



COVID-19: encuentros y desencuentros de la salud pública, la ciencia, la incertidumbre y la política global

La visión desde el Departamento de Medicina Preventiva y Social. Facultad de Medicina, UdelaR.

EL INICIO

Hace poco más de dos meses, las alarmas globales se dispararon frente a la emergencia de un nuevo agente infeccioso, que a la postre sería conocido formalmente como COVID-19. Su nombre es consecuencia de su similitud biológica con otro viejo conocido, que emergió, al igual que este, en China, hace ya 18 años. En aquel momento, el evento que causó (expresado por la forma de presentación en humanos), fue denominada SARS, por su sigla en inglés “Síndrome Agudo Respiratorio Severo”. Como su nombre lo indica, aquel evento generó conmoción mundial, causando de la muerte de 10 de cada 100 personas afectadas, en forma promedio, afectando a cerca de 30 países, con más de 8000 casos y 700 fallecidos en todo el mundo.

El evento causó pánico global, y afectó la economía regional y mundial durante un tiempo considerable luego de su ocurrencia. Se agitaban las banderas de la seguridad nacional, la protección de la economía de las grandes potencias estaba en los titulares de todos los medios de comunicación.

En 2012, un nuevo coronavirus emergió, esta vez en el Medio Oriente, razón por la cual, la enfermedad que causó fue denominada MERS-Cov (“Middle East Respiratory Syndrome”). A pesar de tener una letalidad mayor al 30% (pocas enfermedades transmisibles hoy ostentan este comportamiento), este evento no causó el mismo efecto. En gran parte ese comportamiento podría explicarse porque el impacto fue básicamente restringido a países no occidentales, con baja transmisibilidad y contadas exportaciones. Se afectaron principalmente integrantes de los equipos de salud que realizó la asistencia de casos en Arabia Saudita y Emiratos Árabes Unidos.

La emergencia de nuevos agentes, de los que se estima ocurre al menos uno por año en el mundo, surge mayoritariamente a partir de un origen zoonótico, es decir que se transmiten de animales vertebrados al hombre. Entre los factores que favorecen su emergencia se encuentran razones de comportamiento humano y de

los modelos de desarrollo y culturales, que empujan a las poblaciones humanas hacia la denominada “interfase” humano-animal.

La mayoría de estos eventos, no tendrá potencial pandémico, pero obligan a los países y estructuras a mantenerse vigilantes y contar con mecanismos de detección precoz y respuesta oportuna. El 11 de marzo, la OMS ha catalogado el evento actual causado por el COVID-19 como pandemia. La declaración implica considerar que el evento actualmente presenta transmisión eficaz, intensa y sostenida en múltiples regiones del mundo. Las acciones recomendadas a escala global no sufrirán grandes modificaciones, ya que las medidas de control que aplican siguen siendo las mismas. El evento fue declarado “emergencia de salud pública de importancia internacional” por parte del Director General de la OMS el 31 de enero de 2020, en base al asesoramiento de un Comité de Expertos, quienes sustentaron su recomendación en el potencial de transmisión internacional y a la necesidad de una respuesta internacional coordinada. Dicha declaración tiene un carácter esencialmente legal, desde la perspectiva de salud internacional y no tiene relación con el grado de severidad del evento, sino con su potencial de dispersión global.

LA CIENCIA E INCERTIDUMBRE DETRÁS DEL EVENTO

En forma diaria, vemos en televisión, radio y prensa escrita de todo el mundo, decenas de expertos provenientes de diferentes áreas de la ciencia, intentando explicar lo que está sucediendo.

Este hecho es intrínsecamente contradictorio, en tanto no es posible ser experto de un fenómeno nuevo del cual se sabe aún tan poco. Lo que sí es posible, es que profesionales de áreas que entienden en la materia, principalmente salubristas, epidemiólogos y especialistas en control de enfermedades transmisibles, utilicen los datos disponibles para intentar generar información válida sobre este evento. Quien asevere al día de hoy saber qué va a ocurrir, en un momento o lugar determinado del futuro cercano o alejado respecto a este complejo evento, seguramente caiga en una de dos categorías: ingenuo o soberbio.

La razón de tan dura afirmación surge de la propia evidencia. Cuando un fenómeno de esta complejidad ocurre, existe inicialmente una enorme proporción de determinantes o parámetros, que aún son desconocidos, o que aún conocidos cuentan con un grado de incertidumbre significativo o no son necesariamente aplicables a otras realidades. A medida que el evento transcurre y las cartas comienzan a darse vuelta, al igual que en una jugada de póker, algunos podrán aventurar, utilizando determinadas herramientas matemáticas, qué es lo que más probablemente ocurrirá. Como ejemplos, se podrían citar los intentos más recientes de modelar lo que ocurriría durante la pasada epidemia de Ébola en África del oeste, o la propia pandemia de Influenza A (H1N1), en la que

modelos realizados, en etapas precoces del evento, por los mejores centros del mundo, no pudieron acertar el comportamiento que finalmente tuvieron. Es habitual que este tipo de modelados precoces, basados en una alta carga de incertidumbre, tiendan a la sobreestimación del fenómeno. Ya son virales en redes sociales, proyecciones “caseras” de la evolución esperada del evento, con crecimiento exponencial. La mayoría de las epidemias inician su crecimiento en forma exponencial pero luego la pendiente se aplanan, por lo que proyectar sobre un número pequeño de puntos originados en la fase exponencial arrojará un resultado mayor al que posiblemente ocurra realmente.

A la fecha, hay algunas cosas que se pueden afirmar con cierta seguridad sobre lo que ocurre con COVID-19, pero aún son bastante menos de las que no se saben. Mucho que es posible describir, poco que pueda ser inferido o trasladado a otros escenarios geográficos o temporales.

El COVID-19 es en forma general “más transmisible”, la mayoría de los afectados pertenecen a contactos directos de casos y es, a priori, significativamente menos letal que sus predecesores. La letalidad es altamente inhomogénea en su distribución, afectando en forma predominante a personas mayores de 65 y en especial, mayores de 80 años. La evolución del brote en China, Japón y Corea es esperanzadora, con un descenso en el número de nuevos casos. No es preciso aclarar que las medidas allí tomadas, posiblemente no son aplicables posiblemente a ningún otro país, por lo que su evolución, tampoco puede ser extrapolada. El crecimiento exponencial en países que reportan sus primeros casos es esperable en este escenario, y ciertamente requiere una vigilancia estricta.

Es aquí donde comienza la parte compleja del tema. Las personas, todas, están “cableadas” para tratar de evitar la incertidumbre, por lo que interpretar la información en forma lineal o dicotómica, es sumamente útil e instintivo. Necesitamos saber: es grave o no es grave, mata o no mata, debemos contener o mitigar?

Si bien es imposible abarcar todos los determinantes de la transmisión de un evento de esta naturaleza, tratemos de centrarnos en algunos puntos importantes, intentando hacerlo libres de preconcepciones:

1) La tentación de la comparación

Existen varios factores que se estudian para caracterizar epidemiológicamente lo que se conoce como “dinámica de transmisión” de un evento transmisible. Abundan las notas de prensa que elaboran sobre la letalidad (también expresada como “CFR” o “case fatality rate”), y el llamado número reproductivo básico o R_0 . El primero expresa cual es la proporción de gente que muere a causa de la enfermedad del total de personas enfermas, mientras que el segundo refleja el número promedio de casos secundarios (es decir a cuantos es capaz de transmitirse) a partir

de un caso, en una población susceptible (o sea sin inmunidad contra ese agente en particular). Finalmente pero no menos importante, es preciso contar con indicadores que expresen la carga del evento en relación a la población expuesta (en este caso toda la población prácticamente). A la fecha ninguno de los países afectados ha presentado indicadores con esta característica. Si bien suena menor, no es igual la comprensión de un evento expresado en frecuencias absolutas (número total de casos) que uno que expresa la magnitud del RIESGO, expresados como tasas de ataque o de incidencia según el caso (número de casos en relación a la población expuesta al riesgo en un tiempo acotado). A la fecha manejamos que el evento acumula unos 120.000 casos, siendo el denominador la población mundial. Muchos creen que aseverar esto implica banalizar el evento, mientras otros que es intentar poner el evento en perspectiva, habiendo ya hecho las salvedades del caso en relación al crecimiento exponencial inicial.

A priori, tanto la letalidad, como el R_0 (número promedio de casos secundarios), suenan intuitivos y fáciles de interpretar. Lo mismo aplica a la letalidad reportada por los países afectados y de igual modo a las cifras globales presentadas a tiempo real en múltiples portales, incluidos los canales oficiales de la OMS (la mayoría de la información está en números absolutos y no relativos a la población expuesta). El problema radica en lo que hay detrás del dato. Para poder estimar estos parámetros los epidemiólogos utilizan datos surgidos de la vigilancia epidemiológica. Cada país establece sus propios criterios de vigilancia bajo los cuales captan “casos” de un determinado evento. Si bien existen lineamientos globales, sugeridos por los organismos internacionales, cada país adapta estos criterios por razones varias. Por tanto, cuando uno observa una tabla mundial de casos y muertes, en realidad está observando números que no son necesariamente comparables entre sí. Esta verdad incomoda, es parte de las limitantes que los sistemas de vigilancia deben manejar, pero no es incorrecto, en tanto la estrategia que un determinado país desea llevar adelante debe ajustarse a su propia necesidad, recursos y por ende a su sostenibilidad. Las definiciones, además, deben cambiar constantemente en un evento nuevo (esto no sucede frecuentemente en enfermedades endémicas cuya vigilancia es estable en el tiempo). Por esta razón debe ser tomado con cautela la visualización de la evolución de nuevos casos por ej a lo largo del tiempo, ya que cambios en la definición producen aceleraciones o desaceleraciones bruscas, las que en realidad son un artefacto de ese cambio, sin rectificar la serie en forma retrospectiva.

De igual modo, cuando se intenta comparar la letalidad (es decir la proporción de personas que mueren del total de enfermos), existen serias limitaciones, por ej. Porque un país X que despliega una estrategia de vigilancia más exhaustiva (por ende detecta la pirámide completa de enfermedad), tenderá a reportar una letalidad más baja. En

contraposición, un país Y que solamente decida buscar y diagnosticar casos más graves, tendrá una tendencia a sobreestimar la letalidad. Para ilustrar este punto, basta con observar las diferencias entre el reporte de países con perfil demográfico similares como China donde la letalidad fuera de Wuhan es superior al 3%, mientras que en Singapur es 0% o en Corea donde es 0,8%. Estos últimos han desarrollado una estrategia agresiva de diagnóstico, en la que identifican virtualmente a todos los casos, estudiando aún a aquellos que están asintomáticos o con cuadros leves. Esto significa que la letalidad es un parámetro fluido, y no debiera nunca generalizarse, menos extrapolarse a otras realidades y contextos. La letalidad es varias veces superior en áreas en Wuhan en relación a lo que ocurre en el resto de China. Tampoco pueden interpretarse estos fenómenos sin considerar el acceso al sistema de salud y a su efectividad así como el perfil demográfico de las poblaciones. Consistentemente, el Ro reportado por un país X puede ser de 3, pero reducirse a menos de una decima parte en pocos días, cuando se aplican medidas de control. Todo lo que se puede afirmar desde la salud pública, para cualquier evento, vale para determinados fenómenos intercurrentes, para un lugar y un tiempo dados. Comparar el actual evento desconociendo su denominador, respecto a la influenza estacional o incluso la pandemia de influenza ocurrida en 1918 (conocida como “influenza española”) no es técnicamente posible. Basta mencionar las diferencias en los criterios y capacidades diagnósticas actuales, los recursos asistenciales, la prevalencia de determinantes mayores de estos eventos (a modo de ejemplo, la esperanza de vida en España en ese momento era del entorno de 40 años). Cuando alguien pregunta si algo es grave, se debe responder, respecto a qué?. Por estas razones, tampoco es posible predecir con exactitud al día de hoy, cuál será el comportamiento de estos parámetros, por ejemplo en Uruguay, una vez que exista circulación del virus.

2) La selección de la estrategia de control y la falsa dicotomía contención vs mitigación

Gran parte del tiempo dedicado a la controversia técnica entre especialistas ha sido dedicada a lo que debiera hacerse en este evento. Las distintas disciplinas que tienen relación con el tema abordan el problema desde ópticas distintas y es frecuente que la conmoción tome control aún de profesionales altamente capacitados. Si parto del precepto de saber cuál es la mejor estrategia, es esperable que interprete los datos en forma sesgada para poder llegar a la conclusión a la que llegue aún antes de empezar. Lo mismo aplica en sentido opuesto. Por ello, es precepto de las disciplinas de la salud pública (y de la ciencia en general) intentar observar el fenómeno despegados de presunciones, para poder realizar una evaluación de riesgo mesurada, evitando o intentado evitar introducir sesgos involuntariamente. Para ejemplificar este punto, si uno parte del

precepto de que el evento es grave y morirán millones de personas, es coherente plantear medidas de determinado tenor.

En forma teórica, y desde una visión puramente técnica, es posible tomar medidas de control de distinta naturaleza, solas o combinadas, según la evaluación de riesgo, las características del evento, su factibilidad y sostenibilidad.

Cuando se menciona que deben tomarse medidas de “contención” para el control de un evento, básicamente implica el uso de restricciones (por ej. al ingreso de personas a un país), identificación de casos y contactos, con su correspondiente seguimiento. El uso de cuarentena, suele incluirse como parte de las posibles medidas de contención, y se trata de una estrategia conocida ya en el siglo XIV durante su aplicación en Italia, y cuya denominación surge de “quaranta giorni” o cuarenta días, las que en forma arbitraria se utilizaban para detener el avance de grandes epidemias que azotaban Europa en esos tiempos. Es interesante recordar, que las medidas extremas de contención, tales como ésta, o la restricción al ingreso, son producto principalmente de la era colonial, resultado primario de necesidades comerciales y secundariamente de naturaleza sanitaria.

Por definición, la cuarentena, implica la separación física de personas expuestas a un agente infeccioso, durante un tiempo determinado, acorde al período de incubación del agente involucrado. Su uso, previo a la emergencia del COVID-19 se limitaba básicamente a eventos excepcionales, integrantes del grupo de agentes de los mayores niveles de riesgo desde la perspectiva de la bioseguridad, tales como las fiebres hemorrágicas (por ejemplo Ébola). El uso de estas herramientas, que podrían catalogarse como “extremas”, está establecido a nivel internacional, en el denominado Reglamento Sanitario Internacional, norma legalmente vinculante para los estados parte de Naciones Unidas. Es una herramienta que, de usarse, debe hacerse al amparo de determinados preceptos incluidos en esta reglamentación, respetando la normativa del país que la ejerce, así como convenciones y acuerdos relativos a Derechos Humanos a nivel internacional. A modo de ejemplo, el gobierno de Brasil debió aprobar en forma urgente una ley que amparara la toma de esta medida, para la restricción forzosa de ciudadanos provenientes de la provincia de Wuhan en China. La operación fue denominada “Retorno a la Patria Amada” y liderada por el Ministerio de Defensa de ese país.

La “mitigación” por su parte, implica la toma de una serie de medidas, efectivas para el agente y mecanismo de transmisión involucrado, tendientes a minimizar el impacto que el evento tendrá (“aplanar” la curva epidémica). El objetivo es entonces evitar morbi-mortalidad prevenible,

intentando que la sobrecarga no supere la capacidad de respuesta instalada.

La controversia mitigación vs contención, ha sido motivo de acaloradas discusiones en ámbitos académicos, pese a que en los hechos ambas estrategias no son en absoluto excluyentes. El control de una enfermedad transmisible puede implicar seleccionar medidas de uno u otro tipo, solas o combinadas, para lograr el resultado pretendido.

La pregunta recurrente, transcurridos ya dos meses de este evento es, nuevamente dicotómica, e implica responder si deben o no cuarentenarse millones de personas, cerrarse ciudades o provincias, prohibir la salida de ciudadanos de un país a otro.

Siguiendo con la lógica de la frustración, no hay respuesta para esta pregunta tampoco. Italia ha decidido recientemente restringir el movimiento de unas 16 millones de personas. Teniendo en cuenta los preceptos previamente vertidos, la toma de estas medidas podría tener impacto en la pendiente de la curva de transmisión, pero eso no está garantizado, por ejemplo, si la circulación inició, como se sospecha, mucho antes de la detección de casos graves.

Corea, por su parte, ha desarrollado una estrategia basada en la identificación precoz de casos, con una definición extremadamente sensible, desplegando una respuesta sin precedentes (con una inversión poco factible para la mayor parte de los países de la región de las Américas). La transmisión, como resultado, es baja, y la letalidad es cercana al 0,8% (muy distinta a la media del resto del mundo). En este caso, por lo expresado, es posible asumir que esa es la letalidad real del evento en el país. Eso no implica que esta estrategia exitosa de control pueda ser linealmente extrapolada a otros países. A modo de ejemplo, Corea cuenta con una capacidad diagnóstica de más de 200 mil estudios en forma acumulada desde la detección del primer caso (lo que representa más de 1000 por día).

Dicho esto, debiera ser intuitivo llegar a la conclusión de que los países de la región, incluido Uruguay, deben optar por una combinación de estrategias, basado en el escenario más probable, según la información de la que hoy se dispone y que permita adecuar esa respuesta (escalar o decalar) según necesidad, a medida que la incertidumbre se reduzca.

No existe una respuesta “one size”; todo marco general debe adaptarse a una cierta realidad, en particular en escenarios de alta incertidumbre. La toma de medidas excepcionales, en un escenario de este tipo, implica un riesgo alto. La preparación de los servicios y la acción directa sobre los grupos de riesgo principales para este evento (población añosa con comorbilidades) pueden modificar el impacto sobre el sistema, así como en términos de morbi-mortalidad. El énfasis suele colocarse en un escenario así, en la prevención de la transmisión entre personas, a través de una combinación de medidas: autoaislamiento en caso de enfermedad, el

distanciamiento social, el evitar contacto con enfermos en particular en grupos vulnerables, la adecuada higiene de manos y etiqueta de tos, cubriendo la boca y nariz al toser o estornudar con el codo o usando pañuelos desechables. La potenciación del primer nivel de atención, el rol potencial de la telemedicina, la participación activa del personal de enfermería durante el proceso de seguimiento y clasificación de casos, el acceso a herramientas de comunicación y tecnologías, pueden jugar un rol estratégico para el país. Nuestra baja densidad poblacional, puede ser, en este caso particular, una gran ventaja relativa.

Estas medidas aplican a todas las infecciones respiratorias, que son un problema real y creciente en Uruguay, con cerca de 1500 defunciones anuales y una tendencia creciente, resultado probable del envejecimiento poblacional y la alta carga de enfermedades crónicas no transmisibles.

El uso de medidas excepcionales de distanciamiento, tales como la cancelación de eventos públicos, actividades educativas o de otra índole, suele ser útil durante estos eventos, si bien, no hay evidencia robusta aún que lo respalde para este caso particular. A la fecha, los países que han optado por tomar estas medidas, lo hacen bajo la lógica del “exceso de precaución” (razonable en escenarios de alta incertidumbre) y en algunos casos como respuesta a la conmoción pública. Vale recordar que las vacaciones de julio, representan en forma teórica- dos periodos de incubación de los agentes responsables de la mayoría de las infecciones respiratorias comunes en niños. Es decir que se trata en realidad de un distanciamiento “programado” que de ocurrir en la fase ascendente de circulación de agentes respiratorios en niños, puede tener un impacto significativo. Por lo dicho, si este distanciamiento programado es fijo cada año y no cambia según la evolución de la curva epidémica, el impacto variará según el momento en que ocurra, reduciendo potencialmente su impacto. Por la misma razón, su uso fuera del período de mayor circulación no tiene mayor utilidad y su daño colateral, en términos económicos y productivos, es difícil de cuantificar. Para el caso de COVID-19 se asume, a la fecha, que los niños se afectan en igual magnitud que los adultos, pero con menor gravedad, y se desconoce exactamente cuánto contribuyen a la circulación del virus en la comunidad (es factible que jueguen un rol silencioso, tal como ocurre en otros virus respiratorios).

Habiendo tratado de saldar la falsa dicotomía contención-mitigación, cabe acotar que, a medida que el evento avanza, afectando más países y existiendo circulación sostenida, el uso de medidas de contención deja de ser recomendado como criterio general. Expertos de todo el mundo se han manifestado respecto a que ya nos encontramos en una fase en que estas medidas no solamente tienen una utilidad limitada, sino que pueden ser incluso contraproducentes.

LA POLITICA EN LA SALUD, LA SALUD EN LA POLITICA

No es posible negar que todas las epidemias tienen componentes políticos, algunas a escala local otras a escala global, con o sin declaración de pandemia. Este no es un fenómeno reciente. Basta recordar que la ya mencionada “influenza española” que azotó Europa entre 1918 y 1920, quedará en la historia con ese nombre porque España se mantuvo neutral en el contexto de la Primera Guerra Mundial y por ende era uno de los pocos países afectados que podía reportar la situación, mientras el resto debían ocultar el problema en tal contexto. Informar transparentemente la situación podría haber cambiado el rumbo de la guerra. Se cree que la Guerra no fue la causa original de la pandemia, pero ciertamente modificó su evolución, entre otros factores, por la movilización masiva de contingentes militares y por la existencia de millones de personas sumidas en la pobreza y desnutrición. Irónicamente España, no fue el país más afectado por este evento.

Los países y sus gobiernos, se preparan y responden a eventos de esta naturaleza, en forma distinta, condicionados inevitablemente por su posicionamiento ideológico, su abordaje de la salud tanto en lo referido al sistema de salud propiamente dicho, como a la preparación y respuesta a eventos de cualquier naturaleza. El derecho a las libertades individuales y el marco normativo de cada país, condiciona su margen de acción de igual modo.

En el caso de enfermedades transmisibles, los países están obligados, en forma teórica y al amparo de lo establecido en el RSI, a respetar determinados preceptos.

COVID-19 ha representado el “cisne negro” de la política de salud internacional, poniendo en jaque aquello que los propios países acordaron cumplir en respuesta a un evento de esa naturaleza.

Es el objetivo principal de la única norma internacional que regula este funcionamiento “prevenir la propagación internacional de enfermedades, proteger contra esa propagación, controlarla y darle una respuesta de salud pública proporcionada y restringida a los riesgos para la salud pública y evitando al mismo tiempo las interferencias innecesarias con el tráfico y el comercio internacionales”. Dichas medidas deben asimismo realizarse “con respeto pleno de la dignidad, los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas.”

El debate está instalado, tanto en la esfera de la política de salud internacional, como desde la perspectiva de derechos humanos y de la ética, en relación a la toma de medidas excepcionales en el contexto del presente evento. Es creciente el número de eventos relacionados a xenofobia y racismo tras la emergencia de COVID-19.

Mucho queda por evaluar en forma retrospectiva, respecto a las acciones tomadas y en relación al futuro del paradigma implícito en la mencionada norma. Los países de las Américas han respetado históricamente estos preceptos, pero también sufren y han sufrido alteraciones de acuerdo al contexto político en que se encuentran. Tampoco es posible saber hoy cual es el costo indirecto de la toma de medidas excepcionales, bajo el objetivo de prevenir enfermedad y muerte. La bolsa de valores de Italia cayó más de 5% en un día, luego de detectarse la circulación en parte del norte del país, en ese momento contabilizando unos 400 casos y menos de 10 fallecidos. Es función de la salud pública medir el impacto potencial, directo e indirecto, de las medidas tomadas no solo a corto, sino también a mediano y largo plazo. La restricción del comercio desde zonas afectadas ya está impactando en la distribución de insumos médicos, tales como medicamentos, o dispositivos, tapabocas, vacunas, etc.

Las principales potencias mundiales, abordan este tipo de eventos, en forma primaria, como amenazas a la seguridad nacional, y por ende responden en base a tal prerrogativa. Otros países, ponen énfasis en las implicancias de salud pública del evento y dirigen sus mayores esfuerzos a mitigar el impacto, fortalecer sus sistemas de salud, sus capacidades nacionales de respuesta a emergencias (por cualquier amenaza), bajo el paradigma actual de preparación y respuesta rápida. Las capacidades de vigilancia epidemiológica, una de las funciones esenciales de salud pública, son críticas para detectar precozmente, planificar y brindar insumos necesarios para la toma de decisión. Ello incluye el monitoreo del impacto potencial de un evento, en todas sus dimensiones, incluyendo sin duda lo que ocurre a nivel asistencial, indistinto del nivel de complejidad.

Uruguay cuenta con una de las poblaciones más envejecidas y con mayor carga de enfermedades crónicas no transmisibles de las Américas. Debe prepararse para una potencial e incierta sobrecarga de sus servicios de salud de magnitud no predecible a la fecha. El 80% de los casos, sería leve, podría manejarse en forma ambulatoria, de comportarse como en otros países del mundo. Los pacientes añosos, en especial, mayores de 80 años, con co-morbididades deben extremar las medidas de precaución que se recomiendan cada año, pero que en 2020 tendrán particular relevancia. La vacunación antigripal y anti-neumocócica en estos grupos, al igual que en personal de salud, será esencial. La vacunación es, además de una medida de cuidado personal, un acto de responsabilidad social y un imperativo ético para el personal de salud en particular.

La preparación de los servicios de salud que pueden verse desbordados por el aumento de la morbi-mortalidad, en particular severa, es esencial. La coordinación y complementación de derivación de pacientes que requieren ingreso a cuidados moderados e intensivos en todo el territorio es indispensable, de modo de optimizar los recursos disponibles en todo el SNIS.

Los usuarios de los servicios de salud tienen la obligación de hacer un uso responsable de los servicios de salud. Las puertas de urgencia y emergencia deben

proveer una atención rápida a personas que cursan enfermedades graves o potencialmente graves/letales. Concurrir a una puerta por una consulta banal pone en riesgo la vida de otras personas. Consumir insumos, tales como tapabocas, para su uso en la vía pública, expone al personal de salud a no contar con ellos para realizar su trabajo.

La conmoción y la irracionalidad pueden alterar completamente la evolución del evento en Uruguay.

Es responsabilidad compartida, de la sociedad, academia, personal de salud y medios de comunicación, evitar la generación de pánico, transmitiendo mensajes claros y apelando al rol que cada uno juega en el control de este complejo evento.