

Aciertos y errores en El Salvador del abordaje de la COVID-19

Eduardo Espinoza, ALAMES, UES¹

1. Lo hecho en El Salvador

El gobierno actual ha priorizado a partir del 14 de marzo medidas de aislamiento y restrictivas de todo tipo de actividad. En este sentido se cita con frecuencia la Restricción a las actividades Comercial, Educativa, Laboral, Recreativa, Asistencial en Salud y otras que genéricamente se conocen o se llaman “Medidas de Aislamiento Social”.

Sin embargo no se evalúa o considera medidas recientes de este gobierno que dismantelaron la estructura construida y desarrollada a la luz de la Reforma de Salud implementada en los pasados 10 años, lo que ha limitado la capacidad de respuesta del Sistema de Salud:

- Ha dismantelado, debilitado o inmovilizado los ECOS
- Ha quitado 40 millones al primer nivel para el programa de la primera dama y otros 40 millones a los hospitales (la mitad del presupuesto del hospital de la mujer entre ellos) para el mismo fin.
- HA DESMANTELADO EL SISTEMA NACIONAL DE PROTECCIÓN CIVIL, no se activan ni las comisiones departamentales ni las comisiones municipales de PC. Por ejemplo el GOES ni siquiera coordinó con el Alcalde de Metapán, cuando se detectó o aceptó OFICIALMENTE, el primer caso de COVID proveniente de ese municipio.
- Se ha cerrado a nivel central los espacios de participación para las organizaciones comunitarias y cortado la comunicación con el Foro Nacional de Salud, limitándose así el valiosísimo aporte de la vigilancia comunitaria, la contraloría social y la capacidad de movilización para las medidas que requiere la emergencia nacional, particularmente la imprescindible solidaridad comunitaria con los grupos de riesgo.
- La Comisión Intersectorial de Salud (CISALUD) ya no existe, ni sus subcomisiones; al igual que las comisiones de Protección Civil (Como la de Albergues, estratégica en estos momentos para **SUS** propias medidas priorizadas: el confinamiento y concentración hacinada e insalubre de los sospechosos o no, que ingresaban al país)

TODO ESTO LIMITA LA CAPACIDAD DE RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD EN SU CONJUNTO ANTE EMERGENCIAS DE SALUD PUBLICA (DESASTRES, EPIDEMIAS Y OTROS), COMO COVID-19.

Es por esto que la respuesta del GOES se limita casi exclusivamente a las medidas de aislamiento y de represión, lo que diluye el abordaje de **lo que debería ser la prioridad: LA PROTECCION DE LOS GRUPOS VULNERABLES (Personas adultas mayores, embarazadas, personas con enfermedades crónicas o inmunosuprimidas).**

2. Qué ha sucedido en Italia y otros países con elevada mortalidad?

¹ Observatorio de Políticas Públicas y Salud, Centro de Investigación y Desarrollo en Salud, UES; miembro de la Coordinación Latinoamericana de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social y Salud Colectiva.

Italia y España aparentemente ya tenían un brote cuando empezaron a tomar medidas. Esto posiblemente explica la diferencia con Alemania, donde todavía la mortalidad es baja. (véase link que explica como evoluciona la curva del coronavirus en Colombia, México, Chile, Brasil y el resto de Latinoamérica: https://elpais.com/sociedad/2020/03/18/actualidad/1584535031_223995.html?ssm=whatsapp)

Es por ello que para entender mejor lo que sucede en Italia y no llegar a conclusiones equivocadas, es importante conocer que Italia tiene 2 elementos adicionales que no han salido a la luz tan explícitamente:

El primero de ellos es que cuenta con la población más envejecida de toda Europa incluso con un crecimiento poblacional negativo, pues nacen menos personas que las que se mueren.

El segundo elemento es que Italia como fruto de las administraciones conservadoras, había entrado en un proceso de privatización de su sistema de salud, fragmentándolo inicialmente. Ambas cosas se han combinado hoy para generar una de las tasas de mortalidad más elevadas por la pandemia.

Wim De Ceukelaire y Chiara Bodini, observadores del Movimiento para la Salud de los pueblos, han puesto de relevancia la resiliencia de los sistemas de salud pública en Hong Kong, Singapur y Japón por su capacidad para aplicar estrategias de contención adecuadas con respecto a la crisis actual de COVID-19. Los sistemas de salud en estos lugares generalmente han podido adaptarse introduciendo medidas de contención y estructuras de gobernanza apropiadas; tomaron también medidas para apoyar la prestación de asistencia sanitaria y la financiación y desarrollaron e implementaron planes y estructuras de gestión. La integración de otros sectores con los servicios en el sistema de salud son lo que les ha permitido ampliar la capacidad de absorber y adaptarse al choque.

Estos observadores citan como en los últimos años, hemos asistido gradual o intempestivamente al desmantelamiento de los sistemas de salud públicos financiados por el estado y administrados por el gobierno. La privatización, dicen:

- ha afectado su capacidad para coordinar campañas preventivas a gran escala,
- ha limitado su capacidad para expandir los servicios curativos en situaciones de crisis y al mismo tiempo,
- ha erosionado la confianza del público en el sistema de salud en general

Un reciente estudio publicado por el Instituto Superior de Sanidad italiano que analiza las muertes acaecidas en Italia señala que el promedio de edad de los fallecidos es de 79.5 años y que el 98% de ellos tenía entre una y cuatro enfermedades Crónicas agregadas, sobre todo hipertensión. El 50% de ellos tenían al menos una enfermedad Crónica sobre agregada. (**Ver reporte al final de este artículo**).

3. Qué debemos esperar?, que es posible hacer aún?

Desde hace 2 semanas he venido insistiendo públicamente en la necesidad de priorizar la atención y el aislamiento en las personas mayores y con enfermedades crónicas. Esto también lo he dicho en 2 entrevistas televisivas. Nuestras medidas prioritarias deberían centrarse en tres grupos poblacionales:

- las personas mayores pertenecientes a la tercera edad
- las personas que adolecen de una o mas enfermedades crónicas
- muy especialmente las personas que conjuntan las dos características anteriores.

Las medidas de confinamiento extremo deben ser cuidadosamente sopesadas en países con economía predominantemente informal como la de El Salvador, ya que muy probablemente si se

aplican indiscriminadamente como se está haciendo, traerán más dolor y muerte a mediano y largo plazo, que las que se ahorrarían con aislar y centrar los cuidados prioritariamente en las personas mayores.

Los niños que hoy no acuden a las escuelas públicas, por ejemplo, no corren riesgo de muerte y es también muy pequeño o ausente el riesgo de que tengan una complicación derivada de la COVID 19; es más, la mayoría de ellos ni siquiera se enterará que la padecieron. Sin embargo, ***si serán afectados por las medidas de aislamiento.*** Por ejemplo, no tendrán acceso al almuerzo escolar y al vaso de leche. Antes de 3 o 4 meses, negarles esta fuente de proteínas para desarrollar su sistema inmunológico (casi la única que poseen), los hará fácil presa de tifoidea, rotavirus, salmonelosis, neumonías y otras infecciones respiratorias, diarreas, arbovirosis, etc. Sin contar con las consecuencias resultantes de la interrupción o alteración de su calendario vacunal. Aún mas impredecibles son las consecuencias para todo el grupo familiar que vive de o en la economía informal y dejará de percibir ingresos, privándose en forma inmediata de necesidades básicas (alimentación, vivienda, vestido, medicamentos y otros elementos de la canasta básica) que afectarán inobjetablemente su salud.

4. Recomendaciones de abordaje:

La COVID-19 tiene tres particularidades (a diferencia de lo que pasa con la gripe común) responsables de su peligrosidad

- No existe inmunidad en la población contra ella en estos momentos, precisamente porque es de reciente aparición (como sucedió en su momento con la gripe española y luego con la H1N1). Esta solo se logrará cuando entre el 60 o 70% de a población tome contacto con el virus.
- Tiene un mayor nivel de contagiosidad
- Conlleva una notable afectación a las personas mayores y enfermos crónicos

Estas características es lo que la lógica y el buen juicio deben emplear, para que los funcionarios y los titulares de salud pública adopten las medidas para enfrentarla, entre ellas:

1. Aislar y proteger, especialmente de los niños, a las personas de la tercera edad y los que adolecen de enfermedades crónicas o que reúnen ambas condiciones.
2. Capacitar al personal de salud y a los cuidadores de estas personas en la familia y la comunidad, sobre las precauciones y cuidados que deben tener para con ellos
3. Dosificar las medidas de aislamiento para que la epidemia se propague de manera que no rebase la capacidad instalada en la red pública de servicios de salud, fortaleciendo en lo pertinente estas capacidades (camas y personal de cuidados intensivos e intermedios, respiradores, terapeutas respiratorios, etc.). **El gobierno israelí, llegó a las mismas conclusiones en relación con el aislamiento y las características que debería reunir, como bien lo cita en reciente conferencia un miembro de su gabinete, Naftali Bennett:** <https://www.youtube.com/watch?v=uGl1YydafxY>
4. Habilitar de nuevo los espacios de participación social y estimular su funcionamiento: los Comités de Contraloría Social; los Comités de defensa del Derecho a la Salud; el fortalecimiento de la organización comunitaria en salud, muy particularmente del Foro

Nacional de Salud; la rehabilitación de la Comisión Intersectorial de Salud; la reconstrucción del Sistema Nacional de Protección Civil

5. Retomar la RECONSTRUCCIÓN de la capacidad instalada y la capacidad de respuesta del Primer Nivel de Atención que había desarrollado la Reforma de Salud, superando la desaceleración que se dio en el segundo gobierno y desplazando los ECOS y los hogares de espera materna en todo el territorio nacional.
6. Construir y fortalecer desconcentradamente estas capacidades, en la infraestructura hospitalaria ya existente en todo el territorio nacional. Es descabellado construir un solo hospital, pues generará no solo necesidades logísticas monstruosas incosteables, sino que el traslado desde todo el país hacia un centro único, multiplicará exponencialmente el riesgo de contagio.
7. Retomar rápida y progresivamente las actividades de la comunidad, con supervisión previa y acompañante de la reactivación de las actividades en escuelas, colegios, universidades, lugares de trabajo y relajamiento, cuidando muy especialmente que fábricas y centros educativos, sean dotados con los recursos necesarios para poner en práctica las medidas de aislamiento que tendrán por resultado la diseminación gradual (y no incontrolada y exponencial) de la epidemia.

ANEXO: Análisis de los fallecidos en ITALIA como consecuencia de la COVID 19

Instituto Superior de Sanidad italiano

Informe sobre las características de los pacientes que murieron positivos para COVID-19 en Italia Este informe se basa en datos actualizados al 17 de marzo de 2020

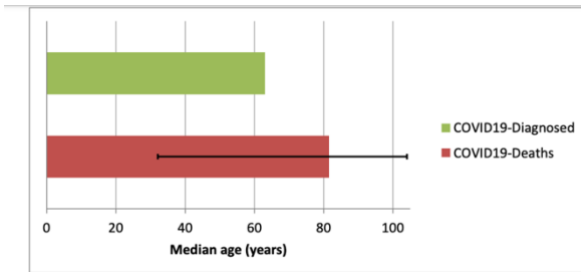
1. Muestra

Este informe describe las características de 2003 fallecidos y pacientes con COVID-19 positivos en Italia. La distribución geográfica de las muertes es la siguiente:

Regione	N	%
Abruzzo	3	0,1
Bolzano	6	0,3
Emilia-Romagna	346	17,3
Friuli-Venezia Giulia	21	1,0
Lazio	12	0,6
Liguria	23	1,1
Lombardia	1425	71,1
Marche	17	0,8
Molise	1	0,1
Piemonte	36	1,8
Puglia	18	0,9
Sardegna	2	0,1
Toscana	6	0,3
Trento	7	0,3
Umbria	1	0,1
Veneto	79	3,9

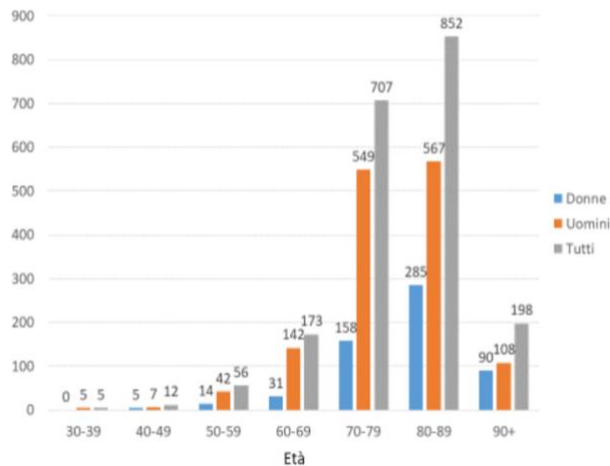
2. Datos demográficos

La edad promedio de los pacientes fallecidos y COVID-19 positivos es 79.5 años (mediana 80.5, rango 31-103, Rango InterQuartile - IQR 74.3-85.9). Hay 601 mujeres (30.0%).



La figura 1 muestra la mediana de edad de los pacientes. Las muertes positivas por COVID-19 son más de 15 años más altas que las de los pacientes que contrajeron la infección (mediana de edad: pacientes que murieron 80,5 años - pacientes con infección 63 años).

Figura 2. Numero di decessi per fascia di età



La figura 2 muestra el número de muertes por grupo de edad. Mujeres que murieron después de contraer la infección por COVID-19 tienen una edad más alta que los hombres (edades medias: mujeres 83.7 - hombres 79.5)

Tabella 1. Patologie più comuni osservate nei pazienti deceduti a seguito di infezione da COVID-2019

Patologie	N	%
Cardiopatía ischemica	117	33.0
Fibrillazione atriale	87	24.5
Ictus	34	9.6
Ipertensione arteriosa	270	76.1
Diabete mellito	126	35.5
Demenza	24	6.8
BPCO	47	13.2
Cancro attivo negli ultimi 5 anni	72	20.3
Epatopatia cronica	11	3.1
Insufficienza renale cronica	64	18.0
Numero di patologie		
0 patologie	3	0.8
1 patologia	89	25.1
2 patologie	91	25.6
3 o più patologie	172	48.5

3. Patologías preexistentes

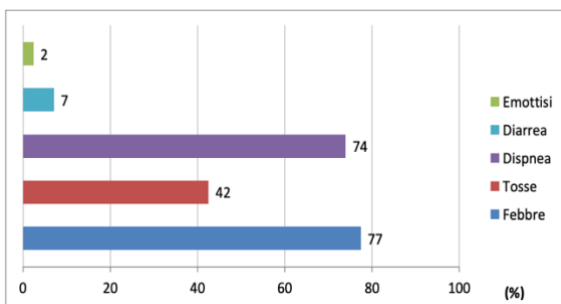
La Tabla 1 presenta las patologías crónicas preexistentes más comunes (diagnosticadas antes de contraer infección) en pacientes fallecidos. Esta cifra se obtuvo en 355/2003 muertes (17,7% de la muestra en general).

El número promedio de patologías observadas en esta población es 2.7 (mediana 2, Desviación Norma 1.6). En general, 3 pacientes (0,8% de la muestra) tuvieron 0 patologías, 89 (25,1%) tenían 1 patología, 91 tenían 2 patologías (25,6%) y 172 (48,5%) tenían 3 o más patologías.

4. Síntomas

Figura 3. Síntomas más comunes en pacientes fallecidos con COVID-19 positivo

La Figura 3 muestra los síntomas más comúnmente observados antes de la hospitalización en pacientes fallecidos positivos para COVID-19. Como se muestra en la figura 3, la disnea y la fiebre representan los síntomas más comunes. Por el contrario, menos comunes son tos, diarrea y hemoptisis. 5.2% de las personas no presentaron ningún síntoma al ingreso.



5. Complicaciones

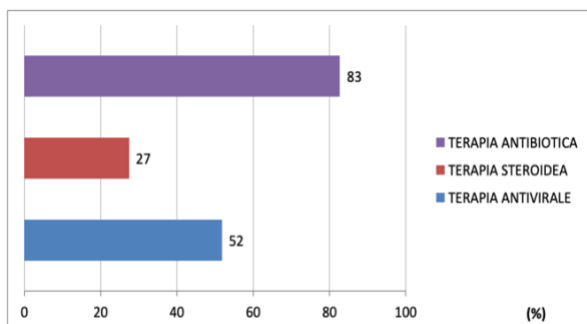
La insuficiencia respiratoria fue la complicación más comúnmente observada en esta muestra (97,2% de casos), luego daño renal agudo (27.8%), seguido de daño agudo de miocardio (10.8%) y superinfección (10.2%).

6. Terapias

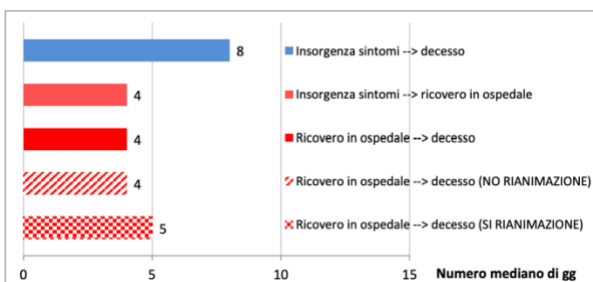
Figura 4. Terapias administradas en pacientes fallecidos positivos para COVID-19

La Figura 4 muestra las terapias administradas en pacientes fallecidos positivos para COVID-19 durante la hospitalización.

La terapia con antibióticos fue la más utilizada (83% de los casos), la menos utilizada antiviral (52%), la mayoría raramente terapia con esteroides (27%). El uso común de la terapia con antibióticos puede explicarse por presencia de superinfecciones o es compatible con el inicio de la terapia empírica en pacientes con neumonía, pendientes de la confirmación en el laboratorio de COVID-19. En 25 casos (14,9%) se utilizaron las 3 terapias.



7. Tiempos



La Figura 5 muestra, para pacientes fallecidos positivos para COVID-19, los tiempos medios, en días, que pasan desde el inicio de los síntomas hasta la muerte (8 días), desde el inicio de los síntomas hasta la hospitalización (4 días) y desde la hospitalización hasta la muerte (4 días). El tiempo transcurrido desde la hospitalización hasta la muerte fue 1 día más en los que fueron transferidos a reanimación que en los que no fueron transferidos (5 días contra 4 días).

Figura 5. Tiempo medio de hospitalización (en días) en pacientes fallecidos positivos para COVID-19
Numero mediano di gg = Número medio de días

8. Muertes en menores de 50 años

Hasta la fecha (17 de marzo), 17 pacientes positivos para COVID-19 han muerto menores de 50 años. En particular, 5 de ellos tenían menos de 40 y eran todos hombres de edades comprendidas entre 31 y/o 39 años con patologías preexistentes graves (cardiovasculares, renales, patologías psiquiátricas, diabetes, obesidad).