

Coronavirus, crisis y Estado

Ante una pandemia que expone las desigualdades de un orden mundial en crisis, es posible y necesario refundar el sistema de salud argentino.

Introducción

Pasaron apenas 71 días entre la primera notificación en la ciudad de Wuhan, provincia de Hubei, China, de casos de neumonía provocada por un virus desconocido hasta la declaración de pandemia por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Para entonces, el virus ya estaba aislado y descrito como un nuevo coronavirus, se le había puesto el nombre de SARS-CoV-2 y la enfermedad que provoca había sido bautizada COVID-19 (enfermedad por coronavirus-19). El 30 de enero se había declarado la emergencia de salud pública de importancia internacional.

En Argentina pasaron 17 días entre la confirmación del primer caso importado y la declaración del aislamiento social preventivo obligatorio, el 20 de marzo, con 128 casos confirmados y 3 muertes. A continuación se describirá lo poco que se conoce acerca del virus

en cuestión y se analizará la respuesta que los sistemas sanitarios han dado hasta ahora con resultados dispares.

COVID -19, lo que se conoce hasta ahora

El SARS-CoV-2 es uno de los cinco coronavirus que producen enfermedades en humanos. Se transmite cuando las personas afectadas expulsan gotitas de Flügge (partículas diminutas expedidas al hablar, toser, estornudar, respirar) y otra persona susceptible entra en contacto con ellas. El contacto puede ser directo o a través de superficies contaminadas.

El período de incubación de la enfermedad (desde el contagio hasta el comienzo de los síntomas) es en general de alrededor de 5 días, aunque puede durar entre 1 y 12 días. En la mayor parte de los casos, los síntomas que produce son los de un cuadro gripal (fiebre, tos, dolor de garganta) aproximadamente un 20% desarrollan síntomas que requieren intervención hospitalaria mientras que tan solo un 5% de los infectados desarrolla un cuadro grave de dificultad respiratoria.

Si bien la mortalidad es muy difícil de calcular mientras la pandemia está teniendo lugar, se observó que aumenta con la edad y con la presencia de otros factores de riesgo, como enfermedades pulmonares pre-existentes. Así, mientras que prácticamente no hay fallecidos menores de treinta años, mueren quince de cada cien personas mayores de ochenta años infectadas.

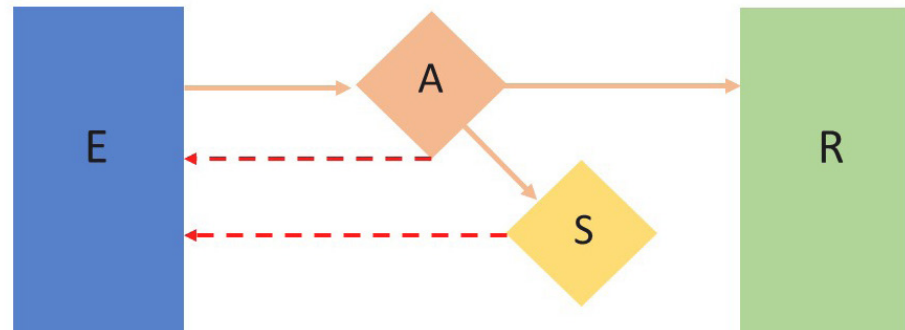
El resto de los coronavirus pueden causar desde resfrío común (de hecho, un tercio del total de los resfríos está causado por

coronavirus) hasta enfermedades respiratorias más graves, como el Síndrome Respiratorio Agudo Grave (SARS) que produjo una epidemia en 2002 que afectó a 26 países con cerca de 8000 personas infectadas y 765 muertes. Lo que todos comparten es que originalmente producían enfermedades en otros animales, que en algún momento adquirieron la capacidad de transmitirse de animales a humanos y finalmente comenzaron a contagiarse entre humanos.

La principal diferencia entre el nuevo coronavirus y el que produjo la epidemia de 2002, además de una parte de la información genética, es la capacidad de replicación viral lo que deriva en un fuerte incremento en la propagación. El SARS sólo era transmitido por pacientes con la forma más severa de la enfermedad mientras que quienes tienen una presentación leve y hasta personas asintomáticas pueden contagiar la COVID-19¹ (Figura 1).

Actualmente no hay ninguna vacuna y los tratamientos específicos para el nuevo coronavirus aún están siendo investigados². Por el momento, el abordaje terapéutico se limita a atenuar los síntomas cuando aparecen y a las medidas de sostén vital en casos graves. Estarán más afectados los grupos más vulnerables: los adultos mayores y las personas que tengan enfermedades previas (comorbilidades).

Figura 1. Modelo del contagio de COVID-19.



Las personas son expuestas (E) al virus expulsado por quienes ya se infectaron (líneas rojas punteadas), estén sintomáticos (S) o asintomáticos (A). Se puede atravesar la infección y alcanzar la recuperación (R) sin haber desarrollado síntomas. La única forma de frenar la expansión de la pandemia es disminuir la cantidad de personas expuestas. Adaptado de Tian et al (2020)

Medidas de mitigación y supresión a nivel poblacional

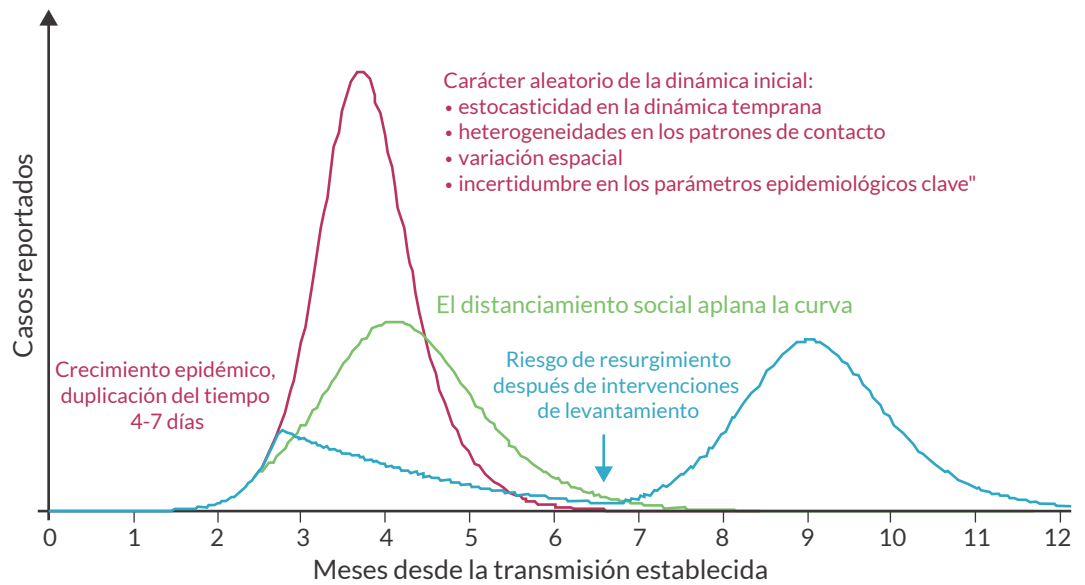
Desde el inicio del brote en Wuhan, se implementaron diferentes tácticas para acotar su diseminación y preservar la capacidad de respuesta del sistema de salud. Suponiendo que el 20% del total desarrolla un cuadro que requiere internación, debe ser prioritario reducir el número de casos simultáneos. Si el aumento diario de casos es más lento, aun con la misma cantidad total el impacto será menor. Si todas las camas existentes en un país estuvieran ocupadas por pacientes con coronavirus, aumentaría la mortalidad por las más diversas causas. La gente tendría más riesgo de morir por un infarto, una gripe o un accidente de tránsito porque no habría dónde internarla.

Pueden definirse cuatro tipos de intervenciones desde el Estado: 1) inacción; 2) emisión de recomendaciones apelando a la responsabilidad individual; 3) medidas moderadas, como el cierre de instituciones educativas, la implementación de trabajo a distancia, la cancelación de reuniones y eventos masivos y 4)

acciones severas, como el aislamiento social preventivo obligatorio con cese total de actividades que no resulten esenciales.

Como es de esperar, la inacción deja librado el curso de los acontecimientos a las características del virus, a la acción de factores ambientales cuya importancia todavía se desconoce y al eventual desarrollo de inmunidad por parte de la especie humana. El efecto de la emisión de recomendaciones es imprevisible pues depende de una cantidad inabarcable de factores que van desde el momento político que está atravesando una sociedad hasta el correcto funcionamiento de las redes de comunicación. Las intervenciones moderadas para reducir la transmisibilidad conducen a epidemias más prolongadas (Figura 2) con una cantidad menor de casos totales, aunque siempre superior a la capacidad de absorción del sistema sanitario. Las medidas más severas, como el aislamiento generalizado y obligatorio, cortan tempranamente la transmisión de la infección pero, al no poder sostenerse indefinidamente debido al gran impacto que tienen sobre la economía y la vida cotidiana de las personas, es previsible que surja un nuevo brote epidémico cuando las restricciones se relajen. Esa dilación en el tiempo da oportunidad al sistema de salud para adecuar su infraestructura y equipamiento, para capacitar y organizar al personal de salud en el contexto de una pandemia y para esperar el desarrollo de vacunas y tratamientos específicos. Estas medidas probaron su eficacia ante brotes de otros virus con un mecanismo de contagio similar, como el de la gripe, por lo que, implementarlas para el COVID-19 parecería razonable. De hecho, dieron resultado en países como Japón, Singapur o Corea del Sur, que lograron enlentecer la expansión del virus y reducir la cantidad total de casos.

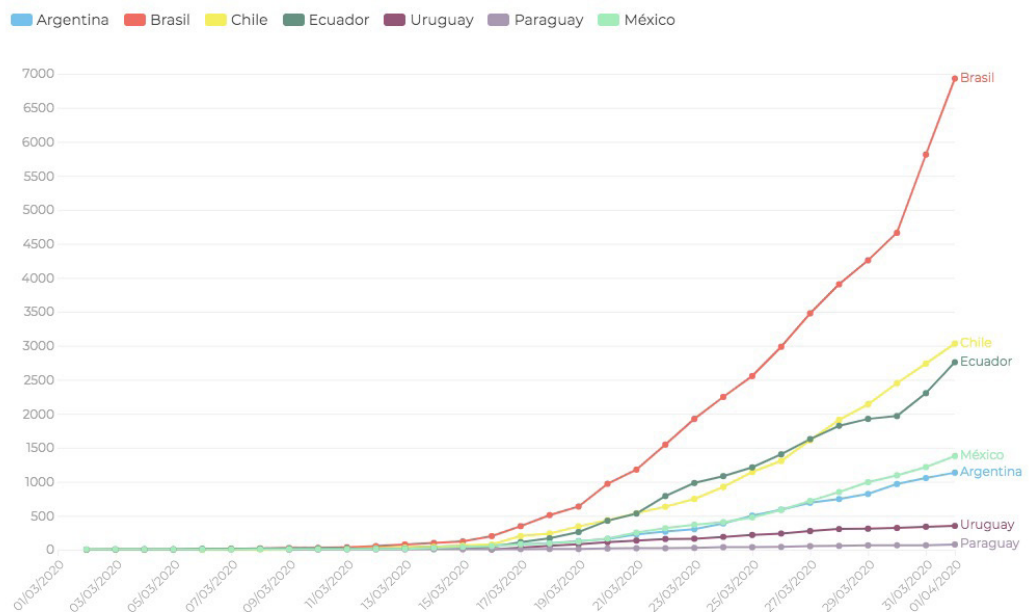
Figura 2. Simulación de escenarios posibles de la evolución de la epidemia³.



Línea roja: inacción estatal. Línea verde: medidas moderadas que favorecen el distanciamiento social. Línea celeste: acciones tempranas y severas de distanciamiento (aislamiento social preventivo obligatorio). Fuente: Anderson, R. M., Heesterbeek, H., Klinkenberg, D., & Hollingsworth, T. D. (2020). How will country-based mitigation measures influence the course of the COVID-19 epidemic?. The Lancet, 395 (10228), 931-934. Traducción propia.

Se comprobó también que es útil sumar las pruebas diagnósticas a gran escala con el consiguiente aislamiento de quienes resulten positivos para atenuar aún más el alcance de la epidemia.

Figura 3. Crecimiento de la cantidad de casos en Latinoamérica.



Celeste: Argentina; Rojo: Brasil; Amarillo: Chile; Verde oscuro: Ecuador; Violeta oscuro: Uruguay; Violeta claro: Paraguay; Verde claro: México. Fuente: El gato y la caja, a partir de la información publicada por el Ministerio de Salud de la Nación⁴.

La complejidad de la implementación de las medidas de aislamiento

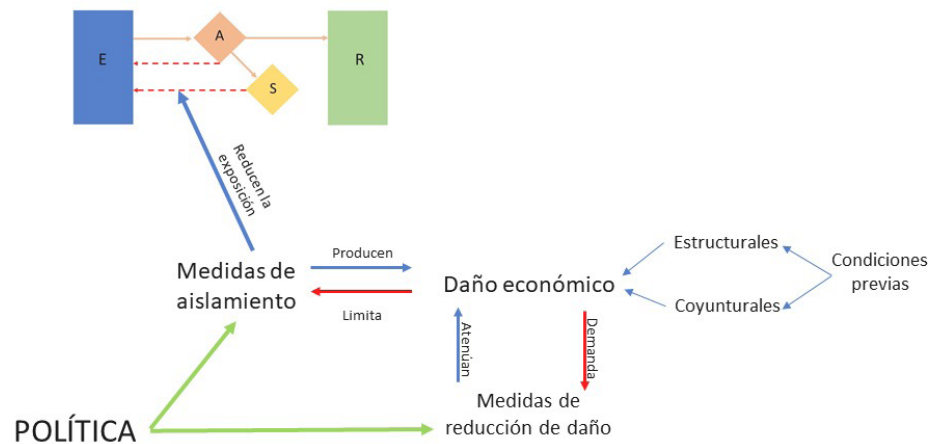
Si bien se asume que las medidas de aislamiento más estrictas tienen a la vez un potencial efecto positivo para el manejo de la pandemia y un seguro efecto deletéreo para la economía, los resultados finales dependerán en parte de la situación previa y en parte de las acciones estatales que se implementen para amortizar el daño.

Sería un error pensar que la relación entre cuarentena e impacto económico es unidireccional. Tan cierto como que el aislamiento social preventivo obligatorio atenta contra la economía es que las condiciones materiales de subsistencia de la población son un determinante crucial para que pueda sostenerse el aislamiento (Figura 4). Si el pueblo no puede comer, no habrá estado de sitio capaz de mantenerlo en casa. Esa es la importancia de la entrega directa de alimentos por diferentes medios y del auxilio financiero para los sectores más vulnerables que se están implementando. La fragilidad de las pequeñas empresas y comercios hará que muy pronto se las incluya junto a su personal entre los más desfavorecidos y deban implementarse políticas que los tengan por destinatarios.

Otro obstáculo para la implementación del aislamiento es la dimensión estructural de la pobreza. Los problemas de vivienda y de acceso a los servicios sanitarios hacen que las consignas “quedate en tu casa” o “lavate las manos con frecuencia” sean casi impracticables. Evitar las respuestas estandarizadas permite que las medidas sanitarias sirvan para proteger a todas y a todos en lugar de amplificar las desigualdades preexistentes (Figura 4).

Las prioridades y el tipo de medidas a tomar dependen de la posición político económica del gobierno (Figura 4). Por ejemplo, en Argentina se puso el foco en contener la expansión de la pandemia y reducir los daños económicos comenzando por la ayuda directa a los segmentos de menores ingresos. En el extremo opuesto, en Brasil el gobierno federal decidió hacer caso omiso a las medidas de aislamiento, le restó importancia a la pandemia y aprovechó la oportunidad para profundizar la flexibilización laboral⁵. En Estados Unidos se priorizó el auxilio al sector financiero y a las grandes industrias al mismo tiempo que se retaceaba la ayuda económica a los más pobres⁶.

Figura 4. Determinación de la viabilidad de las medidas de aislamiento.



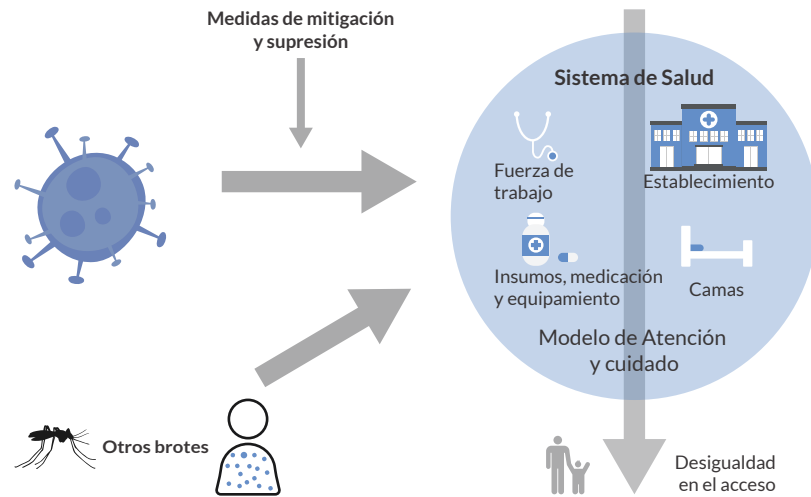
Las medidas de aislamiento, al mismo tiempo que frenan la expansión del virus, provocan un daño económico que termina limitando la viabilidad del aislamiento. La dimensión del daño económico está a su vez determinada por las condiciones previas a la pandemia y por las medidas paliativas generadas desde el Estado. La posición política de quienes estén a cargo del Poder Ejecutivo definirá las prioridades, los tiempos y el alcance de las medidas de aislamiento y las acciones de reducción del daño económico. Esquema de elaboración propia.

Desafío y oportunidad para el sistema de salud

Para comprender el impacto que puede tener la pandemia de COVID-19 sobre nuestro sistema de salud es necesario analizar la situación desde una perspectiva compleja. Si bien es cierto que su gran capacidad de contagio hace que el nuevo coronavirus se transforme por sí mismo en una amenaza para la viabilidad de la estructura sanitaria, hay una serie de factores que permiten evaluar las condiciones en las que se llega a enfrentar la pandemia (Figura 5).

Por un lado, están las medidas de mitigación o supresión que ya se han analizado, la eficacia en su implementación y su pertinencia temporal. Si son exitosas, la presión sobre el sistema de salud será menor en términos absolutos, crecerá en forma paulatina y dará tiempo a ampliar la capacidad de respuesta. En Argentina se siguió el curso de acción más estricto en un estadio del brote mucho más temprano que en otros países. El tiempo y el registro sistemático permitirán evaluar su utilidad.

Figura 5. Modelo para la previsión de la respuesta del sistema de salud a la pandemia.



La capacidad de respuesta del sistema de salud a la pandemia de COVID-19 estará determinada por: 1) el éxito de las medidas de mitigación y supresión; 2) la capacidad de contener otros brotes epidémicos; 3) la infraestructura sanitaria; 4) la disponibilidad de camas en general y de terapia intensiva en particular; 5) el número y calidad de formación de la fuerza laboral en salud. La organización y el funcionamiento del sistema de salud están atravesados por la fragmentación y la desigualdad en el acceso, que son sus principales problemas.

En segundo lugar está la capacidad para contener otros brotes epidémicos. La capacidad para internar pacientes graves será mayor cuantas menos personas deban ser ingresadas por otras causas. El arribo de la COVID-19 coincidió en nuestro país con la peor epidemia de sarampión en veinte años y con el más agresivo brote de dengue desde 2016. La respuesta contundente articulada entre los ministerios de salud de la Nación y la Provincia de Buenos Aires logró, mediante la vacunación masiva en las zonas de mayor incidencia, menguar la expansión del sarampión. Distinta es la situación con el dengue, que al 27 de marzo sumaba dos mil novecientos cuarenta y dos casos con seis fallecidos a nivel nacional y continúa en expansión⁷. En ausencia de vacuna y tratamiento específico, la única forma de controlar el dengue es cortar el ciclo de reproducción del mosquito que lo transmite.

Hasta ahora no se han tomado medidas efectivas en ese sentido pues se sigue apelando exclusivamente a la acción individual para la eliminación de reservorios domiciliarios de agua. Pese a su mortalidad relativamente baja, esta enfermedad puede demandar una gran cantidad de internaciones y de recursos de laboratorios clínicos debido a los controles y medidas de sostén necesarias para su abordaje. A los que ya mencionamos habría que agregarle el brote estacional de gripe común, que todos los inviernos genera miles de internaciones. Por eso, y porque comparte la población de mayor riesgo, asegurar la mayor cobertura posible de la vacunación antigripal es clave en el marco de la nueva pandemia.

Tercero, y estrechamente relacionado con los dos puntos anteriores, está el sistema de salud, tanto su capacidad instalada y su fuerza laboral como su organización. Un punto central en el caso de esta pandemia que requiere una gran cantidad de internaciones es la cantidad de camas disponibles, que en Argentina es de 5 cada mil habitantes, de las que un cuatro por ciento corresponde a unidades de terapia intensiva⁸.

La proporción de camas cada mil habitantes es la segunda más alta de todo el continente americano después de Cuba (5,2 por mil), mucho mayor que en Italia (3,4 por mil), España (3 por mil) o Estados Unidos (2,9 por mil) pero menor que Japón (13,4 por mil), Francia (6,4 por mil) o Gabón (6,2 por mil)⁹. En cuanto a la fuerza laboral, hay en el país 3,9 médicas/os y 2,58 enfermeras/os con formación suficiente cada mil habitantes¹⁰. La proporción de médicxs es similar a la de los países europeos y, como en el caso anterior, a nivel continental sólo es superada por Cuba. Sin embargo, este dato no alcanza para evaluar la capacidad de respuesta. La de enfermerxs, por su lado, está entre las más bajas

del continente y aproximadamente la mitad del total tienen el título de auxiliar de enfermería, que se obtiene luego de un curso de un año.

Tanto las medidas de mitigación y supresión de la pandemia como la capacidad de contener otros brotes epidémicos dependen de que el sistema de salud tenga mucho más que hospitales, camas de internación y respiradores. Es necesario un modelo de atención y cuidado de la salud con una fuerte base en los centros de salud de cercanía, con equipos de salud que conozcan la población que tienen a su cargo y con participación activa de la comunidad.

La fragmentación es el rasgo característico de la organización (o desorganización) y la principal productora de desigualdad del sistema de salud argentino. Por un lado, el financiamiento está dividido entre el Estado, las obras sociales y las empresas de medicina prepaga. Lo estatal, a su vez, se descompone entre la Nación, que financia pero casi no tiene hospitales ni centros de salud, las provincias y los municipios. Así, mientras que en la Ciudad de Buenos Aires hay cerca de 16 médicos cada mil habitantes, en las provincias del Noreste hay menos de 2. También es fruto de la fragmentación que las provincias disputen por la compra de insumos y equipamiento¹¹. El subsector de las obras sociales está atomizado en cientos de entidades independientes que compiten entre sí y con las empresas de medicina prepaga por la cartera de afiliados. Desde 2000, la desregulación permitió que las personas con salarios más altos derivasen sus aportes a prepagas, desfinanciando a las obras sociales sindicales.

El panorama fragmentado y desigual que se acaba de describir es el principal obstáculo para enfrentar la pandemia de COVID-19

y cualquier otro problema de salud pública en Argentina. Las acciones de alcance nacional que obligan a la articulación permanente entre jurisdicciones y subsectores y otras medidas excepcionales que se están tomando abren el camino hacia la transformación del sistema de salud. **Es posible emerger de esta catástrofe planetaria con un sistema nacional integrado de salud basado en la solidaridad y la igualdad, con perspectiva de derechos y mirada de género.**

Reflexiones finales: no hay guerra contra el virus

Desde el inicio de la pandemia se replican sin cesar distintas metáforas bélicas: “Es una guerra contra el virus” “Salud es la trinchera” “Hay que atacar al virus” “Estamos dando batalla”. El aislamiento y la idea de peligro constante amplifican la sensación de estar en un frente de batalla. Es cierto que **desde la Segunda Guerra Mundial no hay una conmoción tan grande en el funcionamiento de tantas partes del mundo al mismo tiempo.** También es verdad que este coronavirus afecta muchos más países que las guerras mundiales, que es mucho más difícil hablar de ganadores y perdedores y que los efectos a mediano y largo plazo son más imprevisibles en este caso.

Más allá del estado excepcional en el que se vive, **la metáfora bélica es del todo inapropiada. Ante todo, no hay enemigo. Al virus no le interesa conquistar países, matar gente ni controlar mercados. No le interesa nada y no lucha contra nadie. Es algo que ni siquiera está vivo.** Apenas tiene la capacidad de replicarse, transmitirse de persona a persona y producir una enfermedad potencialmente mortal para un grupo importante de la población.

No hay “nosotros contra el virus”. Apenas está la humanidad y su capacidad de cuidarse.

Habitualmente la salud se piensa en una dimensión individual, donde cada uno cuida su cuerpo muchas veces negando la interdependencia con los cuerpos que están cerca. El presente obliga a pensar en una dimensión comunitaria de alcance nacional que no surgirá de manera espontánea. Sólo el Estado puede organizar y conducir las tareas de cuidado y garantizar que se realicen respetando los derechos humanos.

La inacción, el aprovechamiento de la pandemia para librar mezquinas pujas electorales, la priorización del mercado sobre la vida y la seguridad de las personas son formas de intervención estatal cuyas deletéreas consecuencias pueden apreciarse en diferentes partes del globo. No es el caso de Argentina.

Este enorme operativo de cuidado bajo la conducción del Estado puede servir para reformular nuestro vínculo con la comunidad, para instituir la confianza en la capacidad de transformar la realidad en pos del beneficio común para crear nuevas instituciones democráticas que continúen la construcción más allá de la pandemia.

Notas al pie

¹ Tian, L., Li, X., Qi, F., Tang, Q. Y., Tang, V., Liu, J., ... & Tang, L. H. (2020). Pre-symptomatic Transmission in the Evolution of the COVID-19 Pandemic.

² Actualmente se están probando diferentes esquemas antivirales: hidroxicloroquina más la combinación de lopinavir y ritonavir; hidroxicloroquina más azitromicina. Argentina participa junto a Bahrein, Canadá, Francia, Irán, Noruega, Sudáfrica, Suiza y Tailandia del ensayo clínico Solidarity articulado por la OMS para evaluar su eficacia y seguridad.

³ Fuente: Anderson, R. M., Heesterbeek, H., Klinkenberg, D., & Hollingsworth, T. D. (2020). How will country-based mitigation measures influence the course of the COVID-19 epidemic?. The Lancet, 395 (10228), 931-934. Traducción propia.

⁴ Disponible en <https://beta.elgatoylacaja.ar/coronavirus>

⁵ Mediante la Medida Provisoria (MP) 927/20, el Presidente Jair Bolsonaro permitió que se suspendieran los contratos de trabajo sin pago de salario hasta por cuatro meses. Al día siguiente debió dar marcha atrás a través de la MP 928/20.

⁶ Krugman, P (2020). 3 Rules for the Trump Pandemic. The New York Times, 19/03/2020. Disponible en <https://www.nytimes.com/2020/03/19/opinion/trump-coronavirus.html>.

⁷ Ministerio de Salud de la Nación, Boletín Integrado de Vigilancia N° 489, SE 10/2020.

⁸ Ministerio de Salud de la Nación, Análisis de situación de salud : República Argentina. Buenos Aires : Ministerio de Salud de la Nación, 2018.

⁹ Datos del Banco Mundial. Disponibles en <https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.MED.BEDS.ZS?locations=AR&view=chart>.

¹⁰ Observatorio Federal de Recursos Humanos en Salud. Datos actualizados a 2016. Disponible en <https://www.argentina.gob.ar/salud/observatorio/datos/fuerzadetrabajo>. Se destacan esas profesiones porque, además de conformar el 60 por ciento de la fuerza laboral en salud, son la parte del equipo de salud más requerida en el contexto actual. Se considera sólo la fuerza de Enfermería con el título de licenciatura o tecnicatura superior (equivalente al de enfermería profesional y enfermería universitaria).

¹¹ Tensión entre la provincia de Mendoza y el Gobierno nacional por la compra de respiradores para luchar contra el coronavirus. Infobae, versión digital, 26/03/2020. Disponible en <https://www.infobae.com/politica/2020/03/27/tension-entre-la-provincia-de-mendoza-y-el-gobierno-nacional-por-la-compra-de-respiradores-para-luchar-contr-el-coronavirus/>.