*., 2016).
* Anticipar la demanda de servicios de acuerdo con el número de casos sospechosos y sus factores de riesgo (Bernal *et al*. 2016).
* Garantizar la disponibilidad de agua y medidas de higiene y sanitarias en las instituciones de salud según lo recomendado por la Organización Mundial de Salud frente al manejo de estos aspectos en el marco de la epidemia: 1) manejo seguro de excretas, 2) uso frecuente de técnicas de lavado de manos, 3) limpieza frecuente y regular de las áreas hospitalarias, y 4) manejo seguro de desechos (WHO, 2020).
* Desarrollar medidas que consideren como resultado controlar la epidemia en grupos vulnerables, como los niños, y evitar otros problemas que pueden emerger como el maltrato intrafamiliar y la desnutrición aguda. Estos problemas van a requerir un abordaje intersectorial (Alliance for Child Protection in Humanitarian Action, s.f.).
* Trabajar coordinadamente con el INPEC para facilitar la respuesta en la población carcelaria. Esto puede incluir la excarcelación de personas en prisión por delitos menores.

**3. Activar las redes comunitarias y sociales locales para identificar y modificar los comportamientos que facilitan el contagio**

* Aplicar el conocimiento del contexto local, las costumbres, religión y cosmovisión para identificar conductas que incrementen la exposición y la transmisión de la enfermedad (Kalongo, 2014). Más allá de la cuarentena, educar a la población en las estrategias de distanciamiento social y medidas de autocuidado: mantener 2 metros de distancia de los demás, evitar concentraciones de personas (incluyendo eventos religiosos y de esparcimiento) y evitar contacto social si se tienen síntomas.
* Promover saludos alternativos que no requieran contacto interpersonal (Adongo *et al*., 2016) y hacer pedagogía sobre la importancia y el rol del distanciamiento social. Esto evitará el miedo a ser estigmatizado/a por mantener la distancia social.
* Tener en cuenta que las actividades de cuidado recaen mayormente en las mujeres, por lo que ellas tendrán un mayor riesgo de contagio si algún miembro de la familia resulta enfermo (Adongo *et al*., 2016; Ravi y Gauldin, 2014). Es necesario proveer información veraz acerca del manejo de las personas infectadas y brindar los elementos de protección necesarios para estos casos.
* Actuar de manera coordinada con los líderes religiosos para evitar la transmisión del virus en todo tipo de celebraciones. Es importante que las iglesias encuentren formas alternativas de realizar sus cultos religiosos para evitar el contacto cercano entre las personas. Así mismo, se debe tener en cuenta el manejo especial de los cuerpos para prevenir el contagio en ceremonias religiosas (Adongo *et al*., 2016; Kalongo, 2014).
* Informar de manera clara y veraz las medidas que se implementarán para el manejo de la epidemia y su duración, así como la posibilidad real de que estas cambien debido a la volatilidad de la situación. La transparencia en la información evita crear falsas expectativas e incrementa la adherencia a las medidas (Briscese *et al*., 2020).
* Desarrollar estrategias comunitarias, pedagógicas y sostenibles en el tiempo para informar sobre el virus, la prevención de la enfermedad y las medidas de distanciamiento más allá de la cuarentena. Asimismo, combatir rumores y estigmatización del personal de salud y de los convalecientes (JHU-CCP, s.f). Esto debe ser hecho de forma masiva, a través de radio, redes sociales, y con personajes reconocidos y respetados por las comunidades del pacífico (Kalongo, 2014).
* Establecer una línea de comunicación directa con los líderes comunitarios, incluyendo líderes indígenas. Ellos juegan un papel fundamental en informar a sus comunidades sobre la enfermedad y su prevención. Ellos también cumplen un rol de interlocución entre las autoridades locales y la comunidad sobre la información oficial y verídica de la enfermedad (Gamhewage, 2014). Asimismo, pueden contribuir a la prevención del estigma y la identificación y reporte de condiciones que se podrían agudizar como resultado de las medidas de distanciamiento social, tales como la violencia intrafamiliar y la desnutrición.
* Construir redes de apoyo comunitarias para manejar las necesidades básicas de las familias que contraigan el virus y deban mantener aislamiento.
* Integrar las respuestas a los planes de desarrollo con enfoque territorial (PDET).

**4. Garantizar la seguridad alimentaria, agua segura y mecanismos de protección social**

* Establecer mecanismos de coordinación entre la secretaría de salud y la secretaría de desarrollo social para entrega de ayudas sociales, incluyendo una canasta familiar básica, a los hogares en los que haya personas en cuarentena (Swanson *et al*., 2018).
* Coordinar con centros de abastecimiento y operarios del transporte fluvial y marítimo la prestación regular del transporte de productos de la canasta familiar. Articular con la logística e infraestructura del gobierno, la cooperación internacional y la Armada Nacional.
* Reorganizar la distribución de alimentos del Programa de Alimentación Escolar y todos los demás programas de asistencia social con el fin de garantizar la continuidad de su prestación y reducir el riesgo de desnutrición en la población infantil y otros grupos vulnerables (e.g., mujeres embarazadas y adultos mayores), ya que este ha sido un resultado de otras epidemias en contextos con altos niveles de pobreza (UNDP, 2015). Esta reorganización puede incluir su entrega domiciliaria por parte de equipos locales, que a su vez apoyen el seguimiento a la presencia de casos sospechosos y confirmados.
* Proveer agua segura a todas las áreas geográficas, incorporando para las zonas donde no haya suministro regular por parte de un acueducto alternativas como dispositivos temporales o la apropiación de técnicas para la cloración (WHO, 2020).
* Garantizar que los trabajadores informales y otros grupos vulnerables (e.g., personas con discapacidad) conozcan cómo acceder a los servicios de salud ante la presencia de síntomas relacionados con la enfermedad.
* Adoptar medidas que garanticen el distanciamiento social al momento de entregar los subsidios del gobierno nacional.
* Integrar a los trabajadores informales a la respuesta local (e.g., mototaxistas, vendedoras de plazas de mercado, pescadores), con el fin de adoptar estrategias que permitan reducir el riesgo de infección y al tiempo garanticen algún tipo de ingreso para estas poblaciones. Para soportar las acciones que se definan se puede considerar:
	+ La articulación con acciones y recursos de la cooperación nacional e internacional.
	+ La adopción de opciones de microfinanza adecuadas al contexto local.

**5. Establecer y adecuar alternativas para la continuidad de las actividades educativas**

* Adoptar un plan local para la continuidad de las actividades educativas preservando el distanciamiento físico mediante actividades escolares en horarios flexibles, con participación activa de padres y madres. Usando medios de comunicación formales y locales (e.g., radios comunitarias, materiales impresos), al igual que redes sociales (Plan International, 2015; Jefferys, 2014; Ministerio de Educación de Colombia, 2020; Unesco, 2020; Unicef *et al*., 2020).
* Involucrar a la comunidad educativa en la identificación de casos y medidas para controlar la asistencia de sintomáticos o casos sospechosos/contactos, la comunicación del riesgo, la reducción del estigma frente a los individuos que se han visto afectados o el personal de salud. Igualmente, facilitar la provisión de soporte a poblaciones vulnerables y en temas de salud mental (Unicef *et al*., 2015; Unicef *et al*., 2020).
* Identificar acciones locales para la protección a niñas y adolescentes para minimizar el riesgo de deserción escolar por la adopción de labores domésticas o de cuidado, la violencia contra menores y el embarazo adolescente (Plan International, 2015; Jefferys, 2014)
* Considerar que la reapertura de los colegios supone un enorme reto, pero a su vez puede traer a las comunidades grandes beneficios, en especial para los niños, niñas y adolescentes. Esto requeriría garantizar, entre otras cosas, los siguientes aspectos (Unicef *et al*., 2020):
	+ Coordinación interinstitucional entre las autoridades de salud y los colegios, con el fin de valorar condiciones de riesgo, capacitar a la comunidad educativa y establecer medidas para limitar la propagación de la epidemia dado el papel que tienen los menores de edad en la transmisión de la infección (Unicef *et al*., 2020).
	+ Adoptar planes para: 1) la mitigación del riesgo de exposición al virus tales como rutinas de desinfección y limpieza de establecimientos educativos (Unicef *et al*., 2020); 2) identificar posibles casos sospechosos; 3) establecer estrategias para la comunicación con servicios de salud y comunidad (Unicef *et al*., 2020).
	+ Medidas para garantizar un estricto mantenimiento de los comportamientos de autocuidado y cuidado a los demás por parte de los profesores, estudiantes, personal de servicios generales y padres. Se debe resaltar la importancia del distanciamiento social al interior del aula y en los espacios de recreo, así como la importancia de no compartir alimentos ni utensilios de comida. Se debe establecer una rutina de lavado de manos y recalcar la importancia de no asistir a clase en caso de tener algún tipo de síntoma (Unicef *et al*., 2015).

**Referencias**

Adongo PB, Tabong PTN, Asampong E, *et al*. (2016). Preparing towards Preventing and Containing an Ebola Virus Disease Outbreak: What Socio-cultural Practices May Affect Containment Efforts in Ghana? *PLoS neglected tropical diseases*. 10(7).

Alliance for Child Protection in Humanitarian Action. (s.f.). Guidance Note on the Protection of Children During Infectious Disease Outbreaks Alliance for Child Protection in Humanitarian Action: Alliance for Child Protection in Humanitarian Action.

Asociación Colombiana de Infectología. (2020). 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. 24. 1-102. Disponible en: <http://www.revistainfectio.org/index.php/infectio/article/view/851/896>

Bernal O, Hide S, Vergara I, *et al*. (2016). Adaptación del Modelo de Atención Integral en Salud al departamento del Chocó. *Secretaría de Salud del Chocó*. 1-73.

Briscese G, Lacetera N, Macis M, et al. (2020). Compliance with COVID-19 Social-Distancing Measures in Italy: The Role of Expectations and Duration (No. w26916). *National Bureau of Economic Research*.

Chinazzi M, Davis JT, Ajelli M, et al. (2020). The effect of travel restrictions on the spread of the 2019 novel coronavirus (COVID-19) outbreak. *Science*. 1-11.

Dane (2020). Gran Encuesta Integrada de Hogares. Disponible: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/mercado-laboral/empleo-y-desempleo/geih-historicos>

Ferreti L, Wymant C, Kendall M, et al. (2020). Quantifying SARS-CoV-2 transmission suggests epidemic control with digital contact tracing. *Science*. 1-13

Gamhewage G. (2014). An Introduction to Risk Communication. *World Health Organization*. Disponible: <https://www.who.int/risk-communication/introduction-to-risk-communication.pdf>

Guerra J, Acharya P, Barnadas C. (2019). Community-based surveillance: A scoping review. *PLoS One*. 14(4).

Ilesanmi OS, Alele FO. (2015) The effect of Ebola Virus Disease outbreak on hand washing among secondary school students in Ondo State Nigeria, October, 2014. *Pan Afr Med J*. 22(1). 1-4.

INS (Instituto Nacional de Salud) (2020). 20 nuevos laboratorios se alistan para iniciar diagnóstico de COVID-19 en el país. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/Noticias/Paginas/20-nuevos-laboratorios-se-alistan-para-iniciar-diagn%C3%B3stico-de-COVID-19-en-el-pa%C3%ADs.aspx>

IFRC (International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies) (2017). Community-Based Surveillance: guiding principles Geneva: International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies.

Jefferys A. (2014). School lessons by radio in Sierra Leone, Liberia. The New Humanitarian. Disponible en: <https://www.thenewhumanitarian.org/feature/2014/11/14/school-lessons-radio-sierra-leone-liberia>

Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health's Center for Communication Programs. (s.f.). Ebola: A Behavior-Driven Crisis. Disponible en: <https://healthcommcapacity.org/sbcc-and-ebola/>

Kalongo E. (2014).Communicating with Ebola-affected communities. *World Health Organization*. Disponible en: <https://www.who.int/risk-communication/communicating-ebola-affected-communities-unsp-oct-2014.pdf?ua=1>

Lauer SA, Grantz KH, Bi Q, *et al*. (2020). The Incubation Period of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) From Publicly Reported Confirmed Cases: Estimation and Application. *Ann Intern Med.* 1-7

Maxmen A. (2020). How poorer countries are scrambling to prevent a coronavirus disaster. *Nature*. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/d41586-020-00983-9>

Ministerio de Educación de Colombia (2020). Aprender digital. Contenidos para todos. Disponible en: <https://contenidos.colombiaaprende.edu.co/aprende-en-casa>

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (2020). Registro especial de prestadores de servicios de salud. Disponible en:

<https://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/consultas/capacidadesinstaladas_reps.aspx>

Newman E. (2020). Hungry, or hungry for change? Food riots and political conflict, 2005-2015. *Studies in Conflict & Terrorism* 43(4), 320-329.

Plan International (2015). Ebola: Beyond the Health Emergency -Summary of research into the consequences of the Ebola outbreak for children and communities in Liberia and Sierra Leone. Disponible en: <https://plan-international.org/publications/ebola-beyond-health%C2%A0emergency#download-options>

Ravi SJ, Gauldin EM. (2014). Sociocultural dimensions of the ebola virus disease outbreak in Liberia. *Biosecurity and bioterrorism: biodefense strategy, practice, and science*. 12(6). 301-305.

Ripolli S, Gercamaii I, Jonesii T, *et al*. (2018). Social Science in Epidemics: Ebola Virus Disease lessons learned. Disponible en: <https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/Final_Ebola_lessons_learned_full_report.pdf>

Swanson KC, Altare C, Wesseh CS, et al. (2018) Contact tracing performance during the Ebola epidemic in Liberia, 2014-2015. *PLOS Neglected Tropical Diseases*, 12(9). 1-18.

Tang B, Wang X, Li Q, et al. (2020). Estimation of the Transmission Risk of the 2019-nCoV and Its Implication for Public Health Interventions. *J. Clin. Med*. 9(2). 1-13.

Technical Contributors to the June WHO Meeting (2019). A definition for community-based surveillance and a way forward: results of the WHO global technical meeting, France, 26 to 28 June 2018. Euro surveillance: bulletin Europeen sur les maladies transmissibles = European communicable disease bulletin. 24(2). 1800681.

UNDP (United Nations Development Group, Western and Central Africa) (2015). Socio-Economic Impact of Ebola Virus Disease in West African Countries A call for national and regional containment, recovery and prevention. Addis Ababa: United Nations Development Group – Western and Central Africa.

UNESCO (2020). COVID-19: 10 Recommendations to plan distance learning solutions. Disponible en: https://en.unesco.org/news/covid-19-10-recommendations-plan-distance-learning-solutions

UNICEF (United Nations Children’s Fund), WHO (World Health Organization), CDC (Center for Disease Control and Prevention) (2015). Key Messages for Safe School Operations: in countries with outbreaks of Ebola. *CDC*. Disponible: <https://www.cdc.gov/vhf/ebola/pdf/ebola-safe-school-messages2015.pdf>

UNICEF (United Nations Children’s Fund), WHO (World Health Organization), IFRC (International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies) (2020). Guidance for COVID-19 Prevention and Control in Schools. New York: United Nations Children’s Fund *UNICEF*.

WHO (World Health Organization) (2020). Water, sanitation, hygiene, and waste management for the COVID-19 virus. Ginebra, Suiza.

Webster RK, Brooks SK, Smith LE, *et al*. (2020). How to improve adherence with quarantine: Rapid review of the evidence. *Public Health*.

Wolfe CM, Hamblion EL, Schulte J, *et al*. (2017) Ebola virus disease contact tracing activities, lessons learned and best practices during the Duport Road outbreak in Monrovia, Liberia, noviembre de 2015. *PLoS Neglected Tropical Diseases*. 11(6). 1-16.

1. **Diego Iván Lucumí C.** Médico, magíster en Salud Pública, PhD en Comportamientos en Salud y Educación para la Salud. Profesor de la Escuela de Gobierno Alberto Lleras Camargo, Universidad de los Andes.

**Yenny Fernanda Guzmán Ruiz**. Médica, profesional en Gobierno y Asuntos Públicos, Universidad de los Andes.

**Andrea Noy Robayo**. Estudiante de Gobierno y Asuntos Públicos de la Escuela de Gobierno, Universidad de Los Andes.

**Johnattan García Ruiz**. Abogado, magíster en Salud Pública. Profesor de la Facultad de Derecho, Universidad de los Andes.

**María Cecilia Dedios**. Psicóloga clínica, magíster en Ciencias Sociales, PhD en Psicología Social y Cultural. Profesora de la Escuela de Gobierno Alberto Lleras Camargo, Universidad de los Andes.

**Andrés Vecino**. Médico, magíster en Economía, PhD en Sistemas de Salud y Economía de la Salud. Investigador del Departamento de Salud Internacional, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health.

**Paula Moreno**. Presidenta de Manos Visibles, exministra de Cultura. [↑](#footnote-ref-1)
2. Diálogo permanente con alcaldes y sus equipos en Buenaventura, Tumaco y Timbiquí. Contacto con cerca de 1000 líderes de la red de Manos Visibles, en su mayoría del Pacífico colombiano. [↑](#footnote-ref-2)