

La covid-19

y su efecto en la población adulta mayor en Colombia

Adriana Lucía Acevedo Supelano
Caryn Patrice West
Johana Gutiérrez Zehr
Lyda Victoria Rueda Hernández
María Consuelo Núñez de Esteban

Adriana Lucía Acevedo Supelano (Colombia, 1972-v.)

Instrumentadora Quirúrgica de la Universidad de Antioquia y Abogada de la Pontificia Bolivariana. Especialista en Derecho y Ciencias Políticas de la Universidad Libre. Estudios de Maestría en Gestión de la Tecnología Educativa de la Universidad de Santander. Candidata a Doctora en Salud Pública de la Universidad El Bosque. Profesora Asistente de las universidades El Bosque, de Santander y Pontificia Bolivariana. Autora de un libro, tres capítulos y varios artículos.

Caryn Patrice West (Australia, 1971-v.)

Enfermera del Hospital General Townsville, Qld, Australia. Especialista en Enseñanza y Evaluación de la Universidad de la Ciudad de Londres, Inglaterra. Magíster en Salud Pública de la Universidad de Newcastle, Australia. Doctora en Enfermería, Partería y Nutrición de la Universidad James Cook, Australia, y profesora de la misma institución en Singapur y en la Universidad Politécnica de Hong Kong. Autora de algunos artículos, reseñas y capítulos de libros.

Johana Gutiérrez Zehr (Colombia, 1972-v.)

Instrumentadora Quirúrgica, Especialista en Docencia y Administración Universitaria y Magíster en Gestión de Servicios de Salud de la Universidad de Santander. Doctora en Gerencia y Política Educativa de la Universidad de Baja California, México. Profesora Titular de la Universidad de Santander. Autora de varios artículos.

Lyda Victoria Rueda Hernández (Colombia, 1976-v.)

Instrumentadora Quirúrgica de la Universidad de Santander, Especialista en Estadística de la Universidad Nacional de Colombia y Magíster en Calidad en Salud de la Universidad CES. Profesora Asistente de las universidades de Antioquia y de Santander. Autora de un artículo.

María Consuelo Núñez de Esteban (Colombia, 1963-v.)

Enfermera de la Universidad Industrial de Santander, Especialista en Gerencia de la Calidad y Auditoría, estudios de Maestría en Prevención al Maltrato del Niño y el Adolescente. Profesora Auxiliar de la Universidad de Santander y de Corposalud. Autora de un artículo.



Resumen

El año 2020 será recordado por la pandemia del SARS-CoV-2. Quienes se contagian pueden ser asintomáticos y en algunos casos se evidencian síntomas leves: fiebre, tos seca, dificultad para respirar y malestar general; pero en algunas personas es posible la aparición de signos severos: disnea, que puede ocasionar daño alveolar, y otras complicaciones que favorecen la letalidad.

Analizar los datos de casos recuperados y fallecimientos por grupos de edad, teniendo en cuenta la densidad poblacional en Colombia, permite tener una dimensión de sus efectos, específicamente en los adultos mayores, quienes son el grupo etario más afectado frente a la mortalidad. La vacuna es una alternativa para el control de la pandemia con el paso del tiempo.

Palabras clave

Covid-19, pandemia, vejez, virus.

Antecedentes

Los coronavirus son una amplia familia de virus que pueden causar diversas afecciones, desde el resfriado común hasta enfermedades más graves (Huang, Wei, Hu, Wen y Chen, 2020), como ocurre con el coronavirus causante del síndrome respiratorio de Oriente Medio MERS-CoV y el que ocasiona el síndrome respiratorio agudo severo SARS-CoV-2, que es un nuevo coronavirus, una nueva cepa que no se había encontrado antes en el ser humano (Trilla, 2020). Los síntomas más comunes son fiebre, cansancio y tos seca; algunos pacientes pueden presentar dolores, congestión nasal, rinorrea, dolor de garganta, que pueden ser leves y aparecer de forma gradual. Algunas personas se infectan, pero no desarrollan ningún síntoma.

Aproximadamente el 80% de las personas se recuperan sin necesitar un tratamiento especial. Alrededor de una de cada seis personas que contraen la covid-19 presentan complicaciones y tienen dificultad para respirar (Huang *et al.*, 2020); las personas mayores y las que padecen afecciones médicas subyacentes como hipertensión arterial, problemas cardíacos o diabetes tienen más probabilidades de desarrollar una enfermedad grave (Medeiros, Daponte-Codina, Moreira, Toledo, Costa de Lima y Gil-García, 2020). En el marco del Día Internacional de las Personas Mayores, 1.º de octubre de 2020, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) afirmó que las personas mayores de 60 años han sido las más afectadas por la covid-19 en las Américas (OPS, 2020); en donde el mayor número de muertes por covid-19 ocurre en personas de 70 años o más, seguida de personas entre los 60 y 69 años (OPS, 2020). El impacto de la covid-19 en las personas mayores evidencia que las enfermedades no transmisibles (ENT) son las principales causas de muerte en la subregión, aunque existen diferencias entre países de acuerdo con sus procesos de transición demográfica y epidemiológica. Un análisis por tipo de ENT, realizado en el año 2018, muestra que las enfermedades cardiovasculares y las enfermedades respiratorias agudas son responsables de un poco más de un tercio del total de las muertes,

que no solo afectan a personas mayores, también, globalmente, son causa de mortalidad prematura en adultos de 30 a 39 años (Foreman *et al.*, 2018).

La OPS indica que las ENT, incluido el cáncer, las enfermedades cardiovasculares, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes, se asocian a la muerte de siete de cada diez adultos mayores de 70 años o más en las Américas (OPS, 2020). La forma en que cada persona mayor puede verse afectada por la covid-19, o cualquier otra enfermedad, depende de su salud física y mental en general, por lo que la atención y el tratamiento siempre deben tener estos aspectos en consideración (Schmidt, Sfeir y Schlosser, 2020).

Existe incidencia en el contagio de edad avanzada. Sin embargo, lo más preocupante es la mortalidad por covid-19 en este grupo etario. La información disponible de países de Europa y Asia ha puesto en evidencia que las personas mayores están más expuestas a la muerte una vez contraído el virus, independientemente del país del que se trate. “En el caso de los adultos mayores la tasa de letalidad se incrementa a medida que aumenta la edad, así: 65 a 74 años en 4,9%, 75 a 84 años en 10,5% y 85 años y más en 27,3%” (“El derecho a la vida y la salud de las personas mayores”, 2020, p. 6). En la China, un análisis realizado en pacientes con covid-19 en el Hospital Pulmonar de Wuhan, desde el 25 de diciembre de 2019 al 7 de febrero de 2020, mostró que tener 65 años o más era un factor vinculado a mayor riesgo de muerte (Zhou *et al.*, 2020).

En la región de las Américas, la información de fallecimientos por covid-19 por grupos de edad se ha publicado en pocos países. En el mes de abril del año 2020 se reportó que en Cuba el 56,2% de los fallecimientos se presentaron en personas mayores de 60 años; en México, el 34% de las personas fallecidas tenían 65 años y más, y en República Dominicana, el promedio de edad de letalidad fue de 62 años (“El derecho a la vida y la salud de las personas mayores”, 2020).

En comparación con otros continentes, las Américas ocupó el primer lugar con mayor número de casos, 35.511.445, y fallecimientos, 858.406, por covid-19; Estados Unidos, Brasil, Argentina, Colombia y México

se ubicaron entre los doce países del mundo con mayor número de casos acumulados por covid-19 a finales del año 2020 y comienzos de 2021 (tabla 7.1).

Tabla 7.1 Casos y fallecimientos por covid-19 en países de la región de las Américas

País	Casos	Fallecimientos
Estados Unidos	19.346.790	335.789
Brasil	7.619.200	193.875
Colombia	1.626.461	42.620
Argentina	1.613.928	43.163
México	1.413.935	124.897

Fuente: “WHO coronavirus (covid-19) Dashboard” (2021).

La covid-19 en Colombia, año 2020 y comienzos del año 2021

En Colombia, el Instituto Nacional de Salud (INS) reporta por rangos de edad los datos de mortalidad diarios y acumulados. Al cierre del año 2020 se emitió un consolidado de 42.620 fallecidos por covid-19 (“Coronavirus (covid-19) en Colombia”, 2020), y a medida que pasan los días aumentan los casos y los fallecimientos. El año 2021 inició con aumento de casos, sobreocupación de las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) y mayor número de fallecidos por el virus.

Entre las acciones que se han implementado en el país para controlar la propagación del virus desde el inicio de la pandemia, están las restricciones en la movilidad de la población. Se iniciaron el 25 de marzo de 2020 y se extendieron hasta el 27 de abril del mismo año (República de Colombia, 2020a). Luego se han manejado selectivamente por regiones, de acuerdo con el aumento de la ocupación hospitalaria. Las celebraciones de final del año 2020 y comienzos de 2021 serán recordadas por las limitaciones a la movilidad, con toques de queda en departamentos

como Cundinamarca, Santander, Norte de Santander, Antioquia, Valle del Cauca, Atlántico y Nariño (“Toque de queda en Navidad”, 2020).

Veintiún días después del inicio de este año, el INS reportó datos acumulados de 1.972.345 casos y 50.187 fallecidos; 78,2% mayores de 60 años y 21,8% de otras edades, lo cual corresponde a 39.246 adultos mayores y 10.941 adultos maduros, adultos jóvenes e infantes (“Coronavirus (covid-19) en Colombia”, 2020).

Actualmente, la cifra poblacional en Colombia está en un intervalo de 50 a 51 millones de habitantes, de manera que las cifras de fallecidos en menos de un año, desde que fuera reportada la primera muerte el 16 de marzo de 2020 por covid-19, son muy altas, como se concluye al compararlas con los 50.876 fallecidos en Alemania, teniendo presente que la población de ese país es de 83.166.711 habitantes (“Alemania: economía y demografía 2021”, s. f.).

Analizar los efectos de la covid-19 en la población mayor en Colombia durante el año 2020 e inicios del año 2021 permite dimensionar la vulnerabilidad de un grupo etario importante para la sociedad, por su lega-

do histórico, sus conocimientos y sus experiencias, que son el soporte del presente de las nuevas generaciones. Se realizó un estudio reflexivo, en el que se incluyeron variables como la edad establecida en rangos, la población, el número de casos y de recuperados, la ocupación de UCI, el número de fallecimientos y las comorbilidades asociadas a la letalidad por covid-19. Los datos fueron tomados en línea de la página web del INS, con corte al 21 de enero de 2021 (“Coronavirus (covid-19) en Colombia”, 2020), y se consolidaron en una matriz de Excel extensión .csv para luego ser tabuladas con

el software estadístico R 3.0.2 para Windows (Ferrero, 2018).

Desde que se detectara el 6 de marzo de 2020 el primer caso por covid-19 en Colombia, la pandemia avanza sin detenerse, aumentando los casos y el número de fallecidos, siendo la edad una variable de análisis importante frente a los contagios y a la letalidad. La figura 7.1 detalla los resultados acumulados de casos hasta el 21 de enero de 2021.

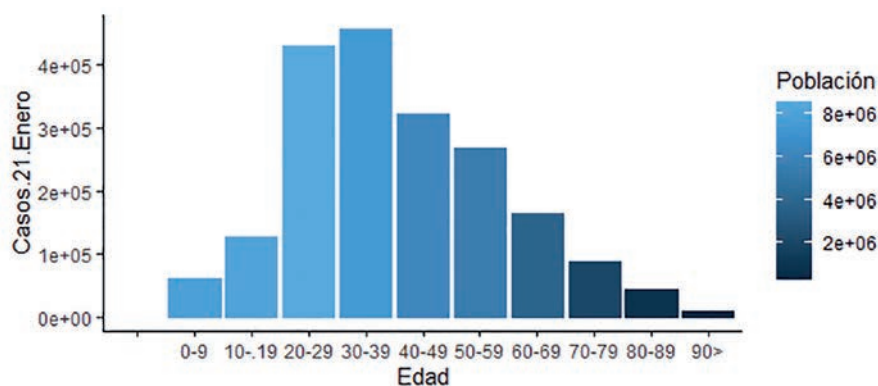


Figura 7.1 Casos por covid-19 en Colombia con corte al 21 de enero de 2021
Fuente: “Coronavirus (covid-19) en Colombia” (2020).

El mayor número de casos por covid-19 ocurrió en los rangos de edad de 30-39 y 20-29 años, seguidos por los rangos de 40-49, 50-59, 60-69 años. En contraste, las edades de 0-9, 10-19 y a partir de los 70 años en adelante presentan menores números de casos. Es evidente que en los rangos de edad de infantes, jóvenes y adultos jóvenes es donde existe mayor incidencia, y a medida que aumenta la edad, es menor la población y también los casos por covid-19.

Todas las personas son susceptibles de contagiarse. En la evidencia científica no existen determinadas variables que favorezcan el contagio, pero sí están determinados los factores que hacen que la enfermedad pueda pasar

a un estadio grave y a la mortalidad, como son la edad y las comorbilidades preexistentes, factores que causan una alta ocupación hospitalaria, especialmente en las UCI (Medeiros *et al.*, 2020, p. 1), y en muchos casos desencadenan en letalidad.

En el año 2020 se amplió la capacidad de camas UCI en el país, pasando de 5.346 a 11.296, un número significativo para atender a la población. Sin embargo, ante los aumentos de los contagios en los primeros días del mes de enero del año 2021, regiones como Valle del Cauca, Santander y Norte de Santander reportaron la ocupación a la máxima capacidad (figura 7.2).

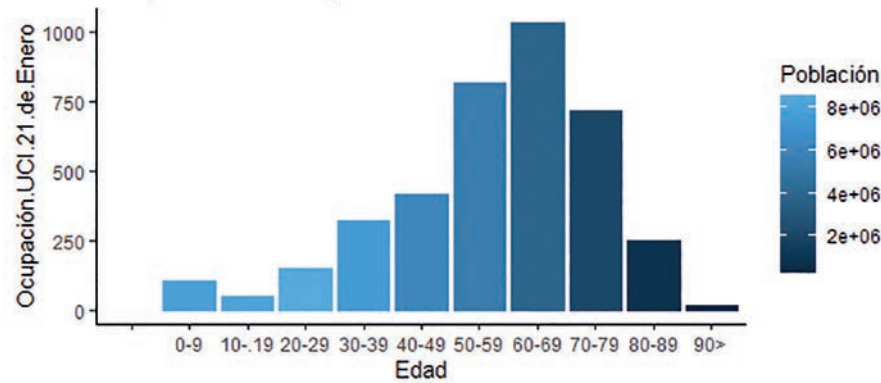


Figura 7.2 Ocupación de UCI por covid-19 en Colombia, 21 de enero de 2021
Fuente: “Coronavirus (covid-19) en Colombia” (2020).

En la figura 7.2, el mayor número se presenta en personas de edades entre 60-69 años, seguido de los rangos 50-59, 70-79, 40-49, 30-39 y 80-89. Hay que considerar que, en Colombia, los números más altos de población se concentran en jóvenes, disminuyendo en

las edades de los adultos mayores. Al revisar los datos de letalidad se establecieron dos figuras: la primera (figura 7.3a) de fallecimientos acumulados al 31 de diciembre de 2020, y la segunda (figura 7.3b) de los fallecimientos acumulados al 21 de enero de 2021.

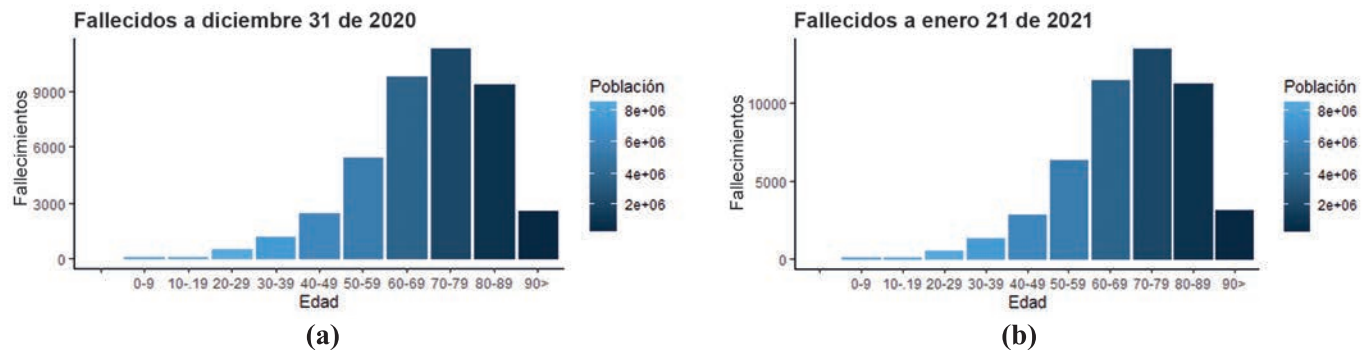


Figura 7.3 Fallecidos por covid-19 en Colombia, diciembre de 2020 a 21 de enero de 2021
Fuente: “Coronavirus (covid-19) en Colombia” (2020).

En las dos figuras, los datos acumulados se comportan de forma similar. El rango de edad donde se presenta mayor letalidad es de 70-79 años, seguido por los rangos 60-69, 80-89, 50-59, 90 y más, 40-49, 30-39, 20-29, 10-19, 0-9 años. Es evidente la alta mortalidad en personas adultas mayores que son el menor número

en densidad poblacional actualmente en el país. Siendo la letalidad uno de los indicadores más importantes del impacto de la pandemia, también es importante revisar el número de recuperados por rangos de edad, como se especifica en la figura 7.4.

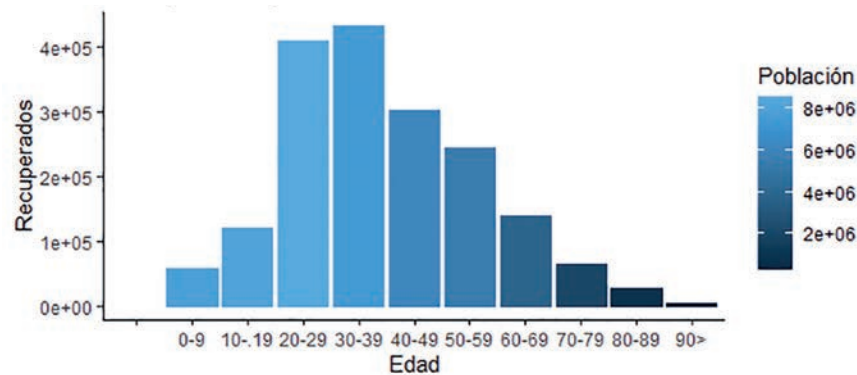


Figura 7.4 Recuperados por covid-19 en Colombia al 21 de enero de 2021
Fuente: “Coronavirus (covid-19) en Colombia” (2020).

Los rangos de edad de recuperados de mayor a menor proporción están en el siguiente orden: 30-39, 20-29, 40-49 y 50-59. Los adultos mayores de 60 años están en menor proporción, teniendo en consideración que el número poblacional en estas edades disminuye.

En la siguiente tabla se describen las cifras por rango de edad, densidad poblacional, casos, recuperados y letalidad acumulada al 21 de enero de 2021, cuando Colombia superó los 50.000 fallecidos por covid-19 (tabla 7.2).

Tabla 7.2 Densidad poblacional, casos, recuperados y fallecidos por covid-19 al 21 de enero de 2021

Rango de edad	Población (n)	%	Casos	%	Recuperados	%	Fallecidos (n)	%
0-9	7.863.825	15,6%	61.631	3,1%	57.475	3,2%	70	0,1%
10-19	8.112.327	16,1%	127.014	6,4%	119.916	6,7%	70	0,1%
20-29	8.551.856	17,0%	431.456	21,9%	409.168	22,7%	516	1,0%
30-39	7.470.681	14,8%	456.770	23,2%	431.641	24%	1.261	2,5%
40-49	6.130.204	12,2%	322.334	16,3%	301.014	16,7%	2.775	5,5%
50-59	5.434.890	10,8%	267.769	13,6%	243.607	13,5%	6.263	12,5%
60-69	3.795.322	7,5%	165.209	8,4%	140.150	7,8%	11.453	22,8%
70-79	2.003.827	4,0%	87.298	4,4%	65.449	3,6%	13.461	26,8%
80-89	777.513	1,5%	43.581	2,2%	27.602	1,5%	11.216	22,3%
>90	231.979	0,5%	9.283	0,5%	5.112	0,3%	3.102	6,2%

Fuente: “Coronavirus (covid-19) en Colombia” (2020).

Se puede observar que la mayor densidad de población está en los rangos de edad joven, 20-29 años (17%), y menores de edad 10-19 (16,1%) y 0-9 (15,6%). En

contraste, en las edades de 60 años en adelante, donde inicia la etapa de adulto mayor, la densidad poblacional disminuye. Este comportamiento por rango de edad

es similar al de los casos por covid-19: el 23% de los contagios se presentan en los rangos de edad de 30-39 (23%) y 20-29 (22%), mientras que en los adultos mayores el porcentaje de casos es menor. Sin embargo, al revisar la proporción de fallecidos, el 26,6% ocurre en la edad de 70-79 años, rango con densidad poblacional del 4%; el 23% en la edad de 60-69, con porcentaje de población de 7,5%; el 22% en personas de 80-89 años con porcentaje de población del 1,5%, y el 6% de los fallecimientos se presentan en personas mayores de 90 años, cuya densidad de población es solo del 0,5%. Con estas cifras es más que evidente que los adultos mayores son los más afectados ante la pandemia de la covid-19 en el país, realidad que no difiere de la de otros países, dado que responde a una característica propia del virus, las complicaciones de los casos y la letalidad asociada a las ENT preexistentes en la población.

La prevalencia de las ENT generalmente aumenta con la edad. Los principales contribuyentes a la carga de enfermedad son: las enfermedades cardiovasculares, algunos tipos de cánceres, las enfermedades musculoesqueléticas, los trastornos neurológicos y mentales, la diabetes y el VIH. La mayoría de la carga de enfermedades que disminuye la esperanza de vida saludable es creada por las ENT (“Global AgeWatch Insights 2018”, 2018). La letalidad por covid-19 tiene origen multicausal; la edad es importante, pero también la preexistencia de enfermedades no transmisibles. Entre las comorbilidades de las personas que han fallecido en el país, el 38% se encuentra en estudio, el 16,6% se relaciona con hipertensión arterial, el 10,1% con diabetes, el 6,3% con enfermedad respiratoria, el 5,7% con causas renales, el 5,4% con enfermedad cardíaca, el 4,9% con obesidad, el 2,9% con cáncer, el 2,6% con tiroides, el 1,5% con enfermedad cerebrovascular, el 0,7% con enfermedad autoinmune, el 0,5% con el hábito de fumar y el 0,3% con el virus del VIH. La tasa de letalidad por covid-19 en Colombia, hasta el 21 de enero de 2021, se mantuvo en 3,1, y es la primera causa de muerte en el país.

El significado de una pandemia

Según el diccionario de la Real Academia de la Lengua Española (s. f.), el término pandemia significa “reunión de todo el pueblo” (prefijo *pan*: todo y sufijo *demos*: pueblo). Así, en la etimología misma del vocablo subyace la idea o creencia de que se trata de un fenómeno que afecta o puede afectar potencialmente a todos. Para que un brote sea considerado una pandemia, deben cumplirse las siguientes condiciones (Pulido, 2020):

- Que aparezca un virus nuevo que jamás haya circulado, de manera que no haya personas inmunes a él.
- Que el virus tenga la capacidad de producir casos de enfermedades graves.
- Que el virus sea capaz de ser transmitido de persona a persona de manera más o menos eficaz.

Resumiendo, se denomina pandemia a la propagación, a escala mundial, de un nuevo virus frente al que no se tiene inmunidad. Desde la plaga de Atenas en el año 430 a. de C. hasta la covid-19 en el siglo XXI, más de veinte pandemias han puesto en riesgo la supervivencia humana. Entre las más documentadas durante la historia está la peste negra, que surgió en la Edad Media (1347-1351) y cobró la vida de más de doscientos millones de personas, especialmente en Europa (Huguet, 2020). La forma más corriente de la enfermedad era la peste bubónica primaria, pero había otras variantes, como la peste septicémica y la peste neumónica. En la primera, el contagio pasaba a la sangre, lo que se manifestaba en forma de visibles manchas oscuras en la piel, de las que derivó el nombre de muerte negra; mientras que la segunda afectaba el aparato respiratorio y provocaba una tos expectorante que podía dar lugar al contagio por medio del aire. Tanto la peste septicémica como la neumónica no dejaban supervivientes y su transmisión se produjo por los barcos que transportaban los fatídicos agentes: las pulgas infectadas con la bacteria *Yersinia pestis* de las ratas, cuya convivencia

con las personas era común en la Edad Media y así produjeron el contagio en los humanos. El origen animal de la peste solo se descubrió cinco siglos más tarde, y fue necesaria la incineración masiva de ratas y de los cuerpos infectados para lograr, con esfuerzo, el control de la pandemia (Huguet, 2020).

La viruela, cuyo nombre hace referencia a las pústulas que aparecían en la piel de quien las sufría, fue una enfermedad grave y extremadamente contagiosa, causada por una especie de virus del género *Orthopoxvirus*, cuya afectación en los seres humanos es conocida desde hace por lo menos diez mil años. La viruela se expandió masivamente en el mundo durante el siglo XVIII, desfigurando y causando ceguera a millones de personas, y llegó a alcanzar una tasa de mortalidad del 30%. No obstante, es una de las dos enfermedades que el ser humano ha logrado erradicar mediante la vacunación: en 1977 se registró el último caso de contagio del virus, que desde entonces se considera extinguido (Larrea, 2007).

Durante los últimos meses del año 1918, en la Primera Guerra Mundial, una virulenta cepa del virus de la gripe, también conocida como gripe española, se extendió por todo el planeta infectando a un tercio de la población mundial, que pudo extinguir la vida de cien millones de personas, una cifra elevada que supera en número a los fallecidos en las dos guerras mundiales juntas; aunque todavía se debate sobre el origen exacto del virus, al parecer fue el resultado de la mutación de una cepa aviar originaria de China, que se propagó rápidamente por el movimiento de militares por todo el mundo. En el año de 1919, la pandemia, en su última fase, había perdido fuerza y la tasa de mortalidad que se situó entre el 10 y 20% de los infectados disminuyó (Saul, 2018).

La gripe asiática se registró por primera vez en la península de Yuhuan, en China. El virus de la gripe A (H2N2), de procedencia aviar, apareció en 1957 y en menos de un año se había extendido por todo el mundo. Los avances médicos con respecto a la pandemia de la gripe española contribuyeron a contener mucho mejor

la propagación del virus, con el diseño de una vacuna destinada a paliar los efectos de las mutaciones de la gripe. Esta pandemia registró un millón de muertes en todo el planeta (Barricarte, 2006).

La gripe de Hong-Kong se registró por primera vez en esta ciudad en 1968 y se expandió con un patrón muy parecido al de la gripe asiática, causando la muerte de un millón de personas en todo el mundo (Barricarte, 2006).

Se cree que el origen del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) provino de un animal, y su efecto puede describirse como el agotamiento del sistema inmunológico. Así, el propio virus no es letal, pero sí lo son sus consecuencias, ya que dejan el organismo desprotegido frente a otras enfermedades. El contagio se produce por contacto con fluidos corporales (Lamotte, 2014); el desconocimiento inicial sobre el virus permitió que la enfermedad se expandiera con mucha rapidez. Se calcula que el VIH ha podido causar alrededor de veinticinco millones de muertes en todo el mundo (Huguet, 2020).

Irónicamente, cuando los avances tecnológicos en salud habían evolucionado hacia el tratamiento indicado de enfermedades causantes de morbimortalidad en la población, y se podía evidenciar la consecuente disminución de la tasa de mortalidad a la par del aumento de la esperanza de vida en muchos países, surgió el SARS-CoV-2. En un año, este virus se propagó a 222 países, y al finalizar el 2020 se habían registrado 81.947.503 casos y 1.808.041 fallecimientos.

Nunca antes en la historia de la humanidad se había visto una pandemia provocada por un coronavirus. El 30 de enero de 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró la covid-19 como una emergencia de salud pública, de preocupación internacional, y para enfrentarla recomendaron detectar casos de forma temprana y así reducir la transmisión de la enfermedad. Pese a estas recomendaciones, y a las estrategias implementadas por cada gobierno, con el paso de los

días el virus contagia a mayor número de personas y sigue causando muertes. Las vacunas autorizadas ya están en proceso de distribución en gran parte de la población mundial, pero se requiere tiempo para lograr inmunidad en la mayoría de las personas. El inicio de la vacunación en el mes de diciembre de 2020 fue una esperanza para el control de esta pandemia, y se espera tener resultados con el paso de los días.

Colombia realizó el proceso de adquisición de vacunas a finales de diciembre de 2020 y en enero del año 2021, y planificó iniciar la inmunización de la población en febrero, en cinco etapas, priorizando a la de mayor vulnerabilidad. A mediados de enero del año 2021, la OMS delegó a un grupo de diez científicos para viajar a la ciudad de Wuhan y buscar el origen de la transmisión del virus, ya que es importante comprender de dónde surgió, por tres razones (WHO, 2021):

- Si se encuentra la fuente, se puede prevenir la reintroducción futura del mismo virus en la población humana.
- Comprender cómo el virus pasó de los murciélagos a los humanos permitirá prevenir eventos similares en el futuro.
- Encontrar el virus en su estado original, esto es, antes de que saltara a la población humana, permitirá estar en una mejor posición para desarrollar tratamientos y vacunas más eficientes para esta enfermedad.

Otros efectos de la covid-19

Todos los esfuerzos de las ciencias de la salud se centran en controlar la pandemia, pero mientras esto sucede, cada día que pasa la enfermedad cobra la vida de más personas. Pese al distanciamiento social y a los cuidados que se han implementado, los contagios aumentan y por lo tanto las complicaciones y la letalidad en la población vulnerable. Peor aún, se han registrado efectos colaterales negativos del distanciamiento social, una de las acciones de prevención más efectivas frente al contagio: trabajos

recientes advierten sobre las consecuencias en la salud mental que el aislamiento social por covid-19 provoca en la población (Quiroz, Pareja, Valencia, Enriquez, De Leon y Aguilar, 2020) En China, el 53,8% de las personas clasificó el impacto psicológico de la covid-19 como moderado a severo; así mismo, se identificó a los grupos más vulnerables, dirigiendo los apoyos psicoterapéuticos a personas infectadas y a quienes tienen vínculos cercanos con ellas, así como a las personas con condiciones previas de padecimiento mental y personal del sistema de salud (Inchausti, García-Poveda, Prado-Abril y Sánchez-Reales, 2020).

En el artículo “Emociones, preocupaciones y reflexiones frente a la pandemia del covid-19 en la Argentina”, que exploró los sentimientos y las expectativas que generó la covid-19 en las personas durante la primera etapa de la pandemia en ese país, se señaló la incertidumbre como uno de los sentimientos más relevantes, cuyo significado involucra a las consecuencias sociales y económicas que suponen las medidas de aislamiento para la vida cotidiana, social y laboral. El miedo al contagio fue el segundo sentimiento relevante, sobre todo en la población mayor, que se siente más vulnerable frente al virus (Johnson, Saletti-Cuesta y Tumas, 2020).

En Colombia, el Ministerio de Salud emitió las resoluciones 464 y 470 de 2020, con las que se decretó el aislamiento preventivo obligatorio para las personas mayores de 70 años, entre el 20 de marzo de 2020 y el 30 de mayo del mismo año (República de Colombia, 2020c), seguida por una mayor ampliación de días para este grupo etario. En respuesta, los adultos mayores de 70 años establecieron una acción de tutela, en la que expresaron que se vulneró su derecho a ser tratados en condiciones de igualdad, respetando su independencia y autodeterminación al igual que en el caso de personas de otras edades. El fallo salió a su favor, reconociendo el derecho vulnerado, en concordancia con el derecho nacional e internacional.

La visión transformacional del nuevo marco de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (Huenchuan, 2018) tiene como característica principal que un individuo pueda vivir su vida de la mejor manera posible en cada una de las diferentes etapas, con dignidad y libertad de elección, teniendo respeto por el ejercicio pleno de sus derechos a la igualdad de oportunidades, a la dignidad y a la independencia, incluyendo la libertad de tomar decisiones y conservando su autonomía individual. Aun cuando un adulto mayor, por sus condiciones fisiológicas del deterioro propio de la edad, sea vulnerable, sigue siendo un individuo con derecho a ser tratado en condiciones de igualdad, como es la base de un envejecimiento activo (“El derecho a la vida y la salud de las personas mayores”, 2020).

La covid-19 retó los logros en el marco de la salud pública para el envejecimiento saludable y generó incertidumbre al opacar la certeza de lo que vendrá con el paso de los días. Cuando se controle la pandemia, será necesaria una acción de salud pública integral sobre el envejecimiento. Aunque falta mucho por aprender, hay diferentes opciones posibles y se tienen pruebas suficientes para actuar; además, cada país puede aportar sus avances independientemente de su situación actual o nivel de desarrollo. Es importante iniciar las intervenciones hacia un envejecimiento saludable, enfocando el objetivo primordial de lograr la máxima capacidad funcional en el adulto mayor (OMS, 1996).

Proyecciones

Como la gran mayoría de países, Colombia requerirá tiempo para recuperarse, con la esperanza de que la mayoría de la población alcance los años de vida proyectados de acuerdo con los pronósticos establecidos por estudios previos antes de que iniciara esta pandemia (Foreman *et al.*, 2018). El envejecimiento demográfico global es la mayor historia de éxito del desarrollo humano. Por lo tanto, una prioridad intersectorial es propiciar la autonomía para que, en gran medida, las

personas mayores logren satisfacer sus necesidades básicas, ya que esto tiene una poderosa influencia en su dignidad, integridad, libertad e independencia, siendo el componente esencial del bienestar general (OMS, 1996).

Sistemas de salud robustos también son indispensables para atender a la población mayor y vulnerable frente a enfermedades crónicas y a brotes epidemiológicos, como es la covid-19. Se debe contar con los recursos humanos, de infraestructura y técnicos para su atención. Hay que desmitificar la idea de que el gasto que se genera en salud afecta la economía, y en cambio se deben prevenir las problemáticas de salud crónicas y garantizar años de vida saludables, ya que envejecer es una experiencia que en algún momento todos vamos a experimentar (OMS, 1996).

Cada fallecido por covid-19 deja un vacío, no solo en sus familias y seres cercanos. Su ausencia le duele a toda la humanidad. Aquí vale recordar el poema escrito por el poeta inglés John Donne (1572-1631), que tal vez inspiró al Premio Nobel de Literatura Ernest Hemingway a escribir su novela *Por quién doblan las campanas*, publicada en 1940: una historia de amor y de muerte que se ha convertido en un clásico de nuestro tiempo, donde el autor, como corresponsal, describió la lucha en la Guerra Civil española (“Ernest Hemingway”, s. f.). Sin duda, estamos en guerra con un virus que ha desestabilizado la normalidad en la sociedad actual, dejando a su paso miles de muertos.

Las campanas doblan por ti

¿Quién no echa una mirada al sol cuando atardece?
¿Quién quita sus ojos del cometa cuando estalla?
¿Quién no presta oídos a una campana cuando por algún hecho tañe?
¿Quién puede desoír esa campana cuya música lo traslada fuera de este mundo?
Ningún hombre es una isla entera por sí mismo.
Cada hombre es una pieza del continente, una parte del todo.
Si el mar se lleva una porción de tierra, toda Europa queda disminuida, como si fuera un promontorio, o la casa de uno de tus amigos, o la tuya propia.
Ninguna persona es una isla, la muerte de cualquiera me afecta, porque me encuentro unido a toda la humanidad, por eso nunca preguntes por quién doblan las campanas; doblan por ti.

Referencias

Alemania: economía y demografía 2021 (s. f.). *Datos Macro*. <https://datosmacro.expansion.com/paises/alemania>.

Barricarte, A. (2006). Gripe aviar: ¿La pandemia que viene? *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 29(1), 7-11. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1137-66272006000100001&lng=es&nrm=iso&tlng=es.

Coronavirus (covid-19) en Colombia (2020). Instituto Nacional de Salud. <https://www.ins.gov.co/Paginas/Inicio.aspx>.

Donne, J. (s. f.). Las campanas doblan por ti. <https://ciudadseva.com/texto/las-campanas-doblan-por-ti/>.

El derecho a la vida y la salud de las personas mayores en el marco de la pandemia por COVID-19 (2020). <https://www.cepal.org/es/publicaciones/45493-derecho-la-vida-la-salud-personas-mayores-marco-la-pandemia-covid-19>.

Ernest Hemingway (s. f.). *Biografías y vidas*. <https://www.biografiasyvidas.com/biografia/h/hemingway.htm>.

Ferrero, R. (2018). Qué es R Software. *Máxima Formación*. <https://www.maximaformacion.es/blog-dat/que-es-r-software/>.

Foreman, K. J., Márquez, N., Dolgert, A., Fukutaki, K., Fullman, N., McGaughey, M., Pletcher, M. A., Smith, A. E., Tang, K., Yuan, C.-W., Brown, J. C., Friedman, J., He, J., Heuton, K. R., Holmberg, M., Patel, D. J., Reidy, P., Carter, A., Cercy, K., ... Murray, C. J. L. (2018). Forecasting life expectancy, years of life lost, and all-cause and cause-specific mortality for 250 causes of death: Reference and alternative scenarios for 2016-40 for 195 countries and territories. *The Lancet*, 392(10159), 2052-2090. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31694-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31694-5).

Global Age Watch Insights 2018: Report, summary and country profiles (2018). *Help Age International*. <http://globalagewatch.org/global-agewatch/reports/global-agewatch-insights-2018-report-summary-and-country-profiles/>.

- Huang, X., Wei, F., Hu, L., Wen, L. y Chen, K. (2020). Epidemiology and clinical characteristics of COVID-19. *Archives of Iranian Medicine*, 23(4), 268-271. <https://doi.org/10.34172/aim.2020.09>.
- Huenchuan, S. (Ed.) (2018). *Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el desarrollo sostenible*. Naciones Unidas, CEPAL. https://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/44369/S1800629_es.pdf.
- Huguet, G. (2020). Grandes pandemias de la historia. *National Geographic*. https://historia.national-geographic.com.es/a/grandes-pandemias-historia_15178.
- Inchausti, F., García-Poveda, N. V., Prado-Abril, J. y Sánchez-Reales, S. (2020). La psicología clínica ante la pandemia COVID-19 en España. *Clínica y Salud*, 31(2), 105-107. <https://doi.org/10.5093/clysa2020a11>.
- Johnson, M. C., Saletti-Cuesta, L. y Tumas, N. (2020). Emotions, concerns and reflections regarding the COVID-19 pandemic in Argentina. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(1), 2447-2456. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.10472020>.
- Lamotte, J. A. (2014). Infección por VIH/sida en el mundo actual. *MEDISAN*, 18(7), 993-1013 http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1029-30192014000700015&lng=es&nrm=iso&tlng=es.
- Larrea, F. (2007). La viruela: ¿ha muerto? *Revista del Instituto Nacional de Higiene Rafael Rangel*, 38(1), 34-38. http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0798-04772007000100006&lng=es&nrm=iso&tlng=es.
- Medeiros, A., Daponte-Codina, A., Moreira, D. C., Toledo, R. P., Costa de Lima, K. y Gil-García, E. (2020). Factores asociados a la incidencia y la mortalidad por COVID-19 en las comunidades autónomas. *Gaceta Sanitaria*. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.05.004>.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1996). OMS Envejecimiento y salud. *Geriatría*, 12(9), 38-43. <https://www.mendeley.com/catalogue/a86a3aca-b5c2-390a-85b4-49fa2924224b/>.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2020). Respuesta al brote de COVID-19 en la Región de las Américas. <https://www.paho.org/es/documentos/respuesta-al-brote-covid-19-region-america>.
- Pulido, S. (2020). ¿Cuál es la diferencia entre brote, epidemia y pandemia? *Gaceta Médica*. <https://gacetamedica.com/investigacion/cual-es-la-diferencia-entre-brote-epidemia-y-pandemia/>.
- Quiroz, C. G., Pareja, A., Valencia, E., Enriquez, Y., De Leon, J. y Aguilar, P. (2020). Un nuevo coronavirus, una nueva enfermedad: COVID-19. *Horizonte Médico (Lima)*, 20(2). <https://doi.org/10.24265/horizmed.2020.v20n2.11>.
- Real Academia Española (s. f.). Pandemia. *Diccionario de la lengua española*. <https://dle.rae.es/pandemia>.
- República de Colombia (2020a). Resolución 380. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Forms/DispForm.aspx?ID=5928.
- República de Colombia (2020b). Resolución 464. <https://n9.cl/ne2z1>.
- República de Colombia (2020c). Resolución 470. <https://n9.cl/wigt>.
- Saul, T. (2018). Gripe española: la primera pandemia global. *National Geographic*. https://historia.nationalgeographic.com.es/a/gripe-espanola-primera-pandemia-global_12836.
- Schmidt, A., Sfeir, D. y Schlosser, H. (2020). Correlación entre características psicosociodemo-

gráficas con la tasa de mortalidad y letalidad por COVID-19 según región en Chile. *Revista ANACEM*, 13(1), 10-20. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resolver/pt/biblio-1123098>.

Toque de queda en Navidad y Año Nuevo: restricciones en las principales ciudades de Colombia (2020). *El Tiempo*. <https://www.eltiempo.com/colombia/otras-ciudades/toque-de-queda-en-navidad-y-ano-nuevo-restricciones-en-las-principales-ciudades-555200>.

Trilla, A. (2020). Un mundo, una salud: la epidemia por el nuevo coronavirus COVID-19. *Medicina Clínica*, 154(5), 175-177. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2020.02.002>.

WHO coronavirus (covid-19) Dashboard (2021). <https://covid19.who.int/table>.

World Health Organization (WHO) (2021). *Episode #21 —COVID-19— Origins of the SARS-CoV-2 virus* [video]. <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/media-resources/science-in-5/episode-21---covid-19---origins-of-the-sars-cov-2-virus>.

Zhou, F., Yu, T., Du, R., Fan, G., Liu, Y., Liu, Z., Xiang, J., Wang, Y., Song, B., Gu, X., Guan, L., Wei, Y., Li, H., Wu, X., Xu, J., Tu, S., Zhang, Y., Chen, H. y Cao, B. (2020). Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: A retrospective cohort study. *The Lancet*, 395(10229), 1054-1062. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30566-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30566-3).