

REDTBS
STOP EPIDEMIAS



Memorias de la **COVID-19**

La pandemia en las Américas

Editores

Mario Braier | Julio Ancochea

La Red TBS-Stop Epidemias lleva adelante desde hace casi 10 años una campaña de concienciación sobre una enfermedad endémica infectocontagiosa que tiene un importante componente social: la tuberculosis. La eclosión de la COVID-19 nos exigió incorporar objetivos de prevención y control que resultaran útiles y eficaces a nuestros conciudadanos y a la sociedad en general ante una pandemia cruel que también tiene un importante componente social. Por ello encaramos ambas epidemias que constituyen hoy una sindemia, siendo necesario evitar que se amplifique a una epidemia de injusticia. En este contexto era necesario ampliar las voces de quienes son protagonistas de esta historia sin fronteras y, al igual que en nuestro primer libro *Memorias de la COVID-19. Relatos de la Fase 1*, recogimos las experiencias de Iberoamérica y consideramos una necesidad editar este segundo libro: *Memorias de la COVID-19. La Pandemia en las Américas*.

Controlar la pandemia en la Unión Europea es vital y ello implica el compromiso de gobiernos y ciudadanos, pero a pesar de su eficacia en este espacio, ello no es más que una solución limitada, ya que en el resto de mundo la situación es diferente y África, Asia, Latinoamérica y el Caribe afrontan una grave situación pandémica, sobre todo por la insuficiente producción y distribución de vacunas, así como por sistemas sanitarios precarios. La Red TBS-Stop Epidemias es consciente de los cambios registrados en el actual paradigma sociosanitario y nuestro proyecto de salud pública nos compromete con la prevención, así como también con encarar las secuelas que deja y dejará la pandemia en todo el mundo desde una perspectiva de *Sanidad Global*.

Memorias
de la **COVID-19**
La pandemia en las Américas

Dedicamos este libro al esfuerzo colectivo y generoso de quienes creen en una sanidad al servicio de la sociedad y a todas las personas de buena voluntad que intentan forjar un mundo más equitativo y solidario.

Los editores quieren destacar y reconocer a todos los queridos amigos que apoyan nuestro trabajo y que lo han manifestado y manifiestan a lo largo de estos casi diez años de actividad de la Red TBS-Stop Epidemias.

Un agradecimiento especial a quienes hicieron posible esta edición: instituciones como la Universidad Autónoma de Madrid (UAM), el vicerrectorado de Compromiso Social y Sostenibilidad de la UAM y la Oficina de Acción Solidaria y Cooperación de la UAM; la Asociación de Médicos Gallegos (Asomega) y el Hospital Universitario de La Princesa.

También a los colaboradores que año tras año apoyan nuestra tarea de prevención y divulgación: Chiesi España; Grupo Menarini; Sandoz Farmacéutica; Serveis Clínics y a quienes participan en esta edición, Janssen y PharmaMar.

CONSEJO EDITORIAL



MARIO Braier



JULIO Ancochea



JAVIER García



ANNA Borau

DISEÑO Y MAQUETACIÓN



RUBÉN Aguilera



RAQUEL Lozano



JORGE Lozano

IMPRESIÓN

REDTBS
STOPEPIDEMIAS

MEMORIAS DE LA COVID-19 // *La pandemia en las Américas*

© Editores: Mario Braier – Julio Ancochea

© Editado por la Red TBS–Stop Epidemias

Contacto: redtbsstopepidemias@gmail.com

Primera edición: febrero de 2022.

Edición de distribución gratuita

Depósito Legal: DL B 3685-2022

ISBN: 978-84-09-38248-4

Impresión: Gráficas Andalusi

Impreso en Granada (España)

Autor fotografía Adolfo Pérez Esquivel: Santiago Trusso

Los editores respetan la opinión de los que firman, pero no necesariamente la comparten.

Este libro no podrá ser reproducido, ni total ni parcialmente, sin previo aviso y obtenido el permiso escrito de los editores; excepto en el caso de textos breves cuando se citen en artículos de prensa. Todos los derechos están reservados.

www.memoriasdelacovid19.org
www.redtbs.org

* Soporte completo de la red en la página 285 de la presente edición.

**MARIO BRAIER
JULIO ANCOCHEA**



MOTIVACIÓN Y RECONOCIMIENTO

Otro libro más. Una nueva edición y un mismo e inquietante tema: la pandemia por COVID-19. Y esta vez en otras latitudes, en las Américas. No es nuestra vocación repetirnos, pero en este caso debemos insistir. Insistimos en hablar del presente, de la realidad, de las cosas de todos los días, del buen hacer, de la empatía, la solidaridad y la esperanza. Y todo ello intentando ser consecuentes con la que debería ser la principal razón humana de la existencia individual y colectiva: la equidad.

Somos los editores de esta obra, pero sobre todo nos consideramos recolectores, inspiradores, catalizadores... animando una esperanza, aunque hoy en día puede que las utopías queden un poco lejos. Por ello vamos tras el talento de quienes son protagonistas de experiencias personales que pueden enriquecer nuestro conocimiento. Autoras y autores que han vivido en primera persona experiencias, en ocasiones desgarradoras, en diferentes escenarios de actuación durante esta terrible e injusta pandemia. Y es injusta no solamente porque sea potencialmente letal, sino porque esa letalidad se ceba en los sectores poblacionales más desfavorecidos del planeta. Realidad que agravia la conciencia de quienes tenemos una responsabilidad social, ante esta situación que se da especialmente en países de África, Asia y América Latina y el Caribe. En nuestra apreciada Europa, la pandemia también se hizo fuerte entre los sectores más humildes de la población: los pobres de los países ricos.

Muchos son los problemas a los que nos enfrentaremos la próxima década y una manera de hacerlo es oponer nuestra conciencia a la dejación, nuestro espíritu solidario al desinterés, el sobreesfuerzo a la fatiga y los ideales frente a la desconfianza

Tras el éxito recabado por nuestro anterior libro *Memorias de la COVID-19. Relatos de la Fase 1*, del que se distribuyeron gratuitamente 10 000 ejemplares y con el que se obtuvo una importante repercusión pública y mediática, nos atrevimos a encarar este segundo libro de *Memorias de la COVID-19* que, con profundo sentimiento, lo dedicamos a *La Pandemia en las Américas*.

Quienes escriben estas páginas han tenido que enfrentarse a todo ello desde su profesión de enfermer@s, médic@s, maestr@s, investigador@s, periodistas... e, inesperadamente, luchar contra esta enfermedad infectocontagiosa que es una gran epidemia de injusticia. Y nosotros, como editores de esta obra, les hemos privado un poco de su tiempo libre (si es que han podido disfrutar de alguno) pidiéndoles que nos pusieran en palabras escritas nacidas del corazón todo aquello que llevan dentro y que creemos que es indispensable compartir. Este ha sido nuestro principal quehacer a la hora de proponernos editar este libro, quizá un poco influenciados por una mística reparadora y evocando esa estrofa de Gustavo Adolfo Bécquer: ¡Cuántas veces el genio / así duerme en el fondo del alma, / y una voz como Lázaro espera / que le diga “Levántate y anda”!

Así surgió este libro, paso a paso, andando nueve meses desde que nos llegó el primer artículo hasta que los originales fueron al pie de la imprenta; como nos enseñó Machado “se hace camino el andar”.

38 ciudades de 19 países con la participación de representantes de 22 hospitales de ambos continentes, 18 universidades y 22 instituciones públicas, colegios profesionales, oenegés... 54 artículos, 10 cartas abiertas (9 a las Américas y 1 a la Unión Europea): múltiples narraciones, reflexiones sinceras, información especializada, experiencias personales e inéditas situaciones que han llevado al límite de sus circunstancias a las autoras y a los autores, a poner su voz al servicio del complejo proceso pandémico que aún nos sigue azotando y del que no se prevé fin.

Ciencia y arte, pragmatismo y creatividad, valores y sentimiento, protagonismo y humildad, injusticia y esperanza..., elementos que pueden parecer contrapuestos y que inevitablemente nos llevan a una especial síntesis que se encontrará en las páginas que siguen, en las cuales la heterodoxia es un atributo de la diversidad, pero donde el encuentro de culturas es el destino común. Personas que se comprometen en un momento de la Historia en el cual no podemos mantenernos indiferentes. Una coyuntura en la que la ineptitud de muchos gobernantes conduce por las peligrosas fronteras de la polarización en una época en que las ideologías deberían ser un tránsito a la razón y al entendimiento. Una pospandemia que nos aguarda con más incertidumbres que certezas en un momento de crisis de la naturaleza por un calentamiento global de tal magnitud que ya podemos considerar pandémico-ambiental. Muchos son los problemas a los que nos enfrentaremos la próxima década y una manera de hacerlo es oponer nuestra conciencia a la dejación, nuestro espíritu solidario al desinterés, el sobreesfuerzo a la fatiga y los ideales frente a la desconfianza. El SARS-CoV-2 nos debería unir en un propósito común, con el mismo esfuerzo, la misma voluntad, la misma inversión económica, la misma certidumbre con la que apostamos con seguridad por hallar una vacuna que, si bien no está equitativamente distribuida entre toda la población mundial, al menos está ahí: de nosostr@s depende su buen uso y el fin de la alerta sanitaria mundial. Voluntad y generosidad es

38 ciudades de 19 países
con la participación
de representantes
de 22 hospitales
de ambos continentes,
18 universidades
y 22 instituciones
públicas, colegios
profesionales, oenegés...
54 artículos,
10 cartas abiertas
(9 a las Américas
y 1 a la Unión Europea)

la única salvaguarda para esta crisis y resulta ineludible y necesario que la sanidad pública sea global como lo son los derechos humanos, aunque algunos intenten desentenderse de este nuevo paradigma.

La *introducción* a este libro es también el mensaje de esperanza que nos traen las palabras del Premio Nobel de la Paz, Adolfo Pérez Esquivel, cuya trayectoria es merecedora de admiración y que actualmente, a sus jóvenes 92 años, es presidente del Consejo Honorario del Servicio Paz y Justicia Latinoamericano. En su discurso de aceptación del Premio Nobel de la Paz afirmó, entre otros muchos mensajes humanistas: “Para un hombre como yo, una pequeña voz de los que no tienen voz, que lucha para que se oiga con toda la fuerza el clamor de los Pueblos, sin otra identificación que con el hombre concreto latinoamericano y, como cristiano, este es sin duda el más alto honor que puedo recibir, que se me considere un Servidor de la Paz. Vengo de un continente que vive entre la angustia y la esperanza y en donde se inscribe mi historia. Estoy convencido de que la opción de la fuerza evangélica de la no-violencia se abre como un desafío y a perspectivas nuevas y radicales”.

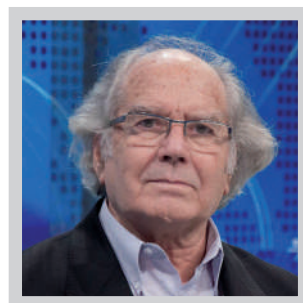
El *epílogo* de este libro también intenta narrar lo que está sucediendo a nivel global y para ello contamos con un gran observador internacional, el periodista Andrea Rizzi, corresponsal de asuntos globales de El País, que nos ofrece a través de la lúcida visión que le caracteriza, una radiografía del actual panorama mundial.

Esperamos que *Memorias de la COVID-19. La Pandemia en las Américas* contribuya al conocimiento y mejora de nuestro entorno social y sea una expresión de integración y colaboración con el buen hacer. //

Escriben...

- 5 Mario Braier • Julio Ancochea MOTIVACIÓN Y RECONOCIMIENTO
- 11 Adolfo Pérez Esquivel PANDEMIAS DE NUESTRO TIEMPO
- 13 Julio Ancochea Bermúdez CARTA ABIERTA A LAS AMÉRICAS I
- 15 Norma Lucrecia Ramírez de Castellanos LOS RETOS CONTINÚAN
- 21 Eric Burguera-Couce UNA REFLEXIÓN
- 23 Reynaldo Chandler LA CALIDAD DE LA EVIDENCIA
- 29 Silvia Arias Careaga EL AÑO QUE VIVIMOS PELIGROSAMENTE
- 31 José Rogelio Pérez Padilla LO MEJOR Y LO PEOR DE LAS PERSONAS
- 35 Carolina Zweig FITINHAS DO SENHOR DO BONFIM
- 39 Cristian S. Aroche EXPERIENCIA
- 43 Suyapa María Sosa Ferrari LO MEJOR DE MUCHOS, LO PEOR DE TODOS
- 47 Gur Levy AYUDAR A TRAVÉS DE LA MEDICINA
- 51 Ana S. Ramírez García-Luna HUMANOS CON ILUSTIÓN
- 53 Óscar Andrés Cruz Martínez COVID-19 Y TUBERCULOSIS
- 63 Mauro Zamboni UNA LUZ AL FINAL DEL TÚNEL
- 65 José Antonio Caminero Luna CARTA ABIERTA A LAS AMÉRICAS II
- 67 Daniel Samper Pizano DESCUBRIENDO LA NATURALEZA. TODO UN HONOR
- 73 Jeanne Gambucci CHANGE FATIGUE
- 77 Andrés L. Echazarreta EL LARGO CAMINO DE LA TB A LA COVID-19
- 83 Denisse Arakaki-Sánchez • Fernanda Dockhorn Costa Johansen • Tieni Arakawa
SOBRE EL CONTROL DE LA TB DURANTE LA PANDEMIA
- 87 Joan B. Soriano • Julio Ancochea Bermúdez
SOBRE LA NUEVA CONDICIÓN POST COVID-19
- 93 Tomás Cobo Castro CARTA ABIERTA A LAS AMÉRICAS III
- 95 Willy Morose PROMOVER UN VÍNCULO ENTRE POLÍTICA PÚBLICA Y ACCIONES
BASADAS EN LA COMUNIDAD
- 101 Natalia Gras TIEMPO Y LIBERTAD
- 105 Mark Cohen Todd 2020: UN AÑO DIFÍCIL
- 111 Juana Samper Ospina DETRÁS DE LA MIRADA
- 115 Joan Artur Caylà Buqueras ¿CUÁNTA COVID-19 QUEREMOS? 2020, 2021
- 123 Javier Senent García CARTA ABIERTA A LAS AMÉRICAS IV
- 125 Walter Mattarucco LA LECCIÓN APRENDIDA EN LA PANDEMIA
- 129 Dolores Moreno CON POCO O CON MUCHO

133	David Cerdio Domínguez LA REALIDAD Y LA DESIGUALDAD SOCIAL
137	Sonia M. Ramírez Pérez LA PANDEMIA EN UNA MEDIA ISLA
141	Lorenzo Fernández Fau ÉTICA Y PANDEMIA
147	María Carmen Sellán Soto CARTA ABIERTA A LAS AMÉRICAS V
149	Laura Noemí Chavarría de Cocar ENFERMERÍA, PILAR FUNDAMENTAL
153	Mirliana Ramírez-Pereira PANDEMIA... A MANO CON LAS LUCHAS SOCIALES
157	Isabel Álvarez Solorza ENFERMERÍA: ¿SON REYES, ÁNGELES, HÉROES...? PROFESIONALES COMPETENTES
161	Constanza Jacques Aviñó DE LA PANDEMIA A LA SINDEMIA
165	Julio Ancochea Bermúdez TABACO Y COVID-19
167	Lorenzo Fernández Fau CARTA ABIERTA A LAS AMÉRICAS VI
171	Ana María López VIVIR EN PANDEMIA Y NUNCA IMAGINADO
175	Luis Adrián Rendón Pérez • Ruth Medina ¿HABREMOS APRENDIDO LA LECCIÓN?
181	Ivone Evangelista Cabral ENFRENTAR LA PANDEMIA EN EL CONTEXTO BRASILEÑO
185	Iván Chérrez Ojeda LA OSCURIDAD DE LA PANDEMIA
189	Javier García Pérez CARTA ABIERTA A LAS AMÉRICAS VII
193	Martin Sívori ACUARELA DE LA PANDEMIA
199	Efraín Sánchez Angarita LA PANDEMIA: ¿UN RETO O UNA OPORTUNIDAD?
203	Carlos Rodríguez Taveras PANDEMIA
209	Héctor Javier Sánchez Pérez PENSAR EN TB EN TIEMPOS DE LA COVID-19
213	Johana Botero Giraldo ENFERMERÍA DE CANADÁ DURANTE LA PANDEMIA
217	Jorgelina Lezaun SALUD Y AGRICULTURA, SECTORES PRIORITARIOS EN PANDEMIA
221	Jean de Melo Silva <i>PARQUE DAS TRIBOS</i>
223	M ^a Victorina López Varela UNA PANDEMIA QUE NOS LLEGÓ A TOD@S
225	José Carlos Bermejo CARTA ABIERTA A LAS AMÉRICAS VIII
229	Francisco Eduardo Marcos REFLEXIONES SOBRE LA PANDEMIA
233	Yolanda E. Rodríguez de Guzmán LA PANDEMIA EN EL ÁMBITO PERUANO
237	Cristina Gordillo Marroquín EL BINOMIO SINIESTRO
243	Rafael Camero del Vecchio UN CABALLERO EN TIEMPOS DE PANDEMIA
247	Jesús Aguilar Santamaría CARTA ABIERTA A LAS AMÉRICAS IX
249	Julio Ancochea Bermúdez REFLEXIONES DESDE UN SERVICIO DE NEUMOLOGÍA
253	Miguel Carrero López IRREMPLAZABLES
257	Juliana Beltrán Sierra MIEDO Y ESPERANZA
261	Ezequiel Consiglio UNA MIRADA DESDE EL SUR
267	Joan Pau Millet i Vilanova AÑO 2069: A 50 AÑOS DEL PRIMER CASO DE COVID-19
271	Héctor Javier Sánchez Pérez • Ezequiel Consiglio • Jaime Argueta CARTA ABIERTA A LA UNIÓN EUROPEA X
277	Andrea Rizzi EL REMOLINO DE LA DESIGUALDAD



PRÓLOGO

ADOLFO PÉREZ ESQUIVEL

Premio Nobel de la Paz

Presidente del Consejo Honorario del Servicio Paz y Justicia Latinoamericano y de la Comisión Provincial por la Memoria. Presidente de la Liga Internacional para los Derechos Humanos y la Liberación de los Pueblos. Forma parte del Jurado Internacional del Premio de Derechos Humanos de Núremberg y es doctor *honoris causa* de 16 prestigiosas universidades de todo el mundo

PANDEMIAS DE NUESTRO TIEMPO

Un científico paleontólogo, Teilhard de Chardin, en sus investigaciones, señala tres ejes del universo en su evolución afirmando las teorías e investigaciones coincidentes con lo que señalara Heráclito, ese extraordinario filósofo de la antigua Grecia, en su concepción filosófica de que todo el universo está sujeto al cambio y evolución; que nada es estático, que todo fluye.

En el tiempo surgen pensadores como Darwin, que desarrolla una teoría sobre la evolución de las especies que revoluciona el pensamiento de su época hasta el presente.

Lo importante entre las investigaciones de Teilhard de Chardin es su mirada, como Jesuita y místico en comprender la evolución del universo en tres grandes ejes. La biogénesis, la antropogénesis y la cosmogénesis en su evolución que define como un proceso ascendente y convergente de la síntesis universal que señala como científico, Alfa y Omega y como místico y filósofo la evolución del ser humano y el universo hacia la espiritualidad en Dios.

En la vida actual vivimos la aceleración del tiempo a través de las tecnologías que nos ha transformado la vida y los avances científicos y tecnológicos aportaron positivamente a la humanidad en su desarrollo, como la medicina, comunicaciones, entre otros, pero no todo fue bueno, el conocimiento fue utilizado para la especulación financiera, la destrucción del medio ambiente, la contaminación y calentamiento global que afecta la vida de los pueblos y de todo ser viviente poniendo en peligro la vida planetaria, al quebrarse el equilibrio del ser humano con la Madre Tierra y la Naturaleza.

La humanidad sufre las consecuencias de la pandemia del COVID-19, situación que no es casual, son consecuencias del maltrato del ser humano contra la Madre Tierra y toda la naturaleza por los intereses económicos y políticos, el consumismo, el derroche de los bienes y recursos que afecta al mundo y pone en evidencia la desigualdad social, el hambre, la pobreza, la marginalidad, los millones de refugiados que bus-

can un lugar en el mundo, el aumento de las muertes, mientras las grandes potencias continúan la carrera armamentista y utilizan la medicina como mercancía y no como un derecho de la humanidad, basta ver el uso y abuso de la industria farmacéutica en el mundo sin sensibilidad social y menos aún con los países más pobres y desprotegidos.

El agua es un drama en el presente y se agudizará en el futuro, no hay que ser futurologo, la realidad nos advierte que lo que sembramos recogemos. Volvamos nuestra mirada y pensamiento a Heráclito, quien hace ya 25 siglos dijo: “La salud de la humanidad es el reflejo de la salud de la tierra”. Si vemos en el tiempo actual la pandemia que afecta a escala mundial es urgente repensar las formas de vida de nuestras sociedades, hay ciclos que provocan pestes, enfermedades a diversos países pero la COVID-19 por la interrelación, las comunicaciones, impactó en todo el mundo y se expandió con fuerza provocando muertes, enfermedades, desempleo, daños en la vida planetaria.

La contaminación de ríos y mares, la devastación de la naturaleza por quienes privilegian el capital financiero sobre la vida de los pueblos y ponen en peligro la existencia planetaria.

El Papa Francisco llama a defender, preservar y cuidar la “Casa Común”. La humanidad está frente a grandes desafíos de su existencia y hay pueblos que plantean volver la mirada al pensamiento de los ancestros al “Buen Vivir”, volver a recuperar y valorar el equilibrio entre los seres humanos y la Madre Tierra.

Erich Fromm decía que hay dos partidos [...]: uno es el de la Esperanza [...] El otro partido es el del Miedo

No bastan las vacunas, ayudan pero no son solución al problema de vida de los pueblos; es necesario aprender a vivir con lo necesario que hace el compartir en comunidad el pan que alimenta el cuerpo y el pan que alimenta el espíritu y la libertad y equilibrio con la Madre Tierra y saber que somos sus hijos e hijas, no los dueños o dueñas.

Erich Fromm decía que hay dos partidos y que tenemos que optar: uno es el partido de la Esperanza, de saber que otro mundo es posible, que hay que desterrar las injusticia y trabajar por la igualdad y derecho de todas y todos. El otro partido es el del Miedo, aquellos que tienen miedo de vivir y asumir el desafío, del miedo a la cobardía hay un solo paso y se pierde la identidad de ser persona, de reconocer sus derechos a la vida y a la igualdad de todas y todos.

La pandemia nos lleva a reflexionar hacia dónde va la humanidad. Retroceder a lo vivido es un peligro latente, no superar los problemas que viven los pueblos y especial los más desprotegidos, proteger los bienes y recursos naturales.

La medicina y la industria farmacéutica no pueden privilegiar el capital financiero sobre la vida de los pueblos. Hemos lanzado campañas para que tomen como ejemplo de humanidad a los doctores Salk y Sabin sobre las patentes de la poliomielitis y pedir que las vacunas del COVID-19 sean libres y gratuitas, lamentablemente no lo logramos pero no nos damos por vencidos, hay países que están en condiciones de tener una industria nacional de medicina pública y fabricación de medicamentos genéricos, es un desafío a enfrentar y pedir políticas públicas a los gobiernos para ser una realidad. //



JULIO ANCOCHEA BERMÚDEZ

Presidente del Comité Científico
de la Red TBS-Stop Epidemias

ESPAÑA

CARTA ABIERTA A LAS AMÉRICAS

En esta segunda entrega de *Memorias de la COVID-19. La pandemia en las Américas* quiero dedicar unas palabras del alma a los hermanos de ese continente que, al igual que en todo el planeta, sufren las consecuencias de esta terrible pandemia. Son muchos los lazos afectivos que nos unen y creo importante subrayar el valor de la solidaridad, sin la cual se pierde la perspectiva de lo más importante del ser humano: el nosotros.

Sé de las diferencias sociales y económicas que separan al continente entre el Norte y el Sur. Sin embargo, nuestro sentir es por todas las personas que a pesar de sus matices e historias viven desde Alaska a Tierra del Fuego. Al igual que en Europa nuestra vertiente continental va desde el Atlántico a los Urales, aunque la historia nos representa como el este y el oeste. Hoy lo que realmente importa es la unión como principio ético ante este cambio de paradigma que puede conducirnos a un derrotero jamás imaginado. En este ciclo global únicamente la solidaridad nos hará mejores y debemos intentar que la geopolítica esté al servicio de tod@s y ello implica a las vacunas contra la COVID-19 y la mejora de las condiciones de vida de las personas.

Sé de las diferencias sociales y económicas que separan al continente entre el Norte y el Sur. Sin embargo, nuestro sentir es por todas las personas que a pesar de sus matices e historias viven desde Alaska a Tierra del Fuego

Jonas Edward Salk fue el virólogo que descubrió la primera vacuna contra la poliomielitis infantil, que la Organización Mundial de la Salud calificó cincuenta años después como el mayor logro del milenio en materia de salud pública. Al ser interrogado sobre los motivos por los que rechazó patentar su vacuna, Salk respondió: “¿Podría usted patentar el sol? “. Y cuando pensamos en los más vulnerables y desfavorecidos, algunos nos preguntamos: ¿Se pueden patentar los sueños, el futuro, la esperanza...? ¿Se puede patentar la vida? //



**NORMA LUCRECIA RAMÍREZ
DE CASTELLANOS**

Viceministra de Salud. Ministerio de Salud
Pública y Asistencia Social de Guatemala
GUATEMALA

LOS RETOS CONTINÚAN

Allá por el mes de enero del año 2020, fungiendo como coordinadora del Programa Nacional de Tuberculosis, se escuchaba que al otro lado del hemisferio estaba sucediendo algo extraño. Sabíamos que en China un virus estaba causando algún tipo de enfermedad respiratoria y que era en extremo contagiosa. Estábamos a la expectativa del movimiento del virus; cuando este llegó a Europa era de suponer que pronto estaría en América, y tal cual lo esperábamos, ese día llegó.

Estábamos estrenando presidente que iniciaba su gobierno con la promesa de cumplir con propuestas y proyectos cuyo planteamiento se remontaba a cuatro períodos anteriores en los cuales entro a la contienda sin encontrar victoria. Como era de esperar con un presidente médico, inició el desarrollo de una serie de preparativos para contener lo inevitable. Recuerdo perfectamente el día del primer caso detectado en mi país, la incertidumbre, el miedo, la angustia que experimentamos todos los ciudadanos y en especial el personal sanitario, el manejo de las redes y los medios de comunicación que lejos de informar, desinformaban causando pánico en la población y el inevitable panorama que indicaba que para los trabajadores de salud empezaba una batalla extenuante.

A pesar de la precariedad del sistema de salud nacional, arrastrando y heredando problemas de muchas administraciones anteriores, preparamos lo mejor que pudimos la respuesta a la pandemia que fue rápida y contundente, desprovistos de equipos de protección personal adecuados e insuficientes, pero con el espíritu de lucha y la mística de trabajo en las venas, nos volcamos a enfrentar la situación. Desde ese primer caso el 13 de marzo se tomaron medidas emergentes para informar a la población sobre la mejor manera de resguardar su salud, medidas de distanciamiento físico, lavado de manos y el uso correcto de la mascarilla. Con el tiempo, de poco en poco y cada domingo esperábamos medidas más estrictas cada vez. Se limitó el ingreso al país de extranjeros que venían de países que ya reportaban brotes y posteriormente fueron cerradas las fronteras, limitada la movilización desde algunas horas hasta fines de semana completos. Pero a pesar de todo nuestro equipo continuó al frente cumpliendo con nuestra labor, dejando hogar, familia, amigos y descanso.

Recuerdo perfectamente el día del primer caso detectado en mi país, la incertidumbre, el miedo, la angustia que experimentamos todos los ciudadanos y en especial el personal sanitario, el manejo de las redes y los medios de comunicación que lejos de informar, desinformaban causando pánico en la población y el inevitable panorama que indicaba que para los trabajadores de salud empezaba una batalla extenuante

Se habilitaron hospitales de emergencia para atender casos COVID-19, se dieron a conocer lineamientos que regirían cada acción referente a la emergencia que estábamos viviendo, se abasteció de insumos, medicamentos y de los equipos de protección personal existentes en ese momento. Como parte de la respuesta humanitaria ante la epidemia se articuló la respuesta y se formaron comisiones

Con el tiempo, de poco en poco y cada domingo esperábamos medidas más estrictas cada vez.

Se limitó el ingreso al país de extranjeros que venían de países que ya reportaban brotes y posteriormente fueron cerradas las fronteras, limitada la movilización desde algunas horas hasta fines de semana completos

de trabajo que responderían a los temas prioritarios. Recibimos mucho apoyo de cooperantes y amigos que sabían de nuestras necesidades ante esta situación inusual, ayuda por la que permaneceremos agradecidos siempre.

Unos meses más tarde, el Ministerio de Salud realizó cambios en su administración y, en medio de toda esta escena caótica, fui llamada a servir a mi país, esta vez como viceministra. Un nuevo reto para mi vida profesional, cargo que como profesional se considera una recompensa a los esfuerzos de la vida laboral. Sin embargo, no podía evitar preguntarme: ¿era el momento ideal para mí o para cualquiera en mi lugar? No tuve más tiempo para pensarlo que veinticuatro horas, era mi oportunidad de servir a los guatemaltecos desde otra perspectiva, aunque para ello tendría que sacrificar hijas, esposo, amigos y familia, noches de sueño y momentos de tranquilidad. Pudo más la sensación de deber que me empujó a aceptar, a entender que era el momento propicio para demostrar de qué estaba hecha y desde ese momento y hasta el día de hoy ha sido un compromiso adquirido con la población, enfocada en hacer mi mejor esfuerzo por poder mejorar la atención en los servicios de salud y en aliviar de alguna manera todo el sufrimiento humano que estamos experimentando. He visto el trabajo del personal en primera línea, esa entrega de olvidar horarios y familia y a pesar del cansancio dar una atención de calidad y calidez. No es sencillo tomar decisiones en momentos de crisis, pero lo hemos hecho, entendiendo que lo más difícil de ser un líder en esta posición es entender que lo que decidas afectará de forma positiva o negativa a la salud de tu país.

“Le dolía su país como si le hubiera podrido la sangre. Le dolía afuera y en la médula, en la raíz del pelo, bajo las uñas, entre los dientes”

Miguel Ángel Asturias, escritor guatemalteco premio nobel, cita en su libro *El señor presidente* una frase que me ha dado vueltas en la cabeza “Le dolía su país como si le hubiera podrido la sangre. Le dolía afuera y en la médula, en la raíz del pelo, bajo las uñas, entre los dientes.” Hay momentos que así veo a mi Guatemala, con dolor y sufrimiento, cuando veo ingresar a las emergencias de los hospitales a personas suplicando por oxígeno porque no pueden respirar, cuando veo a familiares despedirse de su padre, abuelo o hijos con la incertidumbre de no saber si será la última vez que los verán. He tenido momentos de debilidad al sentir tan cerca la muerte de amigos y familiares, he experimentado la sensación de impotencia al no poder hacer más.

Entonces, como funcionaria puedo ver a este virus que ha venido a poner al descubierto nuestras falencias, y me da la fuerza y el coraje para seguir, porque también este pequeño monstruo ha sacado lo mejor de los guatemaltecos, quienes siempre hemos sido solidarios, pero hoy mucho más. Me llena de esperanza ver que las acciones que se realizan dan fruto.

No tuve más tiempo
para pensarlo
que veinticuatro horas,
era mi oportunidad
de servir a los
guatemaltecos desde otra
perspectiva, aunque para
ello tendría que sacrificar
hijas, esposo, amigos
y familia, noches
de sueño y momentos
de tranquilidad. Pudo
más la sensación
de deber que me empujó
a aceptar, a entender que
era el momento propicio
para demostrar de qué
estaba hecha y desde ese
momento y hasta
el día de hoy ha sido
un compromiso
adquirido
con la población

Por si fuera poco, durante esta continua lucha, el país fue azotado por el poder de la naturaleza. Dos tormentas: IOTA y ETA, que dejaron serias y profundas heridas en mi pueblo, trayendo de nuevo muerte, tristeza y pérdidas de pueblos completos por inundaciones. Y una vez más esta gente fuerte vuelve a enfrentar dolor y de nuevo nos pone a prueba en la respuesta inmediata ante esta situación. Y vamos, otra vez, a darlo todo en el terreno, sin descanso, integrando hasta personal administrativo para la búsqueda, rescate y recuperación de la salud de nuestros conciudadanos. Qué gusto da ver esa unión, esa fortaleza de espíritu en esos equipos de trabajo que dejan todo por auxiliar a sus hermanos.

En la actualidad se implementan intervenciones dirigidas a la persona, familia y comunidad para el diagnóstico, tratamiento y curación. Tenemos muy buenos resultados, hemos descentralizado las pruebas PCR, pusimos en marcha laboratorios móviles con la intención de acercar las pruebas a la población que, temerosa de contagiarse, se alejó de los servicios de salud y algunos servicios han tenido que extender sus horarios de atención 24/7 en los primeros y segundos niveles de atención. Este esfuerzo se ve fortificado con el apoyo multisectorial, de municipalidades, gobernaciones y comunidad en general.

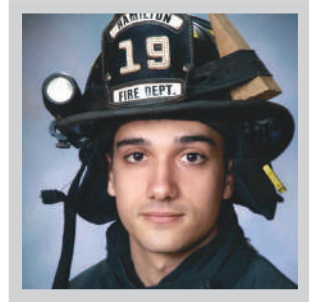
Como todos los países eventualmente, creímos que habíamos superado este flagelo, sin embargo, esa necesidad de reunirse, de compartir con familias y amigos para navidad y fin de año está cobrando ahora la factura, y una muy alta, pues esta vez viene con más fuerza que la inicial. Y aquí estamos de nuevo buscando la mejor alternativa, evitando perjudicar económicamente a los que más perdieron.

[...] la mascarilla llegó para quedarse

Puedo ver luz al final, una nueva “normalidad”, la mascarilla llegó para quedarse, un reto para todos. No es fácil ni agradable para la población en general, sin embargo, es necesario, volvimos a vernos a los ojos y escuchar lo que nos dicen sin palabras. Y sí, hemos cambiado, estamos regresando a lo que nuestros ancestros, los mayas profesaban, cuidar la tierra, utilizar nuestros recursos de forma adecuada, sacar el hombre y la mujer de maíz que somos en esencia los guatemaltecos.

Muchos me han preguntado cómo manejan la pandemia las poblaciones indígenas del país teniendo en cuenta la diversidad de pueblos originarios en Guatemala, cada uno con diferentes cosmovisiones. Se puede resumir el éxito en el abordaje de la COVID-19 en la importancia que tuvo en este tiempo el estrechamiento de las relaciones de los líderes comunitarios con el Ministerio de Salud, permitiendo que nos pudiésemos comunicar y escuchar de mejor manera.

Los retos continúan, el virus está con nosotros y hay mucho que hablar sobre lo que se ha hecho en nuestro país, estamos a la expectativa de la esperanza que brinda la vacuna, pero estoy consciente que hay mucho más por hacer. Aún estamos empezando a escribir nuestras primeras memorias con el COVID-19 en Guatemala. //



ERIC BURGUERA-COUCE

Bombero en West Hamilton Beach.
Distrito Norte del Estado de New York

ESTADOS UNIDOS

UNA REFLEXIÓN

Las noticias del novel coronavirus y de los primeros brotes en China se sentían muy lejanos a principios del año. Pronto aprendimos que los efectos del virus se extenderían mucho más y con una velocidad sin precedentes. El 12 de marzo, recibimos la noticia de que varias universidades en todo el país, incluyendo aquella en nuestro distrito al norte del Estado de Nueva York, decidían cerrar sus puertas con la consiguiente salida de todos sus estudiantes y todo el personal.

Varios miembros del departamento de emergencias del condado éramos a la vez estudiantes en la misma universidad. Los días que siguieron al cierre oficial del campus fueron clave para promover la propagación del virus. Familiares provenientes de diversos Estados acudían a recoger a sus hijos y estos se apuraban a quemar juntos las últimas velas de un semestre que antes del 12 de marzo prometía ser un tiempo único lleno de memorias inolvidables y ahora era, cuando menos, atípico. En las semanas siguientes nos enteramos de la propagación de la COVID-19 en el norte de la ciudad de Nueva York a través de las noticias y pasamos a sufrir de primera mano sus consecuencias en nuestra comunidad. Pronto nos vimos rodeados de estudiantes que resultaban positivos y que, subsecuentemente, propagaron la infección a pueblos más aislados del Condado que de otra manera, es probable, no se hubieran visto afectados. Sin el tiempo para programar de manera metódica los Servicios de Emergencias de todo el país nos pusimos a idear planes de actuación ante la esperada subida de llamadas de emergencia médica, tratando a la vez de no descuidar las medidas asociadas a las llamadas habituales. La prioridad era intentar establecer protocolos de protección para el personal de Emergencia y disminuir la exposición al virus con nuevos entrenamientos que minimizaran el riesgo y a la vez preservaran, dentro de lo posible, el material de protección ya que no sabíamos en aquel momento cómo evolucionaría la situación. Sorprendentemente, las llamadas al 911 nacionales cayeron un 26 % con una drástica reducción en incendios,

Sin el tiempo para programar de manera metódica los Servicios de Emergencias de todo el país nos pusimos a idear planes de actuación ante la esperada subida de llamadas de emergencia médica, tratando a la vez de no descuidar las medidas asociadas a las llamadas habituales

accidentes de vehículos y alarmas. El personal de emergencia se dedicó casi en exclusiva a responder la llamada de enfermos con síntomas relacionados al virus y sus traslados a los centros de atención. Situaciones con las que previamente lidiábamos sin mayores problemas, como las llamadas que recibíamos de personas con COPD (EPOC) o asma, y a los que acudíamos con relativa frecuencia se complicaban. Restricciones como la prohibición de uso de medicamentos aerosoles en llamadas de emergencia, medidas exhaustivas de protección o el traslado mandatorio de pacientes sospechosos de tener la COVID-19, a centros lejos de hospitales o centros de atención urgente. Todo se hacía más complicado, más impersonal y ello nos frustraba a nosotros y a los pacientes que esperaban un cuidado más personalizado. Con un 85 % de los departamentos en Estados Unidos dependiendo de voluntarios para responder a llamadas, surgieron problemas adicionales. Era necesario tomar medidas que permitieran un trabajo rápido y eficaz, saber qué hacer para que los voluntarios no se enfermaran y, por supuesto, y quizás más urgente, cómo mantener un cupo de voluntarios suficiente y bien preparado dispuesto a responder a estas llamadas. //



REYNALDO CHANDLER

Investigador clínico
del Hospital San Miguel Arcángel
PANAMÁ

LA CALIDAD DE LA EVIDENCIA

La pandemia nos sorprendió a todos. A pesar de que el Ministerio de Salud de Panamá desde el mismo enero de 2020 ya había encendido las luces rojas de alarma y que la Dirección General de Salud Pública y la Dirección Nacional de Epidemiología iniciaron tempranamente la fase de planificación con miras a mitigar su impacto, no nos esperábamos que la COVID-19 iba a golpear con tanta fuerza.

Se reconoce la fecha 9 de marzo de 2020 como el día en que se dio el primer caso en Panamá: “Se trata de una mujer panameña de 40 años quien ingresó al país el día de ayer en el vuelo 6339 de Iberia, procedente de Barajas, España, y a quien se le ha realizado todos los protocolos establecidos”, anunció la Ministra de Salud, Dra. Rosario Turner.

La paciente fue internada en aislamiento en el Hospital San Miguel Arcángel, instalación sanitaria de segundo nivel de complejidad, cuyos planos arquitectónicos y diseño estructural responde al modelo de los construidos en España. Este es el hospital donde laboro desde hace 20 años, en calidad de médico especialista de Neumología.

A la sazón, además de mis responsabilidades asistenciales dentro de la institución, venía colaborando con el Ministerio de Salud en la implementación de la Red Nacional de Espirometría en Atención Primaria, un proyecto que vi nacer en el año 2013 y que apoyamos desde el primer momento, inspirado en publicaciones españolas con autorías de Felip Burgos, Javier Hueto y Cristina Represas, entre otros y la pandemia de la COVID-19 echó por tierra, de golpe y con fuerza, su avance.

Fui distinguido con la designación mediante decreto ministerial para formar parte del Comité Médico-Asesor en el tema de COVID-19 para el MINSa de Panamá, desde la misma semana previa al primer caso diagnosticado en suelo istmeño. Esto en virtud de que, en el último año, luego del entrenamiento financiado por la Organización Panamericana de la Salud, colaboramos con el Grupo Desarrollador de Guías de Prácticas Clínicas para Panamá.

Se reconoce la fecha 9 de marzo de 2020 como el día en que se dio el primer caso en Panamá: “Se trata de una mujer panameña de 40 años quien ingresó al país el día de ayer en el vuelo 6339 de Iberia, procedente de Barajas, España, y a quien se le ha realizado todos los protocolos establecidos”, anunció la Ministra de Salud, Dra. Rosario Turner

La sintonía con la Evaluación de Tecnologías Sanitarias con el uso del instrumento AGREE para la valoración de la calidad de las Guías de Práctica Clínica Basadas en Evidencia y con el Sistema GRADE para evaluar la calidad de la evidencia científica y medir la fuerza de las recomendaciones vertidas, me llevó a entrar en el área de la Lectura Crítica de la Literatura Médica y debatir respecto a la eficacia de las intervenciones farmacológicas sobre los diferentes desenlaces de la enfermedad. Junto a otros colegas colaboramos en la redacción de las primeras 5 versiones del documento de “Recomendaciones de Diagnóstico y Tratamiento de COVID-19 en Panamá, entre marzo y abril del año pasado.

La grave crisis sanitaria amenazaba con desatar, además, una grave crisis política dentro del seno del partido gobernante y una de sus consecuencias fue el retiro de la

La grave crisis sanitaria
amenazaba con desatar,
además, una grave crisis
política dentro del seno
del partido gobernante
y una de sus
consecuencias
fue el retiro
de la ministra de salud de
turno y con ella,
la salida también
del grupo de asesores
médico-científico
que a esta le acompañaba

ministra de salud de turno y con ella, la salida también del grupo de asesores médico-científico que a esta le acompañaba.

En materia de desarrollo de guías de práctica clínica, el país tardó en ver la luz de una actualización de las recomendaciones farmacológicas hasta diciembre. En el ínterin ya gozábamos del “Tratamiento Temprano” y del “Tratamiento Profiláctico” con hidroxiclороquina e ivermectina. Resultó imposible bregar contra las recomendaciones emanadas desde el mismo Ministerio de Salud y desde La Dirección de la Caja de Seguro Social respecto a estos medicamentos.

Mi participación en la atención de pacientes con las formas moderadas y graves de COVID-19 fue creciente. En marzo y abril, apenas participé como interconsultor de los médicos internistas de mi hospital. Los pacientes estaban a cargo de ellos y solo me los pasaban para consulta cuando les parecía beneficiosa la opinión de un neumólogo. Por aquellos primeros días participé en la atención del primer médico que falleció en Panamá por la COVID-19. Se trataba de un colega pediatra con un alto cargo gerencial en la Caja de Seguro Social que había gozado de vacaciones fuera del país y que a su regreso manifestaba fiebre, tos y malestar general.

En marzo y abril, apenas participé como interconsultor de los médicos internistas de mi hospital. Los pacientes estaban a cargo de ellos y solo me los pasaban para consulta cuando les parecía beneficiosa la opinión de un neumólogo

Durante los primeros días de internamiento, sin siquiera padecer disnea, se le realizó la radiografía de tórax, en la que se veían los típicos infiltrados intersticiales, multilobares. Se le practicaron unos gases arteriales que mostraron la existencia de una insuficiencia respiratoria aguda hipoxémica. Corría en ese entonces el concepto de “hipoxemia feliz” y de la necesidad de “intubación temprana”, antes de que el paciente desarrollase *distress* respiratorio. Era obeso, diabético e hipertenso, razón por lo que no dudamos en sedar e intubar para su ulterior traslado a una UCI. No logró superar el desafío que le impuso la enfermedad.

La intubación temprana llegó a ser tan frecuente que en el lapso de pocos días las camas de las unidades de Cuidado Crítico del área metropolitana fueron rebasadas por la cantidad de pacientes y empezaron a ser rechazados los traslados desde los hospitales de la periferia hacia los hospitales de 3er nivel de complejidad. Fue en ese momento cuando logramos percatarnos del beneficio de los sistemas de oxigenación de alto flujo, proscritos hasta la fecha porque recomendaciones internacionales lo señalaban como una intervención altamente generadora de aerosoles y, por tanto, de peligro para el personal de salud... Pero era la única opción de vida para muchos pacientes graves y, de hecho, muchos salieron adelante gracias a ella.

El desgaste físico durante
una jornada laboral
no era nada frente
al desgaste psicológico
y emocional
que significaba ver
los rostros de sufrimiento
y de muerte inminente
ante la impotencia
y ante la frustración
de no poder hacer más
por el paciente.
Te llevabas esas
imágenes fijadas
en engramas cerebrales
a casa

En julio, luego de cuatro meses de labor ininterrumpida, caí enfermo víctima del SARS-CoV-2. Por obra de Dios cursé la forma leve de la enfermedad pasando exactamente doce días confinado en casa con sensación de escalofríos, nada más. También por fortuna, mi esposa y mis dos hijos, sin síntomas, recibieron sus resultados de PCR reportados como “no detectados” y se mantuvieron sin síntomas. Los meses de julio y agosto fueron, en su momento, los más terribles de la pandemia. Luego de flexibilizar las medidas restrictivas a la movilidad aplicados desde marzo y hasta mayo, el crecimiento de casos fue exponencial. Fue realmente agobiante.

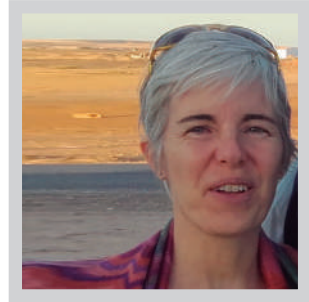
Era responsable —junto a un médico general, una terapeuta respiratoria y tres enfermeras— de una sala con 34 camas con pacientes con cuadro moderado/grave. El desgaste físico durante una jornada laboral no era nada frente al desgaste psicológico y emocional que significaba ver los rostros de sufrimiento y de muerte inminente ante la impotencia y ante la frustración de no poder hacer más por el paciente. Te llevabas esas imágenes fijadas en engramas cerebrales a casa.

Fuimos ascendidos desde noviembre de 2020 a la Unidad de Cuidados Respiratorios Especializados (UCRE), reforzada con recurso humano y con insumos para ofrecer a los pacientes oxigenoterapia de alto flujo y de ventilación mecánica no invasiva en sala general.

Miro al futuro con optimismo. La pandemia ha sacado lo mejor de mucho de nosotros. Ha hecho aflorar nuestras principales debilidades, pero también las fortalezas

Tuve la oportunidad de ser vacunado ayer. Siento espíritu renovado y alto nivel de satisfacción al frente de la tarea que hoy me ocupa. Miro al futuro con optimismo. La pandemia ha sacado lo mejor de mucho de nosotros. Ha hecho aflorar nuestras principales debilidades, pero también las fortalezas.

Siento que mi mayor contribución será, en adelante, explicar a las nuevas generaciones cómo se genera el nuevo conocimiento científico, cómo este debe ser pasado por el tamiz de herramientas que permitan evaluar la calidad de la evidencia y cómo esa evidencia debe llegar a modificar nuestras decisiones de prescripción en la práctica clínica. //



SILVIA ARIAS CAREAGA

Directora de la Oficina de Acción Solidaria y Cooperación. Universidad Autónoma de Madrid

ESPAÑA

EL AÑO QUE VIVIMOS PELIGROSAMENTE

No esperábamos algo así. Esta generación que no vivimos una guerra, que éramos libres para entrar y salir, para salir o quedarnos, que sufrimos de otros dolores y penas muy distintos estamos descubriendo en estos momentos lo que significa la desesperación y el desaliento de ver morir a quien no debería morir, de ver agotados a profesionales que con lágrimas en los ojos por la frustración...

... y el cansancio ven como las vidas se les escapan de las manos; lo que significa tomar decisiones que nunca quisimos; salir a comprar sin encontrar lo que buscamos; racionar lo razonable; engañar a quien está asustado; distraer a quien lo necesita; apoyar a quien de repente se ha convertido en alguien aún más vulnerable... Todo esto me encontró viviendo en Estados Unidos, realizando una estancia en una universidad norteamericana; todo parecía lejano. Primero era China pero después fue Italia y de repente era ya España y en unos días yo tampoco podía ya salir de casa, la universidad estaba cerrada, los discursos de Trump eran casi diarios. Primero calmaban a la población: “aquí en USA todo está controlado, tenemos los mejores profesionales, no hay de qué preocuparse”; en breve se convirtieron en preocupantes, y más adelante contradictorios y temerarios. En unas semanas Estados Unidos era el país más golpeado y la primera potencia mundial no había podido parar lo imparable.

[...] los discursos de Trump eran casi diarios. Primero calmaban a la población: “aquí en USA todo está controlado, tenemos los mejores profesionales, no hay de qué preocuparse”; en breve se convirtieron en preocupantes, y más adelante contradictorios y temerarios

Regresé. Ponerme al frente de la Oficina de nuevo y de un equipo de personas tan comprometidas fue, sin duda, un enorme aliciente. Intentamos ponernos rápidamente en movimiento, dar respuestas y soluciones a la situación que vivíamos. Hemos abierto una página web desde la cual centralizar acciones solidarias de nuestra comunidad universitaria; hemos lanzado una campaña de apoyo a profesionales sanitarios y no sanitarios; hemos movilizado a nuestros estudiantes del Programa de Formación en Voluntariado Universitario para que de manera creativa pudieran seguir apoyando a las comunidades con las cuales colaboraban; hemos repatriado, rápidamente, a los estudiantes que estaban en el extranjero en programas de prácticas en cooperación al desarrollo o en programas de voluntariado; hemos adaptado la atención a los estudiantes con discapacidad que se atendían diariamente desde la Oficina; hemos ofrecido un apoyo especial a los estudiantes refugiados, y hemos adaptado, también, los proyectos de apoyo a la población refugiada saharauí. La vida ha cambiado y la solidaridad debe abrirse paso como única salida ante la incertidumbre. //



JOSÉ ROGELIO PÉREZ PADILLA

Investigador del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias de México. Miembro titular de la Academia Nacional de Medicina y del Sistema Nacional de Investigadores de México

MÉXICO

LO MEJOR Y LO PEOR DE LAS PERSONAS

En marzo y abril del 2009 me correspondió estar a cargo del hospital en la ciudad de México que reportó los primeros casos de la pandemia de influenza H1N1, causante sin duda de gran preocupación y de un cierre completo de la ciudad de México por semanas.

A pesar de las medidas iniciales del cierre de la ciudad, para octubre de 2009 teníamos un segundo brote más prolongado y violento, en buena medida por mantener la actividad económica. Ahora con la COVID-19 podemos ver que pesa y mucho. Se ha repetido la historia. Estamos en enero del 2021 en un prolongado y creciente segundo brote de COVID-19, con los servicios de salud saturados y con un cierre reciente en la Ciudad de México. Este cierre se realizó días antes de Navidad y hasta ahora ha sido incapaz de lograr aminorar los contagios. A pesar de la resistencia, de las quejas y amenazas catastrofistas de las organizaciones de comerciantes y patronos, se tuvo que cerrar la ciudad con el llamado semáforo rojo. Este cierre se está llevando a cabo sin toques de queda, ni penalizaciones, ni forzamientos, es decir: benigno para la mayoría de la población. Mucho más benigno de lo que es el virus.

Es un mal momento para enfermar. No hay hospitales con camas libres, sino por el contrario, tenemos listas de pacientes esperando cualquier vacante

Nuestras costumbres han cambiado radicalmente y no regresarán a su curso previo. Pero confieso que le he encontrado el gusto a la participación en congresos en línea y la facilidad de organizar reuniones en una ciudad con un tráfico vehicular intenso. Por supuesto que ha sido un martirio mantenerse a distancia de los demás, sin saludar, sin el contacto directo y esperemos que pronto sea innecesario.

Es un mal momento para enfermar. No hay hospitales con camas libres, sino por el contrario, tenemos listas de pacientes esperando cualquier vacante. Las listas de espera eran habituales en los hospitales públicos para cirugías programadas o para atender algunas clínicas, pero nunca antes para acudir a urgencias y para hospitalizarse estando en riesgo de morir.

El 2020 fue año de enfermedad y muertes, que afortunadamente ya se fue. Todos los fallecidos se convierten en un número, un pequeño giro en un contador que no para y con la incapacidad para una despedida presencial de carne y hueso. En aras de la protección personal caemos en la indiferencia hacia las víctimas y sus familias.

Conuerdo con los riesgos que la situación actual ofrece para la aparición de gobiernos autoritarios e inclusive dictatoriales con la justificación de la pandemia, pero también con respaldar el derecho de las personas mayores y enfermos a sobrevivir. Porque el virus es como el depredador que se nutre de los que no pueden seguirle el ritmo a la manada

Como dijimos muchos en 2009, la pandemia y en general las crisis, sacan lo mejor o lo peor de las personas, cosa que se puede comprobar fácilmente. Contra la solidaridad de los consorcios para una distribución equitativa de las vacunas, el acaparamiento nacionalista de vacunas e insumos, en una crisis mundial que no se puede resolver por un solo país. La carrera por generar vacunas ha sido impresionante y a una gran

A pesar de la resistencia,
de las quejas y amenazas
catastrofistas
de las organizaciones
de comerciantes
y patronos, se tuvo
que cerrar la ciudad con
el llamado semáforo rojo.

Este cierre
se está llevando a cabo
sin toques de queda,
ni penalizaciones,
ni forzamientos, es decir:
benigno para la mayoría
de la población.
Mucho más benigno
de lo que es el virus

velocidad, pero traerá ganancias exorbitantes a muchos fabricantes, especialmente si como con la vacuna de influenza se requerirán refuerzos cada año.

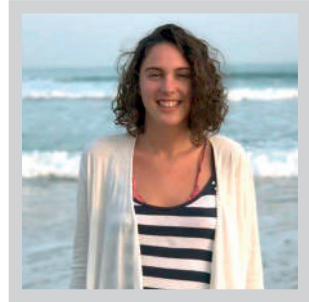
Decepciona el abuso en muchas recetas médicas que he leído, en las que incorporan una decena o docena de drogas innecesarias, así como las curas de milagro, las *fake news* y las pseudoconspiraciones. También molesta el filtrado o triaje de pacientes para atención crítica, haciendo recaer en el sistema de salud las consecuencias de la pandemia que es controlable con medidas preventivas, medicina amarga pero que ha demostrado eficacia desde pandemias previas. Como prueba del impacto de la prevención, la vida diaria en Wuhan ha regresado a la normalidad con el florecimiento inclusive de la vida económica después de medidas de aislamiento severísimas que resentían y sufrían sus ciudadanos.

Desde hace décadas se ha alertado de una pandemia y ni la presencia de la de influenza en 2009 aceleró los preparativos. Sufrimos ahora por no haber mejorado la infraestructura en salud, por no haber incrementado la formación de recursos humanos ya de por sí escasos desde la etapa prepandémica

Por otro lado, como bálsamo, llego SOLIDARITY, mostrando los beneficios de la cooperación y la confirmación de una droga barata y modesta y eficaz (dexametasona), del programa de vacunas COVAX, así como la inusitada motivación del gremio médico de muchos países para involucrarse no solo en la atención de los enfermos, sino también en proyectos de investigación que pueden ser una semilla para un futuro más equitativo.

Desde hace décadas se ha alertado de una pandemia y ni la presencia de la de influenza en 2009 aceleró los preparativos. Sufrimos ahora por no haber mejorado la infraestructura en salud, por no haber incrementado la formación de recursos humanos ya de por sí escasos desde la etapa prepandémica y, sintetizando, por seguir sin preparación para una crisis como la que ahora nos mata. Crisis que en el fondo es causada por desatender urgentes recomendaciones en contra de nuestra forma descontrolada e invasiva de interacción con el mundo, origen final de las pandemias y de riesgos incalculables adicionales que impactan de manera predominante en la población desprotegida cada vez más numerosa. Está claro que nuestra forma de vida habitual no regresará, pero ojalá se modifique también en lo substancial, en lo que nos puede ayudar a contender mejor con la próxima pandemia y, sobre todo, en lo que nos ayude a reducirlas.

Es por todo lo anterior que el resentimiento de que el sistema de salud, minimizado y débil, con personal agotado y muchas veces enfermo, se convierta en quien tenga que salvar las vidas. //



CAROLINA ZWEIG

Estudiante en la Escola de Economía
de São Paulo. Fundação Getulio Vargas

BRASIL

FITINHAS DO SENHOR DO BONFIM

Los que ya fueron a Bahía, en el nordeste brasileño, seguramente saben de qué se trata. Son cintitas de colores que se venden a decenas y la gente se las ata en el pulso o el tobillo. Las llamamos *fitinhas do Senhor do Bonfim* y tienen su propia tradición: le das dos vueltas y haces tres nudos, para cada nudo se pide un deseo que se cumplirá hasta el día que se suelte o desintegre la pulsera.

Su historia se remonta al siglo XIX, cuando la gente las llevaba en el cuello y medían exactamente 47 centímetros, como el largo del brazo de la estatua de Jesús Cristo, *Senhor do Bonfim* en la iglesia más famosa de la región. Pero con el pasar del tiempo y de la gente, lo que era una tradición cristiana se volvió una superstición pagana. Hoy, los colores de las cintas representan Orixás, divinidades de la religión Iorubá a la cual pertenecían muchos de los esclavos africanos traídos por los colonizadores. Se conoce principalmente como un souvenir turístico, así que hasta yo, una argentina judía que vive en Brasil llevo una de estas cintitas en color rojo y tres deseos en mi brazo izquierdo. En realidad, hasta anoche eran dos. Una de ellas la había traído de mi último viaje al nordeste, en 2018, el último verano antes de empezar la universidad. La otra me la puse algunos meses más tarde cuando doné sangre por primera vez y regalaban una cintita roja como agradecimiento. Pero ayer, antes de acostarme, se soltó una de ellas y cuando eso pasa, es siempre una buena noticia: significa que tus deseos ya se cumplieron, aunque quizá todavía no lo sepas.

Se conoce principalmente como un souvenir turístico, así que hasta yo, una argentina judía que vive en Brasil llevo una de estas cintitas en color rojo y tres deseos en mi brazo izquierdo

No sé cuántas veces usé pulseras como estas en las muñecas. Pero esta vez fue distinto. Esta vez, cuando la vi caída en la mesada del baño me di cuenta de que perder una *fitinha do Bonfim* es una evidencia irrefutable del paso del tiempo. En ninguna de las veces anteriores me emocioné tanto al darme cuenta de que ya era hora de perderla. Y eso porque, desde que empezó la cuarentena, lo que más pasó y lo que más me pasó fue el Tiempo. Él nos lleva por delante y siempre llega antes. O quizá sea una característica mía el siempre llegar tarde.

Este año, una pandemia declaró unilateralmente que pausaría nuestros relojes. En marzo dejé tareas por hacer, consultas médicas por agendar y conflictos personales por resolver. Por meses viví la vida como si estuviera apenas, en una pequeña excepción de mi cotidianeidad mientras pretendía reanudar todo de donde había dejado. No fui la única. “Si el tiempo no avanza ¿cómo se supone que debo avanzar yo?”. Pensaba que cada uno estaba en su rincón, pero sin duda era un sentimiento compartido. De cualquier forma, era un error (la cintita caída demuestra que el tiempo, muy ligero y disimulado, nos había atravesado).

Debo recordar que el único modo de parar un reloj de arena es romperlo y la pandemia lo destrozó. La pandemia trajo miedo, dolor, muerte y desesperanza. Especialmente en Brasil, vino como una visita lejana que trae malas noticias y encontró la puerta abierta. La recibió una población fragilizada por un mal gobierno, a pesar de su fuerza histórica. Ya teníamos desempleados, ya teníamos sintecho, ya teníamos hambrientos. Ya teníamos sueños atados a frágiles soguitas que se romperían en la primera adversidad. Y así pasó.

Debo recordar que
el único modo de parar
un reloj de arena
es romperlo y la pandemia
lo destrozó. La pandemia
trajo miedo, dolor,
muerte y desesperanza.
Especialmente en Brasil,
vino como una visita
lejana que trae malas
noticias y encontró
la puerta abierta.
La recibió una población
fragilizada por
un mal gobierno, a pesar
de su fuerza histórica

“Entre, póngase cómoda, acá siempre hay lugar para uno más” le dijimos a la pandemia que a esta altura ya se servía una latita de cerveza de la heladera.

Aún, los que resistimos no tuvimos más defensas que salir poco, taparse la cara, estar lejos unos de otros y limpiarse con frecuencia. Es natural que el aislamiento físico se vuelva social y emocional, también del modo de ser; el “antes” y el “afuera” se mezclan en una misma substancia intocable. Ahora el tiempo se hace largo y uno desarrolla casi un disgusto hacia él. Y, para el colmo, el tiempo me escupe en la cara, me arranca mis deseos tan recientes de la muñeca y me recuerda: ¡mientras yo fui y volví, vos seguís ahí!

Lo que me di cuenta mientras pensaba sobre este relato es que el Tiempo es como una *fitinha do Bonfim*, no permite nudos de esos que aflojas y después se pueden volver a ajustar. No hay oportunidades de sacárselo de encima y volver a poner. De manera incontrolable la tela empieza a deshilacharse hasta que se pierde completamente. El único consuelo que queda es apreciar los restos de lo que una vez representó la incertidumbre del futuro y especular cuántos en el pasado ya pensaron lo mismo. Cada uno en la soledad de su casa, a esta altura ya se da cuenta de que estamos igual de destrozados que esa cintita, igual de destrozados que el reloj de arena.

Aún, los que resistimos no tuvimos más defensas que salir poco, taparse la cara, estar lejos unos de otros y limpiarse con frecuencia. Es natural que el aislamiento físico se vuelva social y emocional, también del modo de ser; el “antes” y el “afuera” se mezclan en una misma substancia intocable

Pero el tiempo no nos espera. Antes que nos demos cuenta ya habremos hecho nuevos lazos (entre nosotros y con nosotros mismos). En la superficie de las nuevas cintas llevaremos las marcas de haber sufrido este año y que igualmente se desteñirán y caerán en el olvido. Los deseos para el futuro llevarán el peso de un presente difícil. Como todos los otros años perderemos las cintitas en un momento oportuno. Pero cuando eso pase, ya no nos sorprenderá tanto el paso del tiempo ni las trágicas epidemias. //



CRISTIAN S. AROCHE

Departamento de Epidemiología. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

GUATEMALA

EXPERIENCIA

Transcurría el inicio del año 2020 cuando se escuchaba en las noticias nacionales e internacionales el contagio de casos por SARS-CoV-2, en Wuhan. China pensaba en ese momento y hasta cierto punto que podría ser improbable que la enfermedad se extendiera por todo el mundo y menos que llegara a Guatemala. Según las noticias, China estaba tomando medidas para contener la epidemia, por ejemplo, aislando la Ciudad de Wuhan. Con el paso del tiempo la epidemia empezó a afectar a varios países en diferentes continentes y fue en ese momento que pensé que nos podría afectar.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social inició campañas de información sobre SARS-CoV-2 para el personal de salud y la población en general. Finalmente se diagnosticaría el primer caso el día 13 de marzo de 2020. En ese momento el temor se apoderó de la población. Se sabía que en Italia se estaban muriendo muchas personas, los hospitales se habían saturado, uno de los mejores sistemas de salud había colapsado. La preocupación e incertidumbre crecía: ¿Qué podría pasar en el país? Por tal razón se implementan medidas para contener la enfermedad y las más importantes fueron cerrar las fronteras, se suspenden los vuelos provenientes de los países más afectados, se implementan medidas de distanciamiento social, toque de queda, y se cierran las escuelas y las universidades. Al pasar los días y meses se incrementan los casos, la mayoría provenientes del extranjero en un inicio, sin embargo, a pesar de las medidas se dan los contagios comunitarios y se empiezan a contabilizar víctimas, lo que obviamente causó más estrés en la población.

En lo personal tenía conocimiento sobre control de infecciones teniendo en cuenta que el mayor aprendizaje de mi experiencia ha sido en el control de la tuberculosis y algo que me hizo reflexionar de esta enfermedad, a diferencia de la tuberculosis, es que no respeta el estrato social y afecta a todos por igual; con gran rapidez es capaz de colapsar cualquier sistema de salud, inclusive los mejores.

La preocupación e incertidumbre crecía: ¿Qué podría pasar en el país? Por tal razón se implementan medidas para contener la enfermedad y las más importantes fueron cerrar las fronteras, se suspenden los vuelos provenientes de los países más afectados, se implementan medidas de distanciamiento social, toque de queda, y se cierran las escuelas y las universidades

A medida que se fueron incrementado los infectados aumenta el número de sospechosos, por lo que fue necesario apoyar en las labores de investigación de brotes e hisopar a casos sospechosos. A pesar de ser personal capacitado fuimos sometidos a estrés constante por el temor de ser contagiados. Sin embargo, puedo decir que el Equipo de Protección Personal es necesario y su buen uso evitará el contagio; hasta el día de hoy no he sido infectado.

El pico más alto en el país se dio en el mes de julio, posteriormente la curva empieza a descender y una de las medidas más eficaces para contener la transmisión ha sido el uso obligatorio de la mascarilla en todo el país. Sin embargo, conforme van pasando los meses la población, al parecer, entra en un nivel excesivo de confianza,

[...] algo que me hizo reflexionar de esta enfermedad, a diferencia de la tuberculosis, es que no respeta el estrato social y afecta a todos por igual; con gran rapidez es capaz de colapsar cualquier sistema de salud, inclusive los mejores

las personas dejan de aplicar las medidas de distanciamiento social principalmente en las fiestas de fin de año donde nuevamente se observan aglomeraciones en centros comerciales, restaurantes...

En las primeras semanas del mes de enero de 2021 los casos vuelven a aumentar la ocupación de camas en la mayoría de los hospitales; vuelve a incrementarse debido al relajamiento de la población y, desafortunadamente, aún no contábamos con una vacuna.

Creo que esta pandemia nos deja una gran enseñanza: qué tan vulnerables pueden ser los seres humanos ante las pandemias. Y me pregunto, ¿estamos preparados para otras pandemias?

Hoy nuevamente hay incertidumbre con el aumento de casos con la nueva cepa que circula en Europa y en Estados Unidos. Justo en este momento que estamos en el mes de enero tenemos la esperanza de que con la vacuna todo pueda cambiar. Las autoridades del país indican que posiblemente en el mes de febrero entrarán los primeros lotes de vacunas, que no alcanzarán para todos, pero confiamos en que todo el mundo pueda tener acceso a la vacuna. Tarde o temprano estaremos protegidos contra el coronavirus. Creo que esta pandemia nos deja una gran enseñanza: qué tan vulnerables pueden ser los seres humanos ante las pandemias. Y me pregunto, ¿estamos preparados para otras pandemias?

Para finalizar también espero que algún día contemos con una vacuna para la tuberculosis, enfermedad que sigue causando miles de muertes a nivel mundial. //



SUYAPA MARÍA SOSA FERRARI

Jefa del Servicio de Neumología.
Instituto Nacional Cardiopulmonar

HONDURAS

LO MEJOR DE MUCHOS, LO PEOR DE TODOS

Cuando en enero de 2020 se nos llamó a ser parte del Plan de Contingencia para la COVID-19 de nuestro instituto, sentí una mezcla de miedo, orgullo, impotencia y fortaleza. Recibiríamos pacientes muy graves cardiorrespiratorios. Sólo nosotros sabíamos cuál era la verdadera infraestructura de nuestro hospital.

En el 2009 también fuimos parte del plan contra H1N1. Organizamos un equipo multidisciplinario y elaboramos un Plan de Contingencia. Incluía una ruta crítica en lugares de hospitalización, número de camas, personal y equipo disponible, medicamentos, capacitaciones para todo el personal y lo referente a bioseguridad.

Muchos no creyeron que esto llegaría a nuestro país ni que tendría las dimensiones que tuvo en meses anteriores y que hoy sigue teniendo. El 11 de marzo llega a Honduras el primer caso. Fue una señora proveniente de España. Este caso índice produjo más de 70 casos más. Intuíamos cómo sería de contagioso y lo que vendría si no se actuaba de una forma agresiva en la parte de contingencia y en la parte de prevención. El miedo lo podemos volver nuestro escudo de valor.

Nuestro equipo trabajó desde el inicio y se preparó de la mejor manera posible. Teniendo un sistema de salud sumamente frágil desde hace mucho tiempo, esta pandemia desnuda aún más estas carencias. Es una lucha a diario en contra de la corrupción, mentiras y de personal desorganizado sin capacidad dictando pautas nacionales de manejo. La parte gubernamental ha sido deficiente en su manejo. Entre las cosas más impactantes ha sido la falta de realización de pruebas diagnósticas y de dar su resultado precozmente, la farsa de unos hospitales móviles que 12 meses después no funcionan.

Muchos no creyeron que esto llegaría a nuestro país ni que tendría las dimensiones que tuvo en meses anteriores y que hoy sigue teniendo. El 11 de marzo llega a Honduras el primer caso. Fue una señora proveniente de España

Desde el inicio de esta pandemia, nuestro tema ha sido hablar con la verdad a nuestra población. Y eso ha sido fundamental para tener su apoyo y gozar de credibilidad. Hemos sobrevivido por muchas donaciones. El Colegio Médico de Honduras ha intentado varios acercamientos con la Secretaría de Salud para brindar asesoramiento y poder trabajar sincrónicamente. No ha sido posible. Se agregan dos desastres naturales: el arrasador paso de los huracanes Eta e Iota, los cuales dejaron unos 200 muertos, decenas de desaparecidos, miles de desplazados, así como la destrucción de viviendas, puentes, carreteras, cultivos, fábricas... que agravó aún más la pandemia aumentando los hacinamientos; se pierden así las medidas de bioseguridad y aumentan los casos de COVID-19.

En medio de toda esta incapacidad de manejo a la celebración navideña, se agregan unas concentraciones políticas que han venido a incrementar los casos. En este momento somos el país de Centroamérica con mayor mortalidad entre el personal médico. Nuestro gremio está de luto a diario. Amigos que se han ido. Es muy doloroso. Se pregunta uno cuándo seré yo el próximo...

Tengo bajo mi responsabilidad una Sala COVID-19 de Varones. Dispongo de un personal médico muy responsable, dedicado y humano. El personal de enfermería es

En este momento somos
el país de Centroamérica
con mayor mortalidad
entre el personal médico.

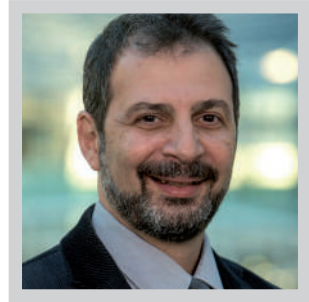
Nuestro gremio está
de luto a diario. Amigos
que se han ido. Es muy
doloroso. Se pregunta
uno cuándo seré
yo el próximo...

sumamente comprometido. Y cuidamos muchísimo nuestra bioseguridad; inclusive, compramos mucho de ello. Hemos encontrado en esta pandemia, varios problemas, entre ellos la falta de equipo de protección personal. Entre las dificultades que hemos encontrado están la aparición de medicinas mágicas que personal de salud y algunos medios de comunicación promocionan. Esto pone en peligro la seguridad de la población y hace del tema del relajamiento algo serio y dañino. ¡Tenemos muchos COVIDiotas! El tema de las vacunas hasta este momento es un tema inseguro ya que no hay una información fidedigna de su llegada.

Entre las fortalezas, en nuestra institución ha sido el trabajar en equipo. Esto ha hecho que tengamos responsabilidad compartida y que se dé un mejor manejo a cada uno de los pacientes. Mi horario de trabajo cambió de 7 a. m. a 1 p. m. y de 5:30 a. m. hasta las 3 p. m. Horas que pasan sumamente rápido, horas de agotamiento. Nos convertimos en parte de la familia de cada uno de los pacientes. A cada uno que lográbamos egresar le realizábamos un ritual de alegría: aplausos de todos y luego un baile de ¡Fuera COVID! Esto nos anima mucho y da esperanzas a los que seguían luchando. ¡Todos querían su ritual de alta! El Instituto Nacional Cardiopulmonar ha sido un hospital que ha manejado las patologías cardiopulmonares más complejas del país. Igual que a nivel mundial, nos volvimos un Hospital COVID. Aún no sé dónde se fueron todos los pacientes con las diferentes patologías cardiopulmonares que llegaban a diario. Simplemente desaparecieron. Despertábamos, comíamos, sudábamos, dormíamos COVID. Una sensación que nunca habíamos vivido.

En estos meses, mi pelo siempre en cola, dos mascarillas y una careta al salir de la Sala, los pijamas hospitalarios y los tenis. Se fue el reloj, las pulseras, los tacones, los aritos. Ya no tomamos café en grupo. Todo es lavado de manos, distanciamiento social. ¿Cuál es el costo emocional para cada uno de nosotros? Es una vida solitaria. Yo me separé de mi madre, de mis hijos por el miedo a infectarlos. Es necesario si queremos llegar al otro día. No me interesa que me aplaudan. Nadie quiere ser héroe ni mártir. ¡No quiero que mi vida termine en un acuerdo de duelo y que me lancen bombas blancas en el cementerio! Quiero seguir luchando por mi familia, por mi población. Es una lucha desigual e injusta.

Cada día al salir de mi casa, me encomiendo a Dios. Y también encomiendo a mi familia. Tengo tres hijos. Mi hija mayor, casada, esperando su primer bebé. Mi otro hijo, médico, Javier, sacando su especialidad, también en una caldera del diablo de la COVID-19, y mi hijo menor, Ricardo, que es financiero. Mi madre de noventa años, Olga, aún un roble. A ella le debo mi tenacidad. Nos inculcó valores morales y justicia social. Le pedía a Dios que le permitiera estar con mi hija Gabriela en el momento de dar a luz y conocer a mi primer nieto. Pienso que Dios me premió con su infinita bondad. Logré estar en ese momento mágico de mi hija. Mi nieto se llama Ian Sebastián. Quiero que esté orgulloso de su abuela. La pandemia sacó lo mejor de muchos y lo peor de otros. Critico mucho a colegas que no ven un paciente COVID en lo público, pero sí en la parte privada. Se debe atender siempre a un paciente como un ser humano, como quieren que lo atiendan a uno. Mañana podríamos estar en una sala COVID-19. Hay algo que debo agradecer a esta pandemia, es que volvimos a ser humildes. Entendimos qué es lo importante en nuestra vida: Nuestra realidad será muy diferente y tenemos que luchar porque sea mejor. //



GUR LEVY

Neumólogo. Director de Respiratorio
de GSK para los Mercados Emergentes

PANAMÁ

AYUDAR A TRAVÉS DE LA MEDICINA

Aceptar la invitación para escribir mis vivencias durante esta pandemia, que aún no termina, no fue fácil porque pese a ser un neumólogo al que siempre le gustó por encima de todo estar en contacto con el paciente, he vivido esta pandemia que ataca con virulencia precisamente las vías respiratorias lejos de la primera fila.

Y es que, desde mi llegada a Panamá, seis años atrás, tras verme obligado por la realidad a salir de Venezuela y frente a la imposibilidad de ejercer como médico en el istmo, incursioné con entusiasmo en la industria farmacéutica, en GSK, en el área de Educación Médica Respiratoria.

Recuerdo haber estado en Madrid la última semana de febrero de 2020, justo cuando se detectaron los primeros casos de COVID-19. Almorzando en compañía de mi hijo y con un extraordinario neumólogo madrileño y su familia, conversamos sobre lo que ocurría en China e incluso sobre las semejanzas y diferencias con la gripe española. Para entonces, era todavía poco lo que se sabía.

Retorné a Panamá y, por suerte, no traje conmigo el virus pues para ese momento aún vivíamos sin ninguna medida de protección, como son el confinamiento, el distanciamiento social o el uso de mascarillas. Unos días después de mi llegada, el 9 de marzo, se detectó el primer caso en Panamá. Se trataba de una panameña que, como yo, procedía de España. No en vano, el aeropuerto internacional de Tocumen es considerado el *hub* de las Américas.

Un día después ya se había anunciado la lamentable muerte del primer paciente, con comorbilidades y de 64 años de edad... y es que todos hemos tenido que enfrentar la dolorosa pérdida de familiares, colegas, amigos y conocidos. Panamá impuso la cuarentena a su población el 25 de marzo. El confinamiento desde entonces se ha vuelto cada vez más estricto hasta limitar la salida de las mujeres para hacer compras a los lunes, miércoles y viernes, mientras que los hombres sólo los martes y jueves. Únicamente durante dos horas fijadas de acuerdo con el último número del DNI o pasaporte. En mi caso, sólo puedo ir al supermercado de 6:30 a 8:30 a. m. y los sábados y domingos: todos encerrados en confinamiento total.

Desde que comenzó la pandemia existe toque de queda, bien sea partir de las 5, las 7 o las 9 p. m. hasta las 5 a. m. También se estableció como medida de bioseguridad que todos los establecimientos públicos y privados contaran en la entrada con termómetros digitales y gel alcoholado. El 5 de abril de 2020, al ver lo que ocurría en España —donde me formé y trabajé durante tres años— con los sistemas sanitarios abarrotados y tras las conversaciones con mis colegas y amigos, decidí, tomando en cuenta que tengo el título de médico venezolano homologado y que obtuve la nacionalidad española hace un par de años, ponerme a la orden ante la embajada española en Panamá para apoyar en calidad de voluntario en cualquier localidad de España que ameritase un neumólogo; sin remuneración hasta que se aplacara la situación. Recibí una notificación de agradecimiento por parte de la embajada en la que me informaban que no había vuelos disponibles y que aún no lo consideraban necesario.

Mi vida laboral, como la de muchos, ha dado un giro. Acostumbrado a actividades de educación médica de GSK en respiratoria que me llevaba constantemente a volar hacia lugares muy dispares de un continente a otro, los últimos once meses los he pasado de forma continua en casa, junto a mi familia. La casa se convirtió en mi centro de trabajo y, por tanto, en una oficina que pareciera estar abierta las veinticuatro horas del día.

Como director de respiratorio de GSK para los mercados emergentes nos volcamos en realizar actividades de educación médica por vía digital, de alto valor científico, y logramos apoyar a las sociedades científicas locales o regionales sirviendo de facilitadores entre académicos, investigadores y médicos que laboran en primera línea para el intercambio de experiencias y así mitigar los embates de la pandemia y, por supuesto, actualizar el abordaje de las enfermedades respiratorias. Hemos sido testigos

El confinamiento desde entonces se ha vuelto cada vez más estricto hasta limitar la salida de las mujeres para hacer compras a los lunes, miércoles y viernes, mientras que los hombres sólo los martes y jueves. Únicamente durante dos horas fijadas de acuerdo con el último número del DNI o pasaporte. En mi caso, sólo puedo ir al supermercado de 6:30 a 8:30 a. m. y los sábados y domingos: todos encerrados en confinamiento total

de innumerables muestras de solidaridad y compromiso frente a la pandemia, pero me gustaría resaltar la importancia que tuvo y tiene el acceso libre a las investigaciones relacionadas con la pandemia, así como las iniciativas de SEPAR de dar acceso a sus seminarios *webinar* a los médicos de Latinoamérica, fundamental por tener experiencia clínica previa a la llegada de la pandemia a nuestro continente lo que facilitó el manejo de la pandemia de este lado del mundo. Además de las grandes iniciativas científicas impartidas por la Asociación Latinoamericana del Tórax para los mismos fines.

En Panamá, he buscado en lo posible reforzar los mensajes de las autoridades sanitarias, disipar dudas y mitigar las *fake news* —que se han propagado tanto como el coronavirus—, la desinformación y la propaganda antivacunas, involucrándome, por ejemplo, como voluntario en el comité de bioseguridad de la Sinagoga Kol Shearith Israel y en distintos conversatorios sobre mitos y realidades de la COVID-19, como el realizado en el colegio donde estudian mis hijos, entre otros, para esclarecer algunas dudas con respecto a esta escalofriante pandemia y siempre apoyando las medidas educativas impartidas por el Ministerio de Salud.

He debido lidiar con un par de adolescentes con ganas de comerse el mundo, pero confinados en casa, una de ellos finalizando el bachillerato como la primera de su promoción, pero sin poder disfrutar de la que debía ser su gran noche de graduación, y el otro sin poder aún reiniciar el fútbol porque están suspendidas las prácticas deportivas en Panamá.

La agresión indiscriminada del ser humano sobre la flora y la fauna ha jugado un rol importante en algunos de los males que nos aquejan a nivel global. Será acaso que la tierra necesitaba un descanso, un momento de silencio, de disminución de contaminación y de contribución a la reducción del calentamiento global. Lo cierto es que pagamos un alto costo. ¿No sería más sencillo que de una vez por todas las autoridades globales se tomaran en serio estos abusos para minimizar su impacto?

En los países del llamado “tercer mundo” la educación siempre ha sido un área que requiere mejoras. De ella depende el desarrollo de una nación, pero esta pandemia no ha hecho sino abrir aún más las brechas entre las naciones. Esperemos que gracias a los avances en la conectividad y la tecnología se generen nuevas formas de aprendizaje que minimicen las grandes brechas a su vez entre las distintas clases sociales, pues la educación debe ser un derecho para todos, subrayando además los valores éticos y morales.

Algunos *millennial* priorizan la socialización a través de las redes sociales, espere-mos que cuando superemos entre todos esta pandemia, aumente la conciencia entre ellos sobre la importancia del contacto humano *per se*, de forma presencial.

Si existiese la palabra perfecta para describir el año 2020 sería impredecible. Tal cual lo describe mi hija de dieciocho años con cuyas palabras me gustaría terminar este escrito: “Jamás imaginamos que una pandemia se avecinaría, todo lo que conocíamos como cotidianidad dio un giro de 180 grados, las mascarillas ocultaron nuestras sonrisas, el distanciamiento físico nos impidió abrazar a nuestros seres queridos, la suave brisa que acaricia nuestro rostro y el sol que brinda calor a nuestra vida, que en algún momento dimos por sentado, se convirtieron en tan sólo recuerdos. Pero el 2020 nos regaló también una valiosa lección de vida: valorar cada segundo y apreciar cada detalle porque desconocemos cuando podrán esfumarse. Finalmente entendí el poder que tiene conocerse, escucharse, lo que me llevó a encontrar mi enorme pasión y vocación: mi deseo de ayudar a través de la medicina”. //



ANA S. RAMÍREZ GARCÍA-LUNA

Médica residente. Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas. Ciudad de México

MÉXICO

HUMANOS CON ILUSIÓN

El primer paciente con COVID-19 en México se diagnosticó el 27 de febrero del 2020. Hasta el 22 de enero del 2021 habíamos acumulado 1 732 290 casos y 147 614 defunciones, y esta cifra va en aumento día a día. Además, México ocupa el primer lugar de decesos de trabajadores de la salud por COVID-19 en toda América Latina. El Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, en la Ciudad de México, se ha convertido en su totalidad en una terapia intensiva debido a esta pandemia.

Más de ciento cincuenta pacientes críticos y ciento veinte intubados en un día regular era algo nunca visto. Como residente de Neumología en este instituto he vivido, al igual que mis compañeros, el miedo al contagio y a la incertidumbre de una nueva enfermedad, así como el temor constante a fallar a nuestros pacientes. Sin embargo, también hemos vivido la alegría de ver a un paciente recuperado y lo que ello representa. Hemos presenciado la desesperación de los pacientes que hablan con sus familiares para despedirse justo antes de ser intubados, pero también hemos sentido la emoción, la ilusión de cuando vuelven a hablar con ellos para informarles de que pronto podrán regresar a sus casas.

Hemos sentido impotencia y desesperación de ver el deterioro de nuestros pacientes a pesar de nuestros mejores esfuerzos, pero también la esperanza que nos trae la vacuna.

Durante esta pandemia a los médicos que estamos en primera línea se nos ha llamado “héroes”, “salvadores”, y de muchas más ponderaciones, pero al final del día prefiero que el término que resuene en mis oídos sea el de humanos. Humanos con miedos, sueños, familias y cansancio. Al ver esta pandemia en retrospectiva veremos que nos ha enseñado mucho en cuestiones médicas, pero no olvidemos que también nos ha enseñado a valorar a nuestra familia, nuestros colegas, nuestros pacientes y nuestra propia humanidad como personal de salud. //



ÓSCAR ANDRÉS CRUZ MARTÍNEZ

Enfermero. Magíster en Salud y Seguridad en el Trabajo. Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis. Subdirección de Enfermedades Transmisibles. Ministerio de Salud y Protección Social

COLOMBIA

COVID-19 Y TUBERCULOSIS

La exposición a contaminantes biológicos en los trabajadores del sector salud es una problemática de importante relevancia en las políticas, programas e intervenciones en salud y de prevención de riesgos laborales en el sector salud, para lo cual su control debe ser una prioridad, más aún al observar el impacto causado por la nueva enfermedad generada por un nuevo coronavirus, COVID-19, y los estragos históricos causados por la tuberculosis.

El agente viral SARS-CoV-2 y el bacteriano *Mycobacterium tuberculosis* son graves amenazas para la salud pública y en la salud laboral en el sector salud, observando las cifras de contagios y fallecidos en los trabajadores que cuidan la salud. La exposición a estos agentes biológicos en el sector se deriva de la manipulación no intencionada de fluidos, líquidos o secreciones corporales de alto riesgo infeccioso, para lo cual estos dos eventos presentan diferencias importantes en sus mecanismos de transmisión y tratamiento. No obstante, desde las intervenciones en salud laboral pueden establecerse diferentes controles administrativos, ambientales y de protección individual, y sobre las condiciones de trabajo.

Es relevante indicar en este artículo que los trabajadores de la salud en la actual coyuntura de la COVID-19 son catalogados como la “primera línea de batalla”. No obstante, causa controversia que el déficit de sus condiciones de trabajo, el auge de las políticas de flexibilización y precarización laboral en el sector salud, la sobrecarga física y mental, la ausencia o falta de elementos de protección individual entre otras situaciones, conlleven las altas cifras de trabajadores de la salud contagiados o fallecidos.

[...] el déficit de sus condiciones de trabajo, [...] las políticas de flexibilización y precarización laboral [...], la sobrecarga [...], la ausencia o falta de elementos de protección individual [...], conlleven las altas cifras de trabajadores de la salud contagiados o fallecidos

¿Cuál es el comportamiento de la COVID-19 y la TB en trabajadores de la salud?

Según las cifras reportadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) la enfermedad ocasionada por el agente viral SARS-CoV-2 con corte al 13 de enero de 2021, había ocasionado 91 millones de contagios a nivel global, 1.9 millones de muertes con más de 191 países con casos reportados de COVID-19. En cuanto a tuberculosis en el Reporte Global, se notificaron en el 2019 un total de 10 millones de casos y 1,2 millones de muertes, haciendo que estas dos enfermedades se encuentren dentro de las diez primeras causas de mortalidad derivada de eventos infecciosos en la población mundial.

En cuanto a cifras de contagio de trabajadores de la salud con la COVID-19, no existe una estadística consolidada global que indique el número de trabajadores infectados. No obstante, algunos reportes preliminares generados por la Organización Panamericana de la Salud para el caso de las Américas estiman cerca de 570 000 infectados y más de 2500 fallecidos con corte a septiembre de 2020. Entre los países con mayor número de casos de COVID-19 en trabajadores de la salud están Estados Unidos con 342 000 casos y 1 177 fallecidos; Brasil 257 000 casos y 226 fallecidos; en México 182 000 casos y 2397 fallecidos; Colombia 22 640 casos y 125 fallecidos y Perú 7000 casos y 200 fallecidos, siendo datos preliminares con diferentes tiempos de corte, debido a limitantes en la vigilancia rutinaria y periódica de cifras de contagio en estos trabajadores.

Frente a trabajadores de la salud con tuberculosis a nivel global se reporta en el informe global de la OMS del 2019 un total de 22 819 casos correspondiente a un 0,3 %,

[...] algunos reportes preliminares generados por la Organización Panamericana de la Salud para el caso de las Américas estiman cerca de 570 000 infectados y más de 2500 fallecidos con corte a septiembre de 2020. Entre los países con mayor número de casos de COVID-19 en trabajadores de la salud están Estados Unidos con 342 000 casos y 1177 fallecidos; Brasil 257 000 casos y 226 fallecidos; en México 182 000 casos y 2 397 fallecidos; Colombia 22 640 casos y 125 fallecidos

del total de registrados. Se reportó en 74 países vigilancia rutinaria de casos de TB en los trabajadores de la salud: en India se reporta el 56 % de casos y China 16 %. Otros países que reportan casos son Argelia, Burkina Faso, Colombia, República Dominicana u Honduras, donde la tasa de casos de TB duplica la reportada en población general. En el caso de Colombia se presenta una tendencia hacia el incremento de los casos de TB en trabajadores de la salud en los últimos años; en el año 2016 se notificaron 268 casos, en el año 2017 un total de 264 casos, en 2018 un total de 320 casos, y el año 2019, un total de 319 casos. En cuanto a los resultados del tratamiento de la cohorte de trabajadores de la salud de TB en 2017 se reportó 84,6 % éxito terapéutico, 2 % fracaso, 6 % pérdida en el seguimiento, 6 % fallecido y 1,3 % sin evaluar.

¿Cuáles son las similitudes y diferencias en la COVID-19 y la TB de interés a nivel de la exposición en los trabajadores de la salud?

Se mencionan algunas características principales de estos dos agentes biológicos de relevante mención en la exposición laboral.

Características	SARS-CoV-2	Mycobacterium tuberculosis
Tipo	Viral	Bacteriano
Agente	Coronavirus tipo Beta.	Micobacteria gram (+) aerobia estricta.
Material genético	ARN polimerasa.	ADN circular.
Mecanismo de transmisión	Contacto directo por gotas o indirecto. Vía respiratoria	Vía respiratoria por aerosoles.
Signos y síntomas	2 o más síntomas: Fiebre > 39° C, tos seca, malestar general, menor frecuencia síntomas gastrointestinales.	Tos y expectoración de más de 15 días, asociado a pérdida de peso, diaforesis nocturna, fiebre vespertina.
Diagnóstico	RT-PCR (Gold Estándar diagnóstico directo). Hisopado nasofaríngeo, orofaríngeo, Anticuerpos IgM IgG (indirecto), luego del día 11.	RT-PCR detección ADN M Tuberculosis y PSF para identificación resistencia a fármacos. Cultivo (líquido) (Gold Estándar). Baciloscopia (Control del tratamiento).
Estrategias de prevención ocupacional	Medidas de control ambiental ventilación e iluminación. Lavado de manos. Distanciamiento físico. Mascarilla N95, bata, mono gafas, careta facial, (personal de salud) acorde al nivel de riesgo.	Medidas de control ambiental Ventilación e iluminación. Mascarilla quirúrgica (sintomático respiratorio). Respirador de partículas N-95 (personal de salud).
Tratamiento	No existe un tratamiento específico para prevención y cura. Se realiza manejo sintomático casos moderados y graves.	Tratamiento antibioterapia Rifampicina, Isoniacida, Pirazinamida, Etambutol casos de TB sensible. Si existen casos de TB MDR y RR se trata con fármacos de segunda línea como Linezolid, Clofazimine, bedaquilina, Quinolonas.

[...] se reporta en el informe global de la OMS del 2019 un total de 22 819 casos correspondiente a un 0,3 %, del total de registrados. Se reportó en 74 países vigilancia rutinaria de casos de TB en los trabajadores de la salud: en India se reporta el 56 % de casos y China 16 %. Otros países que reportan casos son Argelia, Burkina Faso, Colombia, República Dominicana u Honduras, donde la tasa de casos de TB duplica la reportada en población general

¿Cuáles son los factores que incrementan la vulnerabilidad de contagio con la COVID-19 y la Tuberculosis en personal de salud derivado de las condiciones de trabajo?

Las condiciones de trabajo son el conjunto de factores que determinan la realización de una actividad o tarea concreta, donde existen condicionantes del ambiente físico del trabajo, la tarea y la organización, así como los factores individuales o extralaborales, que influyen en el estado de salud en los trabajadores y en la exposición laboral a COVID-19 y TB dentro de estas se encuentran:

Condiciones del ambiente físico de trabajo:

- Falta de ventilación e iluminación artificial, cuartos de aislamiento, salas de espera y urgencias.
- Sobreocupación y hacinamiento crítico.
- Falta de señalización de áreas de riesgo de contagio.
- Exposición a radiaciones ionizantes y químicos que afecten el sistema inmune.
- Demora en la identificación y aislamiento de casos y rastreo de contactos.

Condiciones de la tarea:

- Sobrecarga mental y estrés laboral.
- Agotamiento físico.
- Realización de procedimientos de riesgo (intubación endotraqueal, aspirado de secreciones, procesamiento de muestras).

Condiciones de la organización:

- Incremento del tiempo de la jornada laboral.
- Trabajo nocturno.
- Falta de disponibilidad de elementos de protección personal.
- Falta de entrenamiento e inducción en protocolos de bioseguridad.
- Ausencia de sistemas de vigilancia epidemiológica ocupacional.

Condiciones individuales y extralaborales:

- Comorbilidades crónicas como hipertensión, diabetes.
- Enfermedades inmunes, VIH, cáncer, tratamientos inmunosupresores.
- Factores de exposición general (uso de medios de transporte masivo).
- Factores comportamentales y prácticas de autocuidado limitadas.

¿Qué acciones se deben establecer en los lugares de trabajo para disminuir el riesgo de contagio con COVID-19 y TB en el personal de salud?

La aplicación de medidas debe involucrar procesos sistemáticos de evaluación de los sistemas de gestión en seguridad y salud en el trabajo y las condiciones de trabajo, por ende, es fundamental que empleadores y aseguradoras de riesgos laborales establezcan los controles para mitigar y reducir el riesgo ocupacional.

Deben aplicarse siguiendo procedimientos de identificación de peligros, zonas de riesgo y la vigilancia epidemiológica de los trabajadores de la salud según clasificación de riesgos.

La aplicación
de medidas debe
involucrar procesos
sistemáticos
de evaluación
de los sistemas
de gestión
en seguridad
y salud en el trabajo
y las condiciones
de trabajo, por ende,
es fundamental que
empleadores
y aseguradoras
de riesgos laborales
establezcan los controles
para mitigar y reducir
el riesgo ocupacional

Acorde a intervenciones promovidas por la Organización Internacional del Trabajo y el Departamento de Salud y Seguridad en el trabajo en sus siglas en inglés OSHAS, se presentan las siguientes:

- **Medidas de Control Administrativas.** Se refiere a medidas que permita disminuir el tiempo de exposición de los trabajadores de la salud al agente viral y bacteriano en los lugares de trabajo como: disminuir tiempos de jornada laboral, establecer sistema de identificación y detección rutinaria de casos sospechosos, establecer medidas de capacitación, inducción, aislamiento y separación por cohorte en la atención de pacientes, etiqueta de tos, higiene respiratoria, prácticas de trabajo seguras, entre otras.
- **Medidas de Control Ambiental.** Se refieren a medidas que permitan disminuir la concentración de partículas infecciosas en los ambientes de trabajo con la disponibilidad de cuartos de aislamiento con ventilación natural, ventilación mecánica conductos de inyección y extracción controlada de aire, filtros de alta eficiencia, luz ultravioleta, protocolos de limpieza y desinfección de áreas según nivel de riesgo de contagios.
- **Medidas de Protección Personal.** Son las medidas que permitan la protección individual de los trabajadores, las cuales deben ser implementadas de manera simultánea con las medidas administrativas y ambientales para la prevención del contagio con la COVID-19 y la TB, se indica para la protección respiratoria en trabajadores de moderado y alto riesgo el respirador de partículas N-95; adicionalmente en COVID-19 se deben utilizar elementos de protección por contacto como guantes, careta facial, bata, protector calzado, en procedimientos generadores de aerosoles o de alto riesgo.

Desafíos y conclusiones

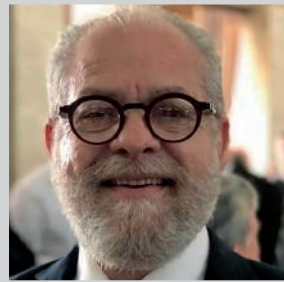
La COVID-19 y la TB son amenazas para la salud pública mundial, regional y local toda vez que su prevención, control y mitigación se encuentra permeada por aspectos derivados de los determinantes sociales, la accesibilidad a los servicios de salud, y de aspectos relevantes de la organización del trabajo en el sector salud. La problemática de exposición ocupacional en el sector salud a COVID-19 y TB, puede ser considerada una prioridad, toda vez que las cifras de contagios evidencian daños, sufrimiento y secuelas en los trabajadores de la salud, con vidas perdidas, debilitamiento del re-

Bajo este contexto en Colombia y Latinoamérica, se deben promover políticas de formalización laboral, incentivos, prestaciones sociales y en el tema de salud programas de rastreo y detección oportuna de casos en el marco de la vigilancia epidemiológica ocupacional

[...] se requiere la mejora de la infraestructura física de los establecimientos de salud que facilite la implementación de las medidas de control de infecciones a nivel administrativo, ambiental y la disponibilidad de los elementos de protección personal. Se debe intervenir sobre las condiciones de la tarea, sobre la carga física y a nivel mental y psicosocial dado los altos niveles de estrés ocupacional y postraumático que han tenido los trabajadores en primera línea de batalla en la pandemia de la COVID-19

curso humano en salud y alta externalidad en la atención sanitaria. Bajo este contexto en Colombia y Latinoamérica, se deben promover políticas de formalización laboral, incentivos, prestaciones sociales y en el tema de salud programas de rastreo y detección oportuna de casos en el marco de la vigilancia epidemiológica ocupacional. En la prestación de los servicios de salud se requiere la mejora de la infraestructura física de los establecimientos de salud que facilite la implementación de las medidas de control de infecciones a nivel administrativo, ambiental y la disponibilidad de los elementos de protección personal. Se debe intervenir sobre las condiciones de la tarea, sobre la carga física y a nivel mental y psicosocial dado los altos niveles de estrés ocupacional y postraumático que han tenido los trabajadores en primera línea de batalla en la pandemia de la COVID-19. Desde las instancias gubernamentales se deben generar políticas y lineamientos que permitan reconocer la TB y la COVID-19 como enfermedades de origen laboral, así mismo la generación de protocolos que permitan la implementación de medidas de bioseguridad en la atención en servicios de salud de alta y baja complejidad, la mejora en la atención de los servicios de atención primaria de salud en el diagnóstico oportuno de casos de COVID-19 y TB. Finalmente se debe involucrar a los diferentes actores de los sistemas de salud, la academia, las sociedades científicas, las aseguradoras de riesgos laborales, las ONG, los gremios de trabajadores de la salud, que permitan plantear intervenciones acordes a las necesidades del sector, desde los diferentes escenarios en el ámbito de salud pública y ocupacional.¹ //

1 **Referencias bibliográficas:** Organización Mundial de la Salud, Organización de las Naciones Unidas, Organización Internacional del Trabajo. Directrices de política conjuntas OMS-OIT-ONUSIDA sobre la mejora del acceso de los trabajadores sanitarios a los servicios de prevención, tratamiento, atención y apoyo en relación con el VIH y la tuberculosis [Internet]. Suiza [citado 11 Jun 2019]. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---lo_aids/documents/publication/wcms_149746.pdf - Center for prevention and disease Control (CDC). Cases & Deaths among Healthcare Personnel - Data were collected from 16,016,198 people, but healthcare personnel status was only available for 3,164,532 (19.76%) people. For the 358,360 cases of COVID-19 among healthcare personnel, death status was only available for 273,805 (76.41%). <https://covid.cdc.gov/covid-data-tracker/#health-care-personnel> - Ministerio de Salud Brasil. Panel de Coronavirus actualizado el 03 de enero de 2021. <https://covid.saude.gov.br/e> - Secretaria de Salud de México, COVID-19 en personal de salud actualizado 28 de diciembre de 2020. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/602846/COVID-19_Personal_de_Salud_2020.12.28.pdf - Instituto Nacional de Salud. Vigilancia rutinaria COVID-19 en trabajadores de la salud con corte 3 de enero de 2021. link <https://www.ins.gov.co/Noticias/Paginas/coronavirus-personal-salud.aspx> - World Health Organization. Global TB report Tuberculosis año 2019. - Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Informe de evento tuberculosis año 2019. Colombia Subdirección de enfermedades transmisibles. Guo, Y.R. et al. 2020. The origin, transmission and clinical therapies on coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak – an update on the status. *Mil Med Res* 7, 11. Adrián G. Rosas Taraco1,2 y Alma Yolanda Arce Mendoza1 tuberculosis: mecanismos de defensa, inmunopatogénesis y biomarcadores.. Departamento de Inmunología, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Nuevo León (Monterrey, N.L., México). - Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 227 de 2020 lineamientos técnicos operativos del Programa Nacional de Prevención y Control de la TB. - Muñoz AI, Lozada MA. Experiencias de Investigación en Salud y Seguridad en el Trabajo. 1ed. Universidad Nacional de Colombia. Vicerrectoría de Investigación Sede Bogotá. 2012. 148-150p. ISBN 978-958-761-172-4. - Guidance on Preparing Workplaces for COVID-19. U.S. Department of Labor Occupational Safety and Health Administration.OSHA 3990-03 2020 ters for Disease Control And Prevention. TB Elimination Control in Health Care Settings. Atlanta. 2012 [Citado el 3 de marzo de 2016]. Disponible en: <http://www.cdc.gov/tb/publications/factsheets/prevention/ichcs.pdf> - Organización Panamericana de la Salud. Requerimientos para uso de equipos de protección personal (EPP) para el nuevo coronavirus (2019-nCoV) en establecimientos de salud (recomendaciones interinas, 2/6/2020) Link <https://www.who.int/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019>.



MAURO ZAMBONI

MD – MSc – PhD. Expresidente de la Asociación Latinoamericana del Tórax (ALAT).

Expresidente de la Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiología (SBPT)

BRASIL

UNA LUZ AL FINAL DEL TÚNEL

Brasil, un país continental, con una población de alrededor de 220 000 000 de habitantes distribuidos de forma heterogénea en una extensión de 8 516 000 km² ha sufrido en los últimos meses la COVID-19 al igual que otros países del mundo. Estamos viviendo el apogeo de la segunda ola de la enfermedad, especialmente con la llegada a nuestro entorno de las variantes mutadas de SARS-CoV-2 identificadas en el Reino Unido y Sudáfrica.

Con ello, el número de casos infectados y graves de COVID-19 ha aumentado significativamente en las últimas semanas llevando a la saturación del sistema sanitario de varias ciudades de nuestro país. Las cifras son impresionantes. Hasta mediados de enero hay 8 488 099 casos registrados y 209 847 muertes.

El 17 de enero el gobierno brasileño, a través de la Agencia de Vigilancia Sanitaria (ANVISA), liberó dos vacunas: Coronovac/Butantan, desarrollada por el Instituto Butantan, institución centenaria ubicada en la ciudad de São Paulo y gran productora de inmunobiológicos y vacunas, y la desarrollada por la farmacéutica china Sinovac Life Science Co. y la de Oxford/AstraZeneca, en asociación con la Fundación Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), que lleva 120 años de investigación y con gran experiencia en desarrollo en ciencias biológicas, que está ubicada en la ciudad de Río de Janeiro y vinculada al Ministerio de Salud (MS). La liberación de estas dos vacunas, independientemente de sus índices de eficacia, pero previniendo las formas graves de la COVID-19 mitigará sin duda el colapso de nuestro sistema sanitario y salvará vidas. Sin duda es una luz de esperanza en la perspectiva de volver a nuestro desarrollo económico, disminuyendo el desempleo, aplacando el grave impacto social en nuestra población y proporcionando el retorno, aunque con todos los cuidados universalmente recomendados, al trabajo, a la escuela, a la vida social y familiar.

Pero aún nos queda un largo camino por recorrer. Es urgente que nuestro Ministerio de Salud se apresure a presentar a la población, con claridad, un plan de cómo será el Programa Nacional de Inmunización para la COVID-19. Es laboriosa toda la logística a desplegar para el almacenamiento, transporte, distribución y administración de las vacunas en todo el territorio y para todos los brasileños; es una obligación presentar la información de cómo se gestionará todo esto. En cualquier caso, la presencia de la vacuna entre nosotros es un soplo de aire fresco para toda la población sumergida en una injusta desigualdad social que ya lleva un año sufriendo esta tragedia epidémica.

Y recordando al padre Antônio Viera, escritor, orador y religioso portugués del siglo XVII:

“Así como hay esperanzas que llegan tarde, hay esperanzas que llegan. Las esperanzas que llegan tarde quitan la vida; las esperanzas que llegan no sólo no quitan la vida, sino que añaden los días y el aliento de la misma”.

Y así es como debemos sentirnos en este momento, la esperanza al final del túnel —la vacuna— sin duda añadirá más días a nuestra vida y más valor y emoción a la misma: //



JOSÉ ANTONIO CAMINERO LUNA

Neumólogo en el Hospital General de Gran Canaria Doctor Negrín. Vocal del Comité Científico de la Red TBS-Stop Epidemias

ESPAÑA

CARTA ABIERTA A LAS AMÉRICAS

El año 2020 va a ser prácticamente imposible de olvidar, a pesar de que pasen décadas e incluso siglos. Va a ser difícil olvidar que en tan sólo unos pocos meses, un virus fuera capaz de poner en jaque al mundo globalizado. Y, aunque esta pandemia empezó por Asia y fueron algunos países europeos como Italia y España los que le siguieron en su expansión, el continente que más ha padecido el azote del SARS-CoV-2 ha sido el de las Américas, tanto Estados Unidos como el global de América Latina.

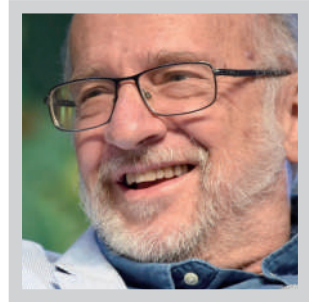
No en vano, cuando se ha cumplido un año de que la Organización Mundial de la Salud (OMS) declarase a la COVID-19 como una pandemia global a nivel mundial, el continente americano acumula el 45 % de los casos declarados totales de esta enfermedad y el 58% de los muertos. Los tres países que han declarado mayor mortalidad pertenecen al continente americano (Estados Unidos, Brasil y México); y dos de ellos ocupan el primer y el tercer lugar en cuanto al número total de casos

Centrándonos en América Latina, todos sus países han acumulado el 37 % de las muertes y el 19 % de los casos de COVID-19 a nivel mundial; la zona más afectada del planeta. Además, los sistemas de salud de un buen número de estos países no son lo suficientemente robustos como para hacer frente a este tsunami que se vino encima y, por tanto, la atención de estos enfermos de COVID-19 ha hecho que se haya debilitado notablemente la atención del resto de enfermedades, a la cabeza algunas de las prioritarias como la tuberculosis (TB).

Los objetivos prioritarios que se han marcado a nivel global para intentar controlar la TB en las próximas décadas se basan en conseguir detectar un mínimo del 90 % de los enfermos que hay en la comunidad; y que se curen con un tratamiento adecuado. Pues bien, al haber tenido que priorizar todos los recursos sanitarios en la atención de los pacientes con COVID-19, se han visto afectadas tanto las labores de detección como de curación de los enfermos con TB, habiéndose estimado que a nivel mundial se van a perder alrededor de 6-8 años de la buena lucha anti-TB que se había desarrollado en las últimas dos décadas. Y esto afecta a América Latina donde muchos de los países han visto que la detección de casos en el 2020 ha sido alrededor de un 30 % menos de la que tuvieron en 2019.

[...] al haber tenido que priorizar todos los recursos sanitarios en la atención de los pacientes con COVID-19, se han visto afectadas tanto las labores de detección como de curación de los enfermos con TB, habiéndose estimado que a nivel mundial se van a perder alrededor de 6-8 años de la buena lucha anti-TB que se había desarrollado en las últimas dos décadas

Ya es seguro que la buena lucha contra la TB en América Latina se va a ver seriamente afectada por esta pandemia de COVID-19. Pero, una vez reconocido el problema y siendo conocedores de que aún queda bastante tiempo para superar esta pandemia, es necesario que los países vuelvan a poner la lucha frente a la TB en su agenda de máximas prioridades. La TB ha sido la enfermedad que mayor daño le ha causado a la especie humana a lo largo de toda su historia y hasta la llegada de la COVID-19 seguía siendo la enfermedad infecciosa que mayor número de muertes producía cada año en el mundo. //



DANIEL SAMPER PIZANO

Periodista y escritor

COLOMBIA

DESCUBRIENDO LA NATURALEZA. TODO UN HONOR

—Toma: aquí tienes las llaves. Cualquier dificultad te la soluciona Libardo, el cuidandero. Así dijo mi primo Alberto aquel día en que le pedí prestada su pequeña casa de campo para refugiarme con mi mujer durante la pandemia. Agradecí la generosidad de mi primo y nos dispusimos a afrontar el inesperado destierro aconsejados por amantes de la naturaleza. “Van a disfrutar del campo —nos dijeron—;

van a descubrir un mundo deslumbrante de plantas y animales, y terminarán redescubriéndose a ustedes mismos”.

La finca, por insondable coincidencia, se llama El Descubrimiento y está situada a orillas de un río en una vereda verde donde se cultiva café en Colombia. La casa era precaria. Tenía luz eléctrica: sí, pero no siempre. televisión: solo si había luz. Distancia de la ciudad más civilizada (Bogotá): tres horas. Temperatura media durante el año: 22 grados centígrados. Tamaño: lo que con admirable elegancia llaman las revistas de moda *petite*: casa pequeña dentro de una parcelación rural reducida. Perros grandes, eso sí; dos hembras negras de raza heteróclita colombiana, es decir, un democrático mestizaje canino. Nos recibieron alegremente al lado de Libardo, el encargado de velar por la parcelación, que en realidad se llama Libardo Rodrigo: doble onomástico, como buen latinoamericano. Las perras eran el regalo reciente de un compadre del cuidadero y carecían aún de nombre. Las bautizamos Pandemia y Corona y durante seis meses fueron nuestras mejores amigas y nuestras guías en el pavoroso descubrimiento del agreste campo tropical.

Dos horas después de habernos instalado en la casa, las perras nos llevaron un regalo de bienvenida. Era el cadáver de una ardilla, todavía tibio. Mi mujer abrió la puerta y, aterrada por el obsequio, lanzó un grito histérico

¡El campo tropical! Parece maravilloso en los canales de televisión especializados, aquellos donde vemos el dormitorio de las abejas, desciframos el lenguaje de los lagartos y asistimos el apareamiento de las cebras sin necesidad de que se quiten las pijamas. Algo hacen los editores de estos videos que vuelven glamouroso el horror. Dos horas después de habernos instalado en la casa, las perras nos llevaron un regalo de bienvenida. Era el cadáver de una ardilla, todavía tibio. Mi mujer abrió la puerta y, aterrada por el obsequio, lanzó un grito histérico. Yo corrí en su ayuda y Libardo acudió al oír nuestros dos unisonos berridos de pánico. Con poca delicadeza, el encargado agarró por una pata lo que había sido una tierna ardilla y se proponía añadirla a la basura cuando protesté. De niño solía hacerles entierros solemnes a las mascotas, así que no estaba dispuesto a propinar un final bárbaro al animalito. Libardo excavó con toda paciencia una pequeña fosa y sepultó cristianamente a la ardilla.

—Ellas —dijo señalando a las perras, que asistían poco acongojadas a las honras fúnebres—, son cazadoras, pero no comen lo que cazan. Sin embargo, es bueno impedir que saquen los restos para jugar con ellos.

La naturaleza acababa de darnos una primera lección y pensé que me gustaba más la ópera. La segunda se produjo poco después, cuando mi mujer estuvo a punto de recoger un cordón tendido en el sendero del bosque vecino y el cordón se estremeció y huyó culebreando. Cosa que no era de extrañar pues se se trataba de una

Las perras eran el regalo
reciente de un compadre
del cuidandero y carecían
aún de nombre.

Las bautizamos
Pandemia y Corona
y durante seis meses
fueron nuestras mejores
amigas y nuestras
guías en el pavoroso
descubrimiento
del agreste
campo tropical

culebra. Solo vimos otra serpiente durante el semestre que duró nuestra imitación de Walden, pero siempre amanecíamos con el temor de que las perras nos llevaran alguna como presente.

Sería injusto decir que aborrecimos el campo. No. Disfrutamos muchas de sus ventajas: los atardeceres (cuando no estaba diluviando y era preciso poner tazas para recoger las goteras); los cielos estrellados (ensombrecidos por el vuelo de los chimbilás, los desagradables murciélagos de la región); el rumor del río (que se volvía rugido amenazante si llovía en la parte alta de la codillera); las flores y, en materia de frutas, los melocotones enlatados y la mermelada de naranja. Justamente fueron las naranjas las propiciadoras de un nuevo descubrimiento. Habíamos visto en la parcelación frondosos naranjales y guayabos, pero no colgaban frutas de sus ramas. Cuando le preguntamos a Libardo por el hecho, nos respondió desde el rústico escepticismo de sus sesenta años:

—En esta tierra todo se da, pero mal.

Sería injusto decir que aborrecimos el campo. No. Disfrutamos muchas de sus ventajas: los atardeceres [...]; los cielos estrellados [...]; el rumor del río [...]; las flores y, en materia de frutas, los melocotones enlatados y la mermelada de naranja

Y nos mostró enseguida las hormigas que trepaban por los naranjos y los gusanos blancos que devoraban por dentro las guayabas. Su consejo fue encargar las frutas a Bogotá: “Allá llevan las mejores cosechas del país y hay un camionero que trae lo que uno le pida”. Nada de esto nos habían advertido en los canales dedicados a la agricultura. No quiero mencionar las delicias gastronómicas que veíamos en la televisión y que terminamos por odiar, mientras mi mujer, pobrecita, improvisaba recetas con huevos y toda clase de verduras y hortalizas: pimientos, espinacas, judías, maíz, papas... Por cierto: no ensayen la tortilla de lechuga: pierden la lechuga y pierden los huevos.

El primer alacrán que encontramos en la cocina nos produjo miedo, pero lo examinamos con rara curiosidad. Con asombro, diría yo. Si no hubiera aparecido muerto, como estaba, quizás habríamos salido en desbandada en pos de Libardo. Nunca supimos de qué murió, pero los otros dos que hallamos vivieron hasta un segundo antes de recibir el zapatazo en el que me entrenó el guardés. “A las arañitas no las maten que son muy útiles”, recomendó también. No sé en qué punto una arañita “muy útil” pasa a ser araña feroz que se te lanza al cuello, pero mi zapato no discriminó tallas.

Entre los muchos descubrimientos —ardillas, arañas, culebras, hormigas, alacranes— confieso que el más encantador fueron los pájaros. Mi primo tenía varios libros sobre aves tropicales y nos aficionamos al deporte de observar pájaros en tratados ornitológicos y después buscar los mismos ejemplares de carne y pluma en la naturaleza viva. Tuvimos poco éxito. Salvo los buitres, no divisamos más que unos cuantos

Entre los muchos descubrimientos —ardillas, arañas, culebras, hormigas, alacranes— confieso que el más encantador fueron los pájaros.

 Mi primo tenía varios libros sobre aves tropicales y nos aficionamos al deporte de observar pájaros en tratados ornitológicos y después buscar los mismos ejemplares de carne y pluma en la naturaleza viva. Tuvimos poco éxito

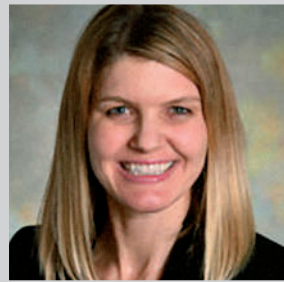
canarios, varios gorriones, alguna mirla y numerosos y adorables colibríes. A estos los mirábamos desde lejos, pues son muy esquivos, y nos parecían del tamaño de un dedal. Una mañana pudimos saber que son algo más grandes debido a que Pandemia se presentó radiante con un desventurado colibrí en las fauces. Esta vez no repetimos el ritual que habíamos observado con la primera mascota y optamos por la bolsa plástica y la basura en vez de sepultar al colibrí cristianamente. El mismo vacío funeral esperaba a los demás congéneres que aportaron las perras. La naturaleza empezaba a recoger sus enseñanzas: la supervivencia de los más fuertes, el darwinismo, las leyes de la vida y de la muerte... Nos estábamos endureciendo, como el pan que a veces nos traía el bueno de Libardo.

Internet nos abrió nuevas ventanas. Mi mujer descubrió que, en vez de odiar los insectos por deteriorar las frutas, era posible admirarlos desde una óptica científica. De noche, cuando mejor entraba la señal de internet, si los cucarrones nos dejaban tranquilos emprendíamos inolvidables aventuras por el mundo de la entomología. Descubrimos que, al revés de la política, muchos gusanos horribles se convierten con el tiempo en bellas mariposas. Supimos que la *Vanessa cardui* (no confundir con una actriz italiana de nombre parecido) solo vive doce meses y que las alas desplegadas de la *Papilio machao* miden casi nueve centímetros. También supimos que de poco nos servían estos datos pues éramos incapaces de identificar los bichos en vivo y en directo.

Una mañana pudimos saber que son algo más grandes debido a que Pandemia se presentó radiante con un desventurado colibrí en las fauces

Pandemia y Corona nos acompañaban de manera cada vez más intensa, y los seis meses de encierro en medio de la atroz naturaleza se hicieron más leves, merced a ellas. Nos acostumbramos a sus regalos. Un día dejaban en la puerta un sombrero raído. Otro día (memorable por el horror que produjo), el cadáver de una rata enorme conocida como fara. Nos sorprendió hallar una mañana en el portal un zapato mordisqueado, pero más nos sorprendió que lo reclamara la mujer de Libardo, a quien se lo habían hurtado la víspera.

El final llegó aquel mediodía en que, al entrar al comedor, mi mujer se topó con una iguana del tamaño de Pandemia o Corona. Libardo alcanzó a oír el alarido y acudió de inmediato. Nadie había visto nunca una iguana en esa región. No se sabe de dónde salió ni para dónde iba. Solo supimos que, con enorme valor, Libardo la cogió por la cola y la arrojó al río pocos minutos antes de que nosotros embutiésemos apresuradamente ropas, maletas y libros en el carro y partiéramos a toda marcha hacia la ciudad, su fascinante asfalto y sus reconfortantes edificios. Ya habíamos tenido suficiente dosis de naturaleza. Demasiada, diría yo. //



JEANNE GAMBUCCI

DO MPH. Medicina Familiar.
Hannepin Harthcar
ESTADOS UNIDOS

CHANGE FATIGUE

Hace exactamente un año vimos las noticias con anticipación, inicialmente desde lejos y poco a poco desde sitios más cercanos; la pandemia era inminente y consideramos cómo nos iba a afectar. Hoy, reflexiono sobre un concepto que aprendí durante la pandemia, el *Change Fatigue* (“la fatiga del cambio”), que es tan pertinente a mi experiencia de la pandemia como a la de todos los que estamos en esta profesión. Este artículo pretende explicar mi perspectiva del impacto de la pandemia de la COVID-19 desde el entorno ambulatorio.

Change Fatigue intenta explicar la apariencia de estrés, miedo y agotamiento por el cambio constante dentro de una organización: afecta a la atención, energía y motivación de los individuos en esa organización. Aunque este concepto pertenece al ambiente laboral, se puede aplicar también a los cambios de la rutina diaria debido a la pandemia. Hay algunos términos relacionados, como *Pandemic Fatigue* y *COVID Fatigue* que tienen las mismas consecuencias. Mientras estábamos dirigiendo nuestro trabajo a las necesidades fluctuantes de la pandemia, el riesgo y la severidad de esta fatiga estaba aumentando.

Como Minneapolis está situada en el medio de los Estados Unidos, los casos de COVID-19 se acercaron desde las dos costas y cuando llegaron los primeros casos a Minnesota en el mes de marzo, el ambiente ambulatorio se cerró casi completamente. Mi clínica tuvo un listado de restricciones estrictas para obtener una visita en persona –infección urinaria, dolor de cabeza, dolor de estómago, etcétera– y el cuidado de problemas crónicos o no urgentes fue atendido mediante una visita virtual. No soy médica de la sala de emergencias, pero el resultado de estas restricciones fue que los pocos pacientes con visitas en persona vinieron por temas de salud más graves y yo me empecé a sentir como si estuviera en la sala de emergencias.

Change Fatigue intenta explicar la apariencia de estrés, miedo y agotamiento por el cambio constante dentro de una organización: afecta a la atención, energía y motivación de los individuos en esa organización

Una tarde, en la clínica, evalué una paciente con diverticulitis, otra con un embarazo ectópico y una tercera con la hemoglobina en 5.9 g/dL; todas fueron ingresadas al hospital directamente desde su visita conmigo. Así, la decisión de enviar a un paciente al hospital fue cada vez más crucial por la posibilidad más alta de un problema crítico y también por la falta de espacio y recursos en la mayoría de los hospitales debido a los ingresos por la pandemia.

Mi nueva realidad comenzó a ser de la siguiente manera: trabajando en versión de cuidado ambulatorio, también trabajando algunos días en la Clínica Viral, y algunas semanas en el hospital, en el nuevo equipo de consulta de medicina interna (debido a que los internistas formaron un equipo exclusivamente para la COVID-19). También he debido formar parte de un programa de monitorización de COVID-19 en casa, para pacientes que contrajeron el virus y además sufrían de otras enfermedades crónicas. Algunos estaban cursando embarazos, u otros después de un ingreso hospitalario.

Si habíamos encontrado un poco de estabilidad después de dos meses de estar en plena pandemia, ésta fue completamente interrumpida en Minneapolis, el 25 de mayo: este día George Floyd falleció por las manos de la policía de Minneapolis. La tragedia ocurrió a unos 5 kilómetros de la ubicación de mi clínica e involucró el tercer precinto

Mi nueva realidad
comenzó a ser
de la siguiente manera:
trabajando en versión
de cuidado ambulatorio,
también trabajando
algunos días
en la Clínica Viral,
y algunas semanas en
el hospital, en el nuevo
equipo de consulta
de medicina interna
(debido a que los
internistas formaron
un equipo
exclusivamente
para la COVID-19)

policial de Minneapolis (ubicado frente a mi clínica), siendo este lugar el epicentro de los disturbios que sucedieron después del hecho y las protestas que conllevó. El 27 de mayo se nos ordenó irnos a casa por el riesgo de nuestra seguridad. Los disturbios causaron daños permanentes a la clínica que motivaron su cierre. Esa tarde, yo ya no volví a trabajar en ese lugar.

De repente, mis tareas de trabajo cambiaron otra vez a actividades que no eran parte del currículo de la facultad de medicina. Ahora, el motivo de las visitas de mis pacientes era dónde encontrar comida, cómo manejar un problema de salud sin acceso a una farmacia, o cómo calmar a un hijo después de varias noches de disturbios callejeros junto a su casa. Organizamos con otras personas eventos para brindar alimentos a nuestros pacientes de la clínica lo que motivó que gente de otras comunidades también concurrieran en busca de alimentos y recursos básicos. Tuvimos que abrir una clínica temporal en el estacionamiento, ubicado al lado al edificio de la clínica destruida, para que sirviera de atención a los residentes del área que no contaban con transporte y no podían ir a clínicas más lejanas. Otra vez, las necesidades de nuestra comunidad cambiaron y tuvimos que determinar cómo asistirlos.

No puedo hablar de mi experiencia durante la pandemia desde la perspectiva del cuidado ambulatorio, sin comentar sobre el impacto tan grave que la pandemia ha tenido en la salud mental de las personas. Mientras estábamos preocupándonos con preguntas sobre EPI, ventiladores y vacunas (preguntas de máxima importancia y urgencia del momento), hubo individuos aislados en sus casas por semanas y hasta meses. Muchas personas estaban sufriendo el estrés más grande de su vida y para otros esta era una situación estresante. Los acontecimientos que se dieron este año 2020 fueron golpes implacables para nuestra comunidad: la aparición de la pandemia, el fallecimiento de George Floyd, las elecciones políticas, la nueva ola de casos de la COVID-19 durante las fiestas de navidades... La condición de la salud mental de la comunidad continúa y tiende a deteriorarse. Ahora, en casi cada turno en la clínica tengo varias visitas sobre problemas de salud mental, incluyendo muchos con pensamientos suicidas y casos pediátricos numerosos. La pregunta rutinaria de un chequeo general de: “¿Cómo está tu nivel de estrés?” ha perdido el significado porque la respuesta es obvia.

Me atrevería a decir que los cambios más recientes en mi rutina laboral han mejorado un poco: ya no trabajo en la Clínica Viral porque la han convertido a una clínica de vacunación y tampoco trabajo en el hospital debido a la disminución del número de ingresos de pacientes con COVID-19. El programa de monitorización de casos fue convertido a uno para pacientes con síndrome post-COVID porque hay más demanda de casos prolongados que infecciones nuevas. Ahora tengo más tiempo para reflexionar sobre un año pasado tan turbulento y también en las consecuencias de *Change Fatigue*.

Es importante recordar que no solo nosotros sino toda la comunidad ha sufrido de *Change Fatigue*. También es importante recordar las historias de los pacientes fuera del hospital: los que estuvieron sufriendo en casa de la infección de la COVID-19 y manejando sus enfermedades crónicas sin apoyo médico, en crisis de salud mental. Finalmente quiero reconocer el significado de esta lucha y honrar a mis colegas en otros campos de la salud, así como a todas las personas afectadas por la pandemia. //



ANDRÉS L. ECHAZARRETA

Jefe del Servicio de Neumología del Hospital San Juan de Dios, de La Plata.

Expresidente de la Asociación Argentina de Medicina Respiratoria

ARGENTINA

EL LARGO CAMINO DE TB A LA COVID-19

Me he dado cuenta gracias a la convocatoria tan amable para hablar de mis experiencias y reflexiones durante esta pandemia, que debo desandar un camino que se transita diariamente con poco reparo en lo ocurrido y en el futuro más allá de lo inmediato. La detección del primer caso de COVID-19 en Argentina el 3 de marzo de 2020

(un hombre de 43 años que aterrizó en Buenos Aires en un vuelo proveniente de Milán el domingo 1 de marzo) desencadenó una serie de circunstancias de las cuales, hasta el día de hoy, no podemos reponernos. Más de 2 100 000 casos y 52 000 muertes después.

El sistema de salud en Argentina, fragmentado, debilitado y ninguneado por sucesivas administraciones, da repuestas posibles por parte de sus trabajadores y debe vivir el día a día en gran parte gracias a la iniciativa de los mismos, remando a contracorriente de autoridades que primero subestimaron la importancia de la enfermedad y después han tenido que abandonar sus cargos producto de escandalosas vacunaciones a personajes “VIP” de la fauna vernácula (*BBC News*, 2021).

Pero vayamos de a poco. Vivo y trabajo en La Plata (ciudad de casi un millón de habitantes y distante a 57 km de la ciudad de Buenos Aires), capital de la provincia de Buenos Aires y sede de la Universidad Nacional de La Plata (la segunda universidad más importante del país). El 24 de marzo de 2020 fui convocado por el periódico más tradicional de esta ciudad en conmemoración del día mundial de la tuberculosis y accedo a una entrevista que sería titulada: “La tuberculosis en época de pandemia”. Transcribo a continuación algunos párrafos allí vertidos que creo que fueron tristemente premonitorios:

El sistema de salud en Argentina, fragmentado, debilitado y ninguneado por sucesivas administraciones, da repuestas posibles por parte de sus trabajadores y debe vivir el día a día en gran parte gracias a la iniciativa de los mismos, remando a contracorriente de autoridades que primero subestimaron la importancia de la enfermedad y después han tenido que abandonar sus cargos producto de escandalosas vacunaciones a personajes “VIP” de la fauna vernácula

“Ahora bien, a pesar de que los casos de TB han ido disminuyendo lentamente, de igual forma que la tasa por 100 000 habitantes cabe preguntarse por qué en pleno siglo XXI mueren en nuestro país dos argentinos por día debido a la TB. Y, lo que es peor, el mismo INER dependiente del Ministerio de Salud de la nación en su reporte de mortalidad por TB en el período 1980-2017 afirma que «Si bien la tendencia de la mortalidad fue al descenso desde 1980, a partir de 2010 este descenso se interrumpió; y, las tasas registradas en los dos últimos años son superiores a las que se habían registrado un decenio atrás. Particularmente grave es el aumento que se registró en la mortalidad por tubercu-

Ahora bien, a pesar de que los casos de TB han ido disminuyendo lentamente, de igual forma que la tasa por 100 000 habitantes cabe preguntarse por qué en pleno siglo XXI mueren en nuestro país dos argentinos por día debido a la TB

losis en los adolescentes de 15 a 19 años». La pandemia por COVID-19 nos enfrenta a lo desconocido. No tenemos vacuna, es muy pronto para saber sus pautas de distribución en la población y desconocemos si nuestro sistema sanitario será suficiente para frenarla. Si bien el “retraso” de su diseminación en Argentina, en relación a los países más afectados del hemisferio norte, nos ayuda para poder aplicar las enseñanzas que la lucha en esas latitudes va dejando; ese margen se achica cada vez más. Como nunca en nuestra historia moderna el Sistema de Salud está siendo observado. Ese mismo sistema que no figura entre las primeras diez propuestas de ningún candidato en campaña electoral, pero lo que es aún peor, la salud está dentro de las últimas preocupaciones de nuestros compatriotas. Decenas de encuestas de opinión de los últimos 30 años así lo acreditan. Puesto 7, 8, 9, 10... “. «No sabemos si podremos ser eficientes en la lucha contra la COVID-19. Todo el equipo de salud dará lo mejor de sí mismo para enfrentarla. Con medio barbijo, con hospitales que se caen a pedazos, con insumos escasos, con personal mal pagado, con todo eso igual la lucha se va a dar. Pero, cuando esto pase (y deseo fervientemente que así sea), cuando los focos sobre el sistema de salud se apaguen, recordemos que la razón principal por la cual no erradicamos enfermedades como la TB en pleno siglo XXI no es el deterioro de las condiciones de vida, ni siquiera los costos de hacerlo (las drogas que usamos son baratas) sino un sistema que hace años colapsó. Pensar un nuevo modelo sanitario será el objetivo de los que siguen». Como podrá observarse la publicación fue 23 días después del primer caso reportado en mi país y aún estamos en ello.

No sabemos si podremos ser eficientes en la lucha contra la COVID-19. Todo el equipo de salud dará lo mejor de sí mismo para enfrentarla. Con medio barbijo, con hospitales que se caen a pedazos, con insumos escasos, con personal mal pagado, con todo eso igual la lucha se va a dar

Han sido 138 años los que separan el descubrimiento del *Mycobacterium tuberculosis* por el Dr. Robert Koch, el 24 de marzo de 1882 (lo cual podría considerarse el inicio de nuestra especialidad) y la pandemia por SARS-CoV-2. Y, haciendo un paralelismo entre ambas situaciones, esta pandemia tal vez nos enfrente a las mismas incertidumbres acerca del futuro que en aquel entonces. En nuestros países en “vías de desarrollo” la TB se convirtió en una enfermedad predominantemente social, como veremos, la pandemia de COVID-19 con sus secuelas también se encamina hacia ello.

Pero yendo a otros aspectos de esta pandemia creo que la readaptación del Servicio de Neumología para atender pacientes con COVID-19 y no COVID-19, tanto en consulta ambulatoria como en urgencias y en las salas de internación, las estrategias de trabajo en grupos pequeños para minimizar posibles contagios entre el personal, el trabajo colaborativo y holístico, la solidaridad entre miembros del equipo de salud y

En nuestros países
en “vías de desarrollo”
la TB se convirtió
en una enfermedad
predominantemente
social, como veremos,
la pandemia de COVID-19
con sus secuelas también
se encamina hacia ello

hacia los pacientes sufrientes, el aprovechamiento de herramientas de comunicación que nos acercó a pesar de la distancia forzada, la generación de evidencia sólida de posibles tratamientos alternativos contra reloj y la participación integrada de cientos de colegas del tradicionalmente prestigioso colectivo de investigadores básicos y clínicos de Argentina, son parte de lo más valioso que va dejando la pandemia desde mi muy personal óptica. También el desarrollo de vacunas en tiempo récord nos ha dado una luz de esperanza de retornar a cierta normalidad en un futuro no tan lejano.

El cuidado de los pacientes con secuelas post COVID ya se ha convertido un área más de nuestro trabajo cotidiano como neumólogos estando incorporado a la consulta externa de los pacientes respiratorios

Sin embargo, creo que ya nada será igual y lo planteo en aspectos positivos como en otros negativos. Comencemos por los positivos: la población va tomando conciencia de la importancia de la salud como prioridad en países donde el trabajo, la seguridad y la economía diaria han sido las más valoradas. La educación a distancia y el teletrabajo tendrán un espacio variable pero definitivo post pandemia. Probablemente las situaciones medioambientales y sociosanitarias escalen en la agenda de organizaciones y gobiernos. Pero por otro lado esta pandemia sumará a los ya conocidos pacientes portadores de enfermedades crónicas, pacientes con secuelas diversas, pero fundamentalmente respiratorias que demandarán asistencia de por vida. El cuidado de los pacientes con secuelas post COVID ya se ha convertido un área más de nuestro trabajo cotidiano como neumólogos estando incorporado a la consulta externa de los pacientes respiratorios. El riesgo percibido seguramente incidirá en nuestras costumbres cotidianas y estará por verse cómo afecta el desarrollo de los niños y jóvenes que han tenido que interrumpir o reducir su formación académica. La desocupación, el deterioro de la economía y de las condiciones de vida ya está afectado. Argentina tiene casi un 40 % de pobres lo cual ha obligado a incrementar los programas de ayuda social con las dificultades de una economía maltrecha. El estrés laboral de los trabajadores de la salud requerirá de un largo tiempo de “curación”.

No podría decir que la pandemia me cambió como persona. Mis ideas, mis anhelos y pasiones no han cambiado. Sin embargo, puedo afirmar que esta difícil experiencia sí ha modificado mis puntos de vista sobre prioridades, forma de llevar adelante los proyectos y muy fundamentalmente sobre el uso del tiempo. Tal vez debamos entender que la respuesta automática e inmediata no nos hace mejores, que las cosas deben disponer de un sano tiempo de reflexión, que ya no hay manera de seguir si no es de forma grupal y colaborativa y que los afectos que nos hacen humanos deben tener el tiempo que merecen. Y, finalmente, que no hay superhéroes en esta historia, sino que el compromiso, la pasión y entrega deben equilibrarse con el cuidado de la salud propia y ajena. //

DENISSE ARAKAKI-SÁNCHEZ

Médica infectóloga. Consultora del Programa Nacional de Control de Tuberculosis. Miembro de Grupo Técnico y Estratégico de la OMS para Tuberculosis

FERNANDA DOCKHORN COSTA JOHANSEN

Médica internista. Jefa del Programa Nacional de Control de Tuberculosis

TIENI ARAKAWA

Enfermera. Consultora del Programa Nacional de Control de Tuberculosis
BRASIL

**SOBRE
EL CONTROL
DE LA TB
DURANTE
LA PANDEMIA**



Sin lugar a dudas, la pandemia de COVID-19 representa el mayor desafío de salud mundial en los últimos cien años. Probablemente ningún ciudadano, en ningún lugar del planeta, será testigo de un evento de esta proporción durante su existencia. La experiencia de estos días oscuros, ciertamente, quedará en nuestra memoria, no con la violencia de un evento rápido y masivo, como suelen ser las grandes catástrofes, sino por la insistencia diaria en enfermar a la gente y segar la vida de personas cada vez más cercanas a nosotros. Podemos decir que hoy, todos los brasileños conocen a alguien que murió y muchos que se enfermaron de COVID-19.

Desde el primer caso confirmado de COVID-19 en Brasil, en febrero de 2020, vivimos días alternados de desaliento y esperanza. Cuando la esperanza falla, nos quedamos con la resistencia y la fe absoluta en nuestra capacidad de contribuir como profesionales de la salud, a reconstruir días mejores.

En los primeros meses de la pandemia, asistimos a una desarticulación de varios programas de tuberculosis a nivel subnacional, más por el desconocimiento del virus, que por la fragilidad de los equipos. Se reclutaron muchos profesionales para apoyar la pandemia. Otros fueron alejados del trabajo por motivos de salud que los hacían vulnerables. Médicos, enfermeras y profesionales de laboratorio cayeron enfermos. El esputo contaminado de la COVID-19 ingresó a los laboratorios. Era muy necesario aumentar la bioseguridad. Las noticias de los colegas afectados por el COVID-19 llegaron de varias partes del país al equipo del Programa Nacional que permaneció activo durante la pandemia.

Desde el primer caso confirmado de COVID-19 en Brasil, en febrero de 2020, vivimos días alternados de desaliento y esperanza. Cuando la esperanza falla, nos quedamos con la resistencia y la fe absoluta en nuestra capacidad de contribuir como profesionales de la salud, a reconstruir días mejores

Nos quedamos con solo alrededor del 60 % de la fuerza laboral del equipo en trabajo presencial. Los que estaban ausentes de la sede del programa y que habían sido separados repentinamente, sin preparación ni despedidas, participaron activamente de manera virtual. Aprendimos rápidamente a conectarnos virtualmente. Fue más fácil para los más jóvenes, pero necesario para todas y todos, una cuestión de supervivencia en el mundo laboral actual. Con el tiempo ha habido un aumento exponencial de las reuniones virtuales. La novedad se transformó en fatiga provocada por la conexión ininterrumpida de las reuniones, con diferentes participantes, abordando diferentes temas, con diferentes lugares e idiomas. La pausa para el café, tan brasileña, estaba prácticamente extinta. Las tazas yacen polvorientas esperando que termine la pandemia.

El kit COVID se puso rápidamente a disposición de todos los profesionales del Programa (mascarillas, alcohol gel). Cada profesional debía desinfectar su propia

Con el tiempo ha habido un aumento exponencial de las reuniones virtuales. La novedad se transformó en fatiga provocada por la conexión ininterrumpida de las reuniones, con diferentes participantes, abordando diferentes temas, con diferentes lugares e idiomas. La pausa para el café, tan brasileña, estaba prácticamente extinta. Las tazas yacen polvorientas esperando que termine la pandemia

estación de trabajo. El equipo del Programa ocupa un espacio común. Cada miembro del equipo tiene su puesto de trabajo. Estas estaciones están agrupadas en islas con ocho profesionales. Como parte del equipo trabajaba desde casa, pudimos mover a las personas para mantener la distancia. Se creó el “minuto COVID”, un momento dedicado a resaltar los cuidados que debemos mantener durante la pandemia. Este minuto fue realizado voluntariamente por un miembro del equipo de TB, requiriendo que todos estuvieran informados sobre los hallazgos a respecto del virus.

Debimos permaneceremos en el exilio de nuestras familias y amigos. Hay un vacío permanente en nosotros y la sensación de volver atrás en el tiempo para vivir una vez más eventos familiares, reuniones entre amigos, viajes por el país, reuniones de trabajo... Como no es posible, esperamos que el tiempo pase rápido, que nos movamos hacia adelante, que se complete la vacunación de la población, que ya no se muera por la COVID-19, que se vacíen las emergencias, que volvamos a sonreír.

Como dijo Albert Camus en *La peste*: “incluso aquellos que no lo contraen parecen tenerlo en sus corazones”. Aun así, tenemos que seguir y hablar de la tuberculosis, recordar sus determinaciones sociales y su triunfo en las grandes convulsiones sociales. Si estaban empobrecidos, estarán más enfermos y si están enfermos, estarán más empobrecidos.

Como dijo Albert Camus en *La peste*: “incluso aquellos que no lo contraen parecen tenerlo en sus corazones”

Los datos nos mostraron una reducción en el diagnóstico de tuberculosis, en la comparación de 2019 y 2020. Queríamos que las personas estuvieran protegidas en sus hogares en las fases más duras de la pandemia, evitando la exposición al bacilo. Pero parece un deseo tonto, casi inocente, creer que los más pobres tienen garantizado su plato sobre la mesa, cuando dejan de salir a ganarse la vida en los semáforos, en las esquinas, en los trabajos informales. Nos parece más real que la tuberculosis haya estado dormida en la memoria colectiva donde desborda la COVID-19.

Debemos recordar, una vez más, que la tos también puede ser tuberculosis. Que las lesiones de vidrio esmerilado en la tomografía también pueden ser causadas por tuberculosis. Que la tuberculosis todavía existe y posiblemente aumentará después de una pandemia. Que la tuberculosis también mata.

El Programa Nacional de Control de Tuberculosis se mantiene firme en sus propósitos. Prevención, diagnóstico y tratamiento para todos. Atención humanizada y centrada en la persona. Contra el estigma y los prejuicios, abriendo trincheras en medio de la guerra contra la COVID-19, trabajamos incansablemente para garantizar exámenes y medicinas. Analizamos y volvemos a analizar los datos en busca de respuestas. Nos apoyamos unos a otros. Formamos una nueva familia. Nos abrazamos en pensamiento. Estamos juntos contra la tuberculosis. //

JOAN B. SORIANO

Senior Consultant COVID-19
Organización Mundial de la Salud
SUIZA



JULIO ANCOCHEA BERMÚDEZ

Jefe del Servicio de Neumología del Hospital
Universitario de La Princesa
ESPAÑA



SOBRE LA NUEVA CONDICIÓN POST COVID-19

A finales de la primavera de 2020, cuando se estaba empezando a controlar la primera avalancha de casos de COVID-19, algunos hospitales y centros de Atención Primaria notaron algo inusual:

algunos pacientes de COVID-19 todavía tenían síntomas semanas después de que pasara la infección inicial. Tenían problemas como fatiga, confusión mental, dolor torácico, dificultad para respirar, palpitaciones, síntomas gastrointestinales, ansiedad y depresión. Era sorprendente, porque algunos de los pacientes menos enfermos inicialmente, tratados solo en Atención Primaria o prácticamente asintomáticos durante la infección aguda, terminaban siendo los más enfermos tras unas semanas/meses.

La terminología ha variado sobre cómo llamar a estos pacientes. De COVID largo, a síndrome post COVID, o secuelas de COVID, entre otros. Actualmente, la OMS recomienda referirse a condición post COVID-19, pues este nombre no atribuye causalidad ni duración, y ya hay un código ICD-10 específico que es el U09.9

Estas personas sufren una variedad de síntomas desconcertantes, a menudo debilitantes, después de la infección aguda con el nuevo coronavirus, Y muchos han estado sufriendolos durante semanas/meses. Si bien algunos estudios dicen que solo los pacientes que han tenido síntomas durante 12 semanas o más califican como tal, muchos autores y sociedades dicen que cualquier persona que tenga síntomas persistentes durante cuatro semanas después de una infección por COVID debe hablar con su médico.

[...] muchos autores y sociedades dicen que cualquier persona que tenga síntomas persistentes durante cuatro semanas después de una infección por COVID debe hablar con su médico

¿Qué es la condición post COVID-19? Las estimaciones de cuántas personas desarrollan la condición post COVID-19 varían del 2 % al 50 % o más. Curiosamente, parece afectar a más adultos de mediana edad que a los ancianos, pero hasta el momento nadie sabe con certeza por qué ocurre ni a quién es más probable que afecte. Y con más de 120 millones de casos de COVID-19 en todo el mundo hasta la fecha, es posible que decenas de miles de personas se unan a sus filas pronto. Muchos pacientes post COVID-19, individualmente o agrupados en asociaciones como SOSCOVID y otras, dicen que sus médicos de atención primaria inicialmente descartaron y desatendieron sus síntomas, lo que agrava su sufrimiento. Esto se desmejora aún más en los niños, para desesperación de sus madres y padres. Ahora saben que sus síntomas físicos son los que están empeorando su salud mental, no al revés. Por ejemplo, muchos hospitales y clínicas en el Reino Unido e Italia primero, luego en otros lugares, organizaron ya clínicas multidisciplinarias en mayo de 2020, para tratar a estos pacientes post COVID-19 y aprender qué funciona en ellos, para que puedan ayudar a futuros pacientes.

¿Qué causa la condición posterior al COVID-19? Es importante señalar que el SARS-CoV-2 (el nuevo coronavirus) no es el primer virus que causa síntomas duraderos. Brotes virales epidémicos anteriores como Zika, Chikungunya, SARS y MERS, y antes la gripe de 1918 (mal llamada gripe española) dejaron a muchas personas debilitadas durante meses, a veces años. En estos pacientes, el virus no está vivo ni activo ya, pero estas personas

[...] muchos hospitales
y clínicas en el Reino
Unido e Italia primero,
luego en otros lugares,
organizaron ya clínicas
multidisciplinares
en mayo de 2020, para
tratar a estos pacientes
post COVID-19
y aprender
qué funciona en ellos,
para que puedan ayudar
a futuros pacientes

sufren síntomas continuos, y desencadena una respuesta en el cuerpo que causa síntomas persistentes. Ahora estamos tratando de averiguar cuál es esa respuesta.

Respecto a mecanismos causantes, tenemos algunos posibles sospechosos:

Exceso de inflamación: El candidato principal es la inflamación relacionada con el sistema inmunológico. Se ven niveles altos de inflamación en muchos pacientes post COVID-19. De hecho, cuando investigadores hicieron resonancias magnéticas de los corazones de pacientes que se habían recuperado recientemente de la COVID-19, encontraron que el 60 % tenía inflamación cardíaca continua, lo que puede causar algunos de los síntomas que informan muchos pacientes, como dificultad para respirar, dolor torácico y frecuencia cardíaca elevada con el esfuerzo. Es más, esa inflamación afectó a las personas independientemente de sus afecciones preexistentes o de lo enfermas que estaban cuando inicialmente tuvieron el virus.

Respuesta autoinmune: En algunos pacientes post COVID-19 podría haber desencadenado una respuesta autoinmune, en la que el sistema inmunológico se dirige por error al tejido sano del cuerpo en lugar del virus. En pacientes con post COVID-19 se han encontrado una gran cantidad de autoanticuerpos, moléculas inmunes que atacan el tejido sano, en comparación con las personas sin el virus. Y las enfermedades autoinmunes, como el lupus y la artritis reumatoide, comúnmente causan fatiga y problemas digestivos, dos síntomas comunes posteriores post COVID-19. Es posible que los mismos mecanismos detrás de esas condiciones estén causando los mismos síntomas.

Problemas con el sistema nervioso: Muchos pacientes con condición post COVID-19 muestran síntomas de disautonomía, que se refiere a una desregulación del sistema nervioso autónomo (responsable de funciones involuntarias, como presión arterial, frecuencia cardíaca, respiración y digestión). La disautonomía afecta el flujo sanguíneo, incluido el flujo sanguíneo al cerebro, por lo que puede causar fatiga, dolores de cabeza, confusión mental e intolerancia al ejercicio. Cuando evaluamos a pacientes con condición post COVID-19, a menudo tienen alguna disfunción autónoma, por lo que probablemente sea una pieza del rompecabezas, al menos para algunas personas.

Coágulos de sangre y daño a los vasos sanguíneos: Los pequeños coágulos de sangre también podrían influir. Muchos pacientes tienen niveles elevados de Dímero-D en la sangre, lo que indica que su sangre es más propensa a la coagulación. Y cuando les administramos medicamentos para prevenir la coagulación, se sienten mejor y mejoran los resultados clínicos. La razón probable por la que los pacientes con COVID-19 con frecuencia desarrollan coágulos de sangre es que el virus puede infectar y dañar las células que recubren los vasos sanguíneos. Este revestimiento es normalmente suave y resbaladizo, como una pista de hielo, lo que permite que la sangre fluya fácilmente por todo el cuerpo. Pero cuando las células endoteliales que recubren los vasos se dañan, se vuelven pegajosas, lo que hace que las plaquetas de la sangre se adhieran a la pared del vaso y formen coágulos.

La disautonomía afecta
el flujo sanguíneo,
incluido el flujo
sanguíneo al cerebro,
por lo que puede causar
fatiga, dolores de cabeza,
confusión mental
e intolerancia al ejercicio.

Cuando evaluamos
a pacientes con
condición post
COVID-19, a menudo
tienen alguna disfunción
autónoma,
por lo que probablemente
sea una pieza
del rompecabezas,
al menos para
algunas personas

Autopsias de personas que murieron de COVID-19 encontraron coágulos generalizados en todos los lugares donde había vasos sanguíneos infectados: pulmones, cerebro, corazón, riñones y otros órganos. Estos diminutos coágulos de sangre interrumpen el flujo sanguíneo normal y dañan los órganos. Cuando ocurren en los pulmones, pueden causar dificultad para respirar. Los microcoágulos en el corazón pueden contribuir a las palpitaciones. Se ha encontrado daño endotelial en el cerebro de personas con COVID-19 y puede contribuir a la confusión mental y al daño cardíaco.

¿Cómo se tratan los pacientes post COVID-19? Desde que se detectó la elevada frecuencia de pacientes con condición post COVID-19, muchos de ellos han sido atendidos por varios especialistas, desde cardiólogos hasta gastroenterólogos, y por supuesto en Atención Primaria. Les hicieron resonancias magnéticas, tomografías computarizadas y análisis de sangre, que muestran que tienen altos niveles de inflamación. El objetivo del tratamiento ha de ser identificar problemas subyacentes, controlar los síntomas de los pacientes y mejorar lentamente su capacidad funcional para las actividades de la vida diaria; y volver al trabajo o los estudios. Así, estos pacientes están siendo tratados por migrañas, dolor muscular, reflujo gástrico, deficiencias de vitaminas, ataques de pánico y entre otros, síndrome de taquicardia ortostática postural, un trastorno de la circulación sanguínea que hace que su frecuencia cardíaca se dispare cuando se camina desde que superaron la COVID-19.

Los médicos también deben ayudar a diagnosticar y sobrellevar trastornos mentales y de la conducta, como depresión preexistente. Pero para muchos pacientes, los problemas de salud mental, incluida la ansiedad y el insomnio, pueden aparecer después de un diagnóstico. En un estudio de noviembre publicado en *The Lancet*, con una encuesta a más de 1500 pacientes realizada en los EE. UU., se encontró que la ansiedad y la dificultad para dormir se encuentran entre los diez síntomas más comunes.

Cómo protegerse. El síndrome post COVID-19 es un nuevo desafío, pues el virus es también nuevo ¿Y por qué la mayoría de los pacientes tienen múltiples síntomas? Las encuestas han identificado una lista de más de 150 síntomas posibles asociados. En todo el mundo se están realizando decenas de estudios sobre estos pacientes, que pronto proporcionarán algunas respuestas. En ausencia de respuestas científicas claras, las autoridades y los médicos que tratan pacientes con condición post COVID-19 dicen que la mejor manera de protegerse es... no infectarse con el virus en primer lugar. Esto no es una gripe. Las personas deben comprender que puede haber consecuencias a largo plazo de una infección por COVID-19 y deben seguir manteniendo todas las precauciones universales. Recordar: la mascarilla, el lavado de manos y el distanciamiento social para prevenir la infección.

Si se contrae COVID-19, asegúrese de tomarse el tiempo suficiente para recuperarse antes de volver a sus actividades habituales. Sabemos tanto por Zika, Chikungunya, y el SARS, como por los pacientes con síndrome de fatiga crónica (actualmente llamado síndrome de intolerancia sistémica al ejercicio), que si presionas demasiado experimentas una recidiva. Tenemos pacientes post COVID-19 que eran atletas, corredores de larga distancia; y ahora cuentan como una victoria cruzar el dormitorio sin sentirse sin aliento. La recuperación es más lenta de lo que le gustaría a la mayoría de la gente. La buena noticia es que, a partir de los seis meses, estamos viendo una mejora gradual en la mayoría de series de pacientes, incluidos aquellos que estuvieron ingresados en la UCI. Seguimos sin poder bajar la guardia respecto a la COVID-19 y sus consecuencias. //



TOMÁS COBO CASTRO

Presidente del Consejo General de Colegios
Oficiales de Médicos. Vicepresidente
de la Unión Europea de Médicos Especialistas

ESPAÑA

CARTA ABIERTA A LAS AMÉRICAS

Hace más de un año, con la irrupción de una emergencia sanitaria a la que no nos habíamos enfrentado antes, y que ha llevado a la humanidad al borde del abismo, todos los médicos y todas las médicas del mundo afrontamos un cambio de paradigma. Más concretamente, desde marzo de 2020 —fecha exacta en la que la Organización Mundial de la Salud declaró pandemia a la COVID-19—, los profesionales sanitarios hacemos frente a jornadas física y mentalmente agotadoras

III

con los únicos objetivos de salvar vidas y cumplir con nuestro mayor compromiso: ayudar a los pacientes.

Indiscutiblemente, partimos de un escenario en el que no todos los sistemas de salud en el mundo están preparados de igual manera ni tienen la misma fortaleza. De igual modo, la COVID-19 es un problema global, por lo que es imprescindible que el proceso de vacunación se aborde desde una perspectiva de conjunto, un prisma de justicia y bajo el principio de equidad.

Desde el Consejo General de Colegios de Médicos de España, CGCOM, sentimos una gran preocupación por la distribución irregular de vacunas que existe entre países ricos y países en desarrollo. Las diferencias en el acceso a las vacunas contribuyen a mantener viva la tragedia de la desigualdad. Por ello hemos instado a las organizaciones y autoridades internacionales competentes a que trabajen en la elaboración de un plan mundial de inmunización y que impulsen su adecuada y suficiente financiación.

El reparto equitativo es especialmente importante en el ámbito de las vacunas dado que, si se utilizan de forma correcta y equilibrada, su efecto puede ayudar a detener la fase aguda de la pandemia y, de este modo, abre la posibilidad de reconstrucción de nuestras sociedades y economías.

Los principios de asignación deben centrarse, explícitamente, en los efectos sanitarios, directos e indirectos, de la COVID-19. Los primeros, implican la muerte y la discapacidad (total o parcial) causada por el virus; mientras que los segundos suponen la muerte y la discapacidad (total o parcial) causada por la respuesta social al virus. Por lo tanto, ayudar a los países en la producción, distribución y consumo de vacunas determinará el éxito de cualquier estrategia de inmunización.

El reparto equitativo es especialmente importante en el ámbito de las vacunas dado que, si se utilizan de forma correcta y equilibrada, su efecto puede ayudar a detener la fase aguda de la pandemia y, de este modo, abre la posibilidad de reconstrucción de nuestras sociedades y economías

Como presidente de la organización que representa a la profesión médica española y que está adscrita a distintas asociaciones médicas internacionales, como la Asociación Médica Mundial o la Confederación Médica Latinoamericana y del Caribe, CONFEMEL, trabajaré en esta línea para garantizar que todos los sanitarios y ciudadanos del mundo tengan un acceso justo a esta vacuna. Además de encontrar su justificación en los valores enumerados anteriormente, es la estrategia más inteligente para acabar con un virus que no entiende de raza, sexo o fronteras. //



WILLY MOROSE

MPH. Coordonnateur National.
Programme Tuberculose

HAITÍ

**PROMOVER
UN VÍNCULO
ENTRE POLÍTICA
PÚBLICA
Y ACCIONES
BASADAS EN
LA COMUNIDAD**

La tuberculosis ha sido hasta ahora un importante problema de salud pública en Haití.

Con el fin de acelerar su eliminación en el país, se han diseñado y planificado diversas intervenciones para ser implementadas. Sin embargo, con la inestabilidad política, las actividades planificadas no podían llevarse a cabo en las zonas de alto riesgo donde vive una gran parte de la población. A esto se suma la aparición de la COVID-19 que ha llevado a una disminución sustancial de las pruebas de tuberculosis pasando de 13 385 casos en 2019 a 11 500 casos en 2020. En este contexto tan difícil la COVID-19 afectó a muchas personas y el temor a ser infectado aumentó el miedo y muchos no se presentaron a las instituciones de salud. De hecho, es una situación de salud excepcional inducida por el coronavirus que ha afectado hoy en día a casi todos los continentes y también a todos los países del mundo, incluido Haití.

Desde el anuncio del descubrimiento de los primeros casos de COVID-19 en China y especialmente en la República Dominicana, nuestro vecino, una gran parte de la población haitiana se negó a entender que la enfermedad realmente existe y podría entrar en el país. A pesar de la información emitida por la autoridad sanitaria, la población tardó en aceptar e implementar medidas preventivas. A fin de controlar adecuadamente la transmisión debe decirse que los medios de diagnóstico disponibles en el país eran limitados. La fragilidad del sistema sanitario alimentó la idea de que la COVID-19 no golpearía a Haití a la manera de los principales países occidentales.

Además, la información sobre los daños causados por la COVID-19 en la República Dominicana, Brasil, Estados Unidos, España e Italia en comparación con lo que estaba sucediendo en Haití animó a la gente a creer que la COVID-19 ni siquiera estaba en el país, argumentando que si la enfermedad estuviera allí, uno debería tener muchos más casos en comparación con las estadísticas publicadas diariamente por el Ministerio de Salud.

En este contexto tan difícil la COVID-19 afectó a muchas personas y el temor a ser infectado aumentó el miedo y muchos no se presentaron a las instituciones de salud. De hecho, es una situación de salud excepcional inducida por el coronavirus que ha afectado hoy en día a casi todos los continentes y también a todos los países del mundo, incluido Haití

La insistencia de las autoridades sanitarias en sensibilizar a la población sobre el peligro que representa la epidemia ha llevado a una conciencia tardía y a aumentar la provisión de agua y jabón para lavarse las manos en casi todas las instituciones comerciales y sanitarias. Así como las mascarillas que ahora son obligatorias en lugares públicos. Esta última medida se aplica al ciento por ciento al día de hoy.

Una vez cimentada la idea de que el número de casos predichos por algunas estimaciones nunca se había producido y el número de casos detectados y reportados

A fin de controlar
adecuadamente
la transmisión debe
decirse que los medios
de diagnóstico
disponibles
en el país eran limitados.
La fragilidad del sistema
sanitario alimentó
la idea de que
la COVID-19 no golpearía
a Haití a la manera
de los principales
países occidentales

se redujo, la población volvió a sus viejas costumbres e incluso pareció olvidar la existencia de la epidemia en el país. Sin embargo, cada nuevo caso detectado alimentó la discusión, el aumento del miedo, la controversia y las amenazas de agresión a los pacientes diagnosticados y sus familias por algunos miembros de la comunidad que aún no entendían esta nueva enfermedad. Así, los pacientes con tuberculosis y aquellos con signos y síntomas de COVID-19 prefirieron esconderse y se negaron a ir a los centros de diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis. El Programa Nacional de Lucha contra la Tuberculosis (PNLT) con el fin de prevenir la tuberculosis resistente debido a las ingestas irregulares de medicamentos utilizó la estrategia de suministrar a los pacientes un tratamiento en sus casas. Algunos pacientes se negaron a aceptar visitas domiciliarias para no ser víctimas de COVID-19.

Esto ha llevado a una caída dramática de las pruebas en la proyección de más del 45 % para el segundo trimestre de 2020. A pesar de los esfuerzos realizados durante la segunda mitad del año, las brechas entre los casos esperados y diagnosticados no pudieron ser superadas. Si bien el anuncio de que los 19 casos de COVID tuvo un impacto negativo en la asistencia de instituciones de salud, la reducción en el número de incidentes facilitó la reanudación gradual de las actividades de las instituciones de salud; como un aumento de las consultas y la investigación activa de los contactos confirmados con los pacientes con tuberculosis.

Esto permitió un aumento de más del 75 % en la detección de casos de tuberculosis para el trimestre julio-septiembre de 2020 en comparación con el trimestre abril-junio, cuando la COVID-19 alcanzó su punto máximo. Con el fin de anticipar el impacto de esta pandemia en el Programa Nacional de Lucha contra la Tuberculosis, se establecieron mayores actividades de divulgación comunitaria para alentar a los pacientes y sintomáticos a regresar a los centros de gestión mientras los proveedores estaban siendo capacitados en la asociación con la COVID-19 para minimizar su miedo y mejorar su conocimiento de la enfermedad.

En este contexto de crisis pandémica mundial que ahora también nos está afectando, se está organizando conjuntamente la respuesta del Gobierno de Haití con el Ministerio de Salud Pública y de la Población (MSPP), que ha tomado medidas para reducir el riesgo de propagación invitando a la población a reducir las conductas de riesgo con el fin de controlar la propagación y protegerse de la enfermedad: prohibición de reuniones masivas, cierre de bares y escuelas, autoaislamiento para los viajeros que entran en el país, dispositivos de lavado de manos en lugares públicos, distribución de mascarillas... El MSPP está llevando a cabo esfuerzos en cooperación con socios nacionales e internacionales y con los organismos de las Naciones Unidas, incluida la Organización Mundial de la Salud. Se ha establecido un mecanismo de coordinación, dirigido por el Ministerio de Salud Pública y de la Población, apoyado por la Organización Mundial de la Salud y se han creado varias comisiones técnicas para organizar la respuesta de la Fase 2.

Las Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC) nacionales y locales no participaron directamente en los mecanismos de coordinación de respuesta llevados a cabo por el Ministerio de Salud Pública y de la Población debido a la falta de recursos financieros. El MSPP, en su papel de movilizador de la sociedad civil y facilitador entre las partes interesadas humanitarias, se comprometió en apoyar a las OSC nacionales y locales en

[...] se está organizando conjuntamente la respuesta del Gobierno de Haití con el Ministerio de Salud Pública y de la Población (MSPP), que ha tomado medidas para reducir el riesgo de propagación invitando a la población a reducir las conductas de riesgo con el fin de controlar la propagación y protegerse de la enfermedad: prohibición de reuniones masivas, cierre de bares y escuelas, autoaislamiento para los viajeros

la aplicación de una respuesta basada en el enfoque comunitario. De hecho, la orientación es la participación comunitaria, que es esencial en la aplicación de las respuestas de salud pública, con el objetivo de promover soluciones adecuadas. Dispositivos para los viajeros que llegan a Haití, mensajes sobre la adopción de medidas restrictivas destinadas a reforzar la prevención y el control de la epidemia, la aplicación de una Comisión de Coordinación, para supervisión, vigilancia, laboratorio, logística, gestión de casos, y comunicación a la población.

Al mismo tiempo, con el fin de protegerse y aumentar su sistema inmunológico contra esta pandemia, la población ha hecho uso abusivo de remedios tradicionales consistentes en la infusiones a base de hojas que consumió durante la COVID-19. Esto ha dado resultados positivos a nivel nacional y que merecen una investigación científica más profunda. Los principios clave de este enfoque fueron “lo suficientemente buenos, receptivos y flexibles”. También las comunidades con información adecuada sobre la epidemia que cuentan con un mayor espacio para una participación a través del diálogo continuado con los principales interesados podrán promover soluciones comunitarias más rápidas y eficientes que conduzcan a la prevención y reducción de la transmisión de la COVID-19.

En respuesta a estos desafíos, la Unidad de Coordinación de Enfermedades Infecciosas y Transmisibles (UCMIT) del Ministerio de Salud Pública y de la Población se está posicionando en una línea estratégica de liderazgo comunitario que combina la participación de la comunidad, la concienciación y la comunicación en torno a la epidemia. Los departamentos de salud recibieron apoyo directo a través de dos acciones específicas:

- **Fomentar la microfinanciación en la comunidad** con el objetivo de contribuir a la prevención, reduciendo la propagación y el impacto indirecto del virus SARS-CoV-2 al permitir a las poblaciones objetivo adoptar comportamientos y actitudes favorables a la salud.
- **Ayudar a las comunidades en el desarrollo e implementación de planes de acción comunitarios** con estrategias locales para prevenir y reducir la propagación de la COVID-19 siguiendo las normas estatales de prevención, de acuerdo con sus prioridades comunitarias.

De manera transversal, los proyectos financiados conducirán a un cambio de actitudes y prácticas en favor de la acción comunitaria y la aplicación de medidas de contención epidémica. El objetivo será apoyar a los actores comunitarios en la identificación e implementación de estrategias de prevención en consonancia con sus aspiraciones, contexto y visiones de cada integrante o sector de la comunidad. En este proceso, es esencial promover un vínculo más estrecho entre las políticas públicas y las acciones comunitarias. //



NATALIA GRAS

Médica de familia. Hospital San Miguel.
San Salvador

ARGENTINA

TIEMPO Y LIBERTAD

Vivo en San Salvador, una ciudad pequeña de 20 000 habitantes en la Provincia de Entre Ríos, en la República Argentina. Soy médica y trabajo en el hospital local como interna de guardia. El día de mi cumpleaños estábamos reunidos en el hospital y ya se sentía en el aire cierta inquietud; el aislamiento social preventivo y obligatorio (ASPO), que era una medida excepcional que el Gobierno nacional adopta en un contexto crítico, comenzaría a los dos días, el 20 de marzo de 2020.

Así surgió la oportunidad de al tener que pasar todo ese tiempo con la familia, sin distractores, nos reencontrarnos y conocimos de nuevo, volví a valorar la salud, las cosas básicas para vivir y a agradecer por estas. En lo personal, desde un pequeño patio interno de mi casa, una planta, las mascotas, la cinta de caminar (que había estado guardada desde hacía un tiempo), aprendí, sobretodo, a valorar el tiempo: tiempo para pensar. Aún no había casos de la COVID-19 en la ciudad.

Comencé a preguntarme si tendríamos materiales suficientes para trabajar; los insumos escaseaban por la demanda de las grandes ciudades, por lo que participe en la organización de colectas y donaciones para comprar barbijos y camisolines artesanales.

Llegados los primeros casos a Buenos Aires decidí equiparme. Fui a la pinturería local y pedí un barbijo N95; me dijo el vendedor: “¿Qué pasa, doctora, le tiene miedo a la COVID? No llegará a la ciudad”.

Los primeros días de mayo 2020 se diagnosticaban los primeros casos y ahí surgió otro sentimiento: decepción; decepción del comportamiento humano, de lo que yo llamo la “miseria humana”. Gente pidiendo en redes sociales la identidad de los positivos para ser discriminados, señalados con fotos que se virilizaban en grupos de WhatsApp. También sentí indignación cuando las mismas personas que antes en la calle o en el supermercado me paraban para saludar o comentarme un problema de salud dejaban de hacerlo. De repente me veía como una amenaza por estar trabajando con enfermos y con casos de la COVID-19; el trato se volvió distante.

Llegados los primeros casos a Buenos Aires decidí equiparme. Fui a la pinturería local y pedí un barbijo N95; me dijo el vendedor: “¿Qué pasa, doctora, le tiene miedo a la COVID? No llegará a la ciudad”

Lo veíamos a nivel nacional y era contradictorio, por un lado, los aplausos a las veinte horas que me emocionaba siempre y por otro lado el personal de salud expulsados por sus propios vecinos de los edificios por miedo a ser contagiados.

Cuando se dio el primer “brote” en la ciudad, en octubre de 2020, recién ahí pudimos tomar conciencia de la magnitud de lo que podía llegar a ser. Si bien los insumos ya habían llegado, aún no estábamos preparados para la epidemia. Entonces tuve muchas horas de trabajo, muchísimas. Participo y participo en el control de los pacientes aislados y sus familias y con nuestros propios celulares personales contactamos con ellos. Los voluntarios no alcanzaban y me tocó junto a grandes compañeras capacitar a más personas para que nos ayudaran a realizar el bloqueo de la cadena de contagios, realizando, además, incansable difusión en todos los medios posibles y para aprender a utilizar los elementos que nos acompañarían por un tiempo realmente impensado para todos.

Con el cuidado de las personas aisladas llegaron las otras experiencias, anécdotas graciosas, en contraste con realidades muy duras. Gente responsable, gente que hizo todos

Lo veíamos a nivel
nacional
y era contradictorio,
por un lado, los aplausos
a las veinte horas que me
emocionaba siempre
y por otro lado
el personal de salud
expulsados por sus
propios vecinos
de los edificios por miedo
a ser contagiados

los atajos posibles para no cumplir con el aislamiento, gente agradecida y gente agresiva que descargaba su malestar por el aislamiento con las personas que los atendíamos.

Llego mi primera alta de internación por la COVID-19 y me invadió un sentimiento de alegría hasta llegar a las lágrimas, el sentimiento a flor de piel de que valía la pena el esfuerzo realizado, y las ganas de darnos un gran abrazo con los compañeros de trabajo y con la familia.

El segundo “brote” fue en vísperas de las fiestas de fin de año y luego de estas ya estábamos cansados y de mal humor, en las calles la sensación general era igual y la población quería volver a la normalidad, a la vieja normalidad... Comenzaron a aumentar las internaciones rápidamente, otra vez incertidumbre, otra vez ansiedad, otra vez no saber lo que va a pasar y otra vez el miedo a enfermarse o a llevar la enfermedad a mis seres queridos. Pensamientos que pasaban por mi mente cada vez que me vestía con el traje de protección; otra vez la rutina la higiene máxima para ir del trabajo a casa.

También llegó el primer paciente que sentí que no iba a sobrevivir (y así, lamentablemente, fue). Y lo difícil que es contener a la familia, tanto a los que estaban aislados como a los que no pudieron despedirse de sus seres queridos. Sin haber podido ser derivados a un centro de mayor complejidad a ochenta kilómetros de mi ciudad, como lo hubieran deseado. Así llegó mi replanteo de la frase: “La pandemia va a sacar lo mejor de nosotros”. No fue así. Creo que potenció lo que ya éramos, los que siempre fueron malas personas y sacaron lo peor de sí mientras que las buenas personas dieron todo lo que pudieron y a veces aún más...

Así llego mi replanteo de la frase: “La pandemia va a sacar lo mejor de nosotros”. No fue así. Creo que potenció lo que ya éramos, los que siempre fueron malas personas y sacaron lo peor de sí mientras que las buenas personas dieron todo lo que pudieron y a veces aún más...

También llegó el replanteo de la profesión, creo que por agotamiento. El pensamiento que me rondaba era: qué lindo hubiera sido tener otra profesión. O qué otra entrada puedo generar para dedicarle menos horas a esto. Cansancio, solo cansancio... No obstante, sigo eligiendo mi profesión todos los días, pero sí que siento que di demasiado. No estoy arrepentida, lo hice de corazón, pero sí sé que tuvo un costo físico muy alto y también psíquico, emocional y familiar para mí... siento que envejecí. Y en veintidós días se va a cumplir un año de que todo comenzó. Ya no soy la misma, ninguno de nosotros lo es, la pandemia nos cambió para siempre, como personas y como profesionales. Nos mostró lo importante que es el trabajo en equipo y el compañerismo, lo frágil que es la vida, la importancia de los afectos y a valorar el tiempo y la libertad. //



MARK COHEN TODD

Presidente del Foro de Sociedades
Respiratorias Internacionales (FIRS).
Expresidente de la Asociación
Latinoamericana de Tórax (ALAT)

GUATEMALA

2020: UN AÑO DIFÍCIL

Recibí una llamada de un gran amigo, Gur Levy, para preguntarme si estaría interesado en escribir mis vivencias de este último año conviviendo con la pandemia de la COVID-19, y por supuesto le dije que era una excelente idea y con gusto participaría.

Me contactan de la revista y veo a colegas y amigos en la organización de la revista y leo lo escrito por mis colegas de este lado del mundo, lo que solo aumentó el placer de escribir mi experiencia en mi querida Guatemala, pero también con mis vivencias como vice y presidente de la Asociación Latinoamericana de Tórax (ALAT).

Recuerdo dando mi última charla antes del cierre por la pandemia en un simposio de la industria en Mérida, México, respecto a la epidemiología de enfermedades respiratorias en América Latina y aún no creíamos que esta pandemia nos llegaría. Al regresar a Guatemala, vi con asombro y tristeza cómo este COVID-19 arrasaba con las vidas a todo nivel en China y luego Europa a pesar de tener un sistema de salud mucho más preparado que los nuestros.

En Guatemala no fue hasta el 13 de marzo de 2020 que tuvimos nuestro primer caso importado y el gobierno inició las medidas de contención con restricción de movilización

Poco a poco vimos cómo esta enfermedad llegó a América Latina para quedarse y ser un foco principal en la continuidad de esta pandemia. En Guatemala no fue hasta el 13 de marzo de 2020 que tuvimos nuestro primer caso importado y el gobierno inició las medidas de contención con restricción de movilización, cierre de centros de estudio, comercio, etc. Nuestro sistema de salud ya era precario previo a la pandemia y tuvimos un tiempo para prepararnos con la construcción, poco a poco, de cinco hospitales temporales para la atención de pacientes COVID. Sufrimos como muchos países de la falta de personal médico y paramédico entrenado y del desabastecimiento de equipo médico, de protección personal y medicamentos lo cual llevó a la pérdida de vida de muchos pacientes y personal de salud en la primera línea. El gobierno centralizó la realización de pruebas de PCR y limitó el ingreso de pacientes COVID solo a los hospitales dedicados para la COVID-19. Lo único que estaba en nuestras manos era dar *webinars* a la comunidad médica y no medica del país.

Recuerdo un *webinar* que daría a la comunidad judía del país, que no es muy grande, pero se viralizó la convocatoria y tuvimos a más de 1200 personas sobrepasando la capacidad de la plataforma y tuvimos que improvisar con Facebook para la conexión. El *webinar* programado para una hora y media duró tres horas por la cantidad de preguntas y luego nos solicitaban la grabación de la charla. Se continuaron dando estas charlas para el público en general ya que las redes sociales eran nuestro mayor enemigo con desinformación incontrolable hasta el día de hoy. Los números de casos y pruebas rápidamente sobrepasaron la capacidad de los centros públicos y por fin permitieron realizar pruebas y tratar a los pacientes en todos los centros capacitados para atender a los pacientes COVID.

Los números de casos
y pruebas rápidamente
sobrepasaron
la capacidad
de los centros públicos
y por fin permitieron
realizar pruebas y tratar
a los pacientes en todos
los centros capacitados
para atender
a los pacientes COVID

Yo trabajo en una institución privada y se tuvo que capacitar y readecuar el hospital para áreas dedicadas a la atención de estos pacientes en una época donde los ingresos del hospital eran mínimos y los gastos se incrementaban. Como parte del Consejo de Administración del hospital, se tuvieron que realizar despidos y disminución de pagos al personal de trabajo ya que se estuvo cerca de llegar a una situación económica de no retorno para la institución. Gracias al personal que se pudo mantener y a la reactivación de la atención de pacientes COVID y no COVID, se logró salir del problema económico.

Durante este año fuimos cuatro neumólogos-intensivistas y personal de intensivo limitado los que manejamos a todos los pacientes COVID en nuestro hospital, lo cual fue una carga de trabajo y emocional grandísima. Al inicio todos confrontamos los casos con temor y fue muy duro ver a pacientes sufrir y morir sin poder cambiar el curso de esta enfermedad tan impredecible, pero con el tiempo, se aprendió el mejor manejo de estos pacientes reduciendo nuestra mortalidad y estancia hospitalaria.

Al mismo tiempo temía que yo llevara el virus y contagiara a mi familia lo cual aumentaba el estrés que vivía día a día. Gracias a Dios no contagiamos a la familia y seguimos invictos de contraer la enfermedad. Tuvimos una segunda ola, pero no tan grande como se pensaba que iba a ser después de las fiestas de fin de año y seguimos con un número constante pero soportable de casos. Además de la atención hospitalaria tuve que mantener cerrada mi clínica en forma presencial y sigo atendiendo a mis pacientes en forma virtual. Tanto mis pacientes como yo extrañamos ese contacto físico, pero nos hemos adaptado y la aceptación de la telemedicina ha ido creciendo. Creo que en el futuro tendremos una atención híbrida con el adelanto de la aplicación de la telemedicina debido a esta pandemia.

Al mismo tiempo temía que yo llevara el virus y contagiara a mi familia lo cual aumentaba el estrés que vivía día a día. Gracias a Dios no contagiamos a la familia y seguimos invictos de contraer la enfermedad

Ahora estamos en espera de la llegada de la vacuna y es triste ver que los países del primer mundo ya van completando la segunda dosis para los trabajadores de la salud y nosotros las únicas dosis que hemos recibido en el país provienen de donaciones de Israel y la India. El gobierno ha cometido errores en la negociación para la obtención de las vacunas y ha atrasado la obtención de las mismas para el país a través de COVAX. Además, la desinformación de la eficacia, seguridad y aceptación de la vacuna ha sido un problema que se confrontará en la vacunación de la población y se tendrá que seguir educando a todos y sirviendo como ejemplo el vacunarnos nosotros al tener disponible la vacuna.

Durante todo este último año, me tocó ver la pandemia en forma regional ya que era Presidente de la ALAT. La pandemia hizo que tuviéramos que adaptarnos a la situación

[...] la desinformación
de la eficacia, seguridad
y aceptación de la vacuna
ha sido un problema
que se confrontará
en la vacunación
de la población
y se tendrá que seguir
educando a todos
y sirviendo como ejemplo
el vacunarnos nosotros
al tener disponible
la vacuna

mundial y salimos adelante a pesar de las condiciones adversas. Veíamos como había focos calientes en nuestros países de la región y lo único que se podía apoyar era con la realización de guías de atención y *webinars* junto con las sociedades nacionales de la región y con las sociedades hermanas: ERS, ATS, CHEST, SEPAR..., para ayudar a mejorar la atención de los pacientes en forma segura y eficaz. Además, se tuvo que tomar la decisión de realizar nuestro Congreso anual, Curso de investigación MECOR y el *Critical Care Conference* en forma virtual y en una fecha diferente lo cual fue un desafío tremendo y una experiencia de aprendizaje mayor. Gracias a Dios logramos realizar el Congreso con éxito, tanto en lo científico como asistencial virtual. Esta experiencia nos ha preparado para lo que llegó para quedarse y estamos preparando nuestro Congreso 2021 en Buenos Aires en diciembre.

A partir de febrero 2021, ALAT toma la presidencia del Foro Internacional de Sociedades Respiratorias y nuestra primera acción es asegurar el acceso y equidad de la vacunación para COVID-19 en todo el mundo realizando cabildeo con la OMS y con fundaciones para la obtención de los recursos para la compra y distribución de la vacuna en los países más necesitados. Debemos posicionar a las enfermedades respiratorias crónicas y agudas junto con las demás enfermedades no comunicables que han sido prioridad en el pasado. Además, estamos muy en contacto con las organizaciones para no olvidarnos de la atención de las enfermedades respiratorias usuales que han sido olvidadas durante esta pandemia tal como tuberculosis y neumonía bacteriana en pediatría y edad adulta mayor.

Debemos posicionar a las enfermedades respiratorias crónicas y agudas junto con las demás enfermedades no comunicables que han sido prioridad en el pasado

En resumen, este año de pandemia ha sido difícil, pero de mucho aprendizaje y crecimiento científico, moral y administrativo. Espero que muy pronto logremos vacunar en forma masiva y así poder regresar a una vida más normal. He aprendido como para prepararnos para eventos similares en el futuro y no cometer los mismos errores. Saludos y los mejores deseos a todos. //



JUANA SAMPER OSPINA

Periodista y escritora.
Corresponsal en España de *El Tiempo*
COLOMBIA

DETRÁS DE LA MIRADA

Él veía todo. De derecha a izquierda; de izquierda a derecha. Veía los autobuses, los camiones, los coches, las motos, las bicicletas, los transeúntes. De izquierda a derecha; de derecha a izquierda. Extendía los brazos y detenía por una milésima de segundo ese enjambre de vehículos que se devoraba el espacio público. Los volvía a extender luego para recibir un par de monedas. Se jugaba la vida por menos de un euro. Les abría camino a los peatones que querían cruzar la avenida incendiada por el peor caos de tráfico.

Y por el calor. Y por la humedad. A cambio, recibía una propina que le sanaría las necesidades del día. Nada más. La mañana siguiente, volver a empezar.

Veía todo, digo, y sin embargo sus ojos parecían estar en otro mundo. Quizás por las drogas. Quizás por el hambre. Quizás por la vida de miseria que le había tocado en la ruleta rusa del tercer mundo.

A cada lado de la avenida se derramaban —desordenados, sucios— los puestos del mercado de Bazurto, en Cartagena de Indias. Un festival de colores, olores y sabores. Papaya y sudor; empanadas y barro; arepas de huevo y el hedor de cañerías desbordadas. El cielo y el infierno. Miles de personas recorrían los pasillos. Entre el barullo de las conversaciones y los gritos que promocionaban los productos, se colaba la música. Siempre la música: salsa, merengue, vallenato, cumbia. Los vendedores atendían sus rincones, muchas veces acompañados por los hijos. Los mayorcitos (seis, diez años) ayudaban: cargaban bidones, pedían cambio, empacaban las compras. Los bebés permanecían en cajas de cartón a sus lados.

Las palenqueras, mujeres negras vestidas de colores con bandejas de frutas sobre la cabeza, cargaban el peso de la necesidad con dignidad. Cada paso era un signo de la supervivencia de su pueblo, que había sido esclavizado siglos atrás por los blancos y ahora por la indiferencia de un Estado inerte, por las exageradas diferencias de clases de Colombia y por la pesadez del trópico aplastante.

Todo en movimiento. La gente caminaba, hablaba, vendía, compraba, reía y sufría. Los buses pitaban, se atravesaban y mandaban sobre el terreno con el poder de su tamaño y de la peligrosa audacia. Las motos —cientos, miles— se colaban por resquicios, con la destreza de hacerle el quite al tráfico y al bolsillo: más baratas que un coche, se han convertido en el medio favorito de esas hormigas humanas que no pueden parar.

Todo en movimiento, digo, porque de él depende la comida de cada día. La pobreza no da espera. El hambre no remite.

Había mascarillas también, por supuesto. Tapabocas, les decimos los colombianos. En las caras, en los codos, en las aceras. La mayoría, en la barbilla. Por cumplir. Sin convicción y con calor. Nadie le reprochaba nada a los que no llevaban. El coronavirus no figura entre sus preocupaciones principales.

Entre las puertas del portero del supermercado que está situado a pocas calles del mercado de Bazurto, sí. Como un poste al lado de la puerta, toma la temperatura en la muñeca de quienes quieren entrar. Los obliga a ponerse gel de un bote que ha colocado en un aparato que se acciona con un pie, revisa la identificación y da su veredicto. De él depende que entren o no. Debe estar atento al sexo, al número final de la tarjeta que enseñan y a la fecha. En Colombia las restricciones dejan salir a comprar a hombres y mujeres en días distintos, y a las personas cuya identificación termina en número par o impar en días alternos. Los coches también cumplen la medida de pico y placa: circulan en días diferentes según la última cifra de la matrícula. Y, además, hay cierres perimetrales, toques de queda y hasta ley seca.

Así, entre un extremo y otro, como si se balanceara en una hamaca, funciona Colombia con el virus que nos ataca. La grandilocuencia impone medidas de acero y la realidad de la calle las convierte en plastilina.

Pocos días después de mi viaje a Cartagena de Indias vi otra imagen que también se me aparece en duermevela, como la del joven que ayudaba a cruzar la avenida

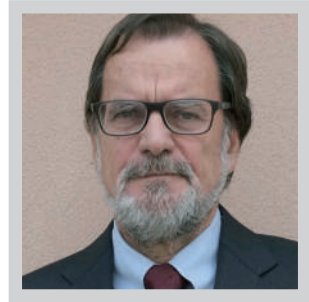
Había mascarillas
también, por supuesto.
Tapabocas, les decimos
los colombianos.
En las caras,
en los codos,
en las aceras.
La mayoría,
en la barbilla.
Por cumplir.
Sin convicción
y con calor. Nadie
le reprochaba nada
a los que no llevaban.
El coronavirus
no figura entre sus
preocupaciones principales

mientras sus ojos miraban a un más allá al que nadie puede llegar. Sucedió en Bogotá. Un avión. Seis personas circunspectas a sus pies. Una gran caja al frente, cubierta por la bandera de Colombia. Televisión, claro. Discurso y dedos en forma de V: “con la V de las vacunas, con la V de la victoria”. Semejante escenario, digno de *El otoño del patriarca*, era un homenaje al contenedor que acababa de aterrizar en un vuelo desde la esperanza y que transportaba las primeras dosis que llegaban a Colombia. Les daba la bienvenida el presidente —y su séquito, ni más faltaba—, que hablaba con tono de grandes circunstancias. Con voz de prócer de la patria. Extendía el brazo para detener el tráfico de la pandemia durante una milésima de segundo, como el joven que congelaba la avenida frente al mercado de Bazurto. Eran apenas 50 mil vacunas para una población que casi llega a los 50 millones de personas. El gobierno había extendido los brazos también para recibir unas monedas piadosas en el reparto internacional de dosis. Y su mirada permanecía en un más allá al que nadie puede llegar. La grandilocuencia frente a la realidad. Es indignante, da rabia. Y, a la vez, es triste, conmovedor.

Una gran caja al frente, cubierta por la bandera de Colombia. Televisión, claro. Discurso y dedos en forma de V: “con la V de las vacunas, con la V de la victoria”. Semejante escenario, digno de *El otoño del patriarca*, era un homenaje al contenedor que acababa de aterrizar en un vuelo desde la esperanza y que transportaba las primeras dosis que llegaban a Colombia. Les daba la bienvenida el presidente —y su séquito, ni más faltaba—, que hablaba con tono de grandes circunstancias

Mientras tanto, la vida sigue en Colombia. Con más pobreza que hace un año, con la esperanza de las vacunas, pese al número irrisorio que ha recibido, entre disputas políticas y la tozudez de la gente que no se deja doblegar. La vida social está muy limitada —mucho más que en España—, pero la cercanía es obligatoria en lugares como los buses de TransMilenio, que transportan miles de personas arrumadas unas sobre otras, sin un centímetro de distancia entre ellas.

Las mascarillas tapan bocas, pero no eliminan el hambre. //



JOAN ARTUR CAYLÀ BUQUERAS

Presidente de la Fundación de la Unidad de Investigación en Tuberculosis de Barcelona

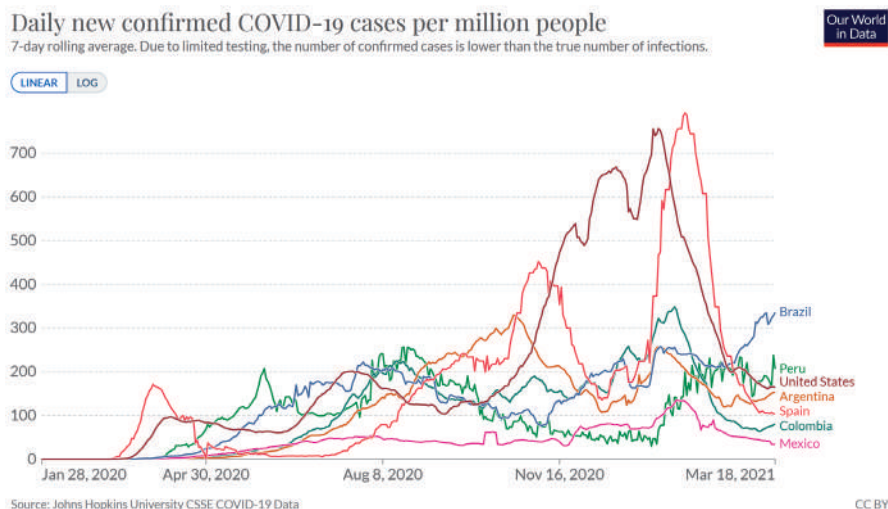
ESPAÑA

¿CUÁNTA COVID-19 QUEREMOS? 2020, 2021

A 19 de marzo del 2021 ya se han detectado a escala mundial más de 121 millones de casos de COVID-19 y casi 2,7 millones de muertes atribuidas a esta enfermedad infecciosa.

En relación a los países de América y a España, en millones de casos destacan: EE. UU. con más de 29 millones, Brasil con más de 11, España más de 3, Colombia, Argentina y México con más de 2, Perú con más de un millón y Chile que ya está cerca de 1 millón de casos.

La evolución de la incidencia en diversos países de América y en España la podemos ver en la figura 1. Destaca un pico en marzo-abril en España, en mayo en Argentina, en agosto en diversos países americanos, en noviembre otra vez en España, posteriormente Brasil experimenta una extensa ola y en enero en España se presenta otra ola, para finalmente verse un incremento de casos en Brasil y Perú. La primera ola de España fue muy superior a la que se presenta porque había una gran limitación de tests diagnósticos. Por la misma razón las comparaciones entre países pueden estar afectadas por la disponibilidad de estos tests, por lo que los datos presentados deben entenderse como de “mínimos”.



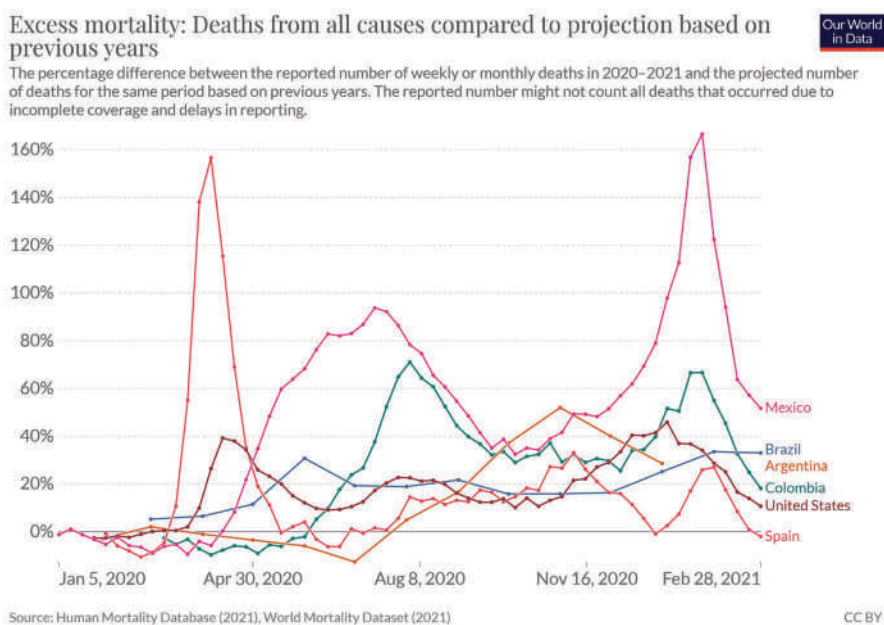
Evolución de los casos diarios confirmados de COVID-19 en diversos países de América y en España por millón de habitantes (promedio de 7 días) desde finales de enero de 2020 a marzo de 2021.

La evolución del exceso de mortalidad en diversos países de América y en España la podemos ver en la figura 2. Se puede observar que hasta marzo todos los países están alrededor de la mortalidad esperada para presentar un gran pico España en marzo -abril que se explica, sobre todo, por la elevada mortalidad observada en las residencias de gente mayor. En abril-mayo se incrementa en diversos países, en mayo-junio en Chile, en julio en Colombia, en México en agosto y a finales de año nuevamente en Chile y Colombia. Estas comparaciones pueden estar afectadas por

La primera ola de España
fue muy superior
a la que se presenta
porque había una gran
limitación
de tests diagnósticos.

Por la misma razón
las comparaciones entre
países pueden estar
afectadas
por la disponibilidad
de estos tests, por lo que
los datos presentados
deben entenderse como
de “mínimos”

la variabilidad entre países en la exhaustividad de los registros de mortalidad, pero explican perfectamente el gran impacto que ha tenido la COVID-19 en la mortalidad.



Evolución del exceso de muertes en diversos países de América y en España desde enero de 2020 a marzo de 2021.

Con la pandemia COVID-19 cobra actualidad la idea expresada ya en 1914 por Biggs, en Nueva York, de que “la salud pública se puede comprar y que cada país puede determinar su propia tasa de mortalidad”. De acuerdo con este autor, escribimos hace 20 años con Josep M. Jansà, actual responsable del Grupo de Respuestas y Operaciones de Emergencia del Centro Europeo de Prevención y Control de Enfermedades (ECDC), el artículo “¿Cuánta tuberculosis queremos?” y que se publicó en la *Revista Española de Salud Pública*. En el mismo explicábamos que se podía alcanzar un mayor control de la tuberculosis en función de los recursos invertidos.

Con la COVID-19 también se puede modular el número de casos que tendremos a corto plazo en función de los recursos que se dediquen a la prevención y control de esta pandemia. Estos recursos deben basarse en programas de prevención y control de elevada y contrastada calidad, y que se vayan evaluando regularmente para ir introduciendo las mejoras necesarias con la finalidad de irlos mejorando constantemente. Su coste inmediato dependerá en buena parte de inversiones realizadas previamente en los servicios de salud y de salud pública y de la actualización de los planes de preparación y respuesta. Debemos

Con la COVID-19
también se puede
modular el número
de casos que tendremos
a corto plazo en función
de los recursos
que se dediquen
a la prevención y control
de esta pandemia

considerar que el grave impacto económico en diversos sectores de producción, así como los ocasionados en los ámbitos familiar, social, de salud y de bienestar ocasionados por esta pandemia de la COVID-19 que deben ser contemplados en el diseño y aplicación de las intervenciones de mitigación y en su caso de control de la pandemia ofreciendo ayudas sociales.

El gran impacto sanitario y económico de la COVID-19 también ha favorecido el desarrollo de modelos predictivos sobre la evolución de la pandemia a corto-medio plazo. Las predicciones varían en función de si las actuales medidas preventivas se relajan o no considerando celebraciones multitudinarias, como han sido recientemente el día de Acción de Gracias en EE. UU., los puentes festivos, las festividades de Navidad, Año Nuevo, etc. Obviamente, a mayor prolongación de las medidas restrictivas corresponde una menor progresión de los casos a corto plazo retrasándose la siguiente ola epidémica. Algunos países europeos como Francia y Alemania llevaron a cabo medidas muy duras debido a que tenían incidencias de más de 300 casos por 100 000 habitantes en 14 días a finales de noviembre del 2020, así, en diciembre y enero consiguieron disminuciones importantes de la incidencia. Concretamente en este último país los bares y restaurantes

El objetivo inmediato en cualquier país debería ser alcanzar una incidencia en 14 días inferior a 50 casos por 100 000 habitantes

estuvieron cerrados hasta enero con el objetivo de alcanzar una incidencia en 14 días de menos de 100 casos por 100 000 habitantes y el toque de queda fue estricto.

Los aumentos de incidencia se acompañan siempre de aumento del número de ingresos hospitalarios, la ocupación de UCIs y también de las defunciones. Para evitar todas estas consecuencias, debemos prevenir los casos, mentalizarnos de que debemos seguir estrictamente las recomendaciones oficiales (uso de mascarilla, distancia física, lavado de manos, evitar espacios cerrados y aprovechar los espacios abiertos...). Apelar a la responsabilidad individual y de los políticos y a una buena planificación y gestión de recursos. Todo ello con objeto de garantizar el control porque tenemos un gran riesgo de transmisión.

El objetivo inmediato en cualquier país debería ser alcanzar una incidencia en 14 días inferior a 50 casos por 100 000 habitantes. Con un número de casos ya bajo, se podría pensar en la estrategia COVID-cero que pasaría por un estudio exhaustivo de los contactos de cada caso (convivientes y no convivientes que tengan un contacto diario mínimo de 15 minutos) para identificar quiénes están afectados y por tanto deben estar aislados y cuántos podrían haberse contagiado y por tanto deben estar en cuarentena. Obviamente es crucial el cumplimiento estricto de estos aislamientos y cuarentenas.

Para que la COVID-19 deje de ser un problema de salud pública debería conseguirse en cada país una inmunidad de rebaño mediante la vacunación. De acuerdo con el número básico de reproducción, R , que nos indica que cada paciente contagia a 2-3 personas, deberíamos inmunizar al 70 % de la población. En el momento actual el

Para que la COVID-19
deje de ser un problema
de salud pública debería
conseguirse en cada país
una inmunidad
de rebaño mediante
la vacunación.

De acuerdo con
el número básico
de reproducción, R ,
que nos indica que cada
paciente contagia
a 2-3 personas,
deberíamos inmunizar
al 70 % de la población

obstáculo está en la disponibilidad de las vacunas, por el elevado precio de algunas y en que lleguen sin discriminaciones prioritariamente a todos los países más afectados. En el control de esta pandemia ya se está objetivando el efecto beneficioso de las vacunas. Así, por ejemplo, en las residencias de mayores de España donde la mortalidad era muy elevada, ésta ha caído en picado.

A nivel comunitario se precisan buenos programas de control y de vacunaciones que requieren grandes inversiones económicas pero que serán rentables en términos de salud y reducir la posterior crisis económica

En el momento actual, en muchos países se ve una situación de meseta en la evolución epidemiológica, se ha atenuado el declive de incidencia, aunque en algunos países aumentó. La prevención y el control de la COVID-19 solo los conseguiremos con buenas estrategias a nivel comunitario y a nivel personal. A nivel comunitario se precisan buenos programas de control y de vacunaciones que requieren grandes inversiones económicas pero que serán rentables en términos de salud y reducir la posterior crisis económica. A nivel individual, debemos mentalizarnos de que corremos una carrera de fondo, que no hay que bajar la guardia de que debemos seguir estrictamente las recomendaciones oficiales todos los días. Si no lo hacemos, se seguirán sufriendo ingresos hospitalarios y hasta funerales en nuestro entorno. //

JAVIER SENENT GARCÍA

Presidente de Cruz Roja Española
ESPAÑA



CARTA ABIERTA A LAS AMÉRICAS

A principios del mes de abril de 2021, la región de América ha acumulado más de 56 millones de casos reportados de COVID-19 y más de 1,3 millones de muertes, lo que representa aproximadamente el 42 % de los casos a nivel global y el 46 % de los fallecimientos oficialmente declarados. Si consideramos que la región alberga al 15 % de la población mundial, no es difícil hacerse una idea de la extraordinaria virulencia que la pandemia está teniendo en América.

IV

La Federación Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja forma parte de la iniciativa COVAX, el mecanismo más sólido a día de hoy para asegurar la compra y distribución de vacunas COVID-19 de forma equitativa en el mundo. Si bien el despliegue de las vacunas ha comenzado en la gran mayoría de los países de la región, es necesario que los países donantes mantengan y aumenten sus compromisos de financiación para asegurar dosis en los países que requieren apoyo y acelerar el suministro.

Y es igualmente importante que los países de la región aseguren el acceso equitativo a las vacunas de las personas en mayor riesgo (personas mayores y con condicionantes previos de salud) y de las personas en situación de exclusión (migrantes y refugiados, personas sin hogar, poblaciones indígenas, personas privadas de libertad...). Si algo hemos aprendido estos últimos 12 meses es que nadie ha podido esquivar los efectos de la COVID-19, pero sus consecuencias no se han sentido de la misma manera. Esta crisis humanitaria se define por las profundas y persistentes desigualdades. No debemos dejar a nadie atrás. Con más de 57 millones de personas migrantes en la región, nos preocupa asegurar su acceso a cuidados de salud y a la vacunación.

La colaboración y la cooperación son la única manera de afrontar una pandemia con consecuencias tan profundas y severas, el voluntariado y el personal de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja están en la primera línea de respuesta, llegando a las personas y comunidades en mayor riesgo. Es una respuesta “local global” a una escala sin precedentes, que muestra la solidaridad de nuestra red para apoyar, movilizar y coordinar la asistencia global, intercambiando conocimientos, experiencias y herramientas y proporcionando apoyo técnico y financiero para la respuesta local.

Nuestra acción se basa en tres pilares: la salud, apoyando a las comunidades y a los sistemas públicos de salud; la inclusión social, el empleo y la educación, abordando el profundo impacto que la pandemia tiene en la sociedad y en la economía y el fortalecimiento de la respuesta local. En América hemos conseguido hacer llegar mensajes con medidas de prevención a más de 19 millones de personas, hemos facilitado acceso a agua segura y saneamiento a más de 5 millones y distribuido alimentos y artículos de primera necesidad a 4 millones.

Con el firme convencimiento de que nadie estamos a salvo, hasta que todos lo estemos, la Cruz Roja continuará trabajando en la región de América para apoyar la prevención, el acceso a los cuidados de salud y los esfuerzos de las campañas de vacunación. Y cuando llegemos al anhelado horizonte de tener controlados los riesgos para la salud, Cruz Roja continuará trabajando para combatir la pobreza y la exclusión relacionadas con el impacto socioeconómico que esta crisis humanitaria tendrá durante demasiado tiempo. Y lo haremos gracias a la movilización de la sociedad y al apoyo que recibimos de personas, comunidades, organizaciones, empresas y administraciones públicas. Cruz Roja es una organización de la sociedad para la sociedad. //



WALTER MATTARUCCO

Neumólogo. Coordinador de la Sección de Inmunología y Enfermedades Obstructivas. Sociedad Argentina de Medicina Respiratoria. Ubajay

ARGENTINA

LA LECCIÓN APRENDIDA EN LA PANDEMIA

Quiero contarles mi experiencia en una localidad de aproximadamente 5000 habitantes distante a 350 km de la capital provincial y de Buenos Aires, en la que vivo desde 2016. Luego de haber desarrollado mi actividad profesional en centros de alta complejidad y tecnología (12 años de UTI), de participar en un equipo de investigación clínica durante una década, decidí cambiar el rumbo.

Así fue como me encontró la pandemia trabajando, entre otros, en un Centro de Atención Primaria de la Salud (CAPS) con las limitaciones que ello implica. La ciudad no cuenta con centros privados por lo que somos los encargados de las primeras atenciones de las personas.

Desde el inicio del cese de actividades no esenciales en la Argentina, hasta los primeros casos en la provincia pasaron seis meses. Durante ese período comenzamos a prepararnos para lo que vendría. Hicimos capacitaciones, propias y desde el ministerio de salud local en lo que refiere a uso de EPP, manejo de pacientes febriles, restructurando la dinámica del centro (turnos espaciados, consultorio febril, limitación del número de personas en sala de espera). Se armó un Comité local que determinó restricciones locales, control de accesos y horarios limitados para los comercios, etc.

Durante ese período comenzamos a prepararnos para lo que vendría. Hicimos capacitaciones, propias y desde el ministerio de salud local en lo que refiere a uso de EPP, manejo de pacientes febriles, restructurando la dinámica del centro

Confieso que durante la espera comencé a informarme de toda publicación que aportara información médica para prepararme. Cada vez que leía mi angustia iba *in crescendo* debido a la falta de medios y la dependencia que tendríamos de los centros a los que íbamos a derivar los eventuales casos que así lo requirieran. Aquí el sistema es pequeño y yo imaginaba la saturación casi inmediata. Como en toda crisis, esperar la acción y organizarse genera incertidumbre, aumenta la ansiedad.

La actitud del personal sanitario fue variada, desde la negación hasta la burla, pasando por un interés que dependía de cada uno. Corrían los meses y no teníamos casos lo que contribuyó a la relajación de las medidas de cuidado por parte de la población. Comentarios como: “dame un millón de dólares y te fabrico una pandemia” se oían en la radio local; y la pregunta de mucha gente: ¿Doctor, es verdad lo del coronavirus? ¿Piensa usted que va a llegar acá?

Mi respuesta fue: ¿Llega la gripe todos los años? Entonces, seguro que este virus también.

Vale destacar que mucha gente cumplía las recomendaciones de la “amenaza invisible”. Y en este marco yo decía como broma familiar: ¡Nos vamos a morir toooooodos!

El tiempo fue pasando... barbijos en el mentón, reuniones ocultas, el incremento de los casos en ciudades cercanas, todo decía que ya aparecerían los primeros casos... y así fue. El 5 de noviembre de 2020 recibimos el primer resultado de un PCR positivo. Mis temores fueron en aumento, apareció el escarnio público hacia el paciente, la vergüenza de ser el que trae la peste, el enojo de los gobernantes por no enterarse

Cada vez que leía
mi angustia iba
in crescendo debido
a la falta de medios
y la dependencia que
tendríamos
de los centros
a los que íbamos
a derivar
los eventuales casos
que así lo requirieran.
Aquí el sistema
es pequeño
y yo imaginaba
la saturación
casi inmediata. Como
en toda crisis, esperar
la acción y organizarse
genera incertidumbre,
aumenta la ansiedad

primero. Y ahí estábamos nosotros un poco expectantes, un poco temerosos: había llegado el momento de la acción.

Paralelamente me asignan la dirección del Centro de Salud, por licencia del titular del cargo, casi al momento de la aparición de los primeros conglomerados, consecuencia de las reuniones del Día de la Madre (que en Argentina se festeja el tercer domingo de octubre). La cosa se puso peliaguda, el equipo formado por enfermeras/os, agentes sanitarios, personal administrativo, choferes de la ambulancia, kinesiólogo se abocó a todas las tareas: detectar los casos sospechosos, relevar los contactos y aislarlos (explicando las medidas necesarias), hacer el seguimiento de los positivos, enviar sospechosos a realizar hisopados, entregar termómetros, oxímetros y eventualmente derivar a aquellos pacientes que requerían evaluación respiratoria. Todo fue un continuo, sin horario fijo, con poco descanso, con idas y vueltas de nuestra ambulancia a la ciudad cabecera, infinito número de llamados telefónicos. En la vorágine llegué a perder la cuenta de pacientes, contactos, altas...

A poco de este comienzo comenzamos a realizar los hisopados (test rápido y PCR) en nuestro centro. A esta altura luego de una sesión de hisopados me di cuenta de que teníamos una coordinación y precisión para realizar la tarea que nunca habíamos practicado. Lo hacíamos con seriedad, ajustados a las normas, sin queja alguna. Yo me encargué personalmente de informar de los todos los resultados, hecho que generaba tensión al principio por las diferentes reacciones de los pacientes. Al mediodía, algún@ me decía: “Doc, cuando estén los resultados avise en el grupo de WhatsApp y venimos”.

Nos juntábamos para repartir los llamados para aislamiento de contactos y lo que fuera necesario. También tuvimos sorpresas como la que nos dieron algunos vecinos trayendo comida, donaciones de materiales, etc. Durante el mes que duró mi tarea en la dirección, fueron unos 60 pacientes positivos (aproximadamente) con dos fallecidos, y fueron muchos días largos y repetidos.

Terminada esa tarea directiva, para el Día del Médico (que en Argentina es el 3 de diciembre), expuse mi propia reflexión en las redes sociales: “Trabajar en equipo es una de las cosas más difíciles, pero más gratificantes”; me di cuenta de que éramos un equipo.

Ésta fue mi lección: No subestimar, creer en los otros, confiar y dar confianza, junt@s es mejor. Todos mis temores se diluyeron emergiendo una alegría y sensación de pertenencia que aún persiste.

Posdata: *nuestro director titular nunca dejó de estar en contacto, colaborando con llamados y hasta con su presencia. //*



DOLORES MORENO

Neumóloga. Profesora Asociada de la Universidad Central de Venezuela. Directora de la Clínica del Sueño y del Ronquido

VENEZUELA

CON POCO O CON MUCHO

Desde el día 1 de la pandemia de la COVID-19 nuestra vida cambio. Acá en Venezuela, nuestro día 1 fue el 12 de marzo de 2020 cuando se anuncia por primera vez el primer caso. En la Universidad Central de Venezuela, que es donde hago vida académica, nos encontrábamos en pleno acto protocolar de la entrega de títulos universitarios de Médicos-Cirujanos.

Ya es un hecho consumado que oficialmente Venezuela tenía reportado su primer caso, y que debido a las condiciones socio-políticas y económicas del país había tardado en llegar, la incertidumbre fue el sentimiento nacional... ¿Qué pasaría con la pandemia en tales condiciones?

Enseguida las autoridades gubernamentales decretaron la cuarentena radical por varios meses. La poca movilidad entre los estados y la capital del país por la escasez de gasolina y las restricciones en el espacio aéreo internacional hizo posible que el ascenso exponencial de los casos ocurriera cinco meses después. Esta primera ola fue manejada de una manera bastante aceptable e increíble, pero era imposible mantener las mismas condiciones por más tiempo y paulatinamente se fueron sumando actividades en los sectores priorizados, comerciales y recreacionales. Entre diciembre de 2020 y febrero de 2021 (época correspondiente a Navidad y carnaval) se flexibilizó el confinamiento por varias semanas y seguidamente comenzó la segunda ola con un aumento exponencial de los casos y colapso de nuestro precario sistema de salud. Momento en el que nos encontramos actualmente, con un gran número de casos y fallecidos.

Esta primera ola fue manejada de una manera bastante aceptable e increíble, pero era imposible mantener las mismas condiciones por más tiempo y paulatinamente se fueron sumando actividades en los sectores priorizados, comerciales y recreacionales

La actividad Universitaria entró en un espacio atemporal, sin días, ni horas, ni lugar. Estar y no estar al mismo tiempo, al transcurrir de los días hubo grandes periodos de silencio, para después entrar en el mundo virtual y de esa manera interactuar con los estudiantes. Con el esfuerzo de estudiantes, padres y profesores pudimos realizar la actividad docente presencial necesaria para concluir el curso de Patología General y Fisiopatología del año 2019-2020, para casi 200 estudiantes con excelentes medidas de bioseguridad. Como parte de ese quehacer universitario, la pandemia fue un momento oportuno para acercarnos a los compañeros de trabajo e investigadores que ya no estaban en el país, y compartir nuestras vivencias desde el lugar que nos tocaba estar por la situación. Conversábamos, discutimos y decidimos escribir algunos trabajos de revisión científica que aportarían un granito de arena para enfrentar esta terrible y sofocante situación de salud en el mundo y, de esta manera, trabajar conjuntamente. Ya hemos publicado tres artículos de revisión científica de la COVID-19.

Frente a la incertidumbre inicial, las consultas médicas se restringieron. Previamente realizamos un cuestionario exhaustivo de las condiciones clínicas de los pacientes antes de la consulta convencional, extremamos las medidas de bioseguridad,

La actividad Universitaria
entró en un espacio
atemporal, sin días,
ni horas, ni lugar. Estar y
no estar al mismo tiempo,
al transcurrir de los días
hubo grandes periodos
de silencio, para después
entrar en el mundo virtual
y de esa manera
interactuar con
los estudiantes. Con
el esfuerzo
de estudiantes, padres
y profesores pudimos
realizar la actividad
docente presencial
necesaria para concluir
el curso de Patología
General y Fisiopatología
del año 2019-2020,
para casi
200 estudiantes

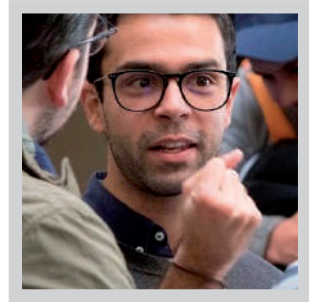
nos sentamos frente al paciente con varias interfaces que hacen la consulta extremadamente incómoda, perdiéndose la espontaneidad y también el acercamiento característico clásico de la consulta médica venezolana. Cada vez son más frecuentes las consultas virtuales y el asesoramiento a los pacientes con la COVID-19 debe tratarse en casa por el colapso del sistema de salud público y privado. Prácticamente nos pasamos todo el día frente a la computadora o los teléfonos móviles haciendo medicina a distancia a nuestros pacientes que cada día son más cercanos a nuestro círculo de amigos, compañeros de trabajo y nuestras familias. Hemos dejado a un lado la práctica clínica habitual, en mi caso realizo estudios de polisomnografía nocturna, práctica que se ha reducido considerablemente por la dinámica de la pandemia y la incertidumbre de los pacientes.

La vida en casa recuerda que hay muchos pendientes, que ahora estábamos físicamente y no teníamos excusas, resultó ser una actividad demandante y agotadora

No solo el cambio fue en el ámbito académico, la investigación o la clínica, ha existido un cambio en la manera de relacionarnos con nuestros afectos. En los primeros días era imperativo saber cómo estaban cada uno de los miembros de la familia y los amigos, aumentaron los chats y las actividades virtuales, donde resolvíamos todo tipo de problemas, acertijos, hacíamos jardinería en simultáneo e intercambiábamos videollamadas para compartir algunas cenas, los cumpleaños vía Zoom fueron la novedad, graduaciones y matrimonios transmitidos en vivo... Ya en estos momentos cada uno ha hecho su propia rutina, nos hemos cargado de obligaciones adaptadas al momento y a la nueva realidad, pero siempre recordándonos que debíamos cuidarnos.

La vida en casa recuerda que hay muchos pendientes, que ahora estábamos físicamente y no teníamos excusas, resultó ser una actividad demandante y agotadora. Y los que vivimos en condominio hace que tengamos actividades compartidas con los vecinos, de allí nació la idea de tener un club de cine, compartir recetas de cocina, hacer ejercicios entre otras actividades y mantenernos en un sitio seguro “Nuestra Burbuja”.

Siguen pasando los días y tenemos que volvernos creativos para no caer en situaciones de ansiedad y depresión. Ha sido una manera de fortalecer lazos de fraternidad, de conocer nuestras fortalezas y debilidades para brindarnos apoyo, tarea que no es nada fácil. En resumen, nos ha tocado vivir algo que no imaginamos: la pandemia. Y en condiciones de escasez e incertidumbre, pero con el empeño de siempre, colocando nuestra mejor cara e inventando situaciones. Con lo poco o lo mucho en un país física y mentalmente deteriorado, pero aún con mucha gente de madera fina que apuesta a nuestro resurgir como el ave fénix. //



DAVID CERDIO DOMÍNGUEZ

Coordinación de Ciclos Clínicos.
Facultad de Ciencias de la Salud.
Universidad Anáhuac. México Norte

MÉXICO

LA REALIDAD Y LA DESIGUALDAD SOCIAL

Nunca antes —como ahora— la humanidad se ha encontrado unida tan en contra de un mismo adversario. La Pandemia por la COVID-19 ha logrado unirnos como sociedad global; hoy las barreras culturales, sociales, y de comunicación han sido superadas ante un acontecimiento que pone de manifiesto la debilidad y la fragilidad del ser humano.

Nos ha obligado a tener en cuenta nuestro lugar en el mundo, recordándonos que somos parte de una relación interdependiente con el ambiente y la naturaleza y que debemos ser conscientes y tomar acción en este sentido.

También la situación epidemiológica actual nos ha hecho reflexionar, en torno a la realidad social que compartimos; al ser un acontecimiento que ha tomado por sorpresa a los sistemas de salud alrededor del mundo ha puesto de manifiesto de manera clara y contundente las distintas formas de afrontar la crisis sanitaria a través de la innegable desigualdad social.

Ya lo decía Salvador Dalí: “De ninguna manera volveré a México. No soporto estar en un país más surrealista que mis pinturas”

A lo largo de los últimos meses —ya un año— hemos experimentado tantas emociones que resuenan en la profundidad de nuestra naturaleza humana: miedo, desesperación, incertidumbre... Sin embargo, las circunstancias que nos rodean han sido determinantes en la forma en que individualmente hemos afrontado tanto nuestra realidad personal como social. La brecha es patente alrededor del mundo, mientras que en México es sumamente latente, así como en el resto de los países latinoamericanos.

Ya lo decía Salvador Dalí: “De ninguna manera volveré a México. No soporto estar en un país más surrealista que mis pinturas”. Siendo que justamente a esto se refería el artista. La polarización social unificada en una misma idiosincrasia hace de México un caso excepcional a la hora de afrontar cualquier crisis, ya sea natural, sanitaria e incluso económica.

La unidad y solidaridad visible en el país enciende los corazones y hace retumbar el espíritu. Sin embargo, dicha unidad no justifica ni corrige la desigualdad social que es vivida día con día y que lamentablemente se ha vuelto característica de la vida en sociedad. No es lo mismo vivir una cuarentena —prolongada— en un residencial sin preocupaciones “aparentes” a tener que salir a buscar alimento, dado que se vive del día a día. La desigualdad social, poco analizada y más bien utilizada para fines políticos es a su vez una de las razones del fracaso de las estrategias sanitarias por controlar la pandemia, que ponen a México en uno de los primeros lugares con fallecimientos en relación a tasas acumuladas.

La pandemia nos ha demostrado una y otra vez aquellas áreas en las que somos débiles, pero no todo es oscuridad, también nos ha demostrado en qué somos grandes personas y cuáles son nuestras fortalezas. Ya lo decía el médico más famoso de la Antigua Grecia, Hipócrates: “Donde hay amor por la medicina, hay amor la humanidad”.

A pesar de la polarización social hemos podido vislumbrar un enorme amor por la humanidad. Actos heroicos han sido realizados, sacrificios hechos desde la sombra del anonimato. La ambivalencia entre la fragilidad y la fortaleza del ser humano jamás ha

No es lo mismo vivir
una cuarentena
—prolongada—
en un residencial
sin preocupaciones
“aparentes” a tener que
salir a buscar alimento,
dado que se vive del día
a día. La desigualdad
social, poco analizada
y más bien utilizada para
fines políticos es a su vez
una de las razones
del fracaso
de las estrategias
sanitarias por controlar
la pandemia, que ponen
a México en uno
de los primeros lugares
con fallecimientos
en relación
a tasas acumuladas

sido tan palpable como en este momento de la historia. Siendo pues, este, una enorme oportunidad para participar activamente en la construcción armónica de nuestra sociedad, siendo la desigualdad social uno de los enemigos que debemos afrontar.

Debemos trabajar incansablemente por construir una sociedad basada en valores antropocéntricos tales como la justicia y la defensa de la dignidad de la persona humana. Se debe trabajar en conjunto entre Estado y Sociedad, buscando medios innovadores que permitan una vida social más justa en donde todos los miembros de las sociedades tengan acceso a servicios de calidad, y tengan cubiertas todas las necesidades básicas que permitan una vida digna y humana.

Es momento de encender el corazón del hombre y volverlo a centrar en la persona. Poner nuestros talentos al servicio de la humanidad de manera que podamos construir una sociedad justa y armonizada en donde la dignidad de la persona sea valorada por su valor ontológico y no por lo que puede generar o producir

Los momentos de crisis social, son momentos de grandes cambios, este es momento para promover un cambio centrado en el humanismo y la dignidad de la persona humana. Es momento de encender el corazón del hombre y volverlo a centrar en la persona. Poner nuestros talentos al servicio de la humanidad de manera que podamos construir una sociedad justa y armonizada en donde la dignidad de la persona sea valorada por su valor ontológico y no por lo que puede generar o producir. La vida social ha perdido el rumbo y este es el momento ideal para recentrarlo en el valor antropocéntrico que ha servido para el desarrollo mundial desde el Renacimiento. No podemos permitir que la pandemia nos destruya como sociedad, si bien hemos perdido incontables e invaluable batallas debemos respetar y honrarlas de manera que de ninguna manera la sociedad continúe dividida, sino unificada como el surrealismo lo sugiere, formando un solo frente capaz de vencer a cualquier enemigo que ponga en riesgo nuestro valor como hombres y mujeres capaces de la verdad, del bien y sobre todo del amor. //



SONIA M. RAMÍREZ PÉREZ

Médica adscrita al Servicio de Neumología del Hospital Infantil Santo Socorro. Expresidenta de la Sociedad Dominicana de Neumología y Cirugía del Tórax
REPÚBLICA DOMINICANA

LA PANDEMIA EN UNA MEDIA ISLA

“Hay un país en el mundo situado en el mismo trayecto del sol”, como dijo nuestro poeta nacional Don Pedro Mir, esto convierte a República Dominicana en un destino preciado para el turismo europeo y americano. Por ello inferimos que la llegada de la COVID-19 sería por uno de nuestros polos turísticos. Y así fue, a pesar de las medidas de precaución en aeropuertos, puertos marítimos y frontera terrestre, no pudo ser contenido.

El Estado dominicano, una vez que fue emitida la alerta de la Organización Mundial de la Salud (OMS), comenzó a preparar el país para recibir los primeros casos. En el Hospital de la Fuerza Aérea se adecuó un área para ese fin, se asignó y entrenó al personal, y suministraron insumos y equipos para diagnóstico y manejo. Se realizó un relevamiento a nivel nacional con la finalidad de conocer el número de camas para internamiento, de UCI, ventiladores... que pudieran incorporarse a la red de manejo si fuere necesario. Varias instituciones estatales y privadas prepararon áreas donde se podría manejar y aislar pacientes. En el hospital pediátrico donde trabajo se adecuó un área para manejo de adultos.

Se realizó un relevamiento a nivel nacional con la finalidad de conocer el número de camas para internamiento, de UCI, ventiladores... que pudieran incorporarse a la red de manejo si fuere necesario. Varias instituciones estatales y privadas prepararon áreas donde se podría manejar y aislar pacientes

En nuestros lugares de trabajo nos involucramos en la organización y orientación en lo que respecta al triaje respiratorio, las medidas de protección necesarias, los pasos a seguir para diagnóstico y manejo ambulatorio, y contactos para referimiento a centros identificados para la concentración de pacientes y aislamiento. A nivel personal desde enero compartimos informaciones sobre la COVID-19 con colegas, tanto de la especialidad como de otras, sobre esta pandemia que comenzó muy lejos de nosotros pero que se fue acercando. Una vez que escuchamos cómo impactó en países con los que tenemos un importante intercambio turístico y de migración como Italia, España y Estados Unidos, fuimos tomando conciencia de la posibilidad de que en tiempos no muy lejanos tendríamos que enfrentar la presencia de casos de la COVID-19 en nuestro país.

A pesar de haber hecho todo este razonamiento nos sorprendió el primer caso reportado por las autoridades nacionales el uno de marzo de 2020. Un turista italiano y una inmigrante dominicana también procedente de Italia. A partir de ese momento, junto con un aumento de casos de las infecciones respiratorias clásicas, nuestra consulta se vio desbordada de pacientes. Sin darnos cuenta nos vimos inmersos en una situación nunca esperada, nunca imaginada. Fuimos avasallados con informaciones y desinformaciones a través de todos los medios de comunicación, pacientes interesados y asustados buscando respuestas sobre cómo se maneja esta nueva enfermedad y saber si en nuestro país teníamos acceso a esos tratamientos, en qué lugar ingresar en caso de padecerla, cómo prevenirla, las secuelas que generaba y otras preguntas más, y muchas de ellas sin respuesta para nosotros mismos. La gran mayoría de las patologías comunes del día a día se fueron relegando, a medida que aumentaron la cantidad de casos.

Fuimos avasallados
con informaciones
y desinformaciones
a través de todos
los medios
de comunicación,
pacientes interesados
y asustados buscando
respuestas sobre cómo
se maneja esta nueva
enfermedad
y saber si en nuestro país
teníamos acceso
a esos tratamientos,
en qué lugar ingresar
en caso de padecerla,
cómo prevenirla,
las secuelas
que generaba y otras
preguntas más, y muchas
de ellas sin respuesta
para nosotros mismos

Cuando escuché como en China ponían en cuarentena a millones de personas, pensé que nosotros nunca llegaríamos a ese extremo, no tendríamos ni la disciplina ni la cantidad de casos para recalar en esa situación. Aproximadamente dos semanas después de reportado el primer caso, recibimos en consulta a una colega con sintomatología respiratoria aguda después del regreso de vacaciones junto a sus compañeros de promoción de la universidad en un crucero por las islas del Caribe. Otros miembros del grupo acababan de ser diagnosticados con la enfermedad producida por el SARS-CoV-2. De ese grupo de médicos fallecieron algunos y familiares que se contagiaron con ellos a su retorno al país, convirtiéndose en parte de los primeros casos de transmisión comunitaria. Esa noche, durante una reunión, comentamos como, probablemente, en corto tiempo no podríamos volver a compartir la cercanía y el contacto físico durante un periodo indeterminado. No teníamos la capacidad de adivinar cómo iban a suceder los acontecimientos, pero sí íbamos a extrañar el sentarnos a debatir un tema unos junto a otros.

Acompañando el aviso oficial del primer caso, se iniciaron los boletines diarios del Ministerio de Salud Pública que aún hoy, un año después, nos mantiene pendientes cada mañana sobre la evolución de la enfermedad. Y no solo a los médicos, sino también a la población general.

De ese grupo de médicos fallecieron algunos y familiares que se contagiaron con ellos a su retorno al país, convirtiéndose en parte de los primeros casos de transmisión comunitaria

A partir de aquí los hechos se sucedieron rápidamente y los casos fueron aumentando rápidamente hasta el momento como en otros muchos lugares en el mundo. Nos vimos ante la implementación de la cuarentena, enterándonos como la mortalidad se elevaba e incluso se salía de control; en varias ciudades y provincias fue decretada una cuarentena total. Otro factor que jugó a favor de la transmisión comunitaria fue la celebración de elecciones congresuales, municipales y presidenciales en los meses de mayo y junio, después de haber sido pospuestas de las fechas establecidas en la Constitución de La República Dominicana.

Como en el centro de salud privado donde trabajo no teníamos manejo hospitalario para pacientes con coronavirus, igual que mis conciudadanos, estuve recluida en mi hogar, pero dos semanas después coincidiendo con la semana de servicio me vi precisada a reiniciar la consulta ambulatoria modificando el horario y adecuando el consultorio. Sentía que no podía dejar sin apoyo a los pacientes que durante más de veinte años han contado con el servicio. A partir de este momento vi subir de forma exponencial la cantidad de casos, tanto es así que de uno o dos casos en cada consulta pasó a convertirse en una consulta casi exclusiva de pacientes enfermos con la COVID-19. Era impresionante la necesidad y desesperación de los enfermos buscando algo más que una consulta, aunque el contacto fuera a través de una mampara. //



LORENZO FERNÁNDEZ FAU

Profesor de Cirugía de la UAM.
Exalcalde de El Escorial.
Expresidente de SEPAR

ESPAÑA

ÉTICA Y PANDEMIA

A propósito del artículo que con ese título publiqué el 4 de febrero de 2021 en Nueva Tribuna, los editores de la Red TBS-Stop Epidemias han tenido la amabilidad de invitarme para que exprese a través de este medio algunas reflexiones acerca del asunto en cuestión; y más teniendo en cuenta la vinculación profesional y sentimental que me une con toda Latinoamérica.

Si hago mención a este hecho es porque desde hace más de veinte años vengo proponiendo, también poniendo en práctica, una Integración Iberoamericana en Neumología y Cirugía Torácica que se ha plasmado en numerosos congresos llevados a cabo por diferentes sociedades científicas afines de la región.

Al mismo tiempo, he podido advertir a través de la línea editorial de la Red TBS-Stop Epidemias y en diversos artículos por ellos publicados, la solidaridad de sus planteamientos y una loable denuncia, loable al menos para mí, acerca de la contradictoria, vacilante y notable precariedad con la que los responsables de buena parte de países están acometiendo las necesidades sanitarias de la comunidad y más aún en los momentos críticos que desde hace un año padece la humanidad.

Digo contradictoria, en este contexto, por el populismo con el que tan dolorosa experiencia se está conduciendo y la quiebra ética que con tal estrategia se conculca. Contradictoria porque si por populismo la RAE define la tendencia política defensora de los intereses y aspiraciones del pueblo, caben pocas dudas de que a la vista de lo que está sucediendo no es precisamente eso lo que predomina y habría que emplear el término con la acepción peyorativa con la que también se utiliza.

[...] si por populismo la RAE define la tendencia política defensora de los intereses y aspiraciones del pueblo, caben pocas dudas de que a la vista de lo que está sucediendo no es precisamente eso

¿Y por qué hago una aseveración tan contundente? Entre otras, cosas por las evidentes y profundas desigualdades sociales que desde hace tiempo se están produciendo junto al deterioro de las infraestructuras sanitarias, como consecuencia de las políticas de austeridad promovidas por influyentes instituciones internacionales y que se han agudizado con motivo de la pandemia. No hay más que echar un vistazo a los indicadores que analizan ambas situaciones para darse cuenta de la gravedad de la situación. Las limitaciones de espacio me impiden ser más explícito, pero ahí están, por ejemplo, los alarmantes grados de pobreza que se están generando en estos momentos críticos: sin ir más lejos, en España alcanza al 26 % de la población.

Digo contradictoria, además, porque desde 1946, al definir la OMS la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no únicamente la ausencia de enfermedad o discapacidad, esta, la salud, deja de ser solamente un estado orgánico con buena función para convertirse en una cuestión de Estado con implicaciones políticas, sociales, económicas y medioambientales de gran calado.

En consecuencia, el derecho a la protección de la salud está vinculado de forma estrecha a la de otros derechos fundamentales que la ONU dejó expresamente definidos en la Declaración Universal de los Derechos Humanos en 1948, cuyo capítulo 25. 1 manifiesta que toda persona tiene derecho a un nivel adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda,

No hay más que echar
un vistazo
a los indicadores
que analizan ambas
situaciones para darse
cuenta de la gravedad
de la situación.

Las limitaciones
de espacio me impiden
ser más explícito, pero
ahí están, por ejemplo,
los alarmantes grados
de pobreza que se están
generando en estos
momentos críticos:
sin ir más lejos,
en España alcanza
al 26 % de la población

la asistencia médica y los servicios sociales necesarios. De modo que el derecho a la protección de la salud obliga al Estado a garantizar a los ciudadanos la mejor cobertura sanitaria posible con los condicionantes sociales que ello conlleva.

Son derechos que han sido ratificados por la mayor parte de los Estados mundiales y si digo que se está conculcando la ética es porque el menoscabo flagrante de los mismos conduce a un deterioro acuciante del bienestar comunitario. Una circunstancia no permisible porque afecta de plano a la dignidad humana, porque los derechos humanos no pueden ser violados por un presunto bien superior.

Pero, no solo eso, el comportamiento ético de buena parte de los que detentan responsabilidades públicas es perceptible y ante la que está cayendo ahí está la decepcionante confrontación política cargada de falsedades que no hacen otra cosa que menoscabar la confianza de la ciudadanía. Lo dijo ya Cicerón a su hijo Marco en *Sobre los deberes*: nada hay que mantenga más eficazmente unido al Estado que la confianza y ella se gana actuando con justicia y prudencia.

Justicia, prudencia junto a fortaleza e inteligencia, las virtudes, o valores, éticas y dianoéticas enunciadas por Aristóteles que, se me ocurre, permitirían evitar las dolorosas e injustas desigualdades del presente y hallar soluciones acertadas en estos momentos de incertidumbre.

En este sentido, hace ahora alrededor de 2500 años que Heráclito expresó en uno de sus apotegmas lo siguiente: no conoceríamos el nombre de justicia si no existiesen injusticias. Y en estos momentos, la diversidad de injusticias es tan manifiesta que no puede ser tolerable. Para ello basta citar algunos ejemplos que, entiendo, pueden poner de manifiesto la magnitud del problema.

Justicia, prudencia junto a fortaleza e inteligencia, las virtudes, o valores, éticas y dianoéticas enunciadas por Aristóteles que, se me ocurre, permitirían evitar las dolorosas e injustas desigualdades del presente y hallar soluciones acertadas en estos momentos de incertidumbre

Si el Estado considera lícito y adecuado rescatar, de forma multimillonaria y a fondo perdido, a la banca por los errores cometidos por su gestión pienso que algo similar habría que hacer con los trabajadores y empresas que, no por sus errores, sino por una situación epidemiológica gravísima sobrevenida están sufriendo una catástrofe económica de difícil solución de forma autónoma. Y para ello, habría que recuperar la capacidad legislativa y de gestión que la globalización ha laminado paulatinamente con una alabada táctica conocida como desregularización.

De igual forma, y en ese sentido, sería necesario crear los mecanismos necesarios, tal vez la liberación de patentes o la nacionalización, para controlar los medios de

Si el Estado considera
lícito y adecuado
rescatar, de forma
multimillonaria y a fondo
perdido,
a la banca por los errores
cometidos
por su gestión pienso
que algo similar habría
que hacer
con los trabajadores
y empresas que,
no por sus errores,
sino por una situación
epidemiológica
gravísima sobrevenida
están sufriendo
una catástrofe económica
de difícil solución
de forma autónoma

producción de mascarillas (tapabocas), equipos de protección individual (EPI), respiradores, oxígeno y vacunas que no solo ahorrarían vidas sino que, al mismo tiempo, evitarían las injusticias que la especulación con tales materiales conducen al enriquecimiento de especuladores y ahondan en las desigualdades e injusticias de porte heracliano citado previamente. Qué paradoja, cuando se destina dinero público a la investigación de vacunas que luego son comercializadas por la industria privada.

Es curioso, en algunas ocasiones en las que he tenido la oportunidad de dedicarme a asuntos de este porte me reprochan, sólo a veces eso sí, que existen en ellas un contenido político no deseable con el argumento que estas cuestiones deberían analizarse y presentarse exentos de contenido político, es decir, deberían ser apolíticos; como si eso fuese posible.

Ante esta disyuntiva yo me pregunto si es posible deslindar la ética de la política. ¿No serán inherentemente consustanciales? De hecho, a lo largo de toda *La República* de Platón, y más concretamente en los libros octavo y noveno, y en *La Política* y en el libro sexto de *La Moral a Nicómaco* de Aristóteles, la ética es una disciplina no independiente, sino subordinada a la política.

Y el médico no está exento de este dilema porque extrínsecamente se le asignan determinados papeles de carácter deontológico, incluso también en ocasiones teológicos, unos valores morales que le confieren indudable protagonismo y, así mismo, alto grado de compromiso y responsabilidad.

Ante esta disyuntiva yo me pregunto si es posible deslindar la ética de la política. ¿No serán inherentemente consustanciales?

Y para ello, basta con ver cómo se pronuncia el Código de Ética de la Organización Médica Colegial de España, editado en 1999, cuando en el artículo 6 especifica que el médico ha de ser consciente de sus deberes profesionales para con la comunidad (...) Están obligados a denunciar las deficiencias, en tanto puedan afectar a la correcta atención de los pacientes.

Hostigado por la ideología global imperante alzo mi voz para tratar de promover una ética proactiva que conduzca a satisfacer las necesidades de bienestar familiar y comunitario implícitas en la Declaración Universal de los Derechos Humanos. //



MARÍA CARMEN SELLÁN SOTO

Profesora del Departamento de Enfermería.
Facultad de Medicina. Universidad Autónoma
de Madrid. Coordinadora de RED ENSI España

ESPAÑA

CARTA ABIERTA A LAS AMÉRICAS

Durante el mes de mayo del 2021 se pone de relieve, nuevamente, que la mitad de los fallecimientos a causa del SARS-CoV-2 se sitúan en las Américas. Las desigualdades en salud son anteriores a la pandemia. Si bien se han incrementado de manera muy significativa durante este último año. Para tratar de paliar en la medida de lo posible este problema, las Redes de Enfermería han contribuido en la medida de sus posibilidades a ayudar a la población.

V

A través de la cooperación técnica a nivel nacional e internacional. Estas redes tienen su base en las actividades de colaboración que las enfermeras han sabido gestionar desde hace tiempo, contribuyendo a la promoción de la salud y a la mejora en la calidad de vida de la población.

Las Redes de Enfermería en las Américas han puesto de manifiesto, una vez más, la importancia de anticiparse, de saber implementar el valor de cuidar que va más allá de la parte biológica de las personas. Cuidar exige atender de forma integral. En el acto de cuidar se cruzan las vidas de dos personas. Por eso cuidar es siempre intervenir en una historia personal. La pandemia de la COVID-19 pone sobre el tapete la urgencia de reflexionar sobre los cuidados que se brindan. Una oportunidad para tomar conciencia de nuestra fragilidad, de nuestra vulnerabilidad, no solo de los enfermos sino también de los profesionales. Cuidar en el límite exige valor, exige un no retorno al estado anterior. La vida profesional tiene el valor que indique nuestro compromiso.

Las Redes de Enfermería en general y la Red Internacional de Enfermería en Salud Infantil (Red ENSI) en particular, están llevando a cabo un trabajo excelente. La formación a enfermeros y enfermeras para dar respuesta a la situación pandémica, la tutela a los jóvenes que se han incorporado como cuidadores, el seguimiento de sus miembros ante las jornadas continuadas de trabajo. Todo esto supone brindar ayuda a aquellos que deben trabajar con la población en cualquier lugar y en cualquier circunstancia.

La directora de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), ha subrayado que “la interrupción de los servicios de salud para las mujeres debido a la pandemia, podría borrar más de 20 años de avances en la mortalidad materna y planificación familiar en esta región”. La OPS tiene datos de 24 países los cuales indican que más de 200 mil mujeres embarazadas han enfermado de COVID-19 en las Américas y al menos mil han muerto por complicaciones provocadas por el virus. Se estima que 20 millones de mujeres verán interrumpida la atención al embarazo y al recién nacido, bien porque los sistemas de salud no puedan garantizarlo o porque estas mujeres no tengan recursos para pagarlos. De ahí la importancia de la Red ENSI para proporcionar información, formación y asistencia a través de sus miembros. Se debe instar a los países para que todas las mujeres, las adolescentes y, las niñas puedan acceder a los servicios de salud que necesitan entre los que se encuentran la salud sexual y reproductiva, y la atención al embarazo y al recién nacido.

No se debe olvidar que las mujeres representan más del 70 % del personal sanitario de América Latina y el Caribe, llevan la peor carga de la respuesta a la COVID-19 y sufren un mayor impacto económico. El trabajo en Red colaborativo y cooperativo es importante para ayudar a restablecer la equidad en el cuidado de la salud. //



**LAURA NOEMÍ CHAVARRÍA
DE COCAR**

Docente investigadora.
Universidad Gerardo Barrios
EL SALVADOR

ENFERMERÍA, PILAR FUNDAMENTAL

En la profesión de Enfermería han ocurrido hechos relevantes en los últimos años principalmente en los ámbitos de salud y educación, aportando avances científicos, a nivel nacional e internacional, que han contribuido al desarrollo de la profesionalización. El liderazgo de enfermería ha sido clave en cada nivel de atención del sistema de salud, incidiendo sustancialmente en los resultados de la salud y la enfermedad de cada persona salvadoreña.

La Enfermería, como profesión de servicio, está influenciada y condicionada por todos los cambios que crean nuevos retos en los escenarios para afrontar como profesionales de la salud. A partir de la pandemia de la COVID-19, enfermeros y enfermeras son visibilizados como un pilar fundamental en toda la estructura del Sistema Nacional de Salud, que contribuyen a proteger, mejorar, prevenir la enfermedad, evitar sus secuelas y fomentar la seguridad y el bienestar de la población.

A través de años enfermería ha sido una profesión que ha dedicado su trabajo a cuidar a otros sin importar dejar a sus hijos y familias en casa durante largas noches, pero su pasión por su servicio vuelve intenso el deseo de presentarse a sus turnos para cumplir con su deber, pensando que su responsabilidad es estar allí, proporcionando esa atención que el paciente necesita y no importa su edad, condición económica o estatus social, reconociendo al ser humano holístico con necesidades biopsicosociales y espirituales.

Esta pandemia trajo consigo la renovación de conocimientos y el deseo del personal de la enfermería de reforzar las medidas de bioseguridad, sintomatología de la enfermedad y cuidados que se deben brindar para la prevención, curación, recuperación y rehabilitación de la enfermedad, contribuyendo de forma significativa en cada persona que está recibiendo su tratamiento de forma ambulatoria y hospitalaria, para pronto poder incorporarse nuevamente a la sociedad donde están esperando familias, amigos y la comunidad, con deseos de volver a verles y compartir juntos como seres sociales.

A través de los años se ha visualizado que la profesión de enfermería en el país tiene un déficit de recurso humano para desarrollar acciones en pro del cumplimiento de las diferentes atenciones de enfermería y por ende mejorar los indicadores de cobertura y acceso universal de salud. En El Salvador, según la Dirección de Recursos Humanos del Ministerio de Salud para el 2018, se cuenta con una proporción de 4.8 recursos de enfermería por cada 10 000 habitantes y la OMS establece un umbral de 23 recursos de enfermería por cada 10 000 habitantes, lo que evidencia un déficit en recurso humano elemental. Déficit que en cierta medida es apoyado de forma significativa con el aporte de los estudiantes en servicio social. Se estima, en el 2019, que 2005 estudiantes de enfermería realizaron servicio social *ad honorem*, según los datos del Sistema Informático de Servicio Social, lo que representa una cobertura poblacional de 3.19 por cada 10 000 habitantes, sumado a 4.8 que representan los profesionales de enfermería hace un total de 7.99 recursos de enfermería por cada 10 000 habitantes. De esta manera el estudiante de enfermería en servicio social se convierte en una fuerza laboral importante para enfrentar los desafíos de El Salvador. (Estudio realizado en 2020 por Chavarría de Cocar y Esperanza de Torres). La meta mundial es de 40 profesionales de enfermería por 10 000 habitantes al 2030. El Salvador ha definido 25 por 10 000 habitantes (Según informe del Sistema de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud). A partir de la pandemia de la COVID-19, las autoridades del Ministerio de Salud han visualizado el trabajo tan valioso que enfermería realiza y han unido esfuerzos para la contratación de más recursos en los diferentes niveles de atención.

Como docente investigadora en el año 2020 se forma un equipo multidisciplinario de salud donde lidero el proceso y los pasos del método científico y se inicia un estudio

A través de los años se ha visualizado que la profesión de enfermería en el país tiene un déficit de recurso humano para desarrollar acciones en pro del cumplimiento de las diferentes atenciones de enfermería y por ende mejorar los indicadores de cobertura y acceso universal de salud.

En El Salvador, según la Dirección de Recursos Humanos del Ministerio de Salud para el 2018, se cuenta con una proporción de 4.8 recursos de enfermería por cada 10 000 habitantes y la OMS establece un umbral de 23 recursos

pertinente, seguro y de calidad con el nombre: impacto en la salud mental ocasionado por la pandemia de COVID-19". Obteniendo resultados como: Es importante notar que Independientemente de la edad de las personas en estudio, manifiestan tener algún grado de afectación emocional, entre ellas sentimientos que caracterizan los episodios depresivos como: desesperanza, nerviosismo, impotencia, tristeza, pérdida del ritmo del sueño o insomnio, soledad, llanto, problemas de pobreza y ruina, deseos de morir antes de que llegue el virus. Este último elemento, aunque mínimo es importante tomarlo en cuenta para intervenir y disminuir el riesgo de suicidio.

- La población en estudio está manejando la crisis emocional con algunas manifestaciones de episodios ansiosos como alteraciones en la conducta alimenticia entre ellos comer en exceso y la pérdida de apetito.
- La población en estudio reconoce presentar reacciones emocionales en este orden en mayor frecuencia: preocupación, miedo, pánico, tranquilidad, enojo, alegría, indiferencia y negación y refieren que no pueden ser indiferentes al escuchar las noticias internacionales sobre la COVID.
- La población en estudio manifiesta que en la familia y a nivel personal han reaccionado a la pandemia de la COVID-19 con las características de nerviosismo, miedo, negación, inseguridad, desesperanza, enojo. Por lo que estas características deben ser tratadas con higiene mental o terapias que puedan disminuir sus alteraciones y mejorar su bienestar, reconociendo que el ser humano tiene una concepción holística o integral.
- La población en estudio manifiesta estar tomando en cuenta las medidas de prevención y seguridad para la COVID-19, en su mayoría consideran importante no salir de casa y refieren que asimila de forma positiva que los medios oficiales informen a la población sobre el avance y estadísticas sobre la pandemia, así mismo, afirma confiar en el Sistema de Salud Pública al realizarse la prueba y manifiestan tener fe, que si en algún momento determinado dieran positivo al resultado confiarían plenamente en Dios.

También realizo un diagnóstico sobre la perspectiva de las personas sobre la atención de enfermería ante la sospecha de COVID-19 positivo. Del 100 % de los participantes un 37,5 % refiere que es excelente, un 20.83 % que es muy buena y el 41,67 %, buena. Lo que significa que a nivel nacional enfermería es visualizada como uno de los profesionales que aporta significativamente al Sistema Nacional de Salud a la población salvadoreña.

Lo que es pertinente mencionar que enfermería a partir de la pandemia de la COVID-19, ha sido y es una de las profesiones más valoradas por la sociedad salvadoreña y el mundo entero, aunque al inicio de la pandemia fue discriminada y hasta violentada. Los profesionales de enfermería están en primera línea de esta ya larguísima batalla y lo han hecho de manera comprometida, valiente y generosa. //



MIRLIANA RAMÍREZ-PEREIRA

Profesora asociada. Departamento de Enfermería. Universidad de Chile.
Directora de la *Revista Chilena de Enfermería CHILE*

PANDEMIA... A MANO CON LAS LUCHAS SOCIALES

Soy académica en la Universidad de Chile, una universidad pública, con un fuerte compromiso social, en la cual el trabajo comunitario es pieza fundamental de su accionar. En la universidad, desarrollo actividades de investigación, docencia y extensión.

Vivo en un hermoso país al sur del mundo llamado Chile, el cual posee todos los climas que puedan imaginar, con aromas y texturas diversas. En el norte está el desierto de Atacama y al sur la Antártida llena de pingüinos, al oeste la cordillera de Los Andes y al este el océano Pacífico.

Chile es un país en el cual ocurren muchos fenómenos naturales, por ejemplo, temblores y terremotos, por lo que los chilenos están acostumbrados a luchar contra las inclemencias de la naturaleza. En este contexto de múltiples catástrofes, la pandemia se presentó como una más a ojos del común de las personas, como algo muy lejano, en la remota China y de lo cual hablaban a veces las noticias.

Las prioridades del pueblo de Chile estaban enfocadas en la conquista de los derechos sociales que habían sido arrebatados durante la dictadura cívico militar del general Augusto Pinochet y que se había traducido en una revuelta que se inició en octubre del 2019, y que trajo consigo 3746 heridos en las protestas, 33 personas fallecidas, 398 con trauma ocular y 29 con pérdida de uno o ambos ojos por efecto de los balines lanzados por la policía y que luego de muchas negociaciones, derivó en un acuerdo de llamar a un plebiscito y redactar una nueva constitución de tipo paritaria con un 50 % de mujeres y un 50 % de hombres.

El 3 de marzo de 2020, el Ministerio de Salud de Chile dio a conocer que se había producido el primer caso de la COVID-19. Frente al desconocimiento de la patología, el discurso oficial se orientó a no alarmar a la población, comparándola con un resfrío fuerte e incentivando a mantener la economía.

Como académicos y académicas de la Universidad de Chile, la institución más antigua del país, nos organizamos para poder apoyar a las comunidades de escasos recursos, gestionando la donación de elementos de protección personal para pobladores y equipo de salud. Desarrollamos el curso “Tiempo de Pandemia y COVID-19”, dirigido a los estudiantes de la Facultad de Medicina, con lo que se formaron en historia de las pandemias, promoción de salud, prevención, fisiopatología, virología, cuidado y autocuidado frente a la infección, de esta forma, se convirtieron en agentes de cambio en sus familias y territorios. También se organizaron grupos de ciclistas ciudadanos, quienes, con todos los elementos de protección, acuden a los centros de salud para retirar los medicamentos de las personas mayores que no pueden salir de sus hogares por el alto riesgo de contagio.

Desarrollamos múltiples materiales educativos y realizamos sesiones educativas vía video conferencia, con el objetivo de que la población se hiciera consiente de la importancia del autocuidado. Durante el gran parte del 2020 el gobierno de Chile enfatizó en la atención hospitalaria y de cuidados críticos, formando personal de salud en esa área, aumentando las camas y comprando miles de ventiladores mecánicos. En todas estas estrategias se excluyó una de las más importantes según la Organización Mundial de la Salud, la de testeo, trazabilidad y aislamiento, dejando fuera a los centros de atención primaria y familiar y se perdió la posibilidad de realizar seguimiento de los pacientes y sus contactos.

La Red de Investigadoras y la Sociedad Chilena de Enfermería en Diálisis y Trasplante, de las cuales soy miembro, organizaron sesiones educativas para usuarios y personal de salud, diseñaron material didáctico, realizaron actividades de divulgación en radio, televisión y redes sociales, insistiendo en la importancia del cuidado. En este

Las prioridades del pueblo de Chile estaban enfocadas en la conquista de los derechos sociales que habían sido arrebatados durante la dictadura cívico militar del general Augusto Pinochet y que se había traducido en una revuelta que se inició en octubre del 2019, y que trajo consigo 3746 heridos en las protestas, 33 personas fallecidas, 398 con trauma ocular y 29 con pérdida de uno o ambos ojos por efecto de los balines lanzados por la policía

periodo, con la priorización de las actividades clínicas, los profesionales de la salud nos reorientamos al cuidado de las personas enfermas. Eso incluyó a los investigadores, muchos de los cuales reenfoCAMOS nuestros proyectos a investigar la COVID-19. Aunque me dedico principalmente a la investigación cualitativa, comencé a participar en investigación clínica con la caracterización de la respuesta inmunitaria de los pacientes recuperados de la enfermedad, lo que consideraba visitas domiciliarias; al conocer la vivencia directa de las personas, pude constatar las condiciones de vida y comprender que la mayoría de los chilenos se contagiaron porque debieron seguir trabajando al no contar con seguridad social.

En Chile hemos tenido graves problemas con el manejo de la pandemia, los académicos e investigadores hemos insistido desde el comienzo en la importancia de tomar decisiones basadas en la evidencia, que se preserve la vida por sobre todo. Hospitales saturados, el dilema de la “última cama”, e imposibilidad de las personas de realizar el aislamiento por falta de apoyo económico del Estado, son el día a día.

Desde la década de los ochenta, no se habían visto comedores populares en Chile, pero desde el 2020 las mujeres se vieron obligadas a organizarse en los sectores más humildes para cocinar en “ollas comunes”, con alimentos obtenidos mediante donaciones, para así paliar el hambre. El descontento de la población ha ido en aumento, y el 25 de octubre, con aproximadamente 30 000 personas fallecidas, los ciudadanos votaron por el “apruebo” la necesidad de redactar una nueva constitución, que asegure el derecho a salud para todos y no solo para quienes puedan pagar.

Actualmente el 50 % de la población ha recibido la vacuna CoronaVac de origen chino; aun así tenemos un alto número de personas infectadas debido a que se han ido relajando las medidas y a pesar de tener entre 7000 y 8000 nuevos pacientes por día se abrieron los grandes centros comerciales y las escuelas. Las urgencias de los hospitales continúan saturadas. A pesar de lo complejo que ha sido este tiempo, la pandemia nos enseñó la importancia de que la academia esté inserta en las realidades y demandas de las personas, que hagamos ciencia según las necesidades de la población y que debemos estar presentes en donde se toman las decisiones. También nos enseñó de manera más personal que debemos reconstruir el tejido social, la solidaridad y la empatía, volver a mirarnos a la cara, con la esperanza de un mundo mejor, de una nueva realidad, en donde haya equidad y justicia social. //

En Chile hemos tenido graves problemas con el manejo de la pandemia, [...] Hospitales saturados, el dilema de la “última cama”, e imposibilidad de las personas de realizar el aislamiento por falta de apoyo económico del Estado, son el día a día.



ISABEL ÁLVAREZ SOLORZA

Docente investigadora en la Facultad de Enfermería y Obstetricia. Universidad Autónoma del Estado de México

MÉXICO

**ENFERMERÍA:
¿SON REYES,
ÁNGELES,
HÉROES...?
PROFESIONALES
COMPETENTES**

En México, el 6 de enero se celebra el Día de la Enfermera, en virtud de que el médico José Castro Villagrana, director del Hospital Juárez de México, lo instituyó en 1931.

Villagrana calificó la presencia de las enfermeras como un “regalo de reyes” para los pacientes: “Prestar ayuda y cuidados a una persona enferma en cuerpo o alma es estar eternamente al servicio de Dios”. Esta frase tal vez no tiene sentido para muchos, pero sí para los que ingresan al hospital, la emergencia sanitaria por COVID-19 expuso no solo a los usuarios sino a profesionales de salud a medidas estándar de aislamiento y de seguridad. El trato humanizado ha sido una de las prioridades en los cuidados de enfermería a los pacientes, con el objetivo de mantener su estado anímico para mejorar su salud y la salud mental del equipo de enfermería, ya que este se aisló para proteger a su familia. Sentimientos como ansiedad, cansancio físico, estrés, soledad, depresión fueron compartidos por el usuario y por las enfermeras.

Conjuntamente, tuvo que documentarse para establecer los protocolos y estándares de cuidado que ya se utilizaban en países como China y España con equipo de protección personal (EPP), que difería en cada hospital. En algunos consistía en una bata simple, guantes de látex y cubrebocas tricapa; en otros un pijama quirúrgico, overol impermeable, un gorro desechable de elástico, dos pares de guantes de látex tipo quirúrgico, dos pares de botas desechables, unos *goggles*, una mascarilla KN95 de un solo uso y una careta de policarbonato... Diferencias abismales en un mismo lugar es difícil y desmotivador.

El trato humanizado ha sido una de las prioridades en los cuidados de enfermería a los pacientes, con el objetivo de mantener su estado anímico para mejorar su salud y la salud mental del equipo de enfermería, ya que este se aisló para proteger a su familia

A pesar de esto, han estado en la línea prioritaria de atención, han buscado acercar al paciente con su familia, mantener el contacto, lo que los hace un ángel o más bien un regalo de reyes, en México qué significa esto, esperanza, confianza para el futuro. Villagrana no se equivocó en otorgarnos este día, para el paciente del área COVID-19 la enfermera se convirtió en su acompañante, en el ser humano que le brindó confianza en este momento de soledad, de incertidumbre. En un héroe que, con miedo ingresaba diariamente a la sala de COVID-19, con el mejor o el peor equipo, pero hacía su trabajo y que se tuvo que convertir en el profesional con las más altas competencias para su atención. Los usuarios son vulnerables a los cambios fisiológicos y requieren de personal que responda rápidamente.

Este regalo de reyes no solo tiene un rol asistencial, sino que a nivel preventivo notamos que estamos ausentes, es decir; el profesional de enfermería con especialidad en Comunidad o Salud Pública es mínimo. En la Ciudad de México, la más poblada a nivel nacional y la cuarta a nivel mundial tuvo el número de incidencia y mortalidad más alta. El sistema de salud, en su preocupación por disminuir la curva epidemiológica cambió su estrategia a nivel preventivo en el que censo casa por casa, georreferenció casos, sema-

En algunos consistía
en una bata simple,
guantes de látex
y cubrebocas tricapa;
en otros un pijama
quirúrgico, overol
impermeable,
un gorro desechable
de elástico, dos pares
de guantes de látex tipo
quirúrgico, dos pares
de botas desechables,
unos *goggles*,
una mascarilla KN95
de un solo uso
y una careta
de policarbonato...
Diferencias abismales
en un mismo lugar
es difícil y desmotivador

forizó colonias y, al establecer el equipo multidisciplinario, notaron que no solo hay falta de profesional de enfermería sino de médicos capacitados en Salud Pública.

Se capacitó de forma exprés y la estrategia funcionó. Lección aprendida, debemos dar prioridad al nivel de atención preventivo, es necesario no formar profesionales sino establecer plazas laborales para abatir la pandemia por COVID-19 y otras pandemias que nos están quitando la vida lentamente como la obesidad; justo esta es una de las comorbilidades que complicó la situación de los usuarios y que incrementó la mortalidad en México.

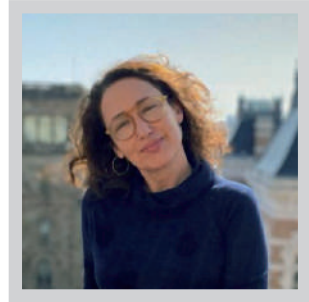
Los docentes han grabado videos y han implementado toda una serie de actividades, pero aún nos falta ya que el acercamiento al ambiente de trabajo real es prioritario en nuestra profesión

En el rol docente, aún nos queda mucho por aprender, al inicio fue un reto cambiar de lo presencial a lo virtual. Primero, el aislamiento; cambiar nuestra rutina de salir a impartir clase a grupos de 35 o 45 alumnos, tener contacto visual, sonreír, tener actividades grupales en aula y al aire libre a solo mirarnos a través de la pantalla. Entonces, como una campana empezó a surgir el insomnio, la ansiedad, la depresión, el miedo y la incertidumbre de cuándo volveríamos. Segundo, aprender a utilizar las plataformas, ¿Cuál era la mejor o la más sencilla o la que nos permitiera una mejor interacción? Desde iniciar con *Zoom*, *GoogleMeet*, hasta llegar a *Microsoft Teams*; la plataforma de la universidad y bueno ¿Ya la aprendimos a usar? Ahora, ¿Cómo mantengo la atención del alumno? ¿Cómo hacer para mantenerlo activo, si el alumno, por su zona territorial, no tiene buena señal de Internet o un adecuado equipo de cómputo para trabajar? ¿Cómo impartir clases con tantas desigualdades?

Después de un año aprendí que lo mejor es aprender jugando, esto ha permitido el uso de otras plataformas que activan la imaginación del alumno y que fortalece el aprendizaje extraclase.

En la docencia, lo que ha sido un reto es la práctica clínica. Los docentes han grabado videos y han implementado toda una serie de actividades, pero aún nos falta ya que el acercamiento al ambiente de trabajo real es prioritario en nuestra profesión. Lo importante es seguir trabajando, realmente creemos en lo que hacemos y los usuarios, así como los alumnos creen en nosotros.

Por lo anterior, en México y en el mundo somos un regalo de reyes; sinónimo de ángel o héroe; creo que “sí”, con miedo, pero nos hemos enfrentado a un virus con los recursos que tenemos. Cada día nos documentamos y nos actualizamos para ser ese profesional altamente capacitado para responder en el hospital, en la comunidad y en las escuelas formando a los futuros enfermeros. //



CONSTANZA JACQUES AVIÑÓ

Investigadora del Institut Universitari
d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol
(IDIAP JGol)

ESPAÑA

DE LA PANDEMIA A LA SINDEMIA

El tiempo pasa rápido dicen por allí, pero cuando las condiciones de vida cambian, el mundo acentúa sus crisis y las calles se llenan de silencio, el tiempo adquirió otro valor. Desde el inicio del confinamiento domiciliario en marzo del 2020 todo estuvo mezclado por desafíos profesionales, pero también personales.

Recuerdo cómo comenzamos, con el equipo del Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària (IDIAPJGol), a plantear líneas de trabajo que debían emerger en un momento donde los equipos profesionales considerados esenciales eran los únicos con permiso para ocupar el espacio de lo público. Fue así, que fuimos construyendo entre Anna, Laura, Tomás, Jereon y luego se sumaron Talita y Alessandra preguntas que se nos hacían necesarias de contestar.

Pensábamos en el impacto social y psicológico de esta pandemia de la COVID-19, de qué forma podíamos recoger toda la novedad de lo que nos estaba pasando. Es así, que la clásica dicotomía de población de estudio versus equipo de investigación se diluyó. Construimos una encuesta en base a la literatura, nuestro conocimiento académico (utilizando la escala de GAD-7 para medir ansiedad y PHQ-9 para depresión), pero como nunca antes sobre la reflexión de nuestras propias vivencias. Recuerdo la adrenalina y las ganas. Distribuimos la encuesta vía *on-line* entre abril y mayo del 2020, ya que era la única manera de realizar estudios en ese período. Tuvimos una buena recepción, más de 7000 personas de todas las comunidades autónomas contestaron la encuesta. Entre nuestros resultados destacó que el 31,2 % de las mujeres y el 17,7 % de los hombres informaron de ansiedad. Con respecto a la depresión, ésta fue de un 28,5 % de las mujeres y el 16,7 % de los hombres. Las mujeres tenían casi el doble de peor salud mental. Además, encontramos una mayor proporción de niveles de ansiedad y depresión en la población más joven (de 18 a 35 años).

En esta misma encuesta, preguntábamos si las personas querían participar en una entrevista (para complementar los datos con un estudio con metodología cualitativa), alrededor de 1000 personas dieron sus contactos para ser entrevistadas. Algo poco asumible en un 'cuali', pero lo hemos aprovechado al máximo y de aquí han salido varios subestudios. Era comenzar a poner atención en las relaciones de género (como se ha agudizado la crisis de los cuidados, que ya venía fuertemente cuestionado por el impacto que ésta tiene en las mujeres), en la vivienda (sus condiciones y metros cuadrados fueron un tema crucial durante el confinamiento) y en la edad (atravesado por la obligación de separarse de l@s pares y por el vértigo de un futuro incierto y poco amigable). Era poner atención en el cuerpo de las personas, sus relatos y emociones considerando sus condiciones de vida.

Paralelamente, entre compañeras del activismo de la investigación comenzamos a crear una red con Latinoamérica, la pandemia avanzaba hacia allá y parte de algunos seres queridos vivían allí. Así que manos a la obra y comenzamos a tejer redes con prestigiosas instituciones de salud pública de Brasil, Chile, Ecuador, México y Perú.

Creamos en un tiempo récord una red de investigadores e investigadoras para abordar con indicadores sociales y psicológicos formas de valorar el impacto desigual, aplicando y adaptando la encuesta de España a los contextos de cada país. Posteriormente, en este proceso de investigación contamos con la colaboración de Israel, experto en desastres, lo que nos ayudó a construir una lectura sobre la pandemia, considerándolo como un "desastre lento", sinuoso y duradero en el tiempo.

Nuestra idea como equipo era y es poner el foco en todo lo que esta pandemia está arrastrando consigo a nivel social, psicológico y también por las propias consecuencias que conlleva la COVID-19, como son las personas que están viviendo la persistencia de sus síntomas. Es así que en nuestro camino apareció Gemma, una médica de familia

Creamos en un tiempo
récord una red
de investigadores
e investigadoras
para abordar
con indicadores sociales
y psicológicos formas
de valorar
el impacto desigual,
aplicando y adaptando
la encuesta de España
a los contextos
de cada país

comprometida con la primaria que ha hecho de puente con el colectivo de afectados y afectadas por la COVID-19 persistente de Catalunya. De esa forma, creamos otro estudio en base a las demandas del propio colectivo. Maravillosa forma de realizar investigación, que es poder estar al servicio de quienes lo demandan para visibilizar y ejercer formas de presión sobre las necesidades a nivel asistencial y de las políticas de salud.

Es definitiva, creo en la importancia de transformar las narrativas de la pandemia hacia una sindemia para considerar el impacto que tiene en los diferentes ejes sociales de desigualdad. Esta sindemia ha sido dura, está siendo dura, sobre todo para determinados sectores de la población mundial. Por ello, es necesario continuar y apoyar la investigación desde diferentes áreas del conocimiento que den cuenta de la complejidad que esta sindemia tiene en la salud de las poblaciones. Por mi parte, quiero agradecer todas las redes que hemos ido tejiendo. Esperamos ser más. //



JULIO ANCOCHEA BERMÚDEZ

Jefe del Servicio de Neumología del Hospital Universitario de La Princesa.
Presidente del Comité Científico de la Red TBS-Stop Epidemias

ESPAÑA

TABACO Y COVID-19

El tabaco mata en el mundo a más de ocho millones de personas cada año. Más de siete millones de esas muertes se deben al consumo directo del tabaco y cerca de 1,2 millones al humo ajeno, al tabaquismo pasivo. Fumar tabaco es un factor de riesgo conocido en las enfermedades respiratorias, cardiovasculares, tumorales... así como de infecciones en vías aéreas.

Tras revisar diversos estudios, un grupo de expertos en Salud Pública reunido por la OMS estableció en 2020 que los fumadores tienen más probabilidades de desarrollar síntomas graves en caso de padecer infección por COVID-19, en comparación con los no fumadores. Nuestra propia experiencia durante la pandemia en estudios de *Big Data*, demuestran que el tabaquismo ensombrece el pronóstico en pacientes hospitalizados con neumonía bilateral por COVID-19.

Además, la Organización Mundial de la Salud y distintas sociedades científicas resaltan otros riesgos existentes asociados al acto de fumar y vapear:

- Manipulación de la mascarilla de protección y contacto repetitivo de los dedos con la boca tras tocar productos (cigarrillos convencionales o electrónicos) o utensilios (pipas de agua) que podrían actuar como fómite (transmisor inanimado) del virus.
- Expulsión de gotitas respiratorias (gotitas de Flügge) que pueden contener carga viral y ser altamente contagiosas.
- Factor de relajación de la distancia social de seguridad.

Respecto a qué ocurre en América Latina y el Caribe, según la OMS el país que ocupa el primer puesto con la tasa de fumadores más alta es Bolivia con casi un 40 % de la población; pero existe una amplia brecha entre géneros ya que el 67 % de los hombres fuman y solo lo hace el 10 % de las mujeres. En segundo lugar, está Chile con una tasa de tabaquismo del 37 %. Y en tercera posición se ubica Cuba, con el 35 %. Entre los menos fumadores está Panamá, con solo un 6 % de tasa de tabaquismo y sigue Ecuador, con un 7 % de su población fumadora y Colombia, con una tasa del 9 %.

No obstante, hay situaciones alentadoras que resalta la OMS, que cada año reconoce a las personas u organizaciones de cada una de las seis regiones con que agrupa a los estados miembros: África, Asia Sudoriental, Pacífico Occidental, Mediterráneo Oriental, Europa, y las Américas, por sus logros en el ámbito del control del tabaco. El Premio del Día Mundial sin Tabaco se entrega el 31 de mayo y este año se lo llevaron tres instituciones de Costa Rica, los Ministerios de Salud de Santa Lucía y de Paraguay, el Fondo Nacional de Recursos de Uruguay, dos ciudades en California y la médica brasileña Tania Cavalcante, oncóloga del Instituto Nacional de Cáncer de Brasil.

Este año el lema elegido por la OMS para el Día Mundial sin Tabaco es “Comprometerse a dejar el tabaco”, con el que se busca concienciar sobre la importancia de crear entornos más saludables, contemplando políticas sólidas para la cesación tabáquica. En la semana del Día Mundial Sin Tabaco de este año 2021, la Red TBS-Stop Epidemias quiere respirar vida, sueños, futuro y solidaridad. //



LORENZO FERNÁNDEZ FAU

Profesor de Cirugía de la Universidad Autónoma de Madrid.
Expresidente de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica.
Cofundador de Integración Iberoamericana en Neumología y Cirugía Torácica
ESPAÑA

CARTA ABIERTA A LAS AMÉRICAS

Una aclaración previa para justificar esta propuesta. En el año 1998 recibí el encargo de organizar en Madrid el Congreso Mundial de la Unión Internacional contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias. Reunión que celebramos un año más tarde y a la que acudieron 1336 congresistas procedentes de 88 países diferentes.

Durante el mismo, tuve la oportunidad de reunir en mi casa a más de un centenar de colegas latinoamericanos y allí, mediante lo que se vino a llamar 'El espíritu de El Escorial', sentamos las bases conceptuales para establecer lo que denominaríamos Encuentros de Integración.

De ese modo, estimé que con una visión integradora se podrían conseguir beneficios mutuos de carácter científico, cultural y, por qué no, social, político, económico y humanístico para situar y conocer las claves de las relaciones iberoamericanas, profundizar en su conocimiento y, mejor aún, incitar a la integración iberolatinoamericana a diferentes niveles interpretativos. Así, poco a poco se daba la oportunidad de ir planteando una actitud integradora en las relaciones iberolatinoamericanas de mi competencia profesional que he podido esgrimir en diferentes publicaciones y en los distintos foros donde he sido requerido para dilucidar sobre este asunto. A ese primer Encuentro de Integración le han sucedido otros dieciocho, a ambos lados del océano, en colaboración con las Sociedades de la comunidad neumológica clínico-quirúrgica correspondientes.

Pues bien ¿Qué cambió desde entonces, para que los editores de *Memorias de la COVID-19. La pandemia en las Américas*, me encarguen escribir esta carta? Entre otras muchas cosas, que por el momento no tienen cabida aquí, algo obvio: que estamos sufriendo una pandemia que ha puesto contra las cuerdas las bases del cacareado Estado de Bienestar. Y ahora que existen indicadores para pensar en una progresiva remisión de la enfermedad ¿qué sienten los profesionales sanitarios que se han enfrentado a tan tremenda experiencia? Tengo a varios familiares trabajando en puestos de primera línea y me dicen que están muy cansados; por mi parte pienso que eso puede mitigarse a poco que tengan algo de sosiego laboral. Sin embargo, existen circunstancias de más calado y acuciantes que me transmiten y que requieren otro tipo de actuación. Me dicen, por ejemplo, que están frustrados, al mismo tiempo airados, por la forma en la que se ha abordado la pandemia tanto desde el punto de vista político como sanitario. Perciben, así mismo, un incremento lacerante de las desigualdades que están conculcando los principios emanados de los Derechos Humanos.

Cuando interrogo a los colegas con los que he compartido tantos años de vida hospitalaria aprecio que se expresan de forma similar. Y cuando me intereso por lo que piensan mis amigos y colegas latinoamericanos creo que su desazón incluso se acrecienta; intuyo que ello puede apreciarse, junto a los copiosos gestos solidarios, en los artículos publicados en esta revista. Y ante el desolador panorama que estoy describiendo me pregunto ¿qué hacer y por qué? Pienso, de entrada, que sería conveniente reivindicar la ética y, al mismo tiempo, poner en práctica métodos analíticos y soluciones de carácter integrador.

Tengo dicho, también publicado en otras ocasiones, que la filósofa valenciana Adela Cortina se pregunta que para qué sirve la ética y en qué consiste la justicia. Y responde que la ética sirve, entre otras cosas, para recordar que es una obligación ahorrar sufrimiento y gasto haciendo bien lo que sí está en nuestras manos.

Así mismo, que cualquiera que pueda ayudar a proteger los derechos de las personas está obligado en justicia a hacerlo porque los derechos humanos nunca pueden ser violados por un presunto bien superior. Pienso que, en estos momentos, las desigualdades sociales están conduciendo a situaciones de manifiesta injusticia.

[...] la filósofa valenciana
Adela Cortina
se pregunta
que para qué sirve
la ética y en qué consiste
la justicia. Y responde
que la ética sirve, entre
otras cosas, para recordar
que es una obligación
ahorrar sufrimiento
y gasto haciendo bien
lo que sí está
en nuestras manos

El hombre, decía Séneca, es el artesano de su propia vida. La moral y la ética son los instrumentos que condicionan el vivir del ser humano. Y no lo duden, la trayectoria vital puede tener dos direcciones: una, que en ética se denomina proactiva, permite anticiparse al futuro y diseñar el rumbo de los acontecimientos, en la otra, o reactiva, los acontecimientos nos corroen porque los hemos dejado llegar sin hacer nada con el modelo de vida que hemos decidido llevar.

Así ¿cómo es posible permanecer indiferentes ante las condiciones sanitarias que a diario se producen en la mayor parte de la población mundial? ¿Qué utilidad práctica tienen los valores morales que ha dignificado la sociedad del bienestar cuando sabemos que más de 8 millones de personas en el mundo mueren cada año porque son demasiado pobres para sobrevivir? Se cuentan por miles los niños muertos de malaria, de padres o madres muertos de tuberculosis, de sida, diarrea, infecciones respiratorias y otras enfermedades mortales junto a los millones de muertes causados por esta pandemia de forma directa o indirectamente a causa del notable incremento de la pobreza extrema que la enfermedad está produciendo.

Tengo la creencia de que en momentos en los que la situación social y sanitaria adquiere tanta gravedad y amenaza aún más el futuro, en esos casos críticos, en ese instante, pienso que es preciso la movilización de la conciencia cívica para que, con la participación de todos los estamentos sociales, se analicen concienzudamente los efectos que están ocasionando las políticas hasta ahora llevadas a cabo y se hagan llegar a los responsables gubernamentales para modificar su conducta.

¿Que cómo hacerlo? Teniendo en cuenta el compromiso, liderazgo y carácter integrador que ha adquirido la *Red TBS-Stop Epidemias*, sugiero que a través de ella se cree un grupo de trabajo multidisciplinar en el que participen las sociedades científicas y entidades sociales que lo deseen para elaborar un documento que estudie lo ocurrido hasta ahora y, en línea con una ética proactiva, aporte soluciones para anticiparse al futuro.

Apelo a ello porque tal como ya he señalado en otras ocasiones a lo largo de mi intento integrador dos son más que uno. Porque de acuerdo con las recomendaciones de la *Sociedad para el Progreso de la Teoría General de Sistemas* puede reducir la duplicación del esfuerzo. Porque, de igual forma, puede optimizar los recursos y, en definitiva, mejorar sus objetivos científicos. Proporcionar una matriz disciplinar más amplia con efectos simbólicos y representativos. Porque puede aumentar la masa crítica, siempre necesaria para el desarrollo científico y tecnológico y puede aportar una estructura conceptual y metodológica experimentada.

A los que vean en esta propuesta una intromisión no deseada con fines políticos les recuerdo que al médico se le asignan oportunas tareas deontológicas tal como especifica el *Código de Ética de la Organización Médica Colegial de España* cuando dice no solo que la profesión médica está al servicio del hombre y de la sociedad, sino que, además, los médicos están obligados a denunciar las deficiencias, en tanto puedan afectar a la correcta atención de los pacientes.

No deseo finalizar esta carta sin hacer referencia a Mariano José de Larra, tantas veces citado por mí, cuando expresa: las teorías, las doctrinas, los sistemas se explican, los sentimientos se sienten. Sentimientos de amistad, respeto y consideración que por mi parte siento por la comunidad latinoamericana. //



ANA MARÍA LÓPEZ

Neumóloga del Hospital Privado
Universitario de Córdoba.
Docente Universitaria UNC

ARGENTINA

VIVIR EN PANDEMIA Y NUNCA IMAGINADO

Son tantas las cosas que cambiaron en nuestras vidas, diría que absolutamente todas... y para todos. Además, debimos aceptar que no hay fecha límite para recuperar nuestra vida como antes de la pandemia. Escucho que cada uno de nosotros, lo percibo en conversaciones, fija un mes lejano para acomodar sus pensamientos, pero la realidad va alargando los plazos...

Este virus, ha atravesado fronteras, igualado naciones, pueblos, estratos sociales y religiones. Como médica, sentí la necesidad urgente de informarme, de poder responder a los tantos interrogantes que con el devenir del tiempo fueron cada vez más acuciantes y numerosos. No fue ni es sencillo poder separar una aguja en un pajar, ya que los investigadores se vieron enfrentados a buscar en tiempo récord cuáles eran las opciones terapéuticas que tenían un fundamento científico. Es así, que se publicaban artículos que evaluaban las terapias a velocidad casi vertiginosa, pero que posteriormente fueron derrumbándose con la experiencia acumulada.

Cada uno de nosotros tuvo un colega que enfermó, que estuvo grave y que también murió por contagio atendiendo pacientes con la COVID-19. El suspenso de no saber si me va a tocar o no...

Surge así el temor de enfermarnos y enfermar a nuestros seres queridos. ¿A quién le tocará esta vez?

Todo eso nos generó angustia, desazón y una fuerte sensación de fragilidad ante la posibilidad de la muerte, ejerciendo una profesión tan expuesta, pero sintiendo el desafío y el compromiso que nuestra tarea médica conlleva.

El virus no discrimina. Podríamos decir que nos trata por igual, nos pone igualmente en riesgo de enfermar, perder a alguien cercano y vivir en un mundo de inminente amenaza; el virus demuestra que la comunidad humana es igualmente frágil.

Cada vez que se anunciaban cientos y hasta miles de muertos diarios no podía dejar de pensar que eran abuelos, padres, madres, esposos, esposas, hijos y amigos que se cobraba esta enfermedad, dejando un gran vacío en tantas y tantas personas. Por todo esto, aún no puedo aceptar la negación a esta enfermedad, la negación a vacunarse, a lo que se suma la impotencia que me genera la falta de compromiso moral y social de los jóvenes y al no cumplir con las pautas de cuidado preventivo, pueden producir los rebotes de la enfermedad como si todo volviera a empezar.

La pandemia ha desnudado en todo el mundo las precariedades de los sistemas de salud, castigando implacablemente a los países más pobres y más poblados. Creo que nunca se borrarán de nuestras mentes las imágenes de los entierros en las fosas comunes. Se ha expuesto ante todos nosotros la incapacidad de algunos estados o regiones para prepararse con anticipación, a reforzar las políticas nacionales, sumando a esta situación la llegada de empresarios ansiosos por capitalizar el sufrimiento.

La crisis social y económica profundizó las inequidades existentes, y hubo países en los que, como en el mío, se ha hecho uso político de la pandemia: de la provisión y de la distribución del casi milagro de disponer de vacunas en tiempo récord. Tenemos una de las cuarentenas más prolongadas, y no ha quedado área en la cual la pandemia no haya producido efectos. La educación es una más de ellas ya que la virtualidad no es accesible a todos los estudiantes y los resultados entre la presencialidad y la virtualidad no son comparables.

Existe además una vorágine de noticias que ha sido definida como “infodemia”, que sería una pandemia de información, necesaria pero que puede ser real, falsa, amarillista y hasta catastrófica. Por eso debemos tener una actitud crítica y seleccionar nuestras fuentes de información confiable.

En relación a la tecnología he de decir que ha estado de nuestro lado ya que nos permitió “vernos” con nuestros afectos, aunque sea mediante una pantalla. En el

Creo que nunca se borrarán de nuestras mentes las imágenes de los entierros en las fosas comunes. Se ha expuesto ante todos nosotros la incapacidad de algunos estados o regiones para prepararse con anticipación, a reforzar las políticas nacionales, sumando a esta situación la llegada de empresarios ansiosos por capitalizar el sufrimiento

ámbito académico faltó el contacto cálido con nuestros colegas, pero hemos podido seguir asistiendo a los eventos científicos en los que habitualmente participábamos sorteando el desafío de los secretos de las plataformas virtuales.

Otro aspecto invaluable, recién dimensionado cuando lo hemos perdido, es nuestra cotidianeidad, simplemente desde salir de nuestros hogares con una nueva indumentaria, el barbijo, guardar las compras del supermercado bañadas previamente en lavandina, dejar de reunirnos con amigos, familiares y restringir tantas salidas que nos proporcionaban el placer de compartir momentos con nuestros afectos. Y nos preguntamos: ¿qué era lo importante y lo urgente? ¿Qué era lo grave?

Si este es el peor momento, también es el mejor. En nuestra ansiedad, estamos obteniendo profundas reservas de la fuerza y ejemplos de vida y conducta de los demás. En nuestro aislamiento, estamos redescubriendo la comunidad. En nuestra confusión, estamos repensando en quién confiamos. La pandemia ha puesto a prueba la templanza de cada uno y nos enfrenta a la balanza

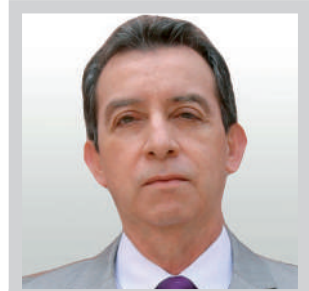
Integro el Comité de Bioética desde hace más de 20 años, es la institución a la que pertenezco desde que ingresé a la residencia de Medicina Interna y luego de Neumología. En el marco de este Comité nos hemos reunido para tratar los dilemas éticos que se plantean ahora sobre quiénes deben acceder a un respirador y a quién le correspondería la prioridad: ¿Un adulto mayor, un joven o un profesional de la salud? A estas situaciones son a las que nos enfrentamos en los peores momentos y que nos deja en claro que es mucho más costoso abordar una pandemia cuando ya es una emergencia, que hacerlo como un riesgo a prevenir.

No quiero terminar estas líneas sin un pensamiento positivo, porque así es mi temperamento. Si este es el peor momento, también es el mejor. En nuestra ansiedad, estamos obteniendo profundas reservas de la fuerza y ejemplos de vida y conducta de los demás. En nuestro aislamiento, estamos redescubriendo la comunidad. En nuestra confusión, estamos repensando en quién confiamos. La pandemia ha puesto a prueba la templanza de cada uno y nos enfrenta a la balanza: Debilidad vs. Fortaleza; de ello depende cómo será nuestro transitar.

Julio Cortázar dijo una frase que se aplica ahora más que antes: “Hoy más que nunca, necesitamos una conciencia de pertenencia recíproca a una misma especie y Casa común, que nos permita enfrentar a la especie que ahora amenaza la existencia de la nuestra”. //

LUIS ADRIÁN RENDÓN PÉREZ

Jefe del Centro de Investigación, Prevención y Tratamiento de Infecciones Respiratorias. Hospital Universitario de Monterrey, UANL



RUTH MEDINA

Coordinadora general del Centro de Investigación, Prevención y Tratamiento de Infecciones Respiratorias. Hospital Universitario de Monterrey, UANL

MÉXICO



¿HABREMOS APRENDIDO LA LECCIÓN?

Viajo por la noche a la ciudad de México a inaugurar una convención de neumólogos en mi calidad de presidente entrante de la Sociedad Mexicana de Neumología y Cirugía de Tórax.

Cuando aterrizo, llegan múltiples mensajes a mi celular. Mis colegas avisan que hay un caso sospechoso de SARS-CoV-2. Al día siguiente, 28 de febrero de 2020, la noticia ya es primicia en los medios de comunicación, por supuesto, en las redes sociales. ¡Se confirma el primer caso de COVID-19 en México!

Me dirijo al evento en donde se esperan a más de 500 especialistas de todo el país. Encuentro colegas que van llegando. Los saludos, tradicionalmente afectuosos y largos se transforman en una pregunta directa y corta: ¿Qué hacemos? Pregunta sin respuesta simple. Todo es incertidumbre, todo es azoro y nadie lo confiesa, pero se huele el miedo a lo desconocido y a la certeza de que no estamos preparados. Trabajamos en un medio en que las enfermedades respiratorias no son atendidas con toda la eficiencia necesaria, y ahora, se suma una potencialmente mortal y con un riesgo alto de contagio para la cual no hay tratamiento.

Los saludos, tradicionalmente afectuosos y largos se transforman en una pregunta directa y corta: ¿Qué hacemos? Pregunta sin respuesta simple. Todo es incertidumbre, todo es azoro y nadie lo confiesa, pero se huele el miedo a lo desconocido y a la certeza de que no estamos preparados

Los organizadores del evento, una compañía europea, me abordan rápidamente y piden mi consejo. ¿Cancelamos el evento? Es la primera de muchas veces en las que tendré que tomar decisiones que involucrarán a un gran número de personas. Poco sabíamos de la COVID-19, pero mi formación profesional, orientada a las infecciones respiratorias me facilitó elaborar la respuesta. Asumiendo el riesgo de ser exagerado, categóricamente recomendé cancelar inmediatamente la convención. Mi interlocutor titubeo al escuchar mis palabras, ya que la decisión final pasaría por sus superiores. En ese momento, saludo a lo lejos a uno de los profesores que iban a participar. Aprovecho el instante y comento: “Corremos el riesgo de que alguno de los médicos que asistan haya participado en la atención del enfermo. Y si ya hay un caso comprobado, seguramente hay más que aún no se han detectado. Además, nadie estará concentrado en el evento, todos estarán pensando en su familia, en su trabajo, en ellos mismos y preguntándose si no hay alguien contagiado en la convención. ¿Qué hubieran hecho en Europa ante esta situación?” Creo que fui convincente porque en ese momento el responsable del evento consultó a sus colegas, explicó la situación y mi recomendación fue validada con una orden expresa de suspender la reunión.

Los recién llegados fueron interceptados y llevados nuevamente al aeropuerto. Los que aún estaban en el aeropuerto, desde ahí mismo se les ayudó a regresar a sus hogares. Hubo algo de caos, pero nadie protestó y todos aceptaron la indicación. La resignación a empezar una nueva forma de vida se estaba asimilando sin notarlo.

“Corremos el riesgo de que alguno de los médicos que asistan haya participado en la atención del enfermo. Y si ya hay un caso comprobado, seguramente hay más que aún no se han detectado. Además, nadie estará concentrado en el evento, todos estarán pensando en su familia, en su trabajo, en ellos mismos y preguntándose si no hay alguien contagiado en la convención. ¿Qué hubieran hecho en Europa ante esta situación?”

Pocos días después, la naturaleza nos enseñó que habíamos obrado con cordura. Se declara a la COVID-19 como pandemia y los casos crecen de manera exponencial restando al sistema sanitario y a nuestra tradicional y despreocupada forma de pasar los días. Vivíamos lo que se llamó acá la primera etapa, en la que los casos eran fáciles de documentar y se atendían en centros con infraestructura previa suficiente para los casos graves. Nos vamos al confinamiento, se cierra todo y aunque parezca increíble, también hospitales que atendían todo tipo de enfermedades para convertirse en centros COVID-19. Esta acción cobraría posteriormente su factura por la desatención a las enfermedades que siempre han estado, y que nos acompañarán.

Nos vamos al confinamiento, se cierra todo y aunque parezca increíble, también hospitales que atendían todo tipo de enfermedades para convertirse en centros COVID-19

Los casos aumentan exponencialmente y pasamos a la segunda etapa donde los contagiados ya se cuentan por miles y reciben atención en los recién implementados centros COVID-19, donde se recluta personal nuevo que se ve inmerso en el manejo de pacientes sumamente críticos y que en otras situaciones estarían en manos de personal altamente experimentado. La capacidad llega a su límite y entramos en la tercera etapa, el pico de la primera ola. Solo los pacientes más graves son recibidos en los hospitales, las camas empiezan a ser reservadas, los equipos de protección escasean, hay desabasto de medicamentos, los casos son cientos de miles, pero los muertos ya son millares, el número sigue creciendo y ya hay mexicanos muriendo en su casa.

La pandemia ya es un pandemónium. Las cargas de trabajo son exhaustivas, el sufrimiento compartido entre enfermos, familiares y el personal médico es lo habitual. Aislamiento, fatiga, dolor, desesperación, impotencia y miedo, son los ingredientes del primer día en el hospital, pero también el del segundo y el tercero y muchos, muchos más. A pesar de todo esto hay mucha gente en las calles, algunos por necesidad, muchos otros por necesidad. El confinamiento es lo que se aconseja, pero sin que se exija su cumplimiento; se vuelve una decisión personal. Lo mismo aplica para el uso del cubrebocas. Finalmente, después de varios meses amaina la primera ola y nos da un respiro, pero solo para golpearnos nuevamente con una fuerza feroz. Su blanco fue la época navideña de 2020. La COVID-19 sembró ahí su semilla de destrucción y cosechó sus víctimas en los meses siguientes. Si la primera ola nos pareció terrible, no encuentro un adjetivo calificativo para la segunda, más que comentar lo que me tocó vivir.

Mi enojo por la falta de prudencia de la gente durante los días festivos pronto se transformó en tristeza e impotencia ante la incapacidad de ayudar a tanto enfermo que requería atención especializada. Y mi tristeza evolucionó a miedo y prontamente se transformó en pánico. Al principio veíamos enfermos desconocidos, luego al conocido de alguien, luego a alguien que sí conocíamos y empezábamos a ver que amigos de

La capacidad llega
a su límite y entramos
en la tercera etapa,
el pico de la primera ola.
Solo los pacientes más
graves son recibidos
en los hospitales,
las camas empiezan
a ser reservadas,
los equipos de protección
escasean, hay desabasto
de medicamentos,
los casos son cientos
de miles,
pero los muertos
ya son millares,
el número sigue
creciendo y ya hay
mexicanos muriendo
en su casa

la familia caían y la secuencia lógica es que ahora fueran nuestros seres queridos los afectados. Si eso ocurría era poco lo que se podría hacer por ellos ante la insuficiencia de los servicios necesarios. Ya había familias enteras enfermas en sus casas. Empezó con un asintomático que contagió a todos, sí a todos, y luego fueron cayendo uno a uno. Requiriendo atención en un hospital fueron rechazados por falta de cupo. Ayudarlos en su casa fue como hacer medicina de guerra; no hay peor experiencia que esa. Sin enfermera, un enfermo crítico ayudado por un familiar sin ninguna capacitación y con asistencia por telemedicina. Compartir el oxígeno entre varios enfermos o usarlo solo a ratos para que no se acabara fueron recursos desesperados en la lucha por sobrevivir. Dar resucitación o ver morir ahogándose a un ser querido es un sufrimiento por el que nadie debería pasar.

Y mencioné que mi tristeza se convirtió en pánico porque dentro de la gente que prefirió celebrar estaban amigos y seres queridos. Tomaban un riesgo en el peor momento, si se contagiaban, seguramente estarían solos enfrentando el problema. Si fueran afortunados sería en un hospital, si no, en su hogar exponiendo a los que aún no se enfermaban. Parece el guion de una película macabra, pero es lo que nos tocó vivir.

Finalmente salimos de la segunda ola que más bien fue un tsunami que dejó una gran estela de devastación convirtiendo a México en el país con mayor letalidad del planeta y con el mayor número de personal sanitario afectado. Y llegaron las vacunas a cuenta gotas, pero generando una falsa expectativa de que ya habíamos superado la crisis sanitaria.

“Solo hagan lo indispensable. Háganlo cuidándose mucho. Vacúnense a la brevedad [...]”

Ahora vemos con gran consternación, que la confianza le está ganando a las enseñanzas del pasado y se está negando la realidad, de que esto aún no se acaba. Los sobrevivientes de la COVID-19 que no han recuperado su salud después de la fase aguda son muy numerosos. No hay tratamiento para las secuelas y el sistema sanitario no está preparado para atenderlos. La reactivación social sumada a la aparición de mutantes más transmisibles, más letales y que no son cubiertas totalmente por las vacunas, son indicadores de que todavía estaremos en la batalla, con seguridad por varios meses más, y muy probablemente por los años venideros.

Mientras una sola persona no esté protegida, la humanidad seguirá estando en riesgo de vivir más sufrimiento. La pandemia que aún seguimos viviendo empezó con un solo caso. Muchos han orado pidiendo protección a un ser superior. Pues nos está escuchando y nos manda mensajes muy claros por todas las vías posibles. Nos dice: “Solo hagan lo indispensable. Háganlo cuidándose mucho. Vacúnense a la brevedad. ¡ESCÚCHENLO!”.

Posdata: *estamos a fines de junio de 2021 y vemos un resurgimiento en el número de casos: ¿Habremos aprendido la lección? //*



IVONE EVANGELISTA CABRAL

Professora da Faculdade de Enfermagem Materno Infantil da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
Professora da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro.
Editora Chefe da *Revista de Enfermagem*.
Membro da Associação Brasileira da Enfermagem y Membro da Red ENSI
BRASIL

ENFRENTAR LA PANDEMIA EN EL CONTEXTO BRASILEÑO

Soy profesora titular (jubilada) de la Universidad Federal de Río de Janeiro, profesora del Programa de Posgrado en Enfermería y también editora en jefe del periódico *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*.

Desde noviembre de 2020 inicié una nueva carrera como profesora adjunta en la Facultad de Enfermería de la Universidad Estatal de Río de Janeiro. Las dos universidades, donde desarrollo mi actividad como educadora, investigadora y extensionista, son instituciones públicas, socialmente comprometidas con la educación universitaria y la justicia social. Río de Janeiro es una ciudad acogedora, cálida y vibrante. La mayor parte del año el clima es agradable e invita a todos los turistas a descubrir sus lugares más pintorescos, de verdaderas tarjetas postales.

En Brasil, el Sistema Único de Salud (SUS) brinda servicios públicos, y regula y controla el sector privado de la salud. Desde el comienzo de la pandemia, hemos tenido cuatro ministros de salud. La crisis sanitaria del país se decretó el 16 de marzo de 2020 (Decreto n° 46.973, del 16/03/2020) cuando reguló la situación de emergencia y definió medidas sanitarias provisionales para prevenir la diseminación del reciente coronavirus. Dos médicos fueron ministros, un general sin formación médica y más recientemente, otro médico cardiólogo que sigue enfrentándose a la política de negación del presidente.

La enfermedad de la COVID-19 se ha convertido en escenario de disputas políticas entre los poderes del Ejecutivo Central, Estados y Municipios, con constantes amenazas de instauración de un estado de sitio y una fuerte militarización de la administración pública del país.

La pandemia está fuera de control, lo que mantiene el número de casos nuevos y muertes en niveles altos, acompañada de una gran cantidad de informes insuficientes y pocas pruebas. Durante semanas, hemos estado en el epicentro de la crisis sanitaria mundial con más de 100 países cerrando sus fronteras con Brasil. El promedio de muertes diarias es de más de 2000, con casi 15 millones de personas infectadas. Estamos cerca de la marca de la muerte del medio millón. Somos uno de los países con menor tasa de vacunación (puesto 64), menos del 10 % de la población ha sido vacunada.

Las clases populares que viven en favelas y barrios marginados fueron las más afectadas. El miedo fue reemplazado por descuido a medida que aumentaba el número de casos y muertes. Es una enfermedad que llegó a Brasil con personas de las clases más pudientes, transmitida por viajeros de países europeos en el epicentro de la crisis de salud, turistas que llegaron a Brasil durante el Carnaval 2020. Los cambios en las cepas fueron muy rápidos.

La falta de equipo de protección personal para los profesionales de la salud, ventiladores respiratorios y oxígeno en algunas de las ciudades más industrializadas como Manaus son algunos de los muchos desafíos que enfrentan las enfermeras de primera línea. La distribución de un kit preventivo (hidroxicloroquina, ivermectina) para COVID-19, y más recientemente la vitamina D, todo sin evidencia científica de eficacia, ha contribuido al aumento del número de nuevos casos. Actualmente, el riesgo de agotamiento del kit de intubación y mantenimiento de un paciente intubado continúa amenazando el sistema de salud y la vida de las personas.

Aún vivimos, la negación de la vacuna. La tasa de vacunación es lenta, se está implementando por grupos de edad, dando prioridad a ancianos, personas con comorbilidades, personas con discapacidad; pero el calendario de vacunaciones está constantemente suspendido por falta de insumos para la producción de vacunas. En otras palabras, no tengo buenas noticias para lo que vivimos en el país... “Pero esperamos...”, que esto suceda ... como todas las pandemias que ha vivido la humanidad.

La crisis sanitaria
del país
se decretó el 16 de marzo
de 2020 (Decreto
nº 46.973,
del 16/03/2020) cuando
reguló la situación
de emergencia
y definió medidas
sanitarias provisionales
para prevenir
la diseminación
del reciente coronavirus.

Dos médicos fueron
ministros, un general
sin formación médica
y más recientemente,
otro médico cardiólogo
que sigue enfrentándose
a la política de negación
del presidente

En este contexto, las enfermeras brasileñas han respondido a la pandemia en diferentes entornos de práctica profesional. En Brasil, la fuerza laboral de enfermería está representada por el 24,5 % de las enfermeras, el 37 % de los auxiliares y el 75,5 % de los técnicos de enfermería. Por tanto, la mayoría de los profesionales con educación secundaria y no universitaria se enfrentan a la codicia. En Brasil hay más de 2 millones de enfermeras registradas en la Junta Profesional de Enfermería. Estas enfermeras, en su mayoría mujeres de raza negra pertenecientes a las clases populares que reciben salarios indignos y están expuestas a pésimas condiciones de trabajo, están a la vanguardia de la atención de las personas con la COVID-19. Mujeres y hombres agotados que enferman y mueren en el ejercicio de su profesión. Desde el inicio de la pandemia de la COVID-19 en Brasil, ausencia, insuficiencia o mala calidad de equipos de protección personal (EPP), personal inadecuado e insuficiente y otros problemas graves que revelaron las pésimas condiciones laborales que suponen, exponen a los profesionales sanitarios a infecciones, enfermedades y muerte.

Los datos del *Observatorio del Conselho Federal de Enfermagem (COFEN)* del 17.06 indican la tasa de letalidad por la COVID-19 del 2,49 %. Entre los profesionales de enfermería el número de casos reportados fue de 57 008 y 790 muertos. Sin embargo, la pandemia también puso de relieve las dificultades y limitaciones a las que ya están sometidos los profesionales de enfermería, dadas las inadecuadas condiciones de trabajo.

Los profesionales de enfermería están presentes y realizan acciones asistenciales que van desde Atención Primaria y Vigilancia Epidemiológica hasta el seguimiento, recogida de pruebas, aislamiento de casos confirmados, identificación y seguimiento de pacientes infectados y comunicantes, hasta acciones de atención de urgencias, hospitales, incluidos cuidados críticos e intensivos. En la guía elaborada por el Ministerio de Salud, la enfermería tiene un papel destacado en la Atención Primaria, en las pruebas de *screening*, en la atención hospitalaria, en hospitales de campaña y en las instalaciones permanentes de las Unidades de Cuidados Intensivos. Durante este período, los cursos de enfermería, pregrado y posgrado desarrollaron la teleenseñanza debido al cierre de universidades por aislamiento.

Se incrementa la investigación científica sobre la salud mental de los trabajadores de enfermería, evaluación de la efectividad de las medidas sanitarias, experiencias de teleenseñanza, buenas prácticas de atención a personas hospitalizadas con COVID-19... Un hito importante fue la creación de la *Vitrines do Conhecimento – Enfermagem COVID-19*, en portugués y español, por parte de la Biblioteca Virtual de Salud Enfermería, que reunió una colección de publicaciones y protocolos de investigación aprobados por el Sistema CEP/CONEP de evaluación de la ética en la investigación.

En resumen, el activismo de las organizaciones de enfermería, la promoción de la investigación y la formación de estudiantes en el cuidado de personas con la COVID-19 fueron muy importantes para la visibilidad de los profesionales de enfermería. Como enfermera y profesora universitaria participé activamente en los procesos que permitieron la continuidad de la educación de pregrado y posgrado, investigación en enfermería, seguimiento de pacientes y teleservicio domiciliario. //



IVÁN CHERREZ OJEDA

Miembro del Comité de Asma de la Organización Mundial de Alergia.
Profesor Investigador de Medicina en la Universidad de Especialidades Espíritu Santo.
Presidente del Comité de Ética en Investigación en Seres Humanos Clínica Kennedy

ECUADOR

LA OSCURIDAD DE LA PANDEMIA

Llegó y nos golpeó a todos, a los cercanos y a los distantes, al primer mundo y al tercero, todos fuimos iguales. La urgencia de estudiar los precedentes para vislumbrar de qué manera lo enfrentamos nos sumió casi en una obsesión en la que nada valía escuchar: “Ya no leas... vas a tener más estrés”. Y tal como venía sucediendo, el contagio teníamos que enfrentarlo muy pronto.

Todos teníamos, con los pocos datos que iban saliendo, la sensación de que sabíamos que se venía un peligro inminente. Llegó y aparecimos en los periódicos de todo el mundo. Guayaquil, la Perla del Pacífico, fue tristemente noticia internacional con sus cadáveres en las aceras. Toda la preparación que se creyó suficiente de ninguna manera lo fue.

En nuestro caso cuando nos enteramos de que China construiría hospitales, en tiempo récord, fue suficiente para pensar y comprobar que con nuestras falencias estaríamos en una desventaja grande.

Las esperanzas como que el tipo de clima o que la humedad nos favorecería en algo, poco a poco se disipó y fueron rompiéndose las expectativas. Había que protegerse pronto, muchos no lo hacían y los que se protegían parecían ser “los miedosos, los nerviosos”, sin duda el ser humano en momentos así, de gran incertidumbre y peligro, es muy dispar en sus respuestas.

Llegaron las llamadas de angustia a cualquier hora, el deseo de ayudar leyendo lo último publicado para su tratamiento. Llegaron las noticias de los primeros colegas que sucumbían a la enfermedad. Fue un tiempo de mucha tristeza y zozobra y para los creyentes mucha oración y pedido de ayuda: el hogar era el único espacio seguro si se preservaba de los demás.

La COVID-19 arrasó con todo, fue sembrando dolor e incertidumbre por donde pasaba, pero también dio esperanza para luchar y mejorar los momentos terribles que pasábamos

Los médicos aportamos con charlas de preparación para los posibles escenarios, hicimos capacitación en nuestros lugares de trabajo tratando de preparar y convencer y convencer a todos que el peligro era inminente. La COVID-19 arrasó con todo, fue sembrando dolor e incertidumbre por donde pasaba, pero también dio esperanza para luchar y mejorar los momentos terribles que pasábamos.

Así que formamos una mesa técnica con diferentes especialidades donde discutíamos y sugeríamos incluso a las autoridades nacionales cuales podían ser las mejores estrategias para afrontar la pandemia. Del mismo modo, se organizaron *webinars* con profesores de Europa y Estado Unidos, donde nos mostraban y mostrábamos cuáles eran los tratamientos que realizábamos a nuestros pacientes. Vale la pena destacar que siempre, en los pacientes graves, usamos corticoides desde el inicio de la pandemia, tratamiento que muchos meses después fue avalado por la literatura internacional.

Una de las cosas valorables de enfrentar la pandemia fue la necesidad de una lectura crítica y científica sobre las publicaciones que iban apareciendo en las principales revistas internacionales, esto nos permitió no caer en tratamientos no avalados, que podrían producir más perjuicio que beneficio.

La pandemia también nos mostró la solidaridad que existe en nuestra sociedad. La población lo expresó y muchos querían ayudar de alguna manera, ya sea aportando

La pandemia también nos mostró la solidaridad que existe en nuestra sociedad. La población lo expresó y muchos querían ayudar de alguna manera, ya sea aportando medicinas, fabricando respiradores, aportando alimentos... y todo lo que fuera necesario para poder ayudar a los demás. Y lo más importante fue el valor real de lo que representan los trabajadores de la salud, muchos de los cuales dejaron su vida con tal de salvar otra

medicinas, fabricando respiradores, aportando alimentos... y todo lo que fuera necesario para poder ayudar a los demás. Y lo más importante fue el valor real de lo que representan los trabajadores de la salud, muchos de los cuales dejaron su vida con tal de salvar otra.

Durante esta pandemia viral, los científicos no descansaron, el personal sanitario trabajó sin tregua y se procuraron los recursos financieros dentro de lo factible en pro del remedio que pueda devolvernos la tranquilidad y la estabilidad.

[...] esta vacuna nos pide cautela en la consecución de los recursos, racionalidad en el uso y respeto a la madre tierra y todo lo que habita en ella, virtudes que la humanidad contemporánea desconoce debido a la globalización

Ya a veces, como en nuestro caso, a falta de vacunas, hay otra vacuna ya probada y garantizada de la cual poco se habla y a cuyo uso nos resistimos, porque significa, en la mayoría de los casos, que se trata de cambiar un estilo de vida libertino por otro más moderado que demanda renunciar a la comodidad y el abuso o a la prepotencia y reemplazarlos (aunque sea provisoriamente) por la austeridad y la humildad; el llamado distanciamiento. Porque esta vacuna nos pide cautela en la consecución de los recursos, racionalidad en el uso y respeto a la madre tierra y todo lo que habita en ella, virtudes que la humanidad contemporánea desconoce debido a la globalización, al consumo irresponsable y a la codicia por la riqueza entendida como una acumulación de dinero que lo permite todo y sin pensar en los demás ni en el nosotros. //



JAVIER GARCÍA PÉREZ

Presidente de la Sociedad Madrileña de Neumología y Cirugía Torácica (NEUMOMADRID).

Secretario general de la Red TBS-Stop Epidemias.
Responsable de la Unidad de TB del Servicio de Neumología del Hospital Universitario de La Princesa
ESPAÑA

CARTA ABIERTA A LAS AMÉRICAS

Cuando el 21 de mayo de 2014, en una Asamblea plenaria inédita por su contundencia y por la profundidad de su compromiso global, la Organización Mundial de la Salud (OMS) diseñó la Estrategia Mundial y Metas para la Prevención, la Atención y el Control de la Tuberculosis (TB) después de 2015, los tisiólogos de todo el mundo creímos estar asistiendo al principio del fin de la mortífera enfermedad causada por el bacilo de Koch.

VII

Sabíamos que el camino por recorrer aún era largo, pero el desarrollo de los nuevos métodos moleculares de diagnóstico, la posibilidad de tratamientos orales incluso en las formas resistentes y el diseño de programas con una financiación adecuada nos permitían soñar con un futuro esperanzador. No olvidábamos que el control de la TB no se logra solamente con estrategias microbiológicas y farmacológicas; sus aliados esenciales incluyen siempre la justicia social, el freno a las desigualdades económicas, el acceso igualitario a la medicación y la consolidación de potentes sistemas de Salud Pública.

Aún con más lentitud de lo esperado, la tendencia seguida en los últimos años estaba siendo positiva; el último informe publicado por la OMS constata una caída de la incidencia global del 9 % en el período 2015-20 (frente a un objetivo del 20 %); el descenso de la mortalidad ha sido del 14 % en esos años (debería haberlo hecho un 35 %), pero se han evitado 60 millones de muertes desde el año 2000 y los fondos para invertir en TB se han duplicado desde 2006. Esas perspectivas de mejora, sin embargo, ha sido vapuleadas por la pandemia de la COVID-19. La amenaza a nuestra salud y a nuestra estabilidad económica y social ha superado las previsiones más oscuras, y ha configurado una realidad convulsa, con millones de muertos, con sectores productivos arruinados y con ciudadanos desconcertados y aterrorizados por su inesperada vulnerabilidad. Aunque la infección golpeó en su inicio más duramente a zonas geográficas y a sectores sociales más desarrollados, con su progresiva diseminación y extensión global han quedado en evidencia las insuficiencias de aquellos países con menor capacidad de respuesta financiera y con sistemas sanitarios más precarios. La contracción económica por la pandemia COVID-19 está generando mayor pobreza y desnutrición, poniendo en peligro los progresos alcanzados en los últimos años en la lucha contra la TB. Algunas estimaciones hablan de un incremento de 100 millones de personas bajo el umbral de la pobreza, cuando este colectivo no aumentaba desde 1998. Este escenario desolador puede traducirse en la interrupción de la detección y tratamiento de casos con TB en el 42 % de los países, y en la irrupción adicional, además de los ya esperados, con más de 6 millones de casos nuevos y 1,4 millones de muertes entre 2020 y 2025.

No olvidábamos que el control de la TB no se logra solamente con estrategias microbiológicas y farmacológicas; sus aliados esenciales incluyen siempre la justicia social, el freno a las desigualdades económicas, el acceso igualitario a la medicación y la consolidación de potentes sistemas de Salud Pública

Pero la coexistencia de COVID-19 y TB también puede hacernos reflexionar y abre un abanico de retos y oportunidades para considerar a escala global. Una de las acepciones del término “reto” que incorpora la Real Academia Española (RAE) es la de “objetivo o empeño difícil de llevar a cabo, y que constituye por ello un estímulo

Aunque la infección golpeó en su inicio más duramente a zonas geográficas y a sectores sociales más desarrollados, con su progresiva diseminación y extensión global han quedado en evidencia las insuficiencias de aquellos países con menor capacidad de respuesta financiera y con sistemas sanitarios más precarios. La contracción económica por la pandemia COVID-19 está generando mayor pobreza y desnutrición

y un desafío para quien lo afronta”. Los retos actuales en este campo incluyen el mantenimiento de los programas de control de la TB y el desarrollo de estrategias sinérgicas para luchar contra TB y COVID, que incluyen el acceso igualitario a los fármacos eficaces; la consolidación de los mecanismos de atención social mejorando el acceso a los sistemas públicos de salud, que se han demostrado imprescindibles; y el incremento de los fondos para financiar la lucha contra la TB (necesitaremos 15 000 millones de dólares en 2022).

[...] hemos constatado que la alarma y vigilancia ante los síntomas respiratorios pueden disminuir el retraso diagnóstico en TB; que las mascarillas pueden reducir la transmisión comunitaria de la TB; que una adecuada inversión en Salud Pública y tecnología es capaz de obtener respuestas rápidas ante crisis sanitarias letales

Por otra parte, la RAE define “oportunidad” como “momento o circunstancia oportunos o convenientes para algo”. Y claro que se nos presentan oportunidades en estos días inciertos, pues hemos constatado que la alarma y vigilancia ante los síntomas respiratorios pueden disminuir el retraso diagnóstico en TB; que las mascarillas pueden reducir la transmisión comunitaria de la TB; que una adecuada inversión en Salud Pública y tecnología es capaz de obtener respuestas rápidas ante crisis sanitarias letales; en definitiva, podemos y debemos utilizar los conocimientos y experiencias en infraestructuras e investigación adquiridos en TB para mejorar la lucha contra la COVID-19 o futuras pandemias. No olvidemos que, si todo sigue su curso normal, la COVID-19 será controlada en un período más o menos corto, pero la TB permanecerá todavía varias décadas entre nosotros. //



MARTIN SÍVORI

Director del Centro Universitario de Neumología y jefe de la Unidad de Neumotisiología del Hospital Dr. JM. Ramos Mejía. Director de la Carrera de Especialistas de Neumología de la Universidad de Buenos Aires

ARGENTINA

ACUARELA DE LA PANDEMIA

*Sus manos se separaron... sus miradas,
no... la emoción y las lágrimas los unían...
Lo palmeé en el hombro y le dije: "Vamos,
te tenemos que dar oxígeno y medicamentos..."
Y para darle ánimo... sin saber si volvería
a ver a sus hijos, dándoles la espalda me alejé
con él en la silla de ruedas en la que lo llevaba
a internación.*

“Lo humano del hombre es desvivirse por el otro hombre”

Emmanuel Lévinas

Todavía hoy me atormentan cada día esa tristeza repetida por no saber si será o no la última vez que se verán... la soledad en los últimos momentos, la falta de caricias y abrazos en los últimos instantes, la distancia, reproducido por centenares... Mi hospital fue el primero en crearse en Buenos Aires en el ámbito público y asociarse a la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires (UBA) en 1869 en otras epidemias, la de cólera primero y fiebre amarilla más tarde. 150 años después, respondiendo a una pandemia de características monstruosas estamos aquí.

Somos un Centro Universitario de Neumología de la UBA con siete neumólogos de planta y cuatro residentes. Desde marzo de 2020 estamos en la primera línea de atención de pacientes, sin descanso

Este mes de julio de 2021 llegaremos a los doce mil pacientes diagnosticados con SARS-CoV-2, y tenemos 3000 internados. 12 000 historias. Somos un Centro Universitario de Neumología de la UBA con siete neumólogos de planta y cuatro residentes. Desde marzo de 2020 estamos en la primera línea de atención de pacientes, sin descanso.

Creía ya haber visto todo a lo largo de mis treinta y cinco años de médico de un hospital público que ha vivido las consecuencias de dos terribles atentados terroristas: el de la Embajada de Israel y el de la Asociación Mutual Israelita Argentina (AMIA). Una tragedia ferroviaria, la pandemia de la gripe H1N1 del 2009 y el incendio de la discoteca Cromañón, a pocos metros de nuestro hospital y que nos llevó a la atención de centenares de afectados por meses...

Pero todavía no había vivido lo peor. Una mezcla de emociones y sentimientos, aseveraciones y desconciertos afloran en este momento a la hora de desgranar palabra a palabra lo que tengo adentro. Podría hacer una crónica describiendo la contribución científica que hemos hecho, la organización lograda, las normativas redactadas, o citar la intensa actividad académica de pregrado o postgrado virtual, o los estudios multicéntricos en curso (en secuelados, genética de la trombosis asociada a COVID-19, pronosciente, fármacos en investigación...). Pero no, haré unas pinceladas de colores diferentes, como vayan saliendo desde adentro, espontáneamente, sin represión ni autocensura. Una acuarela de colores de la pandemia y ese será el espíritu de estas líneas que intentarán describir visceralmente con la sensibilidad a flor de piel y el corazón, emociones y sentimientos en estos tiempos de nuestro trabajo médico... que no conoce de descanso.

Un poco de violeta... Equipos de salud diezmados y heroicos a la vez, anónimos protagonistas, pacientes que sobrevivieron a la catástrofe sanitaria y luchan por

[...] haré unas pinceladas
de colores diferentes,
como vayan saliendo
desde adentro,
espontáneamente,
sin represión
ni autocensura.

Una acuarela de colores
de la pandemia y ese será
el espíritu de estas líneas
que intentarán describir
visceralmente
con la sensibilidad
a flor de piel
y el corazón, emociones
y sentimientos en estos
tiempos de nuestro
trabajo médico...
que no conoce
de descanso

recuperarse física y psicológicamente. Aquéllos que no quieren o no pueden acercarse a nuestro hospital para seguir controlándose de otras patologías crónicas: el daño colateral tan poco reconocido.

Algo de blanco... El primer paciente con COVID-19 entró al hospital catorce días después del primer paciente diagnosticado en el país. A mediados de marzo de 2020. En pocas semanas el hospital fue cerrando salas generales y convirtiéndolas en salas COVID-19. Refuncionalizando lugares y personal, un hospital desconocido, sólo dirigido a la contención de la pandemia. Mi sala y nuestros despachos ya no existen más. Nuestro hospital, de estilo francés, con pabellones separados por jardines y calles, muchos de ellos sin oxígeno central, se metamorfoseaba como nunca lo había visto en mi vida.

Azul... Miguel C. de 41 años, hipertenso, llegó al hospital habiendo internado al papá añoso con ACV y COVID-19 en otro hospital, en mal estado. Se despidió de su esposa por un celular que un médico le prestó antes de ser intubado (el mismo día que su padre falleciera, aunque lo sabría tres meses después). Sufrió tres paros cardíacos, cincuenta y siete días en asistencia respiratoria mecánica. Un día despertó y empezó su nueva vida... Había hablado con una "Luz" en una experiencia mística en su sueño profundo y le había dicho que volvería... Hoy está todavía recuperándose de las múltiples secuelas, valorando la intensidad de cada minuto de la vida, como un buen vino, sorbo a sorbo. Le sigue atormentando los días (ya consciente) donde veía desfilar las bolsas negras a su alrededor y se preguntaba si no sería el próximo. Incansablemente los equipos de salud, psicólogos, médicos... día a día llamaban a otros familiares de Migueles y dan informes para achicar esa distancia, confortándolos.

Una pincelada de marrón... En esos primeros meses llenos de miedos por lo desconocido nos llenamos de precauciones, algunas, ahora, parecen excesivas en nuestras casas y con nuestros seres queridos; cuando la bioseguridad se estaba construyendo. Angustia por nuestras familias y por nosotros. Mientras, al lado de nosotros, compañeros del equipo de salud empezaban a caer. Entrar en esas salas con muchísimas camas, donde el silencio era un yunque que nos asfixiaba y ese olor a muerte nos perseguía.

Nuestro hospital, de estilo francés, con pabellones separados por jardines y calles, muchos de ellos sin oxígeno central, se metamorfoseaba como yo nunca lo había visto en mi vida

Mucho rojo... Angela, 83 años, neumonía bilateral, severamente hipoxémica, diabética y obesa. Firmó la declaración de pautas anticipadas de fin de vida. Me dijo: "Doctor ya he vivido demasiado... y bien... No quiero ocupar un respirador que lo necesita alguien más joven que yo y tal vez con hijos...". Héroe anónimo de esta pandemia.

Un toque de naranja... Lo increíble del vivir, de un hecho terriblemente doloroso, el ser humano siempre construye redes, hechos heroicos, resurge como el ave fénix.

En esos primeros meses
llenos de miedos
por lo desconocido
nos llenamos
de precauciones,
algunas, ahora, parecen
excesivas en nuestras
casas y con nuestros
seres queridos; cuando
la bioseguridad
se estaba construyendo.
Angustia por nuestras
familias y por nosotros

Me pregunto: ¿El dolor es tan malo? ¿Cómo pueden ser provechosos momentos tan tristes? Hemos perdido en este tiempo a familiares, amigos, gente querida... ¿Cómo transformar todo ese dolor en aprendizaje y mejorarnos como sociedad?

Negro... Llegó en el segundo invierno, la segunda ola: brutal, intensa, muy rápidamente, y cambió el perfil de nuestros pacientes. Mucho más jóvenes y con pocas comorbilidades. Y el dolor nos mostró una nueva cara. Una cama de la Unidad de Terapia Intensiva para dos (o más) pacientes, colapso sanitario, sedación paliativa, familias partidas por la partida temprana. ¿Cómo consolar a esos padres, o ver a esos hijos que ni siquiera hablan y ni entienden la dimensión de la tragedia? Quisiera abrazarlos, ese abrazo que tantas veces di y ahora no puedo. El médico en su estado más puro en compasión con el sufriente... Y de vuelta esa distancia.

Aparece el amarillo... Me pesa saber que aún falta mucho camino por recorrer. Recuperar este tiempo perdido en todos aquéllos que no han realizado los exámenes periódicos de salud, en acercar a todos los que abandonaron el seguimiento de sus enfermedades crónicas, aminorar el daño colateral de esta pandemia. No terminará la pandemia con la vacunación amplia y justa en todos los rincones del planeta, o el testeo metódico para identificar y aislar a los contagiados. Deberemos estar atentos al impacto sociológico y psicológico de nuestros niños, adolescentes y ancianos. Un nuevo mundo se está armando con nuevas modalidades de relación laboral y económica que impactarán en toda la estructura social del planeta y con dimensiones ni siquiera imaginadas. Seguramente habrá mayor desigualdad y la pobreza quedará especialmente para nuestros países de Latinoamérica.

De la última carta que envió Miguel Hernández a su familia el 31 de mayo de 1939 desde la cárcel de Torrijos: “Volveremos a brindar por todo lo que se pierde y se encuentra: la libertad, las cadenas, la alegría y ese cariño oculto que nos arrastra a buscarnos a través de toda la tierra”.

Nos vemos al espejo muy cansados, ojerosos, con arrugas que no estaban, sabiendo que estamos a la puerta de la tercera ola en Argentina con la nueva cepa Delta ya entre nosotros; en un descanso temporario al que esta pandemia con sus olas nos tiene acostumbrados.

Verde... De repente cierro los ojos y sonrío. Me reencuentro con esa vocación profunda y juvenil de servicio que nos llevó a estudiar Medicina hace muchas décadas atrás. Me veo al espejo y reconozco ya no aquel joven, pero sí a aquél que, en este momento único y trascendente, día a día junto a su gran equipo de trabajo, puede ayudar al padeciente ser humano, tenderle la mano para aliviarlo y más que nunca vivir la vocación en su estado más puro.

Recuerdo dos párrafos del maestro don Ernesto Sábato: “Les pido que nos detengamos a pensar en la grandeza a la que todavía podemos esperar si nos atrevemos a valorar la vida de otra manera. Nos pido ese coraje que nos sitúa en la verdadera dimensión del hombre” (*La resistencia*. Seix Barral, 2000).

“Les propongo, entonces, con la gravedad de las palabras finales de la vida, que nos abracemos en un compromiso... sólo quienes sean capaces de sostener la utopía serán aptos para el combate decisivo, el de recuperar cuanto de humanidad hayamos perdido” (*Antes del Fin*. Seix Barral, 1998). //



EFRAÍN SÁNCHEZ ANGARITA

Neumólogo del Centro de Investigación Respiratorio (CIR). Miembro activo de la Sociedad Latinoamericana del Tórax (ALAT)

ECUADOR

LA PANDEMIA: ¿UN RETO O UNA OPORTUNIDAD?

En el 2018, mi esposa Perla y yo decidimos venir a Ecuador en la búsqueda de oportunidades y una mejor calidad de vida. Somos médicos venezolanos que, desde que salimos de nuestros respectivos postgrados, nos dedicamos a la academia, investigación y la asistencia de pacientes en un contexto social, político y económico cada vez más complicado.

Llegamos a Guayaquil, la capital económica del Ecuador, a principios de 2019, ciudad que nos recibió con las puertas abiertas. Ese fue un año duro, de adaptación, de mucha nostalgia y por momentos tristeza. Nuestra resiliencia, el apoyo de nuestros seres queridos y la ilusión de nuestras hijas nos dieron fuerzas para luchar y poder adaptarnos a una nueva realidad. El 2020 nos generaba grandes expectativas y la posibilidad de afianzarnos profesional y familiarmente, sin embargo, en enero ya tocaba a la puerta algo que nadie en el mundo imaginaba: la pandemia.

El primer caso detectado de la COVID-19 en el Ecuador fue notificado el 29 de febrero de 2020, a pesar de que en la calle se percibía que había llegado mucho antes, y que para esa fecha ya teníamos transmisión comunitaria del virus. A mediados de marzo el caos ya era generalizado: colapsó el sistema hospitalario, faltaban tanques de oxígeno, pacientes que fallecían en sus casas sin atención médica, combinado con la inacción del Estado... La población se sentía y estaba indefensa, y nosotros lo estábamos más. Sin familiares cercanos, en un país extranjero y con mucha incertidumbre, y miedo. Perla, mi esposa, es nefróloga y tuvo que atender en su centro de trabajo a pacientes con COVID-19. Conectó pacientes a ventilación no invasiva y CPAP. Cambió a la urea, creatinina o el potasio por la saturación, los litros de oxígeno y la gasometría arterial. Como siempre, me mostraba el camino a seguir.

El primer caso detectado de la COVID-19 en el Ecuador fue notificado el 29 de febrero de 2020, a pesar de que en la calle se percibía que había llegado mucho antes, y que para esa fecha ya teníamos transmisión comunitaria del virus

Me preguntaba qué hacer, cómo ayudar a la gente y cómo ayudarnos a nosotros como familia. Decidí salir a ver a pacientes en sus casas, encontrándome con situaciones difíciles que me conmovieron. Familias enteras luchando por sus seres queridos enfermos, que no podían internarse por la falta de disponibilidad en los hospitales públicos y privados. Mi labor se centró en administrar el mejor tratamiento posible, ser empático, compasivo y dar acompañamiento, respondiendo mensajes y llamadas a cualquier hora, implementando la telemedicina para la atención de pacientes con síntomas leves o moderados y las visitas domiciliarias a los graves. El mes de abril fue durísimo, casi sin descanso. Mayo fue igual, hasta que decidí parar.

Estuve prácticamente un mes confinado haciendo trabajo a distancia y reflexionando mucho. Me convencí de que no podía controlar lo que pasaba y que tocaba asumir el reto. Desde el punto de vista profesional me enfoqué en mantenerme actualizado, leyendo y evaluando la evidencia científica que nos abrumaba a diario, discutiendo casos clínicos con colegas...

Decidí salir a ver
a pacientes en sus casas,
encontrándome
con situaciones difíciles
que me conmovieron.

Familias enteras
luchando por sus seres
queridos enfermos,
que no podían internarse
por la falta
de disponibilidad
en los hospitales
públicos y privados.

Mi labor se centró
en administrar el mejor
tratamiento posible,
ser empático, compasivo
y dar acompañamiento,
respondiendo mensajes
y llamadas a cualquier
hora, implementando
la telemedicina [...] y las visitas domiciliarias

Desde el punto de vista personal, junto con mi esposa, nos enfocamos en nuestras hijas: intentar explicarles lo que pasaba, de qué se trataba, explicarles por qué teníamos que ponernos trajes de astronautas, mascarillas y visores. Nuestro deber era explicarles que el mundo había cambiado.

A pesar del pandemónium, del impacto global de la pandemia y de sus consecuencias, me preguntaba a diario sobre cómo afrontar lo que venía, cómo abordar el día después. Estábamos aquí, miembros de una generación de médicos que nos tocó afrontar lo que nuestros antecesores no vivieron: una pandemia. Entonces, ¿Cómo convertir esto en una oportunidad? La respuesta la teníamos a la mano: nuestros pacientes. Ellos nos lo decían: mejoraban los síntomas agudos, pero quedaban con dolencias como la fatiga, falta de aire y dolor que les quemaba la espalda, noches en que era imposible dormir, ansiedad, falta de memoria. Definitivamente algo pasaba.

Formado con la convicción de que el trabajo en equipo rinde frutos, decidimos con un grupo de colegas empezar el seguimiento de nuestros pacientes, lo que se tradujo en consultas, pruebas de función pulmonar, tomografías de seguimiento, programas de rehabilitación respiratoria domiciliaria, charlas de Zoom y mucho estudio. Mientras Perla volvía a la insuficiencia renal, yo dejaba a un lado a la EPOC y al asma, mis áreas de interés, por el posCOVID-19. Queríamos aportar algo a la sociedad y estábamos lográndolo. Nuestros pacientes encontraron una mano amiga para aliviar su sufrimiento. Las muestras de agradecimiento nos llenaban de alegría. Fue un gran esfuerzo complementar nuestro trabajo como médicos con la compañía a nuestras hijas en el proceso de educación virtual. Fue otro reto que superamos con la ayuda de personas que padecieron la pandemia y que nos tendieron su mano en estos momentos difíciles. Nuestras hijas disfrutaron del proceso y a medida que la situación se fue haciendo manejable, pudieron salir al parque y divertirse. Lo merecían.

Guayaquil fue el epicentro de la pandemia en América Latina entre el mes de marzo y mayo del 2020. Ya el caos tenía números y cifras: cerca de 15 000 fallecidos en un mes y, a la fecha, un exceso de muertes de más de 60 000 en un año. Vivimos, quizás, las semanas más oscuras que ha tenido esta ciudad en mucho tiempo. Conocimos al guayaquileño en las verdes, donde se conoce verdaderamente a las personas. Afrontamos la pandemia como un reto y lo convertimos en oportunidad. Ya nos sentimos parte de un país que nos recibió y que en poco tiempo nos ha dado mucho. Toca ahora nuevos retos derivados de la pandemia: conformar un equipo multidisciplinario para la atención del paciente COVID y posCOVID-19, reposicionar la rehabilitación respiratoria como parte del tratamiento de los pacientes con enfermedades respiratorias crónicas y participar en actividades de educación continuada dirigidas a estudiantes de Medicina, médicos generales y especialistas.

Esta es nuestra experiencia como médicos e inmigrantes en tiempos de la COVID-19, parecida a muchos de nuestros compañeros y amigos que están en todas partes del mundo como parte de la primera línea ante la pandemia. La pandemia cambió al mundo y nos cambió como personas. Debemos aprender de lo que nos ha pasado y ser mejores cada día. //



CARLOS RODRÍGUEZ TAVERAS

Jefe del Servicio de Infectología
del Hospital Central de las Fuerzas Armadas
REPÚBLICA DOMINICANA

PANDEMIA

En la historia del mundo por primera vez se vive una epidemia a tiempo real, una época donde varias veces al día los medios de comunicación y las redes sociales interpersonales, de forma instantánea, cruzan información en todo el planeta sobre un virus nuevo que representa un gran desafío para la ciencia y por tanto se le ha imposibilitado predecir la evolución, encontrar una cura o una vacuna 100 % efectiva que ponga fin a esta catástrofe.

En definitiva, es evidente que el uso de Internet trae consigo grandes beneficios implícitos como es la democratización de la información y compartir el conocimiento, pero también los canales digitales han acelerado la propagación de desinformación y mitos entre los ciudadanos que en el caso de la información sanitaria puede afectar negativamente a la población y ocasionar problemas serios a la salud pública. En tanto la gente sigue hablando del virus como el culpable, sin haber aprendido que nuestra respuesta ante el SARS-CoV-2 quizás sea la mejor forma de poderlo controlar.

Las más vulnerables de sufrir la desinformación son aquellas personas con baja alfabetización digital en salud que pueden ser incapaces de procesar y valorar críticamente la información y por tanto acabarán difundiendo en su entorno digital noticias sin ningún rigor científico, ya sea por falta de conocimiento, capacidad crítica o por falta de herramientas para comprobar la veracidad de estas o simplemente por acaparar la atención.

El papel que tenemos como médicos no se debe subestimar y como trabajadores de la salud nos toca educar a la población con el ejemplo y ser los primeros en acatar las medidas de prevención y encabezar la fila para vacunarnos, pues se ha demostrado con evidencia contundente que las vacunas son seguras y eficaces y el desarrollo de estas es una muestra de lo que la humanidad puede hacer cuando trabaja unida para un bien común.

Las más vulnerables de sufrir la desinformación son aquellas personas con baja alfabetización digital en salud que pueden ser incapaces de procesar y valorar críticamente la información y por tanto acabarán difundiendo en su entorno digital noticias sin ningún rigor científico

El impacto negativo del forzoso aislamiento por la pandemia de la COVID-19 para entretener la avalancha de contagios en el tiempo ha ido dejando sus huellas en nosotros y nuestras familias, pues pasa el tiempo y el virus continúa circulando en el mundo independientemente de las apresuradas campañas de vacunación con el objetivo estratégico de eliminar realmente al agente del planeta. A pesar de todos los estudios se sigue buscando el desarrollo de tratamiento eficaz que logre la ciencia producir, lo cual es posible, pero hasta no tenerlo nos aterra el no saber que pasará en los días venideros, pues recordemos que hay enfermedades infecciosas que se resisten a dejarnos a pesar de tremendos esfuerzos científicos mundiales, como lo son el VIH-sida, el dengue, la malaria y la tuberculosis, entre otras patologías que continúan azotando a gran parte de la población, principalmente en los países con menos recursos y débiles sistemas de salud como el nuestro, que acaban por desatender el resto de las enfermedades y mantener el control de las conocidas inmunoprevenibles.

A pesar de todos los estudios se sigue buscando el desarrollo de tratamiento eficaz que logre la ciencia producir, lo cual es posible, pero hasta no tenerlo nos aterra el no saber que pasará en los días venideros, pues recordemos que hay enfermedades infecciosas que se resisten a dejarnos a pesar de tremendos esfuerzos científicos mundiales, como lo son el VIH-sida, el dengue, la malaria, y la tuberculosis, entre otras patologías que continúan azotando a gran parte de la población

En febrero me pareció ver la luz al final del túnel con la llegada de las primeras vacunas al país, y que levantó las esperanzas de que eventualmente se frenaría o detendría la propagación de la enfermedad.

Pero estas por sí solas no son suficientes y si las precauciones como trabajar de forma remota, limitar los viajes y usar máscaras se relajan demasiado pronto, podría significar más infecciones y muertes, ya que cada día surgen nuevas variantes del SARS-CoV-2, y algunas de las más contagiosas ponen en jaque la efectividad de algunas de las vacunas que se han estado administrando.

Como infectólogo me preocupa el hecho de que se empieza a evidenciar que a medida que pasa el tiempo y avanza la pandemia se visualiza una segunda pandemia más lenta pero peligrosa con el aumento de la resistencia bacteriana, que desde antes ya era una crisis por sí sola, pues a pesar de que la COVID-19 es una enfermedad viral y teóricamente no tendría relación directa con los antibióticos, lo que vemos en la práctica es una proporción muy alta de pacientes tratados con antibióticos de amplio espectro para curar o prevenir infecciones respiratorias secundarias por el uso de inmunosupresores durante la hospitalización.

[...] lo que vemos en la práctica es una proporción muy alta de pacientes tratados con antibióticos de amplio espectro para curar o prevenir infecciones respiratorias secundarias por el uso de inmunosupresores durante la hospitalización

Como sabemos la mayoría de los países están viendo rebrotes y la República Dominicana no es la excepción. Sin embargo, hay una lucha entre querer mantener la economía en funcionamiento y por otro lado tener controlada la situación epidemiológica, de ahí es que surgen las esperadas oleadas que afectan principalmente a determinadas regiones del territorio nacional. Esta situación en menor y mayor escala está relacionada con la apertura a la cotidianidad de los ciudadanos, pero que de manera inconsciente van tirando por la borda las medidas de prevención recomendadas y que por lo visto nos acompañarán por mucho tiempo.

Por igual esta elevación en los contagios y hospitalización es consecuencia inevitable de los desplazamientos, aumento de actividades que implican intercambio de población, afluencia de extranjeros como turistas, mercaderes, trabajadores o simple ciudadanos que han añorado la caída de un muro imaginario que los mantenía confinados sin pensar en la preservación de la vida y como si se tratara de un juego que no está ligado a nivel educativo ni económico, pues esta conducta es igual en todos los rincones del país.

Los brotes actuales afectan a todas las edades y aunque hemos ido aprendiendo en el camino y avanzamos en el manejo con una baja letalidad, cerca de 1,2 %, una

[...] hay una lucha entre
querer mantener
la economía
en funcionamiento
y por otro lado tener
controlada la situación
epidemiológica,
de ahí es que surgen
las esperadas oleadas
que afectan
principalmente a
determinadas regiones
del territorio nacional.

Esta situación
en menor y mayor escala
está relacionada
con la apertura
a la cotidianidad
de los ciudadanos

sobrevida mucho mayor que cuando la COVID-19 inició e hizo grandes estragos entre la población más vulnerable, sobre todo los adultos mayores y los afectados por enfermedades crónicas. Claro que esto no concede una patente para festinar los esfuerzos de las autoridades y trabajadores de la salud que día a día seguimos al pie del cañón a pesar del gran cansancio y la impotencia que da ver la conducta de la colectividad, resultando en una desafortunada abrupta ola de contagios.

Como médico entiendo que los efectos del confinamiento prolongado son devastadores en la economía y peor aún en la salud mental de las personas, pues como seres humanos somos sociales y precisamos la estimulación derivada del contacto con nuestros congéneres, fácilmente reconocible en los niños, a los que el aislamiento perjudica el desarrollo psicomotor y cognitivo, pero también en nuestros ancianos, en los que la ausencia de estimulación acelera el deterioro como un daño irreparable.

Albergamos la esperanza de que toda esta vivencia quede atrás como una pesadilla, a sabiendas de que en los años posteriores nada será como antes, no importa si se vive en una gran ciudad o en un pequeño poblado, quedará positivamente el recuerdo constante de la convivencia en un marco fundamentado en el lavado frecuente de manos, manteniendo el protocolo respiratorio, el uso de mascarilla y un cierto distanciamiento social por el riesgo permanente de algún contagio, que de paso han contribuido con la reducción de otras enfermedades respiratorias como la gripe. Sin embargo, para los profesionales de la salud, de forma marcada nos tendremos que mantener preparados para las futuras pandemias que seguirán apareciendo según las previsiones de algunos expertos y aunque es difícil no perder la fe, todos debemos poner nuestro granito de arena y adaptarnos a las distintas situaciones.

A pesar de las dolorosas defunciones, iremos superando poco a poco la embestida peligrosa de esta nueva enfermedad, pero la vida no será la misma por muchos años; mientras tanto, la duración y la amplitud de los efectos del coronavirus se vuelven más claras y es que se tendrán que reconsiderar los aspectos cotidianos de la vida, desde los viajes hasta los eventos que involucran intercambio entre humanos como lo son nuestras acostumbradas reuniones científicas, hoy solo posibles de forma virtual.

Y de tanto encontrarnos en línea por miedo a los contagios, entre amor y odio, los dispositivos electrónicos se han hecho parte del trabajo y de nuestra vida al ubicarnos cerca y lejos de nuestros familiares y amigos. Pero en verdad ha sido duro a nivel físico y emocional, porque después de soportar los días con equipos de protección dentro del drama desgarrador de personas sufriendo, solas, con miedo a la muerte, aferrados solo a su fe en Dios... el llegar a casa, abrazar a mi nonagenaria madre y saboreando un rico “almuerzo-cena”, refrescar vivencias pasadas y reírme con otras tantas del presente, o en ocasiones poder hacer una caminata de diez kilómetros en el parque... Son las golosinas para mi alma que mantienen viva la razón de seguir de pie en medio de esta pandemia. //



HÉCTOR JAVIER SÁNCHEZ PÉREZ

Investigador titular de El Colegio
de la Frontera Sur. Secretario Técnico
del Observatorio Social de Tuberculosis
de México

MÉXICO

PENSAR EN TB EN TIEMPOS DE LA COVID-19

¿Cómo podemos sensibilizar y hacer conciencia entre la población de que la tuberculosis (TB) aún existe, que sigue ocasionando que mucha gente enferme y desafortunadamente muera? En México, cada día fallecen seis personas en promedio a causa de la TB, cuando en teoría se tienen las herramientas para su prevención, diagnóstico temprano y curación.

Si en condiciones “normales” la tuberculosis pasa un tanto desapercibida entre la población, en la que es común escuchar expresiones como: “Yo pensé que ya no había” y, “¿Cómo, aún existe?”, con la pandemia de la COVID-19, la TB ha quedado más invisibilizada, lo que puede influir para que la TB no se llegue a plantear como una posibilidad de afección y que, por ende, no se la considere como un problema de salud que debe atenderse y, en dado caso, si se hace, suele ser en estados avanzados de la enfermedad.

En el ámbito de los servicios de salud también es frecuente esta situación. En México aún hay profesionistas sanitarios que no toman en cuenta la posibilidad de que una persona pueda padecer TB, y, menos aún, se piensa en tuberculosis cuando es extrapulmonar.

En nuestro país, en el año 2014 surgió el movimiento “#YoSoyMédico17” a raíz de la orden de aprehensión de 16 integrantes del personal de salud de un hospital del estado de Jalisco. El motivo fue que el 15 de enero de 2010 falleció un adolescente de 15 años, después de haber sido atendido tras presentar una posible crisis asmática. En ese entonces se sospechó que el joven podía tener influenza A-H1N1 (México fue el primer país en reportar casos de esta enfermedad en marzo de 2009). Le fueron realizadas varias pruebas para descartar el virus de la influenza y le fueron practicadas siete laparotomías exploratorias y, después de casi dos meses de hospitalización, murió. En el certificado médico del hospital se asentó como causa de muerte “sepsis intestinal” sin determinar su etiología, por lo que el padre solicitó una autopsia externa que determinó como causa de defunción: tuberculosis intestinal. De acuerdo con los datos disponibles, parece ser que, lamentablemente, durante los diversos procesos diagnósticos que le fueron realizados, en ningún momento se pensó en tuberculosis.

Recientemente, en un evento realizado en el marco del Día Mundial de lucha contra la Tuberculosis, en San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, el pasado 24 de marzo, Pilar G, de 21 años, nos compartió su experiencia de haber tenido TB cutánea facial, para cuyo diagnóstico transcurrió más de año y medio, después de haber consultado a varios médicos sin recibir un diagnóstico certero, hasta que un oftalmólogo le sugirió que se realizara una biopsia:

“Yo ya venía bastante mal porque veía que mi rostro cambiaba constantemente, se lastimaba... Yo como mujer, nosotras las mujeres, somos un poquito vanidosas, nos queremos ver bien siempre y yo veía que en vez de que mis heridas cerraran, cada vez se hacían un poco más grandes, entonces yo me sentía desesperada, lloraba y no sabía qué me pasaba. Yo pensé que me iba a quedar así o que realmente mi rostro se me iba a deformar...”

Con la aparición de la pandemia de la COVID-19, los indicadores epidemiológicos de búsqueda y detección de casos de TB apuntan a que la situación antes narrada se ha incrementado. Es decir, la posibilidad de que tanto la gente, como el personal de salud, no tengan en cuenta a la TB como posible afección es mayor a lo que sucedía en condiciones de la “anterior normalidad”. Esto ha sido debido a que, entre otras razones,

Le fueron realizadas
varias pruebas para
descartar el virus
de la influenza
y le fueron practicadas
siete laparotomías
exploratorias y, después
de casi dos meses
de hospitalización,
murió. En el certificado
médico del hospital
se asentó como causa
de muerte “sepsis
intestinal”
sin determinar
su etiología,
por lo que
el padre solicitó
una autopsia externa
que determinó como
causa de defunción:
tuberculosis intestinal

la población tiene temor de contagiarse de la COVID-19 en establecimientos de salud, por lo que acude menos. Ante cualquier anomalía que perciba en su estado de salud, es posible que inicialmente piense en el coronavirus y una vez descartada dicha posibilidad asuma cierto grado de tranquilidad y no busque pronta atención. Si antes de la pandemia era común que las personas se atendieran de forma tardía de la TB, en estos tiempos de pandemia lo es aún más y que, en términos generales, la población acude mucho menos a los servicios de salud.

Por otra parte, en el sector salud, para la atención de la COVID-19 se ha reasignado gran cantidad de personal, así como recursos físicos, tecnológicos y financieros, descuidando en no pocos casos otros padecimientos de significativa importancia, tal como es el caso de la TB, la cual sigue siendo uno de los principales problemas de salud pública como lo demuestra el hecho de que, al menos, cada año aparecen en el mundo más de 10 millones de casos nuevos, de los que solo se notifican aproximadamente el 70 %. Esta situación se complica aún más al considerar las bajas -temporales o definitivas- de personal de salud en riesgo o afectada por la COVID-19.

Cada vez aparecen más evidencias de que el SARS-CoV-2 ha ocasionado que se diagnostique una cantidad significativamente menor de casos nuevos de TB (alrededor de un 30-60 % en algunas regiones), así como de que haya habido una reducción en el seguimiento de casos y de la búsqueda de contactos, con lo que la cadena de transmisión continúa, ocasionando que, aunque no hablemos de ella, la TB siga ahí presente, infectando, enfermando y, silenciosamente, ocasionando la muerte de muchas personas.

Si bien varios programas nacionales de TB han promovido distintas alternativas para contrarrestar la situación, como es la entrega de medicamentos, y la realización de videollamadas y de mensajes por *WhatsApp* para el seguimiento de casos en zonas rurales marginadas y urbanas periféricas. Este tipo de servicios suele fallar por la escasa cobertura de internet o de la telefonía satelital, con lo que se afecta el seguimiento de la toma de medicamentos (que provoca abandono al tratamiento y/o resistencia a los fármacos utilizados) y la atención de posibles reacciones adversas al tratamiento.

En México, al igual que en otros siete países de América Latina: El Salvador, Guatemala, República Dominicana, Haití, Perú, Colombia y Bolivia, se han creado -o están en creación- Observatorios Sociales de Tuberculosis. Entre las principales aportaciones de estos observatorios deberían figurar:

- Promover la participación y coordinación de las poblaciones con los programas nacionales de TB (dentro de la denominada estrategia “Engage TB” de la Organización Mundial de La Salud).
- Sensibilizar y concientizar a la población (personal sanitario y sociedad civil) en que, además de la COVID-19, la TB también es una pandemia que aún existe y que sigue ocasionando muchos daños físicos, sociales, económicos y de pérdida de vidas entre la población, principalmente en aquella que se encuentra en mayores condiciones de vulnerabilidad, es decir, impulsar de manera significativa, pensar en TB. //



JOHANA BOTERO GIRALDO

Enfermera coordinadora de clínicas ambulatorias (CISSS de la Montérégie) Est, Saint Hyacinthe Canadá.
Miembro del Comité de Admisión y Equivalencias.
Colegio de Enfermería de Quebec

CANADÁ

ENFERMERÍA DE CANADÁ DURANTE LA PANDEMIA

El sistema de salud de Quebec está bien preparado en materia de equipos y de infraestructura. Pero no así en mano de obra calificada. Y la COVID-19 puso aún más al desnudo esa carencia de profesionales de la salud.

Los principales centros donde se dispararon los contagios por la pandemia se produjeron en las residencias privadas y en las públicas para adultos mayores, los centros hospitalarios de cuidados de larga duración (CHSLD), que acogen a pacientes que han perdido su autonomía y que requieren de cuidados especializados y atención 24/24.

Fue en los Centros de Albergue y Cuidados a Largo Plazo (Centres d'hébergement et de soins de longue durée) donde la COVID-19 golpeó más fuerte esta primavera en la provincia de habla francesa de Canadá. El primer ministro de Quebec François Legault había pedido la ayuda a especialistas médicos, estudiantes y personal sanitario de otras regiones para ayudar en los CHSLD, de las zonas más afectadas. Pero frente a la magnitud de las necesidades decidió también recurrir a las Fuerzas Armadas canadienses.

Los contagios se aceleraron y los decesos se acumulaban día tras día. La falta de personal generó presión en los profesionales y todos aquellos del sector de la salud porque los obligaba a trabajar sin los descansos a los que tenían derecho anteriormente.

El primer ministro de Quebec François Legault había pedido la ayuda a especialistas médicos, estudiantes y personal sanitario de otras regiones para ayudar en los CHSLD, de las zonas más afectadas. Pero frente a la magnitud de las necesidades decidió también recurrir a las Fuerzas Armadas canadienses

Todos los profesionales de la salud viven diariamente estrés y presión laboral, especialmente por la falta de personal lo que se refleja en los turnos que deben continuar obligatoriamente, aunque no se encuentre un reemplazante, ya que el Código de Profesiones y Deontológico protege a la población y sus necesidades, igual que el colegio que rige la profesión de enfermería de Canadá.

Unos 65 000 trabajadores de la salud han sido infectados con la COVID-19 desde el comienzo de la pandemia lo que representa un 10 % de todos los casos que incluyen a la población. Estos datos se refieren únicamente a los trabajadores de la red pública y excluye al personal que trabaja en residencias privadas de ancianos (RPA) y recursos intermedios (IR), para los que el Ministerio de Salud y Servicios Sociales (MSSS) dice no recopilar datos.

Pero no todo es malo en medio de esta pandemia, el gobierno reconoce la contribución extraordinaria de los solicitantes de asilo que trabajan en el sector de la salud durante la pandemia de la COVID-19, especialmente en los centros de atención a largo plazo. Las circunstancias actuales justifican la adopción de medidas excepcionales en reconocimiento a los servicios prestados durante la pandemia por estas personas que enfrentan un futuro incierto en Canadá.

Pero no todo es malo en medio de esta pandemia, el gobierno reconoce la contribución extraordinaria de los solicitantes de asilo que trabajan en el sector de la salud durante la pandemia de la COVID-19, especialmente en los centros de atención a largo plazo.

Las circunstancias actuales justifican la adopción de medidas excepcionales en reconocimiento a los servicios prestados durante la pandemia por estas personas que enfrentan un futuro incierto en Canadá

Varias personas sin estatus tendieron al llamado del gobierno para ser formados y trabajar en medio de la pandemia en varios sectores en el Sistema de Salud: ayudantes, cuidadores, cocineros y demás. Lo que les permitió ser denominados “ángeles guardianes” y obtener un estatus permanente en Canadá.

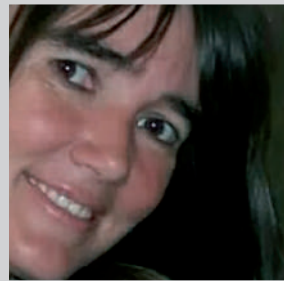
¿Cuáles fueron algunas de las medidas implementadas en medio de la pandemia en Canadá, en especial en el Quebec, la provincial más golpeada por el virus?

- Tener un gerente responsable de cada CHSLD.
- Mantener un acceso seguro para los cuidadores.
- Ofrecer servicios de apoyo a domicilio adaptados a las necesidades de los usuarios.

Actualmente en todo Canadá las fronteras permanecen cerradas para los turistas y la cuarentena es obligatoria para quienes lleguen del extranjero, por eso una de las medidas más recomendadas en el momento es la vacunación masiva

- Mantener una carga mínima para los servicios sociales.
- Reclutar masivamente empleados en los CHSLD.
- Prohibir la movilidad laboral, respetando estrictamente las normas de prevención y control de infecciones.
- Asegurar el suministro de equipos de protección personal (EPP) mediante la firma de acuerdos con los fabricantes de Quebec para la producción de productos estratégicos.
- Y ahora la vacunación masiva a toda la población.

Actualmente en todo Canadá las fronteras permanecen cerradas para los turistas y la cuarentena es obligatoria para quienes lleguen del extranjero, por eso una de las medidas más recomendadas en el momento es la vacunación masiva. Canadá a la fecha de hoy tiene más del 70 % de la población con la primera dosis de la vacuna COVID-19 aplicada y 50 % con las dos dosis. Se espero que para septiembre de este año toda la población esté completamente vacunada. //



JORGELINA LEZAUN

Ingeniera Agrónoma.
AgriConsult Latam – CEO & Founder.
Miembro de la Comisión Dictaminadora
de la *Revista Ciencia*
ARGENTINA

SALUD Y AGRICULTURA, SECTORES PRIORITARIOS EN PANDEMIA

En el mes de marzo 2020 se produjo la irrupción del brote de enfermedad por coronavirus en los países de América Latina y el Caribe.

Lo que siguió fue una gran incertidumbre, ansiedad y negación ante el desconocimiento sobre el origen, el alcance y las consecuencias de la enfermedad que posesionó a la humanidad en iguales condiciones y vulnerabilidad.

Localmente, al inicio de la pandemia, la información que era difundida desde el hemisferio norte por los medios europeos y profesionales calificados se percibía como una historia de ciencia ficción. Sin embargo, en pocos meses nos convertimos también en protagonistas de esa misma realidad y fue necesario adaptarnos a los protocolos globales establecidos para minimizar su avance y el impacto sobre la salud pública. Ante esta situación, los gobiernos de la región decretaron que la salud y la agricultura fueran sectores prioritarios. De esta manera, nuestra industria agrícola garantizó el abastecimiento de alimentos, fueron limitadas las restricciones logísticas de transporte y los agricultores dieron continuidad a su actividad en los campos de producción.

[...] en pocos meses nos convertimos también en protagonistas de esa misma realidad y fue necesario adaptarnos a los protocolos globales establecidos para minimizar su avance y el impacto sobre la salud pública

A esa fecha, a nivel regional se identifica un impacto negativo de la pandemia principalmente en el aspecto económico y en el sanitario. En el aspecto económico, según estimaciones del Instituto Interamericano de Cooperación Agrícola (IICA), se registra un retroceso económico de los países, equivalente a una década perdida y ha afectado los indicadores de pobreza, desempleo y seguridad alimentaria. Asimismo, a nivel regional la pandemia exhibió la importancia de los Sistemas Agroalimentarios. El IICA destacó que, en el contexto de crisis y recesión, el sector agrícola funcionó como soporte y motor de crecimiento. En referencia a “producción de alimentos” no existió disminución y hasta fue positiva dadas las circunstancias y las condiciones de priorizar el abastecimiento alimentario en medio de las restricciones de circulación.

Comparando con 2019, las exportaciones agroalimentarias de Latinoamérica se incrementaron en un 2,7 % en 2020. Las exportaciones totales cayeron más de 9 % y se generó una oferta de alimentos con capacidad para alimentar a los casi 840 millones de habitantes de América Latina y el Caribe. El reconocimiento social de la comunidad sobre la importancia de la actividad productiva agropecuaria también ha sido evidente.

La situación de riesgo se identifica frente a la caída de la demanda de alimentos y el aumento de los precios ante la extensión temporal de pandemia. En el sector de la industria de formulación de productos fitosanitarios para protección de cultivos -fabricados mayormente en China- se observó un debilitamiento de las cadenas de suministro e ingredientes activos y movimiento de mercaderías. También se ha visto

[...] a nivel regional
la pandemia exhibió
la importancia
de los Sistemas
Agroalimentarios.
El IICA destacó que,
en el contexto de crisis
y recesión, el sector
agrícola funcionó como
soporte y motor
de crecimiento.
En referencia a
“producción de
alimentos” no existió
disminución y hasta fue
positiva dadas
las circunstancias
y las condiciones
de priorizar
el abastecimiento
alimentario en medio
de las restricciones
de circulación

alterada la planificación de las compañías a mediano y largo plazo en sus presupuestos y planes de crecimiento e inversión.

En el aspecto sanitario, a la fecha en Argentina los registros de enfermedad son 5 019 000 de personas y una mortalidad de 107 459 personas. En referencia a la vacunación el 12,9 % de la población está completamente vacunada, se han aplicado 28,7 millones de dosis que fueron administradas a 5,8 millones de individuos adultos.

Dada esta situación desafortunada, se hizo posible visualizar claramente la importancia de la relación entre la salud pública, sistemas alimentarios y objetivos económicos. Estos pilares aparecen como aspectos clave para ser abordados globalmente y de manera sinérgica, articulando actividades gubernamentales y privadas desde todos los sectores de la comunidad. Desde mi experiencia personal durante la pandemia, he sentido la frustración de posponer proyectos anhelados por largo tiempo, fue necesario cambiar planes de viajes, trabajo y modificar rutinas familiares. Transité las fases de aislamiento en contacto directo con la naturaleza. Tuve oportunidad de identificar fenómenos de perturbación del medio ambiente, analizar sus efectos sobre la biodiversidad, el cambio climático, estudiar el impacto en los recursos y capacitarme en los métodos e índices de medición de riesgos ambientales. Esto, me permitió plantearme la gran necesidad de proteger el equilibrio de nuestros ecosistemas, como contribución para minimizar a futuro los riesgos de ocurrencia de nuevas epidemias causadas por “enfermedades emergentes” originadas por la alteración de la dinámica de las poblaciones.

Durante esta etapa, ha sido fundamental el aporte de la ciencia que nos acompañó a lo largo del proceso como instrumento indispensable para mitigar los efectos y consecuencias de la pandemia.

Además, aparece como imprescindible el rol de la tecnología, que nos ayudó a sostener la comunicación y vincularnos. El efecto de la pandemia como “crisis” hizo evidente lo mejor y lo peor de los valores y condiciones personales y comunitarias. La actitud positiva y la resiliencia permitieron que aprendiéramos a convivir con la pandemia, manejar la incertidumbre con escasas certezas disponibles y aceptar situaciones que de otra manera no hubiesen ocurrido, así como valorar bienes intangibles y desconocidos. Rescato que fue posible crear y mantener relaciones sociales, dar continuidad a nuestro trabajo, mejorar actividades educativas, difundir e intercambiar información y capacitarnos, además de impulsar y promover actividades comerciales virtuales.

Quisiera destacar esta convocatoria de Red TBS-Stop Epidemias como muy valiosa para mí. Agradezco la oportunidad para relacionarme con colegas y amigos del lugar de origen de mis ancestros a través de este medio y compartir experiencias en nuestros sectores clave como la salud y la alimentación para poder diseñar juntos estrategias útiles para la sociedad desde la sostenibilidad de la salud y los sistemas biológicos y productivos en línea con objetivos económicos, sociales y ambientales. //



JEAN DE MELO SILVA

Biomédico.

Universidad Federal de Amazonas (UFAM)

BRASIL

PARQUE DAS TRIBOS

Soy estudiante de doctorado en Inmunología Básica y Aplicada de la Universidad Federal de Amazonas. Durante esta pandemia, junto con algunos de los investigadores y estudiantes asociados nos unimos para ayudar a una comunidad indígena ubicada en el área urbana de Manaus.

Cuando la pandemia llegó a Manaus, los indígenas de la comunidad, conocida como *Parque das Tribos*, enfrentaron la enfermedad con una falta de servicios básicos indispensables: sin alcantarillado ni agua potable y sin productos básicos de higiene, teniendo que hacer sus propias medicinas y coser sus propias mascarillas.

Así es que como los pueblos indígenas de esta comunidad fueron abandonados durante la pandemia, realizamos un estudio sobre la prevalencia de contagio por el coronavirus en esta comunidad, con el fin de llamar la atención de las autoridades. Además tuvimos que diagnosticar la infección entre los indígenas que habitan la comunidad, ya que no podían pagar una prueba diagnóstica en un laboratorio privado. Se realizaron pruebas serológicas a 281 indígenas que decidieron participar en la investigación. Del número total analizado 182 (el 65 %) dieron positivo y 99 (el 35 %) dieron negativo por coronavirus. La experiencia se amplió, en total, participaron en el estudio indígenas de 31 etnias diferentes.

Realizamos un estudio sobre la prevalencia de contagio por el coronavirus en esta comunidad, con el fin de llamar la atención de las autoridades

La mayoría de los pueblos indígenas de cada etnia tenían anticuerpos IgA e IgG simultáneos, lo que indica que aún podrían estar transmitiendo el virus en ese momento, ya que IgA indica una infección reciente y una persona infectada se considera curada cuando solo se detectan anticuerpos IgG.

Sin embargo, no podríamos decir que los indígenas que dieron positivo a ambos anticuerpos (IgA e IgG) estuvieran transmitiendo el virus, ya que hay varios reportes que muestran que incluso después de la cura, la IgA puede permanecer en la circulación y presentará un resultado positivo en la prueba; incluso si la persona infectada se cura y ya no existe ningún riesgo de transmisión.

Los diagnósticos realizados fueron muy importantes para orientar los casos que debían permanecer aislados. Al final de las pruebas y análisis de los datos del estudio, presentamos un informe a los líderes indígenas del *Parque das Tribos* con el fin de difundir información sobre la frecuencia de infecciones causadas por el nuevo coronavirus en los habitantes indígenas del *Parque das Tribos*, además de brindar información sociodemográfica de los participantes del estudio como su edad, etnia y estado civil, ya que estas características podrían estar asociadas con la prevalencia de la enfermedad. La aparición de nuevas variantes virales y otros factores contribuyeron al aumento de la pandemia en Manaus y en el estado de Amazonas. El rápido aumento del número de casos ha provocado el colapso de hospitales y cementerios, además de la falta de oxígeno en los hospitales.

En Manaus hay 30 000 indígenas en 47 poblados que hablan 16 idiomas y están articulados en 100 organizaciones sociales. Esta ciudad tiene la mayor población indígena de Brasil, sin embargo esta población no tiene acceso a los principales servicios de salud. La pandemia trajo no solo enfermedades, sino más hambre, desempleo y mucho abandono. //



Ma VICTORINA LÓPEZ VARELA

Jefa del Servicio de Neumología
del Hospital Maciel.
Profesora de la Universidad de Uruguay.
Expresidenta de la ALAT
URUGUAY

UNA PANDEMIA QUE NOS LLEGÓ A TOD@S

A nuestro paisito con 3 millones y medio de habitantes, al sur del continente americano, todo llega tarde, pero llega. Así llegó la pandemia un viernes 13 de marzo del 2020 cuando el mundo ya venía replegándose con la primera ola, miles de enfermos, hospitales y unidades de cuidado intensivo llenas.

Y también como tantas otras cosas lo vivimos distinto, quizás porque aprendimos de lo que sucedía en el resto del mundo. Sin confinamiento, pero con restricciones de movilidad, con cierre de fronteras y extremando las medidas de atención personal, cuidando a nuestros ancianos y a nuestros niños cuya educación pasó a la virtualidad; en realidad todos pasamos a la virtualidad y la vida nos cambió para con nuestros afectos: padres, hijos, nietos, hermanos y amigos a quienes dejamos de ver. Nos cambió en lo laboral: nos convertimos en los “astronautas y campeones del Zoom”, perdimos el contacto físico con nuestros pacientes y dedicamos la mayor parte de nuestro tiempo a estudiar sobre este virus que nos había cambiado la vida. Vivimos un 2020 muy encerrados, con un número de casos controlado y un sistema de salud continente y preparándonos para lo peor. Siempre pensando que no llegaría, pero llegó: nueve meses después el paisito vivió su verdadera pandemia. Crecieron los casos de forma exponencial, se llenaron nuestros hospitales y unidades de intensivo. Y lo peor, aparecieron nuestros muertos. Todos conocíamos enfermos y teníamos muertos cercanos. Y cuando nos ganaba la desazón, a un año de nuestros primeros cuatro pacientes llegan las primeras vacunas y comienza una campaña de vacunación que progresa rápidamente y crece nuestra esperanza, bajan los casos y los muertos y el país “parece” retornar a aquellos números del 2020. Y aún, cuando el Uruguay tiene inmunizada con dos dosis más del 60 % de su población y con posibilidades ciertas de superar prontamente el 70 %, aparecen nuevas variantes y las vacunas inaccesibles para millones de personas en el mundo son una amenaza para todos. La incertidumbre sigue, pero lo que es seguro es que de esta pandemia sólo se sale entre todos. El nuevo desafío es hoy el seguimiento posCOVID: pacientes que han cursado la enfermedad y quedan con secuelas. ¿Cuáles? ¿Permanentes? Nuevamente, la incertidumbre.

[...] todos pasamos a la virtualidad y la vida nos cambió para con nuestros afectos: padres, hijos, nietos, hermanos y amigos a quienes dejamos de ver

Las preguntas son: ¿Aprendimos algo? ¿Tanto sufrimiento nos dejó algo? Ciertamente. Hoy valoramos más lo cotidiano, el tiempo con nuestros seres queridos, el tiempo de recreación y la solidaridad para con el otro. Y por encima de todo valoramos la libertad y la vida en sociedad. Como médicos reafirmamos el juramento hipocrático, potenciamos el trabajo en equipo, gestionamos y reestructuramos servicios, mantuvimos la asistencia aun en la no presencialidad, incorporamos prácticas saludables que llegaron para quedarse y nos apoyamos con nuestros colegas a distancia, unos a otros, integrándonos en pos de mejorar el conocimiento y manejo de la pandemia. Adquirimos capacidad de resiliencia, algo que mucho se ha hablado y a lo que esta pandemia nos obligó a apelar. Finalmente, este pequeño gran país ha dado batalla y ha incorporado muchísima experiencia. //



JOSÉ CARLOS BERMEJO

Director del Centro de Humanización
de la Salud San Camilo

ESPAÑA

CARTA ABIERTA A LAS AMÉRICAS

¿Y el duelo qué? Virus, síntomas, infección, vacuna, internamiento, fallecimientos...

Son numerosos los indicadores que permiten hacerse cargo del impacto de la pandemia en la humanidad. En el peor de los casos, parece que todo termina con el fallecimiento del paciente. Y lo cierto es que no es así.

Por cada persona que fallece, al menos ocho permanecen muy afectadas, profundamente afectadas, radicalmente afectadas en su vida, por la pérdida y el duelo consiguiente.

VIII

El duelo es un proceso de adaptación, en principio normal, que empieza antes de que la pérdida se produzca —si no es súbita— con su fase de duelo anticipado. Le sigue la muerte y la dimensión de socialización y de ritualización —laica o religiosa— y el trabajo que es necesario hacer en muchos niveles de la vida: económico, habitacional, emocional, espiritual, cognitivo... El duelo es una experiencia intensa, que afecta a toda la persona. Se puede complicar, de diferentes maneras y, en el peor de los casos, patologizar y ser letal.

Afortunadamente vamos contando con diferentes modelos interpretativos en la cultura actual, sobre todo con el aporte de la psicología. También existe el riesgo de psicologizar el duelo, dejando de lado otros aspectos tanatológicos, de índole cultural, social, jurídica, espiritual. Afortunadamente también, van surgiendo Centros especializados en intervención en duelo complicado, como los Centros de Escucha diseminados por España, tras el modelo del primero surgido en Madrid en 1997, el Centro de Escucha San Camilo.

También es una fortuna contar con acciones formativas de diferente rango, desde encuentros de sensibilización hasta máster en intervención en duelo. Lo mismo sucede con la investigación y las publicaciones específicas en torno a los diferentes temas relacionados con este dolor por la ruptura de vínculos significativos, llamado duelo.

Tenemos ante nosotros el reto de considerar el duelo también como un problema de salud comunitaria. No atender debidamente un duelo, desde las diferentes especialidades con las que los seres humanos nos ayudamos unos a otros, puede llevar a complicaciones evitables y, en todo caso, a sufrimientos que podrían haber sido ahorrados.

Hay una parte del duelo que es como la otra cara de la moneda del amor, o el precio que tenemos que pagar por vincularnos con las personas a las que amamos. Pero hay una parte muy importante del duelo que evoca un sufrimiento evitable. Tiene que ver con cómo pensamos, cómo gestionamos lo emocional, cómo significamos la muerte, qué grado de dramaticidad le atribuimos, cómo la narramos empoderadamente o victimizándonos... Aliviar el sufrimiento inevitable y acompañar en clave interventiva y preventiva el sufrimiento evitable son un deber ético de los profesionales de la salud. No hacerlo abre espacio a una pandemia de sufrimiento cuya responsabilidad hay que asumirla, con todos sus precios.

Pero el duelo en tiempos de pandemia tiene sus aspectos específicos. Es un duelo, a todas luces, de riesgo, que aumenta la posibilidad de complicación y eventual patologización. Las decisiones tomadas durante la pandemia —decisiones éticas en todo caso— han comportado un modo de morir con connotaciones no menores.

No pocas personas han saludado a sus seres queridos al ir al hospital y no les han visto nunca más, no les han abrazado, no se han despedido, no han honrado el vínculo en clave de despedida, de cierre, de dignificación mediante la presencia. Y esto tiene un precio que se paga, entre otras formas, con sentimientos de culpa y pensamientos ruminantes que aumentan el malestar y dan paso a las significaciones catastrofistas.

Pero nos hemos privado también de expresar y vivir la *pietas* humanizadora con la que comenzó la humanidad: los ritos fúnebres. Profanos o religiosos, los ritos permiten la expresión de la dimensión social de la muerte, refuerzan el apoyo comunitario, expresan la dimensión mística, honran la vida del difunto, permiten las narraciones

Aliviar el sufrimiento
inevitable y acompañar
en clave interventiva
y preventiva
el sufrimiento evitable
son un deber ético
de los profesionales
de la salud. No hacerlo,
abre espacio a una
pandemia de sufrimiento
cuya responsabilidad
hay que asumirla,
con todos sus precios

de las hazañas y fomentan la posibilidad de dar un sentido al drama de la pérdida. La ausencia de ritos deshumaniza, genera un vacío que aumenta la vulnerabilidad al duelo complicado.

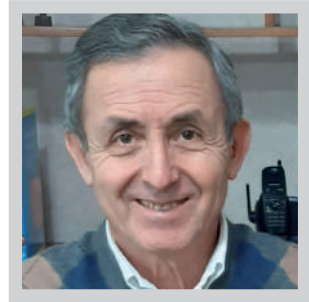
Con ocasión sobre todo de los primeros meses de la COVID-19, la humanidad entera ha potenciado algo que ya tenía entre las costumbres: la digitalización de la relación. Ahora también para crear asambleas digitales, tumbas digitales, tanatorios digitales, libros de visita y flores digitales, corporalización digital del ser querido fallecido mediante imágenes que idealizan al difunto y son patrimonio del doliente.

El mundo de las redes sociales tiene una serie de implicaciones con el duelo, superiores a lo que pueda parecer a primera vista. Compartimos imágenes, no sabemos qué hacer con el legado digital del fallecido –si no hizo testamento digital–, construimos medios para socializar en la red el fallecimiento, se mantienen cuentas abiertas como si fueran de vivos, algunas redes abren espacios memoriales para separar vivos y difuntos, nos ofrecen entrar en relación con seres reconstruidos (“resucitados digitalmente”) a partir del rastro digital, nos invitan a chatear o wasapear con los difuntos digitalmente activados, a tener encuentros sensoriales con hologramas de nuestros seres queridos... Todo un mundo de posibilidades que pueden resultar atractivas a primera vista, pero que pueden impedir el trabajo propio del duelo: la aceptación de la muerte y de la irreversibilidad de la pérdida.

Sea como sea, con más apoyo digital o menos, la pandemia ha puesto sobre la mesa la consideración del duelo y su importancia personal, social, universal.

Si la humanidad empezó con los ritos fúnebres y el dinamismo de la esperanza nos acompaña a lo largo de los siglos, toca hoy preguntarse cómo rescatar, actualizados a nuestra cultura y sensibilidad, las claves que este mundo de ritos contenía, sin ingenuidad ni espejismos ante lo digital. Porque el corazón humano, sigue latiendo al ritmo del sufrir, sigue necesitando hacer un trabajo ingente, dolorosísimo, de zurcir los rotos que se producen con ocasión de la pérdida. La mente sigue necesitando invertir mucha energía en la aceptación de todo lo que implica la muerte de un ser querido. El mundo relacional ha de reconstruirse a golpe de esfuerzo, reinventarse, de integración del sufrimiento. No hay fármaco suficiente que anule la necesidad de desahogo, de consuelo, de reconstrucción de los escombros que la pérdida produce.

Nada humano me es ajeno, decía Terencio. También para los expertos en pandemia, para los profesionales de la salud, para los expertos en duelo, la experiencia se ha de vivir. No hay vacuna contra el duelo. Vincularse tiene un precio. Amarse tiene también la cara del sufrir en la pérdida. Han de ser bienvenidas las iniciativas que aquí y allá, en un lado y en el otro del Atlántico, en un continente u otro, se emprendan para compensar lo que, con ocasión de la pandemia, también hemos perdido. Es un duelo en el duelo, o un conjunto de pérdidas asociadas al modo de vivir el duelo, con su potencial desafiante para humanizar la vida humana. //



FRANCISCO EDUARDO MARCOS

Consultor en Clínica Médica
y especialista en Terapia Intensiva.
Exjefe de Terapia Intensiva en el Hospital
Leónidas Lucero de Bahía Blanca

ARGENTINA

REFLEXIONES SOBRE LA PANDEMIA

“Qué tiempos éstos, vemos cómo se invierte el orden de las cosas, un símbolo que casi siempre fue de muerte se convierte en señal de vida. Hay manos capaces de eso y de mayores prodigios, dijo el médico... La necesidad puede mucho, querido, dijo la mujer...” José Saramago, *Ensayo sobre la ceguera*.

Quienes habíamos vivido en América la pandemia de la gripe “A” del año 2009, cometimos el error de pensar que no se repetiría. Y probablemente, sea una de las razones por las que lo estamos pagando caro. Creímos que habíamos alcanzado una victoria definitiva y que no valía la pena realinearnos para lo mismo. Si tuviera que contar las percepciones que he tenido del impacto de la pandemia de COVID-19 en nuestra sociedad debería relatar dos situaciones muy distintas entre el año pasado y éste.

En el año 2020 la sociedad aceptó con disciplina el confinamiento; los médicos, que estábamos muy temerosos, teníamos una clara sintonía con las decisiones políticas, contábamos con un gran respaldo y consenso en la sociedad y cumplíamos rigurosamente las normas emitidas por las Sociedades de Infectología. Simultáneamente, los miembros de las distintas sociedades científicas involucradas comenzamos a intercambiar información acerca de la COVID-19 con una entrega y generosidad que yo en cuarenta años de profesión nunca había visto.

Este año, las cosas cambiaron; por un lado, las urgencias económicas de nuestro país crearon una divergencia entre el pensamiento médico y las decisiones políticas, cuestión que, en mi modo de ver acentuó el avance de la pandemia. A la vez, las necesidades gregarias de la población llevaron a mucha gente a desoír nuestras recomendaciones por descreimiento o por fatiga. Ambas cosas se acentuaron ola tras ola de la pandemia. Sólo permaneció incólume la solidaridad entre los sanitarios que seguíamos unidos luchando en todos los escenarios, ayudándonos a internar pacientes, dándonos consejos e intercambiando febrilmente información.

[...] los miembros de las distintas sociedades científicas involucradas comenzamos a intercambiar información acerca de la COVID-19 con una entrega y generosidad que yo en cuarenta años de profesión nunca había visto

Tengo 67 años, me jubilé de mi actividad en Terapia Intensiva hace 5 años. Conservo, con más serenidad, mi actividad en el consultorio de Clínica Médica que me permite tiempo para mirar a los ojos, para escuchar con paciencia narraciones de pacientes más extensas que antes. He descubierto (no sé por qué no lo hice antes) que en nuestro consultorio hacemos los diagnósticos de ictus, de hipertensión, de asma, pero no diagnosticamos la soledad, no diagnosticamos la desconfianza y están presentes más veces de las que suponemos. Este contacto sin urgencias me ha permitido percibir el dolor de los enfermos graves con SARS-CoV-2, de los familiares de los fallecidos. He podido percibir el miedo como nunca antes, probablemente porque yo también lo siento.

Un contador, quien vino a informarme de la muerte de su esposa por COVID-19 me dijo: “Lo peor de esta pesadilla no es la muerte... la acompañé en una silla de ruedas

Tengo 67 años,
me jubilé
de mi actividad
en Terapia Intensiva hace
5 años. Conservo,
con más serenidad,
mi actividad
en el consultorio
de Clínica Médica
que me permite tiempo
para mirar a los ojos,
para escuchar
con paciencia narraciones
de pacientes
más extensas que antes.
He descubierto [...]
que en nuestro
consultorio hacemos
los diagnósticos de ictus,
de hipertensión, de asma,
pero no diagnosticamos
la soledad

hasta la puerta del hospital donde la recibieron los enfermeros... nunca pensé que no volvería a verla. Una noche, me despertó el teléfono... a través de él una médica me informó que había muerto. Mi próximo contacto con ella fue en el cementerio adonde fuimos con mi hijo a llevar flores... No hubo despedida..."

Esa sensación de temor de enfermar y de contagiar no se ha ido. Tampoco se ha ido la angustia de tener que internar a un paciente grave sabiendo de antemano que no habrá sitio disponible y que el colega del otro lado del teléfono, en su trinchera hospitalaria, nos confirme que no hay ni habrá ni una cama ni una cánula de oxígeno para él. Recuerdo aún con angustia el llamado de la esposa de un paciente de 50 años, previamente sano, quien me llamó desesperada porque su esposo, en octavo día de la COVID-19 sentía falta de aire y la saturación de oxígeno no superaba el 85 %. Su seguro social, muy sólido, hubiera asegurado en otras épocas una internación inmediata en alguna institución de renombre. Nada de eso ocurrió, ni el seguro, ni la desesperación de la familia ni mis llamados a todos los hospitales de la ciudad consiguieron una cama. Me pregunté qué hacer... estaba seguro de que moriría en su casa... sentí que debía ir a acompañarlo, aunque no pudiera hacer nada para ayudarlo... quise acordarme de una situación médica tan angustiosa como ésta y no pude.

Las instituciones públicas, abrumadas, dejaron de dar respuesta a los requerimientos de enfermos que desde sus hogares reclamaban seguimiento. Esta tarea recayó en los médicos de cabecera. En consecuencia, se originaron pacientes hipercomunicados, angustiados, desesperados por obtener información mañana, tarde y noche. Y para los médicos desaparecieron las barreras de los fines de semana o los feriados y nos descubrimos de guardia con nuestro móvil las veinticuatro horas del día los siete días de la semana. Pude observar, con sorpresa, que en ningún momento el comportamiento de las personas guardó relación con el nivel sociocultural; había supuesto que un menor nivel de instrucción o un menguado ingreso económico podía incidir en un menor acatamiento o comprensión de las normas. Sin embargo, en todos los casos, los valores personales han sido los vectores que han direccionado las conductas en todos los estratos sociales. Mientras muchas personas aplaudían con gratitud desde los balcones al personal de salud, otros colgaban notas en las puertas de sus vecinos médicos o enfermeros exigiendo que abandonaran el edificio porque podían ser portadores del virus. Mientras muchas personas cumplían con paciencia infinita y en gran soledad el aislamiento, otros (después de haber desoído las recomendaciones sin ninguna responsabilidad) ante el contagio propio o de algún ser querido se volvían los más exigentes y despiadados con el personal de salud.

Estudí en una universidad pública por lo que mi formación médica fue gratuita; también mi residencia en Clínica Médica fue costeadada por los impuestos ciudadanos; no hubiera sido justo evadir esta lucha. Siento la obligación de protagonizarla, no ya desde las barricadas hospitalarias, pero sí desde la respuesta a cada llamado. Sí, desde la obligación ética de leer ávidamente hasta el último artículo posible y desde el esfuerzo de compartir con los colegas jóvenes toda la información y todo el consuelo.

Creo que podemos influir en nuestro futuro si este azote nos permite reconocer que, pese a todos los avances, la humanidad sigue siendo frágil, vulnerable, a veces destructiva y egoísta... Y que sólo la entrega generosa, la compasión y el altruismo pueden salvarnos. Como dice Antonio Porchia en *Voces*: "Herir al corazón es crearlo", tal vez ésta sea una oportunidad de aprendizaje para la raza humana. //



YOLANDA E. RODRÍGUEZ DE GUZMÁN

Docente principal de la Universidad Nacional de Trujillo. Docente investigadora del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología.

Coordinadora Nacional de la Red Nacional de Enfermería en Salud Infantil

PERÚ

LA PANDEMIA EN EL ÁMBITO PERUANO

La enfermedad por coronavirus (COVID-19) ha sido declarada una emergencia de salud pública, catalogada como pandemia, debido a su rápida extensión en países y territorios ubicados en los cinco continentes. Inicialmente, las personas de más de 60 años y/o con padecimientos de base fueron definidas como grupos de riesgo y se les asoció a la más alta mortalidad por coronavirus.

Sin embargo, al tratarse de un evento novedoso, con el curso de los días se va aprendiendo cada vez más sobre sus características y comportamiento. De ahí, que la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha sido enfática al señalar que los niños, niñas y adolescentes y otros grupos de edad sí corren riesgo ante el coronavirus, por lo que han alertado acerca de su cuidado y protección.

El Perú cuenta con una población de 32 625 948 de habitantes (INEI, 2020). Hasta el momento, según el Ministerio de Salud (12 agosto 2021), hay 197 027 personas fallecidas por coronavirus, 2 125 848 casos.

La tasa de letalidad (fallecidos respecto a confirmados) es del 9,27 %.

El Perú ha sido categóricamente uno de los países más afectados en el mundo por la COVID-19, tanto en pérdidas de vidas como en resultados económicos. Esta situación de fracaso de la respuesta nacional ante la propagación del virus se podría deber probablemente al menor desarrollo económico, mala calidad del sistema de salud, altos niveles de corrupción, alta proporción de trabajadores informales, además de las políticas de reacción implementadas que fueron poco efectivas o incluso hasta contraproducentes.

El Perú viene atravesando por una grave crisis sanitaria que incide principalmente en las/los profesionales de enfermería que están en la primera línea de acción, garantizando la defensa de la salud de la población; sin embargo, toda esta crisis marca una tensión en el trabajo diario del personal, en especial de las enfermeras siendo las primeras víctimas de agotamiento laboral por la modalidad de trabajo ya que la profesional y el equipo de salud trabajan de manera continua las veinticuatro horas del día por la gran demanda de pacientes, las condiciones de trabajo, la falta de equipos de protección personal, y el miedo al contagio inminente. En el Perú han fallecido aproximadamente 150 enfermeras y se han infectado 7000 profesionales, según el Colegio de Enfermeros del Perú.

Actualmente las Enfermeras Peruanas, realizan la campaña: Pongo el hombro por el Perú, que son jornadas de aplicación de la vacuna contra la COVID-19 durante 36 horas seguidas (Vacunatón), para acelerar el proceso de inmunización a personas de 40 a 49 años y terminar de aplicar las dosis necesarias a aquellos mayores de 50 años que por algún motivo no han recibido aún su vacuna; así como también iniciar la vacunación a los segmentos de grupos etarios menores de 40 años.

El Ministerio de Salud refiere que, hasta el 10 de agosto del presente año, un total de 15 304 649 dosis se han aplicado en todo el país. Además, el ministro de Salud firmó una resolución ministerial, la N°924-2021/MINSA, que establece el 7 de febrero como el Día Nacional de la Vacunación contra el COVID-19 en el Perú. La fecha conmemora la llegada del primer lote de vacunas de Sinopharm al Perú, con lo que se pudo iniciar la protección de los peruanos ante la pandemia y con ello el país empezó a salir de los graves daños causados por la misma en nuestra población.

Desde el inicio de la pandemia hemos visto el papel relevante de las enfermeras en todas las Regiones del Perú. Es en la vacunación cuando podemos establecer de forma categórica que sin las profesionales del cuidado es totalmente imposible lograr el objetivo propuesto: vacunar a toda la población peruana. Tenemos altísimas coberturas vacunales gracias al trabajo que hacen las enfermeras y enfermeros a este respecto, y por ello es seguro que conseguiremos excelentes resultados en la vacunación frente

El Perú viene atravesando por una grave crisis sanitaria que incide principalmente en las/los profesionales de enfermería que están en la primera línea de acción, garantizando la defensa de la salud de la población; sin embargo, toda esta crisis marca una tensión en el trabajo diario del personal, en especial de las enfermeras siendo las primeras víctimas de agotamiento laboral por la modalidad de trabajo ya que la profesional y el equipo de salud trabajan de manera continua las veinticuatro horas del día

a la COVID-19. No hay duda que en la situación actual en la que nos encontramos, la profesión de enfermería está presente en la mente de todos los peruanos; que su contribución es vital para combatir el virus. Y son protagonistas en las noticias y en las redes sociales, destacando su papel esencial en la actual crisis sanitaria.

En medio de la pobreza, falta de equipos, de oxígeno, de camas UCI, que ha ocasionado alta mortalidad en el Perú, un grupo de enfermeras del Hospital Regional Docente de la ciudad de Trujillo de la Región La Libertad-Perú, y con la finalidad de paliar la falta de equipos de oxigenoterapia, tuvieron una gran iniciativa de cómo adaptar dispositivos respiratorios no invasivos, los CPAP, para brindar presión positiva continua de la vía aérea y prevenir la alta mortalidad por esta causa.

“Todo lo que haga una enfermera y cree un impacto es para nuestra amada enfermería. Toda la enfermería debe estar orgullosa y más aún nuestra región, siempre estaremos en primera línea de combate contra el coronavirus con un protagonismo sin medida que nos mueve también los sentimientos, el humanismo, la ciencia y la tecnología. Sin la participación de tan importantes profesionales los hospitales se derrumbarían”, manifestó la Mg. Yolanda Hoyos Álvarez, enfermera especialista en cuidados intensivos del Hospital Regional Docente de Trujillo e integrante del grupo de adaptación de los dispositivos respiratorios no invasivos.

Así mismo las enfermeras del mencionado hospital han diseñado áreas de cuidado, actualmente dentro de emergencia, cuentan con la unidad de ventilación no invasiva (VNI), también creación del protocolo de colocación y retiro de EPP, los mismos que han dado vuelta en los hospitales de la capital de Perú. Cuentan con un sistema en línea con relación de pacientes, con grado de dependencia, indicadores, dispositivos de uso... creados por enfermeras, todo con el esfuerzo de todas.

Desde el primer día de pandemia las Enfermeras capacitaron las veinticuatro horas del día porque el cincuenta por ciento del personal no tenía mucha experiencia. Se ha acondicionado una Unidad de Simulación con un maniquí, con catéteres, líneas de infusión y un ventilador mecánico en donde se capacitan las enfermeras, médicos, técnicos de enfermería y virtualmente al personal de otras regiones del Perú. Esta es parte de la historia que se está haciendo interminable.

Nos encontramos en el año del bicentenario de la Independencia del Perú y la historia pone a prueba a las enfermeras y enfermeros en un contexto de pandemia ocasionada por la COVID-19. Todo el colectivo profesional es hoy reconocido como héroes y heroínas en el combate contra la pandemia. Y se está logrando gracias al profesionalismo, humanismo, científicidad, tecnología e innovación de las profesionales de la enfermería peruana. //



CRISTINA GORDILLO MARROQUÍN

Estudiante de Doctorado en Ciencias
del Colegio de la Frontera Sur

MÉXICO

EL BINOMIO SINIESTRO

La tuberculosis (TB) es una epidemia que, aún cuando aqueja a la humanidad desde hace cientos de años, en nuestros días gran parte de la población piensa que es una enfermedad que ya no existe, que ya se terminó. No obstante, cada año provoca alrededor de 10 millones de casos nuevos y 1.4 millones de defunciones (de acuerdo con las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud en 2019).

Cuando comencé el posgrado —aún con licenciatura en biología— he de decir que yo también desconocía la TB, pensé, como muchos, que ya había sido una enfermedad del pasado. Lamentablemente, no podría haber estado más equivocada ante un problema de salud pública que, lejos de ser minúsculo, era considerada como la enfermedad infecciosa que más muertes ha causado en el mundo por un solo agente infeccioso, lo que, en ese sentido, lleva a las siguientes preguntas ¿Por qué no escuchamos de la TB en nuestro día a día tal como lo hacemos con otras enfermedades infecciosas? ¿El verdadero problema de que la TB no sea ostensible es acaso la falta de atención sobre la estigmatización y la determinación social de la salud relacionadas con ella? ¿Qué podemos hacer todas y todos para visibilizar y frenar la TB?

Los avances truncados. A un par de años de haber puesto sobre la mesa el tema de la tuberculosis en la Asamblea General de las Naciones Unidas e iniciando la organización y toma de fuerza activa en el plan de lucha contra la TB para reducir los casos, la muerte y los gastos catastróficos para las familias a consecuencia de esta compleja enfermedad, surge una patología de grave y de mortalidad inminente, la COVID-19. Con una estimación de más de 220 millones de casos y 4.5 millones de defunciones (de acuerdo con las estadísticas sanitarias mundiales de la ONU del 2021), la COVID-19 se convierte en la enfermedad infecciosa que más muertes provoca, reduciendo aún más a nivel mundial el interés por la tuberculosis y con el retroceso inconmensurable de los objetivos planteados en las estrategias previas para su control.

A un par de años de haber puesto sobre la mesa el tema de la Tuberculosis en la Asamblea General de las Naciones Unidas e iniciando la organización y toma de fuerza activa en el plan de lucha contra la TB para reducir los casos, la muerte y los gastos catastróficos para las familias a consecuencia de esta compleja enfermedad, surge una patología de grave y de mortalidad inminente, la COVID-19

Tanto la TB como la COVID-19 son enfermedades transmitidas por vía aérea a través de gotitas en aire con bacterias de *Mycobacterium tuberculosis* (en TB) o el virus de SARS-CoV-2 (en COVID-19). Ambas se caracterizan por signos y síntomas relacionados principalmente con el sistema respiratorio (tos con o sin expectoración, dificultad respiratoria, dolores de pecho o corporales, escalofríos o fiebre, entre otros), aunque en el caso de la COVID-19 le suma interés el hecho de que puede ser una infección asintomática sin restarle transmisibilidad.

Ambas patologías pueden ser diagnosticadas de forma rápida, aunque en algunos entornos no todas las pruebas rápidas se encuentran disponibles y el diagnóstico

Tanto la TB como la COVID-19 son enfermedades transmitidas por vía aérea a través de gotitas en aire con bacterias de *Mycobacterium tuberculosis* (en TB) o el virus de *SARS-CoV-2* (en COVID-19). Ambas se caracterizan por signos y síntomas relacionados principalmente con el sistema respiratorio [...], aunque en el caso de la COVID-19 le suma interés el hecho de que puede ser una infección asintomática sin restarle transmisibilidad

diferencial con síntomas similares se ha vuelto un reto. Los laboratorios que han podido incorporar la tecnología GeneXpert para el diagnóstico de tuberculosis (basado en un equipo automatizado de biología molecular), como lo hace el Laboratorio Estatal de Salud Pública de México, y laboratorios autorizados terceros, que tendrán la oportunidad de obtener cartuchos que hagan frente a la respuesta diagnóstica de COVID-19 (XperXpress SARS-CoV-2). Sin embargo, esto pone en riesgo el óptimo diagnóstico molecular de TB, fundamentalmente en la entrega de resultados, debido a que ambas enfermedades ocuparían la misma plataforma y, dada la emergencia sanitaria, el diagnóstico podría orientarse en gran medida a la aumentada demanda de uso del equipo GeneXpert para muestras COVID-19. En el caso de TB, otras tecnologías están siendo evaluadas para mejorar su diagnóstico, tal es el caso del Ensayo Colorimétrico Basado en Nanopartículas (NCBA, por sus siglas en inglés) que, además de no requerir infraestructura compleja, es rápida, sensible y accesible, lo que esperamos sea favorable para el diagnóstico de la TB en el punto de atención en un futuro cercano.

A pesar de que saber sobre la positividad de TB y COVID-19 por separado es útil para el seguimiento de los casos y el posible tratamiento, no lo es cuando se quiere abordar la comorbilidad por TB y COVID-19. Para ello es necesario tener el diagnóstico completo sobre COVID-19 y TB en el que se incluyan evidencias imagenológicas de alteraciones pulmonares, información clínica e inmunológica, consideraciones que son las mínimas indispensables para comprender mejor la interacción entre las infecciones.

[...] esto pone en riesgo el óptimo diagnóstico molecular de TB, fundamentalmente en la entrega de resultados, debido a que ambas enfermedades ocuparían la misma plataforma y, dada la emergencia sanitaria, el diagnóstico podría orientarse en gran medida a la aumentada demanda de uso del equipo GeneXpert para muestras COVID-19

Hasta la fecha se sigue estudiando la base del mecanismo inmunológico desencadenado por TB y COVID-19 de forma simultánea. De acuerdo con la evidencia preliminar se ha encontrado una desregulación compartida de las respuestas inmunes que sugieren un riesgo doble en la comorbilidad. Por un lado, la TB promueve la gravedad de la infección por COVID-19 y, por otro, la COVID-19 podría favorecer la progresión de la enfermedad activa de TB.

El riesgo estimado de recuperación en los pacientes con COVID-19 que tienen TB puede ser de hasta un 25 % menos en comparación a quienes no padecen la comorbilidad y, de haber recuperación, suele ser por un periodo significativamente

De acuerdo con
la evidencia preliminar
se ha encontrado
una desregulación
compartida
de las respuestas
inmunes
que sugieren un riesgo
doble en la comorbilidad.

Por un lado,
la TB promueve
la gravedad
de la infección por
COVID-19 y, por otro,
la COVID-19 podría
favorecer la progresión
de la enfermedad
activa de TB

más largo. En el mismo contexto y lamentablemente, el tiempo hasta la muerte puede ser significativamente más corto. Hasta ahora la información sobre el riesgo de mortalidad por TB en pacientes con COVID-19 no es clara, pero dentro de la evidencia disponible se sabe que existe al menos entre 1.4 y 2.7 veces un mayor riesgo de muerte, durante la comorbilidad.

Aunado a lo antes mencionado, también se analizan con meticulosidad los posibles efectos que tienen los medicamentos administrados para reducir la carga viral y aliviar los síntomas durante la COVID-19 en la interacción con los medicamentos anti-TB, ya que algunos de ellos, principalmente los corticosteroides, pueden causar inmunosupresión, además de tener un papel antiinflamatorio. Estos cambios en las personas afectadas podrían implicar un riesgo importante de adquirir nuevas infecciones o de sufrir la reactivación de infecciones existentes como lo es la infección por TB asintomática y no trasmisible (TB-latente), por lo que, diagnosticar la TB-latente también debería ser una prioridad, principalmente en quienes se ha detectado COVID-19.

La toxicidad farmacológica entre el tratamiento para COVID-19 y los anti-TB, también están siendo cuestionados y analizados. El obtener evidencia para la implementación de antivirales o fármacos eficaces será de gran utilidad para reducir la mortalidad no solamente por COVID-19 *per se*, sino para la complejidad que implica la comorbilidad por TB.

En la actualidad se continúa acumulando pruebas sustanciales sobre la interacción entre la TB y el COVID-19, sin embargo, debido a que ambas patologías son infecciones del tracto respiratorio, a que en ocasiones su sintomatología es similar y a los posibles efectos biológicos que tienen entre ellas, la coinfección por estas enfermedades plantea dilemas clínicos y desafíos diagnósticos y terapéuticos que las vuelven un binomio siniestro para quién las porta y atiende.

Esta nueva pandemia por la COVID-19 puso de manifiesto las carencias sanitarias que tenemos, así como la necesidad de reconstruir sistemas de salud resilientes, de calidad, accesibles y con personal sanitario capacitado, sensibilizado y con la infraestructura suficiente para afrontar ambas pandemias (TB y COVID-19), así como otros padecimientos cuya atención por el momento ha quedado rezagada. De igual manera, es indispensable crear conciencia pública y mayores mecanismos de cooperación. Uno de los aspectos positivos que deberíamos aprender durante el surgimiento de la pandemia de la COVID-19, es el de unir y potenciar fuerzas para que, al menos estos dos padecimientos de transmisión aérea de gran letalidad entre la población, se controlen con eficacia.¹² //

1 Global Tuberculosis Report 2020.

2 Información Oficial de las Naciones Unidas. #COVID-19 Actualización al 6 de septiembre de 2021. Nuevo XperXpress SARS-CoV-2 Dylan Sheerin, Abhimanyu, Xutao Wang, W Evan Johnson, Anna Coussens. 2020. Systematic evaluation of transcriptional disease risk and diagnostic biomarker overlap between COVID-19 and tuberculosis: a patient-level meta-analysis, DOI:10.1101/2020.11.25.20236646 Karla Therese L. Sy, Nel Jason L. Haw, Jhanna Uy. 2020. Previous and active tuberculosis increases risk of death and prolongs re-recovery in patients with COVID-19, *Infectious Diseases*, 52:12, 902-907, DOI: 10.1080/23744235.2020.1806353 Gopalaswamy R, Subbian S. Corticosteroids for COVID-19 Therapy: Potential Implications on Tuberculosis. *Int J Mol Sci*. 2021;22(7):3773, DOI:10.3390/ijms22073773.



RAFAEL CAMERO DEL VECCHIO

Escritor y médico pediatra.
Máster en Inmunología Clínica
y en *Marketing* Farmacéutico
COSTA RICA

UN CABALLERO EN TIEMPOS DE PANDEMIA

Cuando me pidieron que escribiera algo sobre la pandemia que lleva casi dos años afectándonos, pensé en escribir un artículo científico como pediatra e inmunólogo que soy, pero luego me di cuenta de que sería interesante darle un enfoque distinto a todo esto.

Durante el año 2020, aquí en Costa Rica y me parece que en muchas partes del mundo estuvimos un buen tiempo encerrados en casa por recomendaciones de los entes de salud, con temor a lo que pudiera ocurrir y preocupación por nuestros familiares. Los que por el momento trabajábamos por nuestra cuenta como mi esposa y yo, ella trabajando en el hospital en su especialidad y yo preparando conferencias y escribiendo, fuimos afectados al igual que muchos por la reducción de nuestros ingresos. Tal vez eso ha mejorado con el tiempo, lo cierto es que prefiero hablar de la alegría que hemos tenido como padres, compartiendo más tiempo con nuestras hijas y como familia. Tuve además la oportunidad de cumplir un sueño, escribir dos libros *Un Caballero en desgracia* de ficción histórica que resalta los valores y *Cuentos para pequeñas damas y caballeros en formación*, un libro de cuentos para entender más en profundidad los valores de una forma divertida y amena. Pero como ocurre en pandemia por más que uno se cuide, por más que uno tenga la vacuna se corre el riesgo de ser afectado por el famoso coronavirus. Es importante hacer entender a las personas que las vacunas en mayor o menor grado no protegen completamente en contra de la infección, lo que hacen es reducir el riesgo de enfermedad grave y, más importante, de hospitalización o muerte. Todo esto lo vemos en los datos de estudios clínicos y en los datos estadísticos de los pacientes hospitalizados y en unidades de terapia intensiva.

Los que para el momento trabajábamos por nuestra cuenta como mi esposa y yo, ella trabajando en el hospital en su especialidad y yo preparando conferencias y escribiendo, fuimos afectados al igual que muchos por la reducción de nuestros ingresos. Tal vez eso ha mejorado con el tiempo, lo cierto es que prefiero hablar de la alegría que hemos tenido como padres, compartiendo más tiempo con nuestras hijas y como familia

Y al fin el día llegó, a pesar de cuidarme y de tener la primera dosis de la vacuna, un día comencé con síntomas de rinitis alérgica con tos seca y algo de congestión nasal, al día siguiente la tos era mayor y comencé a sentir malestar general, en conclusión, me hice la prueba de PCR, la que resultó positiva. Aquí viene lo importante del apoyo del núcleo familiar y poder mantener comunicación con el exterior, aunque uno esté aislado en casa. Durante esos 10 primeros días en los que uno sabe que puede complicarse en cualquier momento, el nivel de preocupación y la sensación de fatiga a veces no te deja ni dormir con tranquilidad. Al tercer día fue como si bajarán un interruptor en mi sentido del gusto y del olfato, llegaron la famosa anosmia y ageusia, aunque fue

[...] como ocurre
en pandemia por más
que uno se cuide,
por más que uno tenga
la vacuna se corre
el riesgo de ser afectado
por el famoso
coronavirus.

Es importante hacer
entender a las personas
que las vacunas
en mayor o menor
grado no protegen
completamente
en contra de la infección,
lo que hacen es reducir
el riesgo de enfermedad
grave y, más importante,
de hospitalización
o muerte

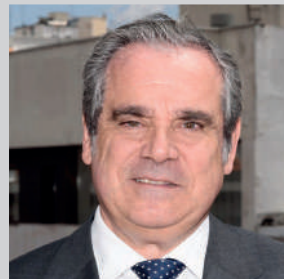
parcial recuerdo de un plato de pasta que me había comido al mediodía y me sabía excelente. De pronto en la noche era como si estuviera comiendo plástico, sin sabor. Por otro lado, no percibía el olor de ese cafecito que uno toma en la mañana, era como si tomara una taza de agua caliente. Eso me duró (por suerte) hasta el día 9, ya que el día 10, en hora de la mañana, me fui a hacer un café y por primera vez percibí ese olor exquisito de nuevo; para mí fue una gran alegría. Por otra parte, el medir tu saturación de oxígeno diariamente y ver que permanece normal es un alivio indescriptible, nunca tuve fiebre y ahora ya después de más de 1 mes puedo decir que me siento muy bien.

Tengo que decir, siendo venezolano-costarricense, que en mi experiencia personal, la manera en la que el ministerio de salud de aquí en Costa Rica envía información al salirte la prueba positiva es muy organizada. Recibí la orden sanitaria y mi familia por ser contactos también por lo que permanecemos 10 días aislados; gracias a Dios las niñas y mi esposa no presentaron síntomas en ningún momento. Durante ese período recibimos llamadas de seguimiento de parte del ministerio de salud y de la caja del seguro social, por otra parte, el apoyo de los colegios, quienes nos preguntaron acerca de la salud de las niñas y de nosotros.

Es importante resaltar la importancia de la vacunación, para evitar las consecuencias dañinas de éste y otros virus. El cuidarse, usando las medidas preventivas ya conocidas, para evitar infectarse, no cansarse y no bajar la guardia. La pandemia es real, existe y debemos aprender a vivir con ella. Las experiencias de las personas son variables y las consecuencias sociales y económicas también lo son. Cada gobierno, cada país hace el mayor esfuerzo para lograr hacer la situación lo más llevadera posible.

Lo más importante es que las personas que sufran la COVID-19 se sientan apoyadas tanto como sea posible, el solo hecho de recibir una llamada es suficiente para hacerles sentir mejor, sentirse apoyados y pensar en positivo siempre. Deben estar conscientes que al reiniciar sus actividades físicas hay que hacerlo siguiendo las indicaciones para evitar riesgos y lo más importante seguirse cuidándose. Debemos pensar en los demás, evitar el egoísmo y darnos cuenta de que todos vivimos esta situación de una forma u otra. Es importante resaltar los valores de los que también hablo en mis libros en estos tiempos de pandemia, aprender a ser mejores y a que surjan en todos nosotros el trato fraternal, la amistad, que dejemos el egoísmo a un lado y nos convirtamos en mejores personas.

Viendo toda esta experiencia en positivo, ayudó a vernos más como la hermosa familia que somos, a sentirnos más compenetrados. A aprovechar cada momento de nuestras vidas, vivir el momento, sentirnos más humanos y comprender la importancia de los amigos, la familia y la empatía como parte de nuestro día a día. Aunque la pandemia ha traído muchos problemas, dificultades sociales y económicas. También podemos tomarla como una oportunidad de crecimiento en lo profesional, creando nuevas cosas y aceptando nuevos retos, lo personal, disfrutando más tiempo con la familia y conociéndonos nosotros mismos y en lo social manteniendo esas amistades a distancia, sabiendo que en algún momento nos reuniremos de nuevo y disfrutaremos nuestra compañía a plenitud. //



JESÚS AGUILAR SANTAMARÍA

Presidente del Consejo General de Colegios Farmacéuticos

ESPAÑA

CARTA ABIERTA A LAS AMÉRICAS

Un año y medio después de declararse en España el estado de alarma a consecuencia de la COVID-19, hemos avanzado mucho, pero todavía el virus sigue azotando a las sociedades de todo el planeta. La primera pandemia de la era de la globalización nos ha sumido en una amenaza común a la que hemos respondido desde la solidaridad, con la investigación y el gran hito de la vacuna, pero también con la entrega y labor asistencial de los profesionales sanitarios en los cinco continentes.

En el caso de los farmacéuticos seguimos de cerca todo lo que sucede en Latinoamérica a través de organizaciones hermanas con las que mantenemos un estrecho contacto con sus respectivas federaciones, colaborando en diversas iniciativas promovidas desde la Federación Panamericana de Farmacia (FEPAFAR), el Foro Farmacéutico de las Américas (FFA), la Federación Farmacéutica Sudamericana (FEFAS) o la Federación Internacional Farmacéutica (FIP).

Al poco de declararse esta crisis sanitaria, en abril de 2020 tuve la oportunidad de compartir un encuentro con la presidenta de la Confederación Farmacéutica Argentina, Isabel Reinoso; en el que se puso de manifiesto ese espíritu de colaboración de los farmacéuticos, que no conoce fronteras, y que ha permitido reforzar la capacidad asistencial y preventiva de los sistemas sanitarios de todo el mundo.

Durante esta jornada virtual, “La farmacia española e iberoamericana frente al COVID-19: experiencias desde las organizaciones farmacéuticas”, Reinoso ya avanzó el papel del farmacéutico en esas primeras fases mediante campañas informativas desde el mes de febrero cuando todavía no existían casos en Argentina. En esas mismas fechas, desde la Organización Farmacéutica Colegial en España comenzamos a generar multitud de material formativo e informativo para profesionales y ciudadanos.

A medida que avanzaba la pandemia los farmacéuticos de los dos lados del Atlántico hemos ido respondiendo con protocolos asistenciales e iniciativas adaptadas a las necesidades de cada una de las fases. Propuestas que han sido compartidas con el fin de entre todos avanzar en esta dura lucha. Así, desde el Consejo General remitimos y pusimos a disposición de todos los farmacéuticos latinoamericanos información rigurosa de fuentes oficiales con el fin de seguir contribuyendo a luchar contra la emergencia sanitaria del COVID-19.

Todos los recursos generados: informes, procedimientos y formación; están disponibles con acceso libre para su utilización independientemente del lugar donde se encuentren los profesionales. Herramientas que nos han permitido la lucha a través de información fiable y rigurosa a disposición de los 580 millones de hispanohablantes contra otro efecto colateral de la pandemia: las *fake news*.

En el transcurso de todos estos meses y desde la experiencia compartida, los farmacéuticos de todo el mundo hemos contribuido y estamos contribuyendo a combatir la pandemia, desde múltiples ámbitos de actuación. Farmacéuticos que trabajan en los Análisis Clínicos, los Hospitales, la Distribución Farmacéutica, en la Salud Pública, en continua vigilancia de las condiciones higiénico-sanitarias, controlando y, por supuesto, en las Farmacias Comunitarias. Establecimientos sanitarios desde los que se está llevando a cabo una labor sanitaria de primer orden en toda Latinoamérica en coordinación con el resto de estructura y profesionales sanitarios. Más que nunca hemos sido y somos los profesionales sanitarios más cercanos y accesible a los ciudadanos, hemos estado siempre de guardia. Como decimos en España, con esa cruz verde, que identifica a la farmacia, y que nunca se apaga.

Mi lema siempre es: Si quieres llegar lejos, ve acompañado. Estoy convencido de que la profesión farmacéutica debe avanzar sobre los pasos que van dando los compañeros, desde cualquier lugar del mundo, y por eso compartimos conocimientos y experiencias con el resto de organizaciones farmacéuticas. Más aún si cabe en medio de esta crisis sanitaria. //



JULIO ANCOCHEA BERMÚDEZ

Profesor titular de facultad de Medicina en la Universidad Autónoma de Madrid. Jefe del Servicio de Neumología del Hospital Universitario de La Princesa. Presidente de ASOMEGA y del Comité Científico de la Red TBS-Stop Epidemias
ESPAÑA

REFLEXIONES DESDE UN SERVICIO DE NEUMOLOGÍA

Recientemente, Previsión Sanitaria Nacional (PSN) presentó el libro *Irreemplazables* que es un homenaje a los sanitarios y mutualistas fallecidos debido a las consecuencias de esta terrible pandemia de la COVID-19.

Durante el acto, tuve ocasión de compartir con la audiencia algunas reflexiones que me han quedado grabadas de esa etapa que va de marzo de 2020 a la actualidad.

En el primer trimestre del 2020 fuimos testigos de excepción de un auténtico tsunami que nos cambió sobre la marcha todos nuestros planteamientos.

Nuestro hospital se convirtió en pocas semanas en un auténtico hospital COVID. El domingo, 22 de marzo, estuve de guardia, el servicio de Urgencias estaba colapsado y un cúmulo de personas con mascarillas cargadas de temor e incertidumbre esperaban el resultado de su PCR. Al día siguiente, había 366 pacientes COVID (+) ingresados en el hospital. Cuarenta y ocho horas después eran 432 y 52 enfermos, la gran mayoría de ellos frágiles y de avanzada edad, permanecían en Urgencias pendientes de cama o derivación a otro centro. El 24 de marzo fui yo el que fue diagnosticado de infección por COVID-19, y casi simultáneamente mi mujer, que es enfermera.

Confinamiento en casa, sentimientos encontrados, inquietud ante la fase inflamatoria y la ya famosa “tormenta de citocinas”. Termómetro, pulsioxímetro, videoconferencias, horas y horas de teléfono y ordenador. Noticias inquietantes sobre pacientes, compañeros y amigos ingresados, algunos de ellos en la Unidad de Cuidados Intensivos...

La infección por SARS CoV-2 es una enfermedad por etapas: una primera fase vírica de crecimiento, de multiplicación del virus, pero nos preocupa eso que se define como estadio inflamatorio. Entre los días 6 - 10 se produce lo que se ha llamado la tormenta de citocinas, una fase inflamatoria desbocada, que es cuando realmente se produce el mayor peligro sobre la vida de los pacientes; superada esta etapa, fase que además se acompaña de fenómenos como puede ser una embolia pulmonar o embolias cerebrales... toda una serie de elementos complejos, se va recuperando la normalidad. Bueno, pues ahí estábamos tod@s nostr@s.

Ingresamos a pacientes en planta, fundamentalmente en Neumología y Medicina Interna y cuando un paciente de Medicina Interna necesitaba soporte ventilatorio se trasladaba a nuestra UCRI (Unidad de Cuidados Respiratorios Intermedios). Integramos también en nuestro equipo a intensivistas, anestesiólogos y otros especialistas, siendo Neumología la puerta de entrada y de salida de la UCI. Todo ello formaba parte de nuestra vida cotidiana a toda hora, día tras día. Por mi parte, a pesar de contraer la COVID-19, tempranamente, estaba ansioso por reincorporarme a esa situación constante que no dejaba de asombrarnos y que nos exigía dar lo mejor de nosotros mismos. Nuestra sala de hospitalización crecía y crecía hasta el infinito y de 22 camas pasamos a 70, 80 y más de 90, fue imparable. Y un aspecto muy emotivo era ver lo que representa la soledad, la soledad de esos pacientes que apenas podían comunicarse con sus familiares a través del teléfono móvil, pacientes que te apretaban la mano y no te la soltaban y que con su mirada te decían muchas cosas, que estaban viviendo una situación tremenda: temor, incertidumbre, soledad.

Los profesionales sanitarios somos personas que trabajamos con, por y para personas. Que sienten, sufren, lloran y que en esta situación dramática de tremenda incertidumbre experimentan esa soledad que manifiestan quienes están enfermos y sin más posibilidad de relación con un personal sanitario sumergido en su EPI. Y tod@s fuimos humanamente creciendo en la tragedia...

Ante la escasez de camas de UCI para los pacientes con neumonía bilateral e insuficiencia respiratoria refractaria que desarrollaron un síndrome de distrés

Por mi parte, a pesar de contraer la COVID-19, tempranamente, estaba ansioso por reincorporarme a esa situación constante que no dejaba de asombrarnos y que nos exigía dar lo mejor de nosotros mismos. Nuestra sala de hospitalización crecía y crecía hasta el infinito y de 22 camas pasamos a 70, 80 y más de 90, fue imparable

respiratorio, los neumólogos adoptamos un papel cada vez más relevante en el manejo de pacientes graves y semicríticos. Además del manejo clínico de muchos pacientes hospitalizados, realizamos fibrobronoscopias, traqueotomías, ventilación mecánica no invasora.... Neumología fue también la puerta de entrada y de salida de la UCI, lo que implicaba el manejo de pacientes muy complejos. Fue preciso tomar decisiones sobre la marcha y desarrollar una Unidad de Cuidados Intermedios Respiratorios (UCRI) que crecía día tras día. Ello ha supuesto para nuestro Servicio una sobrecarga física y emocional muy importante. Siempre estuvimos en primera línea de combate. De hecho, 16 facultativos (el 80 % de nuestra plantilla) hemos sido infectados por este coronavirus durante la primera oleada. Pero no somos héroes, somos simplemente médicos, enfermeras, personas con vocación y compromiso. Nunca olvidaré las caras de Elena, Mar, Celeste, Tamara, Pedro, Encarna, Beatriz... exhaustos, agotados, destrozados, con turnos de mañana y tarde, refuerzo de guardias, ni sábados ni domingos... Jóvenes médicos adjuntos formados en nuestro Servicio de Neumología que tienen un profundo sentimiento de pertenencia igual que el de otras personas más veteranas. Sentimientos y valores que adornan la dimensión humana de la medicina que alcanzaron su máxima expresión durante esta pandemia: ciencia, arte, valores y sentimientos.

En nuestro Servicio tenemos un decálogo y el Decálogo empieza por el respeto a la vida y a la dignidad de las personas. La asistencia y cuidado del paciente o su familiar, su cuidador. El rigor y la competencia científica que se nos supone. Principios éticos irrenunciables en la práctica de nuestra profesión. Vocación, compromiso, generosidad, humildad y trabajo en equipo. La medicina es ciencia de la mano de la medicina basada en la evidencia. También es un arte. Como decía mi abuelo que fue médico de pueblo en Trives y en Maceda (Ourense): “experiencia y ojo clínico”. Sí, ciencia, arte, valores y sentimiento. Medicina basada también en los afectos. “Sin afectos no hay conceptos”.

La humanización es algo que brilló por su ausencia en muchos momentos durante la pandemia. Se habla mucho de humanización, hasta el punto de que el término empieza a estar devaluado. Pero humanización es un asunto ético que tiene que ver con los valores que nos llevan a diseñar políticas, programas, cuidar, ayudar y velar por todo lo relacionado con la dignidad. La dignidad personal de todos y cada uno; de los seres humanos. Insisto en el tema de la vocación, la inclinación profunda y sincera por una profesión en la que somos militantes en el ejercicio de nuestra actividad cotidiana, en la que siempre prevalece el espíritu universitario que nos lleva a hacernos constantemente preguntas, a formarnos, a estudiar cada día más, a investigar, a innovar.

En el año 2007, siendo presidente de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica conocí a Mario Benedetti, que fue tratado y seguido en nuestro Servicio de Neumología. Benedetti estaba triste, tras el fallecimiento de Luz, su mujer; pero nunca se rindió. Son parte de nuestras vidas esos versos que dicen:

*“...No te rindas, por favor no cedas / aunque el frío queme,
/ aunque el miedo muerda, / aunque el sol se ponga / y se
calle el viento, / aún hay fuego en tu alma, / aún hay vida
en tus sueños...” //*



MIGUEL CARRERO LÓPEZ

Presidente de Previsión Sanitaria Nacional
ESPAÑA

IRREMPLAZABLES

Esta obra que publicamos es un simbólico acto de recuerdo, reconocimiento y agradecimiento a los fallecidos. Emotivo y cercano, diría que entrañable, familiar, una conmemoración colectiva, un rito de testimonio de expresión institucional y pública de dolor que ayuda a presentar nuestros respetos y honrar la memoria de los fallecidos.

Un rito que intensifica la emoción compartida y refuerza el sentimiento de solidaridad para con los familiares, amigos y la propia sociedad.

El testimonio del libro *Irreemplazables* responde a la naturaleza misma de las personas que nos han dejado, al respeto, al cariño, a la admiración, al compromiso, a la lealtad, a la confraternidad y a la empatía y solidaridad, valores y sentimientos que encontrarán en estas páginas, narradas por quienes mejor los conocieron, por quienes más los quisieron, sus familias. Hemos hecho nuestras sus historias, los hemos escuchado y hemos llorado con ellos.

Este libro es una iniciativa de un colectivo muy unido por sentimientos y valores que conforma Previsión Sanitaria Nacional, un colectivo que un día hace 90 años se formó para hacer frente común ante la desgracia y el infortunio, y lo hizo con el mismo espíritu de solidaridad que se reúne hoy mismo y da cuerpo a este postrero homenaje a unos protagonistas singulares, nuestros mutualistas y lo queremos hacer desde un sentimiento unánime de dolor, de acompañamiento a sus seres queridos, desde un contacto cálido y compresivo, de un caminar juntos por un duelo profundamente inhumano a la vez que injusto. La pérdida forma parte inseparable de la vida, así debemos asumirlo, pero que jamás se repita en estas desgarradoras circunstancias.

Sorpresiva e inesperadamente se expandió un coronavirus en brutal pandemia. Nos cogió de sorpresa, sin preparación, con una gran capacidad de contagio y facilidad de transmisión entre humanos, capaz de afectaciones orgánicas múltiples, en ocasiones extremadamente graves y causante de muchos miles o cientos de miles de fallecidos, muchos de nuestro entorno más cercano, como familiares, amigos y conocidos. Pandemia que se ha cebado muy especialmente en el colectivo tradicional de Previsión Sanitaria Nacional que no es otro que el colectivo sanitario. Sanitarios abnegados que, en el más humanitario y comprometido sentido del deber de cuidado a los demás, están y sufren las inmediatas consecuencias de la exposición al contagio con los afectados y centros asistenciales. Como también, con frecuencia, han tenido que soportar escasez de medios, extenuante sobrecarga asistencial a la vez que han sido víctimas de abandono y desprotección en el comprometido ejercicio profesional.

Esta pandemia, devastadora con la salud y la vida, se complicó con una inesperada situación de aislamiento social y de confinamiento familiar, encerrando a medio mundo. Brutal aislamiento que deja a muchas personas separadas de sus seres más cercanos, familiares y amigos, con dramáticas consecuencias, en situaciones de grave enfermedad o fallecimiento; no ha sido posible el abrazo, las expresiones de afecto, no han sido posibles el calor y el consuelo de la cercanía de los nuestros, no fue posible la despedida de aquellos que tan tristemente sucumbieron. Ha sido muy extraño el proceso de duelo, si acaso ha existido. La imposibilidad del apoyo cercano de los seres queridos o del sentimiento cercano de solidaridad de los miembros de la comunidad dificulta o impide la ayuda tan necesaria para aceptar la realidad de la pérdida, de superar el dolor y la pena, la tristeza, la ansiedad y los miedos. Conocidos son los casos que se han venido en llamar “duelos desautorizados o duelos prohibidos”, lo que viene a ser cuando la sociedad o las circunstancias no dejan espacio al dolor. Inesperadamente hemos tenido que vivir una terrible pesadilla que nadie habría pensado, ni en sus

Nos cogió de sorpresa,
sin preparación,
con una gran capacidad
de contagio y facilidad
de transmisión entre
humanos, capaz
de afectaciones orgánicas
múltiples, en ocasiones
extremadamente graves
y causante de muchos
miles o cientos de miles
de fallecidos, muchos
de nuestro entorno más
cercano, como familiares,
amigos
y conocidos. Pandemia
que se ha cebado muy
especialmente
en el colectivo tradicional
de Previsión Sanitaria
Nacional que no es otro
que el colectivo sanitario

peores sueños. Una brutal realidad que nos ha traído la pandemia, diría mejor, la deshumana gestión de la pandemia.

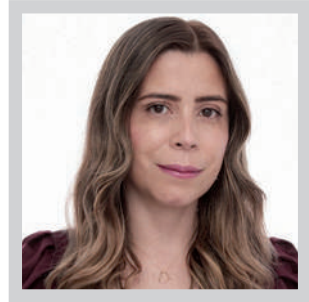
En estas circunstancias, la familia y las personas que sufren la pérdida se encuentran con la ausencia del contacto cálido y comprensivo de los más cercanos y del entorno social del fallecido, lo que provoca una falta de acompañamiento de los demás en el terrible trance de aceptar la realidad. Se suscitan emociones de auténtico desamparo. Las personas que no han tenido la oportunidad de estar presentes en el fallecimiento y no han podido acompañar al enfermo al funeral de la persona fallecida sufren con mayor dificultad el proceso, tan necesario, de adaptación a la realidad sobrevenida de manera tan brutal y cruel. El duelo en sí es una evidencia dolorosa pero necesaria en momentos críticos, dolorosos e inesperados que no deja de formar parte de nuestra madurez, de nuestro desarrollo personal. El duelo es un proceso normal, variable, pero necesario ante el profundo dolor, ante el vacío sobrevenido. Así afrontamos los sentimientos de tristeza, de rabia, de impotencia, de frustración, de miedo. Todos esos sentimientos que nos sumergen en la depresión, en la negación, incluso en la autodestrucción.

Muchas son las formas de afrontar la muerte en las diversas culturas, muchas son las variaciones sufridas en cada cultura a través de los tiempos. Quisiera poner en valor las consideraciones del profesor Robert Niemeyer en su obra *Aprender de la pérdida*, cuando plantea no renunciar a la relación con la persona fallecida y de alguna manera se sigue sintiendo la presencia de la persona unida a los buenos recuerdos; que proporciona el consuelo y nos anima a seguir con nuestra propia vida. Así la muerte transformaría las relaciones con el ser querido en lugar de ponerle fin.

En España, la sensatez y la ciencia estiman los fallecimientos por la COVID-19 en más de 150 000 personas, en su mayoría de edad avanzada, entre los que ha sido frecuente la indiferencia en la adopción de medidas, la postergación e incluso el abandono.

No dejaremos de expresar nuestra más enérgica repulsa de aquellos casos, de auténtica indigencia moral y falta de humanos principios, casos en los que se propuso e incluso se practicó la selección de quien debía vivir y quien debía morir.

Han sido demasiados los cambios que hemos tenido que afrontar en esta devastadora crisis sanitaria, social y económica; crisis que nos ha puesto ante formidables dilemas en relación con los valores humanos, empezando por cómo nos cambia la manera de morir y de cómo despedimos a los seres queridos. Previsión Sanitaria Nacional, vinculada siempre a su colectivo, al que protegemos y queremos, tiene en su ánimo y deseo estar con las familias que han pasado y aún pasan por momentos dramáticos de duelo, por la pérdida de un familiar en esta pandemia. Sentimientos que nos unen y en los que nos apoyamos para que juntos lo podamos superar. //



JULIANA BELTRÁN SIERRA

Alergóloga clínica en el Hospital Militar Central, y en la Clínica de Marly de Bogotá

COLOMBIA

MIEDO Y ESPERANZA

Recuerdo bien la primera vez que escuché del COVID-19, estaba de vacaciones en la hacienda de la familia de mi prometido y celebrábamos el inicio del 2020 soñando con el matrimonio que no fue y el viaje a Grecia que tampoco será —al menos por ahora—. Tres meses después de ese día estaba sentada en una habitación de la sala de Emergencias de un Hospital en Bogotá, contando cinco días de fiebre, una tos exasperante y un silbido del pecho que sabía muy bien qué significaba: una crisis de asma.

Estaba ahí sentada mientras mis colegas y amigos entraban con trajes espaciales a atenderme y me pasaban la comida en bandeja plástica, yo solo pensaba en ¿Qué tal si es COVID-19? ¿Qué tal me haya infectado? ¿Y si infecté a mi papá el día que lo recogí de su última radioterapia? Al día siguiente, con más tos, pero menos fiebre, llegó el resultado del primer examen y ¡oh, sorpresa!, tenía una neumonía por influenza tipo A y de inmediato el oseltamivir fue una esperanza; una esperanza por poco tiempo porque nadie descartaba la coinfección con COVID-19, así que el aislamiento y precauciones extremas duraron dos semanas más hasta que por fin la PCR fue negativa.

Esa fue la primera de muchas PCR, porque como paciente inmunosuprimida y bueno también porque la mente me ha ganado varias veces, corro como Hamilton, el piloto de Fórmula 1, en Silverston, cada vez que me siento congestionada, me da tos o asomo de gripe. Es que al menos en mi caso, saber más, no necesariamente ha sido una ventaja, muchas veces me han venido a la mente esas imágenes de los pacientes pronados en la UCI o conectados a un ECMO cuando mi mamá en algún momento tose o mi papá dice tener cefalea.

¿Qué tal si es COVID-19? ¿Qué tal me haya infectado? ¿Y si infecté a mi papá el día que lo recogí de su última radioterapia? Al día siguiente, con más tos, pero menos fiebre, llegó el resultado del primer examen y ¡oh, sorpresa!, tenía una neumonía por Influenza tipo A y de inmediato el oseltamivir fue una esperanza

El miedo ha sido una constante para mí en la pandemia, pero no solo miedo a contagiarme o contagiar a mis seres queridos; he tenido miedo cuando mi prometido perdió su trabajo porque su empresa cerró en el confinamiento, he tenido miedo cuando en mi país estalló una protesta de semanas por personas que desesperadas por el hambre y la falta de oportunidades salieron a las calles y decretaban toques de queda ahora para evitar más muertos por balaceras que por la COVID-19 misma. He sentido miedo cuando el papá de mi mejor amiga, mi profesora de Dermatología o mi vecino se sumaban a las cifras diarias de muertos por la pandemia, que en Colombia llegaron a ser más de mil al día en su peor momento; una verdadera tragedia.

Han sido más de 16 meses en donde he llorado, he orado y he confiado más que nunca. Y así es que, cuando todo se ve tan oscuro, aprendí que confiar, agradecer y avanzar es la única estrategia que al menos a mí me funciona. Porque en medio de tanta incertidumbre y de más de un ataque de pánico en medio de la noche, me convertí en mujer, aprendí a ser ama de casa (jamás había tenido ni el tiempo ni la necesidad de serlo), llegó a mi vida mi segundo perrito y encontré una fuerza interna para tomar

[...] he tenido miedo cuando mi prometido perdió su trabajo porque su empresa cerró en el confinamiento, he tenido miedo cuando en mi país estalló una protesta de semanas por personas que desesperadas por el hambre y la falta de oportunidades salieron a las calles y decretaban toques de queda ahora para evitar más muertos por balaceras que por la COVID-19 misma. He sentido miedo cuando el papá de mi mejor amiga, mi profesora de Dermatología o mi vecino se sumaban a las cifras diarias de muertos por la pandemia

decisiones e incluso dejar un trabajo en donde con el tiempo había dejado de ser feliz.

Porque si algo he tenido que enfrentar en esta pandemia es la certeza que la vida es muy corta, que las decisiones son para tomarlas y que con gratitud es más fácil aceptar y dejar de buscar razones que tal vez jamás vamos a encontrar; y no con esto digo que el temor se ha ido, el temor continúa, solo que ahora sé cómo enfrentarlo o al menos identificarlo. Porque también entendí que hay temores que son válidos y que si eres médico, estás inmunosuprimido y si tu papá tiene cáncer... está bien tener miedo durante una pandemia, pero también está bien decidir volver a hacer clínica y reinventar tu misma la profesión. Resulta que también hay una palabra que existe más allá del diccionario y es esperanza; la esperanza que trajeron las vacunas, el nuevo e increíblemente mejor trabajo de mi prometido, el nacimiento de mi sobrino o la nueva fecha de nuestro matrimonio. Hay esperanza y creo que es nuestra obligación y compromiso con los millones de muertos que ha dejado y dejará esta pandemia es el de seguir soñando, seguir viviendo y buscar una manera de honrar sus vidas.

No podría cerrar esta catarsis que ha sido escribir estas letras sin traer a mi mente a

[...] también entendí que hay temores que son válidos y que si eres médico, estás inmunosuprimido y si tu papá tiene cáncer... está bien tener miedo durante una pandemia, pero también está bien decidir volver a hacer clínica y reinventar tu misma la profesión

uno de mis grandes colegas y amigos, quien a sus 32 años decidió hace dos meses quitarse la vida, luego de haber atendido en UCI cientos de pacientes con COVID-19 y de probablemente enfrentar los mismos o peores miedos que enfrenté yo. Él es también una víctima de la pandemia y me (nos) abre los ojos a una nueva realidad que todos estamos obligados a reconocer y enfrentar, ahora que el impacto emocional y social de esta pandemia es una realidad asintomática pero mortal. Siempre en mi corazón, N. //



EZEQUIEL CONSIGLIO

Director del Instituto de Salud Comunitaria
de la Universidad Nacional de Hurlingham

ARGENTINA

UNA MIRADA DESDE EL SUR

Una síntesis del presente: el corpus de conocimiento y la variedad de reflexiones alcanzados durante la pandemia por SARS-CoV-2, agente responsable de la COVID-19, dan cuenta que su impacto ha sido determinante en todos los órdenes de nuestras vidas.

No se recuerda un fenómeno que haya afectado de manera tan amplia y directa al conjunto de la humanidad en los últimos siglos con la excepción posible de la pandemia por la denominada Gripe Española, según algunos autores, cuya información se basa en proyecciones de datos relativamente escasos para lo que estamos acostumbrados ahora. Hacemos la salvedad de las guerras mundiales, y del conjunto de guerras que se desataron a nivel masivo durante el siglo XX, ya que su impacto directo se circunscribió a los países en pugna; sólo por eso, aun cuando las consideremos situaciones excepcionales y dramáticas.

La afectación derivada de la transmisibilidad del germen en ausencia de inmunidad previa, como en toda enfermedad emergente, ha propiciado una morbilidad y mortalidad cuantiosas. Al momento de escribir estas líneas —ya casi finalizando julio de 2021—, se registran unos 194 millones de casos de la COVID-19 y más de 4 millones de personas fallecidas, prácticamente a un año y medio del inicio de su trasmisión masiva; se trata predominantemente de formas clínicas con diagnóstico microbiológico, quedando fuera formas asintomáticas o formas clínicas compatibles, pero con pruebas negativas.

No se recuerda un fenómeno que haya afectado de manera tan amplia y directa al conjunto de la humanidad en los últimos siglos con la excepción posible de la pandemia por la denominada Gripe Española, según algunos autores, cuya información se basa en proyecciones de datos relativamente escasos para lo que estamos acostumbrados ahora. Hacemos la salvedad de las guerras mundiales, y del conjunto de guerras que se desataron a nivel masivo durante el siglo XX

El exceso de mortalidad por otras causas que se viene registrando en varias regiones da cuenta de la expansión de este impacto. El agobio de los sistemas sanitarios por una demanda inusitada nos ha sometido, y nos somete, a desafíos de una complejidad que no se ciñe sólo a aspectos financieros o a su capacidad instalada (camas, respiradores, fuerza de trabajo), sino que nos obliga a replanteos algo más profundos.

Incluso la vacunación, lograda en el menor tiempo registrado en toda la historia de las vacunas, nos despierta, a un mismo tiempo, esperanza y preocupación. Nos da esperanza en virtud de la disminución de formas mortales y graves -que requieren internación aun para variantes nuevas más trasmisibles, de acuerdo con los primeros datos-, así como también una disminución de casos en general. Nos genera

El agobio de los sistemas
sanitarios
por una demanda
inusitada nos
ha sometido,
y nos somete, a desafíos
de una complejidad que
no se ciñe sólo
a aspectos financieros
o a su capacidad
instalada (camas,
respiradores, fuerza
de trabajo), sino que nos
obliga a replanteos algo
más profundos

preocupación, no sólo por la aparición de otras variantes frente a las cuales la efectividad de esas vacunas pueda ser menor a la descrita, sino por la enorme desigualdad en su distribución en vastas poblaciones del planeta produciendo un nicho de circulación que dificulta su control, aumentando, a su vez, la probabilidad de nuevas variantes y profundizando aún más la injusticia social. La ausencia de una distribución amplia de vacunas ha sido atribuida a una limitación de la capacidad instalada de producción. Esto se contrapone, por ejemplo, por la capacidad de la industria de producir armas: anverso y reverso de un mundo éticamente inaceptable.

Desde aquellos primeros meses en los que la fauna regresó a sus hábitats y algunos pensadores auguraban el fin del capitalismo, hasta las experiencias pendulares de adherencia a medidas de cuidado; desde la renovada constatación de que la producción de riqueza depende de las trabajadoras y trabajadores, a la acumulación financiera de una escasísima cantidad de personas y empresas, se arma una pregunta: ¿era normal a lo que se sigue apelando como normalidad? ¿Qué anhelamos? Parecen haber mecanismos adaptativos que hemos transitado y consolidado como cambios en función de la necesidad, y otros, para los que la voluntad parece plantearnos un camino de discusión y síntesis hacia transformaciones que se vislumbran como necesarias, útiles, deseables.

Lo que vendrá: las experiencias dolorosas por las que todavía transitamos nos interpelan de una u otra manera. Los resultados de la pandemia por COVID-19 están pendientes de cuantificación y valoración, toda vez que son numerosos y que aún no ha concluido esta etapa de expansión de la pandemia. En principio, no creemos que estos resultados no vayan a observarse sino a través de los años. Si bien se observan algunas transformaciones, habrá otras, sin duda. Cuáles serán, es una pregunta de difícil respuesta. Los vaticinios de los analistas no siempre se conciben con las expectativas de la naturaleza que se expresa en el medioambiente natural y social. En cambio, podemos pensar el sentido hacia el que se prefiguran algunas situaciones. Sentido, en sus acepciones de rumbo y de comprensión que guarda el término; porque encontrar el sentido de esta pandemia quizás pueda ayudarnos a vislumbrar una nueva realidad necesaria.

Pensemos en lo sanitario. El legítimo énfasis por instalar capacidad para la resolución de casos graves, en el segundo nivel de atención (hospitalario, y de complejidad creciente), nos abre una valoración diferente de los otros dos niveles de prevención y atención, de cara al futuro. El exceso de mortalidad por múltiples causas nos desafía a valorar más profundamente la atención primaria de la salud tal como se pensó en sus orígenes: como estrategia de accesibilidad y cobertura, y con capacidad de resolución de la mayor parte de las consultas. Esto implica una jerarquización de su fuerza laboral, un redimensionamiento de sus centros asistenciales, la incorporación de tecnología actualizada y la definitiva conformación de redes promocionales de salud preventivas y asistenciales. Las consecuencias descritas recientemente en cuanto a secuelas, físicas y psíquicas, nos interpelan a pensar un tercer nivel que a su vez se da en el proceso de transición demográfica y epidemiológica con menores o mayores grados de avance en las distintas poblaciones de casi todos los países.

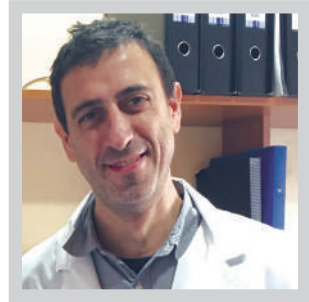
Mucho se ha polemizado acerca de la adherencia a las medidas de cuidado planteadas por las autoridades sanitarias y se ha discutido sobre los objetivos de las

[...] las experiencias dolorosas por las que todavía transitamos nos interpelan de una u otra manera. Los resultados de la pandemia por COVID-19 están pendientes de cuantificación y valoración, toda vez que son numerosos y que aún no ha concluido esta etapa de expansión de la pandemia. En principio, no creemos que estos resultados no vayan a observarse sino a través de los años

mismas. A lo largo de la pandemia se han observado todo tipo de reacciones que desde nuestro punto de vista no hacen más que plantear la necesidad de una organización colectiva. Si la salud puede ser vista como una de las expresiones más relevantes de la organización de la comunidad, y que mejor la sintetizan, la salud comunitaria — cualquiera que sea la definición a la que suscribamos— debe ser considerada como un dispositivo de acción directa que pueda contener una mayor demanda con mayor celeridad en el interior del conjunto. En este mismo sentido podemos pensar la importancia de los mensajes de pares comunitarios, o la proximidad de esos mismos pares vinculada con las necesidades que se evidenciaron en caso de aislamiento social o distanciamiento. Si la salud -o el medioambiente, o la seguridad, por ejemplificar de otro modo- es un bien común, debemos pensar la evolución de la sociedad a comunidad.

Las experiencias de producción de vacunas nos muestran que hay desarrollos económicos con otros actores posibles. Sabemos de la importancia del interés colectivo que representa la ampliación de la industria farmacéutica y no farmacéutica relacionadas con la salud. Las experiencias en países latinoamericanos han mostrado marcos asociativos que incluyen al sector privado, pero también al sector cooperativista y sobre todo a las universidades públicas; existen ejemplos en una escala quizás limitada, pero eficaz. Estas experiencias se tradujeron en productos concretos con diferente agregación de valor y tecnología, desde barbijos hasta respiradores. Las inversiones que se tuvieron que hacer con premura distrajeron recursos para otras inversiones, en virtud de la prioridad de la pandemia, pero esta necesidad, insistimos, ha puesto de manifiesto capacidades, producción de elementos necesarios, sustitución de importaciones, apertura de fuentes de trabajo y perspectivas que no pueden ser soslayadas.

El rol del Estado bien pudiera ser sometido a discusión, pero esta vez, con el antecedente cercano de su papel en la pandemia y no como actor secundario en una trama discursiva urdida por fuera de él. Nos toca revisar la capacidad de rectoría del Estado en materia de salud, sus leyes para dar celeridad a medidas de orden sanitario, para la distribución de insumos (y su producción), para cuidar a sus poblaciones. Pero no podemos olvidarnos de que transitamos un cambio en el clima atmosférico que expresa los resultados de modelos productivos ilimitados con destrucción, o serio compromiso, del medioambiente. Tampoco podemos olvidar la vastedad de personas sin trabajo en un mundo que ha postulado el fin del trabajo como el término de una ecuación escrita por pocos, aun cuando haya evidenciado una vez más su importancia en la generación de riqueza. La importancia del Estado en el sostenimiento de la educación reformulada en la virtualidad es otro ejemplo de las capacidades de respuesta a través de instituciones reformuladas por la pandemia y que requieren de una amplia reflexión de cara al futuro. Nuestro futuro es una hoja en blanco siempre. Una pandemia como la actual se incrustará seguramente en la memoria con la que también la escribiremos. Que el dolor sea el origen no obsta para que la superación sea el sentido. Depende en gran medida de nosotras, de nosotros. //



JOAN PAU MILLET I VILANOVA

Codirector médico de Serveis Clínics.
Servicio de Epidemiología de la Agencia
de Salud Pública de Barcelona. CIBER de
Epidemiología y Enfermedades Transmisibles
(CIBERESP)

ESPAÑA

AÑO 2069: A 50 AÑOS DEL PRIMER CASO DE COVID-19

Diciembre, año 2069. Hace 50 años que apareció el primer caso de COVID-19 que desencadenó en la pandemia que lo cambió todo. En pocas semanas, lo que parecía una epidemia localizada en una región de China se convirtió en la nueva pandemia del siglo XXI.

Ninguna frontera ni confinamiento pudo parar su rapidísima progresión e inesperada letalidad. Pero todo aquello no fue en vano... supimos por fin ver que el mundo no sólo estaba ya globalizado sino también interconectado. Pudimos vivir que lo que pasa aquí y ahora puede acabar afectando al otro extremo del planeta en escasas horas. Aprendimos a tener una visión más holística de las cosas, a tomar conciencia de la importancia de la vigilancia epidemiológica, la Salud Pública y la prevención de las enfermedades infecciosas. En estos 50 años que han pasado, finalmente se ha conseguido que estrategias como la búsqueda activa de casos y el estudio de contactos ,que se había inicialmente aplicado al campo de la tuberculosis y posteriormente para el control de la COVID-19, fueran extendidos también a enfermedades infecciosas como el VIH o las infecciones de transmisión sexual, ayudando enormemente a disminuir su incidencia. Después de mucho esfuerzo y gracias al legado de los que vivieron y trabajaron intensamente durante la pandemia, están ya instaurados y funcionando de forma eficiente un sistema de vigilancia de alertas y emergencias de Salud Pública supranacional. Era imprescindible que se erigiera un organismo que velara, recomendara y dirigiera a los diferentes países de forma coordinada e independiente en las acciones a seguir ante cada epidemia. Más aún, aprendimos que la salud universal y gratuita es un derecho y un bien común para todos los países, que ésta se debe cuidar y proteger independientemente del origen o la clase social, dejando de lado todo tipo de intereses económicos personales. Costó, pero finalmente hemos visto cómo los países y los organismos internacionales han empezado a cooperar mutuamente para establecer la igualdad de oportunidades en el acceso a algo tan esencial como son las vacunas, las pruebas diagnósticas y los fármacos esenciales. Sabemos ahora de lo primordial que es proteger a los más vulnerables y ver a los ancianos, a las personas inmigradas o a las personas sin hogar como un alguien especial al que hay que proteger y cuidar.

Pudimos vivir que lo que pasa aquí y ahora puede acabar afectando al otro extremo del planeta en escasas horas. Aprendimos a tener una visión más holística de las cosas, a tomar conciencia de la importancia de la vigilancia epidemiológica, la Salud Pública y la prevención de las enfermedades infecciosas

Este bien podría ser el principio de una crónica de ficción cargada de buenas noticias, escrita y enmarcada en un improbable futuro. Queda mucho por lo que luchar, pero ¿Por qué no soñar que todo lo vivido durante la pandemia ha servido para algo? Cuesta creer lo que en una crónica dentro de 50 años se podría contar, porque cuando casi van a hacer dos años del primer caso, estamos ya observando cómo enfermedades

“Después de mucho
esfuerzo y gracias
al legado de los que
vivieron y trabajaron
intensamente durante la
pandemia, están
ya instaurados
y funcionando de forma
eficiente un sistema
de vigilancia de alertas
y emergencias de Salud
Pública supranacional.

Era imprescindible
que se erigiera
un organismo que velara,
recomendara y dirigiera a
los diferentes países
de forma coordinada
e independiente
en las acciones a seguir
ante cada epidemia”

de por sí ya olvidadas como la tuberculosis empiezan a despuntar con un aumento del retraso diagnóstico y una mayor transmisión que está llevando a un aumento de la morbimortalidad en muchos países y comunidades. La pandemia de la COVID-19 ha vuelto a poner de manifiesto el cómo afectan de manera desigual las enfermedades infecciosas en las distintas poblaciones según el nivel de renta, el ser de un país del norte o del sur o el pertenecer a colectivos socialmente desfavorecidos.

Desde Serveis Clínics, clínica de referencia para el ingreso de pacientes con tuberculosis para toda Cataluña y su equipo de tratamiento observado a nivel comunitario (ETODA), hemos podido observar cómo la necesidad social se hacía aún más evidente, si cabe, tras la llegada de la pandemia. La clínica se ha llenado de pacientes faltos de atención no sólo de su tuberculosis, sino también de cubrir importantes necesidades sociales y psicológicas. No fue fácil, pero el cumplimiento de los meses de confinamiento por parte de los pacientes en la clínica de tuberculosis fue ejemplar.

A nivel de calle, tras el confinamiento global, los equipos de ETODA acudían como siempre a los hogares, pero esta vez observaban caras de angustia de las familias presas de una economía de subsistencia que apenas tenían qué comer al no poder salir para buscarse la vida. De esa necesidad nació la idea, junto a servicios sociales, de llevar cestas de comida para los más necesitados a la vez que se repartía la medicación. Los centros de salud habían pasado a hacer visitas telefónicas y los hospitales a estar desbordados de casos de COVID-19, estableciendo una implacable barrera invisible de acceso a otras necesidades de salud. En muchos casos, el profesional de la clínica y del ETODA se convirtió en el único referente y enlace del paciente con un sistema sanitario y social completamente desbordado.

De esa necesidad nació la idea, junto a servicios sociales, de llevar cestas de comida para los más necesitados a la vez que se repartía la medicación

Al igual que se ha hecho con la COVID-19, como la enfermedad que mayor número de muertes de origen infeccioso ocasiona y como una de las principales causas de muerte, debemos poner la tuberculosis en el lugar que le corresponde de las prioridades sanitarias. Necesitamos mejorar los programas de control de la tuberculosis, garantizando no sólo la integración de los pacientes en el sistema de salud asegurando un diagnóstico precoz y un cumplimiento del tratamiento de los casos y de sus contactos sino, además, conseguir un abordaje más global atendiendo su necesidad social. Debemos tener claro que nunca podremos vencer la tuberculosis si no abordamos de forma multidisciplinar y desde las instituciones toda la compleja problemática social que la acompaña. Le ponemos remedio o la acompañará siempre. //

HÉCTOR JAVIER SÁNCHEZ PÉREZ

Maestro en Investigación de Servicios de Salud. Colegio de la Frontera Sur (ECOSUR). Miembro del Observatorio Social de Tuberculosis. Investigador en la Red de Investigación GRAAL (Grupos en América y África Latinas)

MÉXICO



EZEQUIEL CONSIGLIO

Director del Instituto de Salud Comunitaria de la Universidad Nacional de Hurlingham. Investigador en la Red GRAAL (Grupos en América y África Latinas)

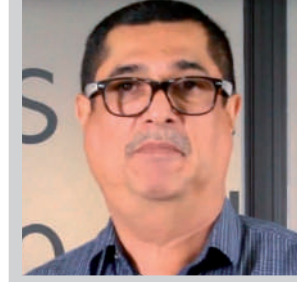
ARGENTINA



JAIME ARGUETA

Miembro del Observatorio Social de Tuberculosis de El Salvador. Miembro de la Asociación Nacional de Personas Positivas Vida Nueva

EL SALVADOR



CARTA ABIERTA A LA UNIÓN EUROPEA

X

Los más de 200 millones de casos de la COVID-19, y, sobre todo, los más de 4,2 millones de personas fallecidas en el mundo por esta causa, nos han afectado de una u otra forma a todos y todas. El dolor y la preocupación nos ha hermanado a la mayoría de los seres humanos, pero también ha habido quienes solo han visto por sus intereses y han especulado, acumulado riquezas y se han situado lejos de la necesaria justicia social para los grupos de población históricamente vulnerados y marginados.

Después de un aparente control sobre la pandemia de COVID-19, las variantes del SARS-CoV-2, como la Delta, así como el insuficiente y desigual ritmo de vacunación en varias regiones del planeta, bien sea por falta de acceso a la misma o por rechazo de grupos de población (incertidumbre o desconfianza a los servicios públicos de salud), vuelven a presentar escenarios más que preocupantes en salud pública.

La región de América Latina y el Caribe (ALC) es una de las más desiguales en términos socioeconómicos, de salud y acceso a servicios de salud —incluyendo a la vacunación contra el SARS-CoV-2—, en lo que pareciera ser una carrera cada vez más desigual por la vida. Según la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), al 4 de julio de este año, mientras Estados Unidos y Canadá tenían al 46,3 % de su población con esquemas completos de vacunación y los países de la Unión Europea (UE) la tenían en un 34,9 %, en la región de ALC apenas era de 13,6 %, con profundas inequidades a su interior: desde 55,9 % y 50,8 % (Chile y Uruguay), hasta países que no llegaban ni a 1 % de su población vacunada (Guatemala, Venezuela, Honduras y Haití —este último, con 0 %). Esto es uno de los factores que explican que, a 28 de junio de 2021, en la región de ALC han ocurrido el 32 % de los fallecimientos por COVID-19 en el mundo, cuando su número de habitantes representa el 8.4 % de la población mundial.

El dolor y la preocupación nos ha hermanado a la mayoría de los seres humanos, pero también ha habido quienes solo han visto por sus intereses y han especulado, acumulado riquezas y se han situado lejos de la necesaria justicia social para los grupos de población históricamente vulnerados y marginados

Aun cuando al inicio de la pandemia hubo una disminución de muertes ligadas a lesiones externas (con excepción de feminicidios) y de algunas enfermedades transmisibles —principalmente respiratorias—, debido a las medidas de restricción de la circulación, al uso del cubrebocas y a la “sana distancia”, la reducción de personal de salud y de recursos financieros y tecnológicos para la prevención y atención de otras enfermedades infecciosas (como tuberculosis y VIH), y crónicas no transmisibles

La región de América Latina y el Caribe (ALC) es una de las más desiguales en términos socioeconómicos, de salud y acceso a servicios de salud — incluyendo a la vacunación contra el SARS-CoV-2—, en lo que pareciera ser una carrera cada vez más desigual por la vida

(como cáncer y diabetes), para poder atender la pandemia de la COVID-19, todo ello ha impactado en el exceso de mortalidad en la región de ALC. De acuerdo nuevamente con la CEPAL, se pierde un año de esperanza de vida por cada 10 % de incidencia acumulada por COVID-19, con lo que, debido a la estructura por edades envejecidas de la región, ALC puede ser una de las más afectadas. No obstante, preocupan también las consecuencias de la COVID-19 entre quienes no la han padecido, pero que sí sufren otras enfermedades y han visto afectada su atención y seguimiento continuo.

Sin embargo, el impacto de la pandemia en ALC no solo se circunscribe al área de la salud: en términos socioeconómicos, las brechas y asimetrías estructurales han acentuado los efectos negativos de la pandemia, a la vez que las ha agudizado. Así, se pueden observar mayores niveles de pobreza en gran parte de la población, pero también mayores niveles de riqueza entre los estratos más ricos. Para el Credit Suisse Research Institute: “siguiendo el patrón histórico, el 1 % de las personas más ricas concentraron cerca del 50 % de la riqueza mundial”. Otros efectos han sido: el aumento de la tasa de desocupación ha sido mayor que en crisis anteriores, mayor peso del endeudamiento público de la región (11 puntos porcentuales en 2020 respecto al 2019 (45.6 % a 56.3 % del PIB), caídas en la cobertura de los sistemas de pensiones (en número de cotizantes y por retiro de recursos), aumento de la inseguridad alimentaria (principalmente en poblaciones con pobreza extrema) y, efectos cognitivos y psicoemocionales negativos, así como de deserción escolar, por no tener clases presenciales, agravados por las brechas digitales entre poblaciones con y sin acceso a tecnologías de la información y comunicación.

[...] el impacto de la pandemia en ALC no solo se circunscribe al área de la salud: en términos socioeconómicos, las brechas y asimetrías estructurales han acentuado los efectos negativos de la pandemia, a la vez que las ha agudizado

En efecto, la pandemia por SARS-CoV-2, además de su estela de muerte en la región, dejará secuelas físicas, psíquicas y sociales. En este sentido, la reformulación de los sistemas sanitarios aparece como una necesidad colectiva. El desarrollo de nuestros pueblos es perentorio; la justicia social se ha alejado de los eslóganes y se inscribe en una necesidad cuyo incumplimiento es éticamente inaceptable. Y es que cuando hablamos de desarrollo hablamos de la legítima posibilidad de resolver problemas, a la par de los que mejor pueden y siendo solidarios con los que tienen más dificultades. Esta pandemia explica la salud como bien común; uno entre los bienes comunes que debemos contribuir equitativamente.

La movilización de los sistemas sanitarios y de las industrias relacionadas con la salud, tanto farmacéutica (vacunas con diferentes plataformas) como no farmacéutica

[...] la reformulación de los sistemas sanitarios aparece como una necesidad colectiva. El desarrollo de nuestros pueblos es perentorio; la justicia social se ha alejado de los eslóganes y se inscribe en una necesidad cuyo incumplimiento es éticamente inaceptable. Y es que cuando hablamos de desarrollo hablamos de la legítima posibilidad de resolver problemas, a la par de los que mejor pueden y siendo solidarios con los que tienen más dificultades

(tecnología de infraestructura ligada tanto a casos graves como a circulación general) y, sobre todo, el exánime esfuerzo del personal de salud, han puesto estos sistemas en el debate público. Pero la salud es mucho más que el sistema sanitario; al decir de algunos es la máxima expresión de la organización social.

Por todo lo mencionado, creemos que es necesario sumar esfuerzos solidarios para ampliar el acceso y la distribución de vacunas en nuestros pueblos y en los de Asia y África. Nadie se salva solo. Las vacunas están siendo un factor decisivo de vida o muerte, así como para evitar la aparición de nuevas variantes del SARS-CoV-2 que nos afectan a todas y todos. Los países de ALC tienen una proporción muy alta de población susceptible a las formas graves de la infección (comorbilidades, pobreza, insuficiente acceso a servicios de salud) y, aun así, las barreras para adquirir dosis de vacunación son un lastre mortal, dada la cantidad de enfermos y fallecidos que, desafortunadamente, siguen creciendo minuto a minuto.

Se deben acentuar los mecanismos de cooperación entre los Estados de nuestras regiones, ya que su rol ha sido decisivo no sólo en la gestión de la pandemia, sino en las inversiones, aun cuando hubieren favorecido de manera asimétrica al sector privado. Este rol creemos que debe proyectarse a otras situaciones como la transparencia y rendición de cuentas en el manejo de la pandemia.

Creemos que las estrategias basadas en la atención primaria deben ser reforzadas en todos sentidos (infraestructura, mejores salarios, proyección profesional y reconocimiento científico del personal); por su parte, el segundo y tercer nivel de atención de los servicios públicos de salud, deben continuar su consolidación y ampliación con base a lo ya vivido como necesidad. Estos servicios deben tener la capacidad de atender no sólo a las personas que quedarán con secuelas por COVID-19 —o con la recientemente denominada “COVID-19 crónica”— sino también a aquellas que tienen requerimientos ligados a otro tipo de enfermedades, transmisibles y no transmisibles, de curso crónico.

La gran lección es que si no actuamos todas y todos juntos, y si no se subordinan los intereses económicos y geopolíticos al bienestar de la población, las consecuencias en todos los terrenos serán más que lesivas. En este sentido, la integración de la región de ALC con la de América del Norte, la UE y las otras regiones del planeta, no en términos de subordinación sino de solidaridad, sería una gran contribución en la reducción de inequidades y la anhelada justicia social para todas y todos.¹² //

MIEMBROS DEL OBSERVATORIO SOCIAL DE TUBERCULOSIS Y COALICIÓN TB

Observatorio Social de Tuberculosis. Integrado por: México, Guatemala, El Salvador, Colombia, Perú, Bolivia, Haití y República Dominicana • Coalición TB de las Américas. Integrada por: Argentina, Chile y Ecuador.

- 1 Observatorio Social de Tuberculosis
CEPAL. Informe especial No. 11. La paradoja de la recuperación en América Latina y el Caribe. Crecimiento con persistentes problemas estructurales: desigualdad, pobreza, poca inversión y baja productividad. 8 de julio de 2021. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/47043/5/S2100379_es.pdf
- 2 CEPAL, Observatorio Demográfico 2020 (LC/PUB.2020/20-P), Santiago, 2021. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/46640/5/S2000898_es.pdf

EPÍLOGO

ANDREA RIZZI

Corresponsal de asuntos globales de *El País* (España)



EL REMOLINO DE LA DESIGUALDAD

Como piezas de un mosaico, los testimonios y reflexiones reunidos en este libro componen un valioso y detallado retrato del continente americano en la era pandémica. Las circunstancias más adversas de la vida tienden a poner en evidencia la magnanimidad, o pusilanimidad, de las personas. De la misma manera, desvelan la naturaleza más profunda de las organizaciones colectivas, entre ellas los Estados. Por ello tiene un valor especial detener la mirada en lo ocurrido en esta época oscura, reflexionar a fondo sobre puntos de vista tan significativos como los de los autores que contribuyen a esta obra colectiva, y ponderarlos en yuxtaposición, comprendiendo el mensaje que el conjunto del mosaico encierra. Como dejó cristalinamente claro Dante Alighieri en *La Divina Comedia*, el camino de la salvación del ser humano no es otra cosa que el camino de la elevación a través del conocimiento: el conocimiento de errores y aciertos, de vicios y virtudes, sombras y luces. Observarlos con mente abierta, juzgarlos con una irreductible honradez de espíritu es lo que permite superarse, elevarse, salvarse. Esto vale para las personas, y también para las instituciones. El mosaico que ustedes tienen entre las manos puede observarse, pues, como una apreciable herramienta para avanzar en ese camino, el que realmente decide nuestro destino.

América es un espacio no solo de inmensa amplitud geográfica, sino también de enorme diversidad política, económica y social. La pluralidad de relatos de esta obra permite sentirla con riqueza de coloraciones y texturas, y funciona a la vez como advertencia contra generalizaciones imprudentes. El continente es hogar de la que pese al ascenso de China sigue siendo la primera potencia mundial, Estados Unidos, de un país tan próspero y avanzado como Canadá, a la vez que de otros con recursos extremadamente limitados. Hay democracias consolidadas y frágiles; hay regímenes autoritarios. Hay culturas autóctonas, de origen hispano, anglosajón o francés. Sin embargo, en medio de esa diversidad, una mirada de conjunto sí permite detectar un común denominador que, aunque con distintas características, se conjuga en casi

todo el territorio de forma suficientemente intensa como para ser un condicionante primario de la vida política —y de la de los ciudadanos—: la desigualdad.

Los desequilibrios en la distribución de la renta y de la riqueza marcan la historia y el presente del continente, entre tantos casos de políticas dirigidas con escaso disimulo a favorecer las elites, y muchos otros de iniciativas nominalmente orientadas a reequilibrar esas asimetrías que han acabado en catástrofe. La desigualdad es gran protagonista americana tanto en un país próspero como Estados Unidos, donde el sistema ha ido paulatinamente ensanchando la brecha entre clases y complicado el movimiento del ascensor social, así como en otros donde grandes capas de la población malviven en situación de pobreza o angustiosamente al borde de ese umbral. La pandemia ha irrumpido en este flujo histórico, poniéndolo en evidencia, y agudizándolo.

Cualquiera puede caer gravemente enfermo y fallecer, pero los ciudadanos más formados y prósperos han tenido más posibilidades de protegerse, teletrabajando, evitando transportes públicos, recurriendo a empleados para reducir su propia exposición; los otros, especialmente aquellos que consiguen sus ingresos en la informalidad —gran lacra latinoamericana— han estado, y siguen estando más expuestos

La covid es un flagelo que golpea de forma asimétrica. De entrada, en el internacional, donde los países más ricos gozan de mejores medios no solo para evitar contagios y atender enfermos, sino también para acaparar vacunas, en un desajuste global de dudosa moralidad. Pero, además, la asimetría se produce con fuerza despiadada también dentro de cada sociedad nacional. Cualquiera puede caer gravemente enfermo y fallecer, pero los ciudadanos más formados y prósperos han tenido más posibilidades de protegerse, teletrabajando, evitando transportes públicos, recurriendo a empleados para reducir su propia exposición; los otros, especialmente aquellos que consiguen sus ingresos en la informalidad —gran lacra latinoamericana— han estado, y siguen estando más expuestos.

Esta asimetría de base se ve por supuesto redoblada por la debilidad de los servicios públicos. De entrada, en el aspecto más dramático, por sistemas sanitarios frágiles que no llegan a poder atender bien a todos aquellos que lo necesitan. Poca duda cabe sobre qué parte de la población pesan más estos límites. Pero la desigualdad también se ve agudizada en la época pandémica por sistemas educativos demasiado a menudo incapaces de acompañar a todos los alumnos por igual en la difícil travesía de cursos

marcados por la suspensión de la actividad presencial. Incluso cuando esté superada, la pandemia dejará la cicatriz de ciclos educativos en los que unos pocos alumnos habrán podido mantener un buen ritmo gracias al estímulo de padres cultivados y a haber dispuesto de medios para seguir la formación en modalidad remota, mientras los más habrán desaprovechado importantes fases de su desarrollo cognitivo al no contar con esas mismas condiciones. Esto es especialmente relevante para niños de corta edad, en estaciones muy fértiles para el desarrollo del intelecto.

Por otra parte, el colapso económico provocado por la pandemia se ha ensañado con los más frágiles, en un entorno caracterizado —con pocas excepciones— por escasos amortiguadores sociales públicos. Un informe publicado a finales de noviembre por un grupo de cinco agencias de la Naciones Unidas indica que 59,7 millones de personas padecieron hambre en América Latina en 2020, unos 13,8 millones más que en el año anterior.

La desigualdad es un remolino alimentado por muchas corrientes. Algunas son en gran medida ajenas al control de los Estados, incluso los más poderosos, y tienen a que ver con fuerzas globales

Todo esto no solo tiene consecuencias en la vida de las personas —en tantas ocasiones, de la forma más extrema, segándolas—. Las tiene también sobre el futuro político de las naciones. Ya antes de la pandemia una significativa serie de protestas señalaba el malestar ciudadano en varios países de la región. Es razonable temer que la sacudida pandémica esté alimentando nuevas bolsas de insatisfacción y desafección con los sistemas. Y que estos, en algún momento, acaben empoderando fenómenos políticos desestabilizantes. El último Latinobarómetro, publicado el pasado mes de octubre, no ha detectado un deterioro del apoyo a la democracia en 2020 con respecto a la encuesta anterior. Sin embargo, se trata de una estabilidad que no puede ser observada con complacencia: los datos registrados se sitúan en niveles pésimos. Un 70 % de los encuestados no está satisfecho con la democracia, unos 20 puntos más que hace una década. Que no haya habido un empeoramiento con respecto al año anterior no es un elemento tranquilizador definitivo a la vista no solo de la persistencia de pésimos datos absolutos, sino también de cómo ciertos fenómenos a menudo acaban produciendo consecuencias al cabo de un tiempo de incubación. La profunda crisis económica que empezó en 2008 causó fuertes repercusiones políticas en Occidente; algunas de ellas tardaron años en aflorar.

La desigualdad es un remolino alimentado por muchas corrientes. Algunas son en gran medida ajenas al control de los Estados, incluso los más poderosos, y tienen a que ver con fuerzas globales. El cambio climático, por ejemplo, se ensaña con especial virulencia con los más frágiles, que por lo general disponen de peores condiciones para afrontar fenómenos adversos cada vez más frecuentes o el deterioro del medioambiente;

asimismo, las maniobras de tantas grandes empresas para eludir el pago de impuestos imprescindibles para sostener eficaces servicios públicos no pueden contrarrestarse solo a escala nacional. Muchas otras de esas corrientes, en cambio, dependen directamente de decisiones tomadas dentro del perímetro de las instituciones de un país. Las clases dirigentes tienen una enorme cuota de responsabilidad en la mayor, o menor, cohesión social de un país. Aún con límites, los sistemas de recaudación fiscal y de redistribución a través de prestaciones siguen siendo herramientas poderosas.

Las señales eran inquietantes hace tiempo, y la pandemia ha funcionado como un enorme acelerador de partículas. El economista francés Thomas Piketty, especializado en materia de desigualdad, considera que nos hallamos en una situación parecida a la que desembocó en la Revolución Francesa

Es, esta, una cuestión de enorme calado. Es fundamental entender que el remolino de la desigualdad concierne no solo a aquellos que ya se han hundido en él o que están en proceso de hacerlo; también concierne a aquellos que empiezan a dar lentas vueltas; y a aquellos que temen verse arrastrados. Las personas –y las sociedades– viven fuertemente influenciadas por las expectativas. No solo importa cómo y dónde se está; también si es el modo y el lugar esperado; si se observa el futuro con confianza o temor; si se cree que las nuevas generaciones tendrán, o no, mejores condiciones. Todo esto, pues, configura una fuerza que afecta de forma muy amplia la sociedad. Las señales eran inquietantes hace tiempo, y la pandemia ha funcionado como un enorme acelerador de partículas. El economista francés Thomas Piketty, especializado en materia de desigualdad, considera que nos hallamos en una situación parecida a la que desembocó en la Revolución Francesa.

La pandemia, con el sufrimiento que está causando y las brechas que está ampliando, señala la necesidad de un nuevo contrato social. Una profunda reformulación de equilibrios que, en tantas partes, han permitido el extraordinario enriquecimiento de las elites mientras enormes segmentos poblacionales permanecen, o se hunden, en las malas aguas de la precariedad. Vista desde el prisma europeo, América, lejana de los niveles de cohesión social propios de muchos países de la Unión Europea así como de mecanismos de solidaridad supranacionales, tiene especial necesidad de ello. El momento es propicio. El reconocimiento de la importancia de esta cuestión crece. Más de 130 países han sellado un acuerdo para establecer un mínimo impositivo para sociedades; avanza la aceptación de que los países más prósperos deben ayudar a los más frágiles y expuestos en la cuestión climática; casi por doquier se ha optado por respuestas keynesianas al shock pandémico con fuerte atención a los amortiguadores

sociales. El siguiente paso es transformar este impulso coyuntural en respuestas estructurales.

No se trata de una cuestión de mera relevancia moral. Las élites harían bien en interiorizar que este nuevo contrato social es necesario para asegurar la estabilidad y el progreso de los que depende su propia prosperidad en el medio–largo plazo. Reacciones de profundo malestar que empoderen opciones políticas radicales pueden causar catástrofes, como América Latina tristemente señala. Al principio de *La Divina Comedia*, Dante, tras salir de la selva en la que estaba perdido, inicia su camino de salvación, pero tres temibles fieras obstaculizan su avance en los primeros compases. Una suerte de lince –símbolo de la lujuria–; un león –de la soberbia–; y una loba –de la avidez–. El poeta-profeta nos subraya que esta, horrible animal que cuanto más comía, más delgado estaba, es la más temible de las tres. Nos explica que dejarla a nuestras espaldas es imprescindible para el camino de salvación. Puede que, siete siglos después, el mensaje mantenga mucha validez. Puede que este sea uno de los principales elementos de reflexión que ofrece a nuestros ojos –a nuestra mente– el mosaico que ustedes tienen entre manos. //





Memorias de la **COVID-19**

La pandemia en las Américas

38 ciudades de 19 países con la participación de representantes de 22 hospitales de ambos continentes, 18 universidades y 22 instituciones públicas, colegios profesionales, oenegés... 54 artículos, 10 cartas abiertas (9 a las Américas y 1 a la Unión Europea).



Entidades Fundadoras de la Red contra la Tuberculosis y por la Solidaridad (Red TBS-Stop Epidemias)

Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España (CGCOM)
Cruz Roja Española
Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR)
Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG)
Ibsen Comunicación (Secretaría Técnica)

Participan en la Red TBS-Stop Epidemias

Asociación de Médicos Gallegos (ASOMEGA)
Acta Sanitaria - Barbizon
Agència de Salut Pública de Barcelona
Agencia Servimedia
Agencia EFE - EFE Salud
Asociación Cántabra de Investigación en Aparato Respiratorio (ACINAR)
Asociación Nacional para la Seguridad en Centros Sanitarios (ANSICH)
Associació Il·lenca de Respiratori
Albergue Mejía Lequerica
Centro de Atención de Adicciones La Latina
Colexio Oficial de Farmacéuticos da Provincia de Lugo
Centro de Acogida para Inmigrantes San Blas
Departament de Justícia - Generalitat de Catalunya
Organización Médica Colegial (OMC)
El Global
Escuela Universitaria de Enfermería de Cruz Roja Española
Editorial Saned - Revista El Médico
Federación Española de Asociaciones de Pacientes Alérgicos y con Enfermedades Respiratorias (FENAER)
Gaceta Médica
Fundación SEMG Solidaria
Grupo Español de Pacientes con Cáncer
Grupo de Estudio de las Infecciones por Micobacterias (GEIM)
Infomedpress
Médicos del Mundo Illes Balears
NeumoMadrid
NeumoSur
Pressclipping
Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMergen) - SEMergen Solidaria
SEPAR Solidaria
Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC)
Be Neumo, Be You - Hospital Universitario de La Princesa
Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria (SESP)
Subdirección General de Coordinación de Sanidad Penitenciaria - Secretaría General de Instituciones Penitenciarias - Ministerio del Interior
International Union Against Tuberculosis and Lung Disease (The Union)
Unidad de Investigación en Tuberculosis de Barcelona (UITB)
Fundación de la Unidad de Investigación en Tuberculosis de Barcelona (fuiTB)
Área de Tuberculosis e Infecciones Respiratorias (TIR) de SEPAR
Unidad Editorial - Diario Médico - Correo Farmacéutico
Universidad Autónoma de Madrid

Comités de la Red TBS-Stop Epidemias

Consejo Institucional: Tomás Cobo Castro, Francisco García del Río, Antonio Fernández-Pro Ledesma, Juan Jesús Hernández González-Nicolás
Consejeros: Pilar de Lucas Ramos, Benjamín Abarca Buján, Juan José Rodríguez Sendín, Inmaculada Alfageme Michavila; Serafín Romero Agüit, Carlos Jiménez Ruiz
Comité Científico: Julio Ancochea Bermúdez, presidente; José Manuel Solla Camino, vicepresidente; Javier García Pérez, secretario general
Vocales: José Caminero Luna, Joan Artur Caylà Buqueras, María Teresa de Miguel, Noelia Martín Buitrago, José María García García
Comité Técnico: Mario Braier, coordinador general; Amina Baar-Baarenfels, RR. PP.; Anna Borau, comunicación
Consejo editorial Memorias de la COVID-19
Editores: Julio Ancochea Bermúdez y Mario Braier
Asesores: Francisco García del Río, Carmen Martín Muñoz, José Antonio Caminero Luna, Juana Samper Ospina, Joan Artur Caylà Buqueras, Eva García Perea, Joan B. Soriano, Lorenzo Fernández Fau, Francisco Javier García Pérez, Anna Borau Miñarro

Patrocinadores que han prestado apoyo a la Red TBS-Stop Epidemias

Universidad Autónoma de Madrid (UAM)
Vicerrectorado de Compromiso Social y Sostenibilidad de la UAM
Oficina de Acción Solidaria y Cooperación de la UAM
Cátedra UAM-GSK Respira Vida
Cátedra UAM-Roche EPID Futuro
Cátedra UAM-Chiesi-NeumoMadrid
Asociación de Médicos Gallegos (Asoomega)
Hospital Universitario de La Princesa
Chiesi España
Grupo Menarini
Sandoz Farmacéutica
Serveis Clínics
Janssen
Farmaindustria
PharmaMar
Previsión Sanitaria Nacional (PSN)

No bastan las vacunas, ayudan pero
no son solución al problema de vida de los pueblos;
es necesario aprender a vivir con lo necesario
que hace el compartir en comunidad
el pan que alimenta el cuerpo
y el pan que alimenta el espíritu
y la libertad y equilibrio con la Madre Tierra
y saber que somos sus hijos e hijas,
no los dueños o dueñas.

Adolfo Pérez Esquivel

REDTBS
STOP EPIDEMIAS

REDTBS

STOP EPIDEMIAS

Constituyen la *Red TBS-Stop Epidemias** el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, Cruz Roja Española, la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica, la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia, e Ibsen Comunicación, impulsor del proyecto y Secretaría Técnica. Desde que se creó se han ido sumando participantes que apoyan la campaña y hoy la integran más de cincuenta entidades públicas y privadas que pertenecen a diferentes ámbitos profesionales: educación, atención humanitaria, investigación, medicina, enfermería, farmacia, comunicación... Somos consecuentes con nuestros objetivos y compartimos la decisión de intensificar esfuerzos y dar un paso más en consonancia con los propósitos de la Organización Mundial de la Salud y la *Agenda 2030 de Objetivos de Desarrollo Sostenible de Naciones Unidas*. Prevención, inclusión, compromiso, investigación, conocimiento y solidaridad, un sueño que compartimos con millones de personas de todo el mundo.

En consonancia con sus objetivos, la *Red TBS-Stop Epidemias* realiza diferentes actividades durante todo el año.

Toda su información en:

www.redtbs.org
www.memoriasdelacovid19.org
redtbsstopepidemias@gmail.com

* Soporte completo de la red en la página 285 de la presente edición.

Memorias de la COVID-19

La pandemia en las Américas

Todos los relatos agrupados en este libro son en su conjunto una radiografía humana de lo vivido por las personas que habitan en Iberoamérica y que son protagonistas de un drama social cuyo fin aún es un enigma. Textos desde los cuales podemos percibir supuestamente lo que nos depara un futuro tan cercano como incierto. 64 narraciones desde 38 ciudades de 19 países con la participación de representantes de 22 hospitales de ambos continentes, 18 universidades y 22 instituciones públicas, colegios profesionales, oenegés... que nos cuentan sus vivencias personales y dos editores que han intentado dar forma a un documento que resulte útil a las próximas generaciones. Una visión sincera de esta realidad pandémica que está cambiando el paradigma mundial y por ello, sin duda, a las personas. “Un espejo concéntrico en un momento histórico en el que tendemos a hacer más preguntas que a proclamar respuestas”, afirmamos en nuestro primer libro y ahora, un año después, esas respuestas están más cerca y tememos que no son muy esperanzadoras dentro del contexto político internacional. Por ello creemos que es necesario comprometernos más que nunca y una manera de hacerlo es oponer nuestra conciencia a la dejación, nuestro espíritu solidario al desinterés, el sobreesfuerzo a la fatiga y los ideales frente a la desconfianza. Este libro es una aproximación a la convivencia cívica global, una llamada a la esperanza.

Mario Braier y Julio Ancochea
Editores