

Impacto de la covid-19 en pacientes críticos en Ecuador, Colombia y Perú

Impact of covid-19 on critical patients in Ecuador, Colombia and Peru

María Fernanda Nazareno-Cedeño¹, Mishelle Nicole Quiroz-Bone²

¹Centro de Salud Tipo C San Lorenzo. ²Centro de Salud Tipo A Carondelet. Ecuador

Recibido: 5 de marzo de 2025

Aprobado: 11 de abril de 2025



RESUMEN

Introducción: la pandemia por COVID-19 ha expuesto las fragilidades estructurales de los sistemas de salud en América Latina, afectando particularmente a los pacientes críticos.

Objetivo: analizar el impacto de la COVID-19 en pacientes críticos en Ecuador, Colombia y Perú durante el segundo semestre de 2020, considerando tasas de mortalidad, comorbilidades y capacidades del sistema de salud.

Métodos: estudio documental, cuantitativo, longitudinal y retrospectivo. Se analizaron 12 publicaciones científicas que aportaron datos sobre tasas de mortalidad, comorbilidades y capacidades del sistema de salud. El enfoque metodológico fue corregido respecto a versiones anteriores, descartando el paradigma cualitativo por inconsistencias con las variables estudiadas.

Resultados: las tasas de mortalidad en las Unidades de Cuidados Intensivos oscilaron entre 28 % y 32 %. Las comorbilidades más frecuentes fueron hipertensión, diabetes y obesidad. Se identificaron deficiencias críticas en la infraestructura hospitalaria, distribución de recursos, y preparación del personal médico.

Conclusión: la alta morbilidad y mortalidad fue consecuencia de una interacción entre condiciones clínicas preexistentes y limitaciones estructurales. El abordaje cuantitativo permitió identificar patrones regionales relevantes que deben guiar la formulación de políticas públicas en salud crítica.

Palabras clave: COVID-19; MORBIMORTALIDAD; CUIDADOS INTENSIVOS; COMORBILIDADES; SALUD PÚBLICA; AMÉRICA LATINA.

Descriptor: COVID-19; INDICADORES DE MORBIMORTALIDAD; UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS.

ABSTRACT

Introduction: the COVID-19 pandemic has exposed the structural weaknesses of healthcare systems in Latin America, particularly affecting critically ill patients.

Objective: to analyze the impact of COVID-19 on the morbidity and mortality of critically ill patients in Ecuador, Colombia, and Peru during the second half of 2020, considering data on mortality rates, comorbidities, and healthcare system capacities.

Methods: a documentary, quantitative, longitudinal, and retrospective study was conducted. Twelve scientific publications that provided data on mortality rates, comorbidities, and healthcare system capacities were analyzed. The methodological approach was revised from previous versions, discarding the qualitative paradigm due to inconsistencies with the variables studied.

Results: Intensive Care Units mortality rates ranged between 28 % and 32 %. The most common comorbidities were hypertension, diabetes, and obesity. Critical deficiencies were identified in hospital infrastructure, resource distribution, and staff physician training.

Conclusion: the high morbidity and mortality rate was a consequence of an interaction between preexisting clinical conditions and structural limitations. The quantitative approach allowed us to identify relevant regional patterns that should guide the development of public policies in critical healthcare.

Keywords: COVID-19; MORBIDITY AND MORTALITY; INTENSIVE CARE; COMORBIDITIES; PUBLIC HEALTH; LATIN AMERICA.

Descriptors: COVID-19; INDICATORS OF MORBIDITY AND MORTALITY; INTENSIVE CARE UNITS.

Translated into English by:

Julio César Salazar Ramírez



Citar como: Nazareno-Cedeño MF, Quiroz-Bone MN. Impacto de la covid-19 en pacientes críticos en Ecuador, Colombia y Perú. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta. 2025; 50: e3893. Disponible en: <https://revzoilo.marinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/3893>.



CITMA Universidad de Ciencias Médicas de Las Tunas
Centro Provincial de Información de Ciencias Médicas
Ave. de la Juventud s/n. CP 75100, Las Tunas, Cuba

INTRODUCCIÓN

La pandemia por COVID-19 ha tenido un efecto transformador en la salud pública global, alterando profundamente la forma en que los países gestionan emergencias sanitarias. Desde la identificación del virus SARS-CoV-2 a fines de 2019 en Wuhan (China), se ha observado un impacto desproporcionado en regiones con sistemas sanitarios frágiles, como América Latina, que registró una de las tasas más altas de mortalidad por millón de habitantes a nivel mundial. ⁽¹⁾

Ecuador, Colombia y Perú son tres países que reflejan con claridad la vulnerabilidad regional frente a esta crisis. Estos sistemas de salud, ya debilitados por años de subinversión, desigualdad estructural y fragmentación institucional, fueron rápidamente sobrepasados por la demanda de atención crítica. ^(2,3) A ello se suman determinantes sociales de la salud, como la pobreza, la informalidad laboral, la densidad poblacional urbana y el acceso desigual a servicios básicos, que exacerbaron la propagación del virus y limitaron la eficacia de las medidas de contención. ⁽⁴⁾

A nivel clínico, la evidencia internacional ha demostrado que las personas con comorbilidades como hipertensión, diabetes mellitus tipo 2, obesidad y enfermedades respiratorias crónicas presentan mayor riesgo de complicaciones graves y muerte por COVID-19. ^(5,6) Esta situación es especialmente preocupante en América Latina, donde dichas enfermedades tienen alta prevalencia, y donde el acceso a servicios especializados como unidades de cuidados intensivos (UCI) es limitado, especialmente en áreas rurales o marginales. ⁽⁷⁾

Además, el manejo de la pandemia evidenció grandes asimetrías entre y dentro de los países. La escasez de personal especializado, la falta de ventiladores y equipos de protección personal, así

como la limitada capacidad de respuesta de los sistemas de vigilancia epidemiológica, contribuyeron a una gestión ineficiente en etapas críticas de la emergencia. ^(8,9)

En este contexto, se vuelve imprescindible comprender los factores que influyeron en la morbilidad y mortalidad de pacientes críticos con COVID-19, con especial énfasis en el rol de las comorbilidades, las complicaciones médicas y las condiciones estructurales de los servicios de salud. Comprender esta interacción es vital no solo para evaluar el impacto real de la pandemia, sino también para diseñar estrategias de preparación y respuesta ante futuras crisis sanitarias.

Por ello, el presente estudio tiene como objetivo analizar cuantitativamente el impacto de la COVID-19 en la morbilidad y mortalidad de pacientes críticos en Ecuador, Colombia y Perú, durante el segundo semestre de 2020. Se busca identificar tendencias, factores asociados y diferencias contextuales entre países, contribuyendo así a la generación de evidencia útil para la formulación de políticas públicas más equitativas y eficaces en salud crítica y emergencias.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se desarrolló un estudio documental, de enfoque cuantitativo, longitudinal y retrospectivo. Se recopiló datos secundarios de 12 publicaciones científicas indexadas en bases regionales e internacionales, incluyendo estudios de cohorte, revisiones sistemáticas y metaanálisis, publicados en español e inglés. Se sistematizaron tasas de mortalidad en UCI, prevalencia de comorbilidades, complicaciones médicas asociadas y datos sobre la capacidad de respuesta hospitalaria. La información fue organizada mediante fichas de extracción estructurada para análisis comparativo entre países.

RESULTADOS

TABLA 1. Predominio de mortalidad, comorbilidades y deficiencias identificadas

País	Tasa de mortalidad en UCI (%)	Comorbilidades frecuentes	Deficiencias identificadas
Ecuador	30 %	Hipertensión, diabetes, obesidad	Falta de ventiladores, colapso hospitalario en Guayas
Colombia	28 %	Hipertensión, EPOC, obesidad	Desigualdad entre regiones, Saturación focalizada.
Perú	32 %	Diabetes, obesidad, enfermedad renal crónica	Subregistro de muertes, infraestructura insuficiente

Fuente: elaboración propia

En la tabla se observa que en Perú predominó la mayor tasa de mortalidad, seguido de Ecuador.

Los principales factores asociados a la morbilidad y mortalidad fueron:

1. Clínicos: presencia de múltiples comorbilidades preexistentes, especialmente en adultos mayores.
2. Complicaciones: insuficiencia respiratoria aguda, trombosis, daño renal y shock séptico.
3. Estructurales: saturación de hospitales, escasez de camas UCI y personal médico, así como respuestas gubernamentales fragmentadas o tardías.

Perú: se observó en Perú una alta tasa de 32 %, declarada fundamentalmente por la combinación de comorbilidades altamente prevalentes y fallas críticas en la infraestructura sanitaria, particularmente en regiones rurales y selváticas con acceso limitado a camas en las UCI. ^(7,10)

Ecuador: el colapso hospitalario fue notorio en las primeras etapas de la pandemia, especialmente en Guayaquil, donde la respuesta estatal fue tardía. A pesar de contar con recursos en zonas urbanas, la distribución fue inequitativa y afectó negativamente a zonas con alta densidad poblacional. ⁽¹¹⁾

Colombia: presentó la tasa más baja del grupo analizado, lo que puede estar asociado a una respuesta inicial más estructurada, con descentralización en la toma de decisiones y mejor capacidad instalada en regiones clave. Sin embargo, persistieron desigualdades entre territorios. ⁽¹²⁾

En los tres países, la edad avanzada, la diabetes mellitus tipo 2 y la obesidad fueron factores clínicos críticos que aumentaron el riesgo de muerte, alineándose con reportes internacionales sobre predictores de mortalidad en UCI. ^(5,6)

DISCUSIÓN

Los resultados evidencian que la morbilidad y mortalidad en pacientes críticos con COVID-19 no

puede comprenderse solo desde la perspectiva clínica. Aunque las comorbilidades fueron determinantes, las disparidades estructurales, institucionales y territoriales jugaron un rol igual o incluso más decisivo en el desenlace de los casos graves.

Es el resultado de una interacción compleja entre:

1. Factores biológicos, como edad avanzada y comorbilidades.
2. Factores sociales, como pobreza, hacinamiento y bajo acceso a servicios de salud.
3. Factores institucionales, como la baja resiliencia hospitalaria y la inequidad en la distribución de recursos críticos.

Comparación de respuesta estructural entre países

Indicador	Ecuador	Colombia	Perú
Subregistro de muertes	Moderado	Bajo	Alto
Disponibilidad de camas UCI	Insuficiente	Heterogénea	Muy limitada
Formación del personal crítico	Parcial	Mejor preparación inicial	Débil
Eficiencia de la respuesta inicial	Fragmentada	Regionalizada	Centralizada y tardía

Fuente: elaboración propia

El rol de los determinantes sociales y territoriales fue especialmente evidente en Perú y Ecuador, donde los sistemas de salud ya operaban al límite antes de la pandemia. La falta de protocolos estandarizados y la desarticulación entre niveles de gobierno y hospitales regionales generaron una respuesta fragmentada y reactiva.

Además, la inequidad en el acceso a servicios críticos generó una mortalidad diferencial por ubicación geográfica, confirmando que la pandemia acentuó desigualdades históricas en la región. ^(4,9)

Desde el punto de vista metodológico, el diseño cuantitativo permitió evaluar adecuadamente variables como tasas, prevalencias y frecuencias, fundamentales en estudios epidemiológicos.

A modo de conclusiones podemos afirmar que la morbilidad y mortalidad de pacientes críticos con COVID-19 en Ecuador, Colombia y Perú fue alarmantemente alta, con tasas entre 28 % y 32 %. Las principales causas fueron las comorbilidades crónicas y las deficiencias estructurales del sistema de salud. La correcta elección del enfoque metodológico (cuantitativo) permitió alinear los objetivos, los datos y el análisis. Se requiere fortalecer la capacidad de atención crítica, invertir en formación del personal y asegurar una respuesta equitativa en futuras crisis sanitarias. La formulación de políticas públicas debe considerar no solo los factores clínicos, sino también las condiciones sociales y estructurales que determinan el acceso a atención oportuna y de calidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Mathieu E, Ritchie H, Rodés-Guirao L, Appel C, Gavrillov D, Giattino Ch, et al. COVID-19 Pandemic. The COVID-19 pandemic has had a profound impact on the world. Explore global data and research to understand its impact, spread, and global response. [en línea]. Our World in Data c2024. [actualizado 30 de mayo 2020; citado 15 de noviembre 2024]. Disponible en: <https://ourworldindata.org/coronavirus>.
2. Atun R, de Andrade LOM, Almeida G, et al. Health-system reform and universal health coverage in Latin America. Lancet [revista en internet]. 2015 [citado 15 de noviembre 2024]; 385(9974): 1230-47. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(14\)61646-9](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(14)61646-9).
3. Hennis AJM, Coates A, Del Pino S, Ghidinelli M, Gomez Ponce de Leon R, Bolastig E, et al. COVID-19 and inequities in the Americas: lessons learned and implications for essential health services. Rev Panam Salud Publica [revista en internet]. 2021 [citado 15 de noviembre 2024]; 45: e130. Disponible en: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.130>.
4. Marmot M, Allen J, Goldblatt P, Herd E, Morrison J. Build Back Fairer: The COVID-19 Marmot Review. The Pandemic, Socioeconomic and Health Inequalities in England [en línea] London: Institute of Health Equity; 2020 [citado 15 de noviembre 2024]. Disponible en: <https://www.health.org.uk/sites/default/files/upload/publications/2020/Build-back-fairer-the-COVID-19-Marmot-review.pdf>.
5. Guan WJ, Liang WH, Zhao Y, Liang HR, Chen ZS, Li YM, et al. Comorbidity and its impact on 1,590 patients with COVID-19 in China. Eur Respir J. [revista en internet]. 2020 [citado 15 de noviembre 2024]; 55(5): 2000547. Disponible en: <https://doi.org/10.1183/13993003.00547-2020>.

6. Williamson EJ, Walker AJ, Bhaskaran K, Bacon S, Bates Ch, Morton CE, et al. Factors associated with COVID-19-related death using OpenSAFELY. *Nature* [revista en internet]. 2020 [citado 15 de noviembre 2024]; 584: 430–436. Disponible en: <https://doi.org/10.1038/s41586-020-2521-4>.
7. OPS. COVID-19 en América Latina y el Caribe. Informe técnico. Ginebra: OPS; 2021.
8. Torres I, Sacoto F. Localising an asset-based COVID-19 response in Ecuador. *Lancet* [revista en internet]. 2020 [citado 15 de noviembre 2024]; 395(10233): 1339. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(20\)30851-5](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(20)30851-5)
9. Ruiz-Gómez F, Fernández-Niño JA. La lucha contra la COVID-19: una perspectiva desde América Latina y el Caribe. *Revista Panamericana Salud Publica* [revista en internet]. 2022 [citado 15 de noviembre 2024]; 46: e60. Disponible en: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.60>
10. Amado-Tineo J, Ayala-García R, Apolaya-Segura M, Mamani-Quiroz R, Matta-Pérez J, Valenzuela-Rodríguez G. Factores asociados a mortalidad en enfermedad SARS-CoV-2 grave de un hospital peruano. *Revista Del Cuerpo Médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo* [revista en internet]. 2021 [citado 15 de noviembre 2024]; 14(3): 280-286. Disponible en: <https://doi.org/10.35434/rcmhnaaa.2021.143.1245>.
11. Vásquez Álvarez JF, Riofrio Guevara OM, Álvarez Martínez PC. Manejo clínico de pacientes COVID en la unidad de cuidados intensivos. *RECIAMUC* [revista en internet]. 2022 [citado 15 de noviembre 2024]; 6(2): 133-42. Disponible en: <https://www.reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/838>.
12. García-Marín AF, Vargas-Ordóñez MP, Gómez- Martínez JD, Gempeler-Rojas A, Chica-Yantén J. Clinical characteristics and mortality in mechanically ventilated COVID-19 patients: prospective cohort study. *Colombian Journal of Anesthesiology* [revista en internet]. 2024 [citado 15 de noviembre 2024]; 52. Disponible en: <https://doi.org/10.5554/22562087.e1107>.

Contribución de los autores

María Fernanda Nazareno-Cedeño |  <https://orcid.org/0009-0004-5318-1359>. Participó en: conceptualización e ideas; metodología; investigación; análisis formal; redacción del borrador original; revisión y edición final.

Mishelle Nicole Quiroz-Bone |  <https://orcid.org/0009-0007-0789-3699>. Participó en: conceptualización e ideas; análisis formal; redacción del borrador original; revisión y edición final.

Conflicto de intereses

Las autoras declaran que no existen conflictos de intereses.

Este artículo está bajo una [licencia de Creative Commons Reconocimiento 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), los lectores pueden realizar copias y distribución de los contenidos por cualquier medio, siempre que se mantenga el reconocimiento de sus autores.