

La pandemia de COVID-19 en Brasil: crónica de una crisis sanitaria anunciada

Guilherme Loureiro Werneck ^{1,2}
Marilia Sá Carvalho ³

doi: 10.1590/0102-311X00068820

La pandemia de COVID-19, por el nuevo coronavirus (SARS-CoV-2), se ha convertido en uno de los mayores desafíos sanitarios en escala global de este siglo. A mediados de abril, pocos meses después del inicio de la epidemia en China a finales de 2019, ya se produjeron más de 2 millones de casos y 120.000 muertes en el mundo por COVID-19, y están previstos todavía muchos casos y fallecimientos en los próximos meses. En Brasil, hasta entonces, se habían registrado cerca de 21.000 casos confirmados y 1.200 muertes por la COVID-19.

El insuficiente conocimiento científico sobre el nuevo coronavirus, su alta velocidad de propagación y capacidad de provocar muertes en poblaciones vulnerables generan incertidumbres sobre cuáles serían las mejores estrategias que se deben utilizar para combatir la epidemia en las diferentes partes del mundo. En Brasil, los desafíos que se presentan son todavía mayores, puesto que poco se sabe sobre las características de transmisión de la COVID-19, en un contexto de gran desigualdad social, con poblaciones viviendo en condiciones precarias de vivienda y saneamiento, sin acceso sistemático al agua y en situación de hacinamiento.

De forma bastante esquemática y simplista, la respuesta a la pandemia de COVID-19 podría subdividirse en cuatro fases: contención, mitigación, supresión y recuperación. La primera fase, la de contención, se inicia antes del registro de casos en un país o región. Implica, principalmente, el rastreo activo de los pasajeros que vienen del extranjero y quienes están en contacto con ellos, con el fin de evitar o postergar la transmisión comunitaria. En la actual pandemia se considera que una fase de contención ejemplar fue esencial para que el impacto inicial de la pandemia fuera menor en Taiwan, Singapur y Hong Kong, a pesar de que incluso estaban cerca de China. La experiencia previa con la primera gran epidemia de síndrome respiratorio agudo grave (SRAG) causada por coronavirus de este siglo (2003) puede, por lo menos parcialmente, explicar la exitosa fase de contención en esos países.

La segunda fase, la de mitigación, comienza cuando la transmisión sostenida de la infección ya está instalada en el país. El objetivo aquí es disminuir los niveles de transmisión de la enfermedad para los grupos con mayor riesgo de presentar cuadros clínicos graves, además, claro, del aislamiento de los casos positivos identificados. Estas medidas, denominadas como “aislamiento vertical”, están en general acompañadas de algún grado de reducción

¹ Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

² Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

³ Programa de Computação Científica, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.



del contacto social. En general, comienza con la cancelación de grandes eventos, seguida paulatinamente de acciones como la suspensión de las actividades escolares, prohibición de eventos menores, cierre de teatros, cines y centros comerciales, recomendaciones para la reducción de la circulación de personas. Es lo que se ha convenido denominar “aplanar la curva” de la epidemia.

Una fase de supresión puede ser necesaria cuando las medidas anteriores no consiguen ser efectivas, bien sea porque su implementación no puede concretizarse de forma adecuada e inmediata (p.ej.: insuficiencia de pruebas diagnósticas para identificar individuos contagiadores, poco después del inicio de la epidemia), o bien porque la reducción alcanzada en la transmisión es insuficiente para impedir el colapso en la atención de salud. En la fase de supresión, se implementan medidas más radicales de distanciamiento social de toda la población. Aquí el objetivo es aplazar al máximo la explosión en el número de casos durante tiempo suficiente, hasta que la situación se establezca en el campo de la asistencia sanitaria, los procedimientos de testeo puedan ampliarse y, eventualmente, alguna nueva herramienta terapéutica o preventiva eficaz (p.ej.: vacuna) esté disponible. Hay controversias ¹, en relación con estas medidas de “aislamiento horizontal”, especialmente en lo que concierne a sus repercusiones económicas, sociales y psicológicas en el ámbito poblacional ².

Finalmente, y no menos importante, es la fase de recuperación, cuando existe una señal consistente de involución de la epidemia y el número de casos se convierte en algo residual. Esta última fase requiere una organización de la sociedad para la reestructuración social y económica del país. Y, ciertamente, una intervención del estado.

En Brasil, la cuestión de cuál sería la estrategia más adecuada para el contexto actual de la epidemia, si el “aislamiento vertical” o el “aislamiento horizontal”, ha dominado el debate no solo en diferentes sectores de la sociedad civil, sino también entre investigadores y profesionales directa o indirectamente implicados en el combate a la epidemia. Este debate tiene analogía con el dilema de la elección de intervenciones basadas en “estrategias de alto riesgo” o “estrategias poblacionales” ³.

El prolífico trabajo de Geoffrey Rose influencia hasta hoy el debate sobre intervenciones en salud pública. En resumen, intervenciones basadas en “estrategias de alto riesgo” serían aquellas orientadas hacia la reducción del impacto de la enfermedad y sus complicaciones en un subconjunto poblacional, considerado de más alto riesgo. Ya la “estrategia poblacional” propone un enfoque preventivo para toda la población. En el ámbito de las enfermedades crónicas, con alta prevalencia, existe una preferencia por estrategias poblacionales, puesto que los beneficios de las acciones preventivas se sentirán, no sólo por la población de más alto riesgo, sino por todos. Asumiendo que los riesgos para la salud se distribuyen continuamente dentro de una población, un abordaje poblacional abarcaría un mayor contingente de personas responsables de la mayor carga de la enfermedad en el ámbito poblacional ⁴. Ya en relación con las enfermedades transmisibles, el enfoque de alto-riesgo ha sido el más frecuentemente planteado, puesto que el abordaje centrándose en la población de mayor riesgo (de transmitir y/o contagiarse) sería más eficiente para limitar el proceso de transmisión en toda la población ⁵. Asimismo, algunas veces, se adopta una combinación de ambos. Es el caso del sida, con estrategias poblacionales, por ejemplo, el incentivo para el uso del condón, asociadas a campañas dirigidas hacia las poblaciones de mayor riesgo, como los trabajadores sexuales ⁶.

La adopción de diferentes estrategias de distanciamiento social, vertical u horizontal, debe guiarse por un análisis de la situación y de la progresión de la epidemia en un con-

texto dado. De esta forma, desde el punto de vista estrictamente teórico, una estrategia efectiva de “aislamiento vertical” podría ser la más eficiente, también por reducir las repercusiones económicas y sociales asociadas al “aislamiento horizontal”. No obstante, sucede que las condiciones para la ejecución de un “aislamiento vertical” efectivo, en la situación actual de la epidemia en Brasil, son muy limitadas. Esto se debe, en parte, por la alta velocidad de expansión de la infección y las dificultades para el monitoreo y vigilancia estricta de casos y contactos, debido a que la proporción de asintomáticos se aproxima al 80% de los infectados. Asimismo, y principalmente, por la ausencia de un sistema de testeo amplio que se hubiera establecido tras el inicio de la epidemia, de forma que se permitiera la identificación precoz de los infectados. De hecho, la experiencia de China muestra que, al principio de la epidemia, cerca de un 86% de las infecciones no fueron detectadas, pero constituyeron la fuente de infección para cerca de un 79% de los casos ⁷. No en balde, los progresos en el control de la epidemia en China sólo se produjeron tras la implementación de medidas amplias y drásticas de distanciamiento social. En los países que presentan amplias restricciones, tanto en la capacidad de testeo en los momentos iniciales de la epidemia, como en la cobertura de la asistencia al paciente grave, como en los EE.UU. e Italia, el “aislamiento vertical” se ejecutó inicialmente, a pesar de que la evolución rápida del número de casos exigió, aunque tardíamente, la introducción de una estrategia de supresión vía “aislamiento horizontal”. De manera similar, en el Reino Unido, la estrategia de aislamiento vertical fue inicialmente recomendada, pero la evolución de la epidemia y las proyecciones disponibles condujeron a un cambio de dirección, con la adopción de la estrategia de supresión basada en el aislamiento social horizontal.

Hay momentos en los que la comunidad científica del ámbito de las enfermedades infecciosas alerta que el advenimiento de nuevas pandemias no es una cuestión de “si”, sino de “cuándo” ocurrirá ⁸. El siglo XXI vivió varias epidemias que pudieron ser contenidas en algún nivel temporal o geográfico, como las dos epidemias de coronavirus (SRAG y el síndrome respiratorio de Oriente Medio -MERS), las epidemias de Ébola en África y la epidemia de gripe aviaria (H5N1). En su conjunto provocaron menos muertes que la COVID-19. La pandemia de influenza H1N1 de 2009, para la que existía una vacuna disponible, fue devastadora, estimándose que entre 150 mil a 575 mil personas murieron por causas asociadas a la infección ⁹. El número de muertes que serán provocadas por la COVID-19 es una incógnita, pero las estimaciones actuales indican que podrá superar 2 millones de óbitos, incluso con la implementación de medidas de supresión precoces ¹⁰.

En Brasil, el panorama es incierto y estimaciones válidas y confiables del número de casos y óbitos por COVID-19 se enfrentan a la ausencia de datos confiables, bien sea por los casos, bien por la implantación efectiva de las medidas de supresión, frente a las recomendaciones contradictorias de las autoridades en cada nivel de gobierno. Entre regiones del país, trabajos preliminares basados en datos de movilidad interurbana apuntan los caminos potenciales de la difusión de la epidemia, como instrumento para la asignación de los recursos necesarios destinados a una adecuada asistencia, ya de por sí escasos ¹¹. Poco se sabe sobre cómo la epidemia se propagará y afectará a las comunidades de baja renta, un panorama completamente nuevo, considerando los países más afectados hasta ahora.

La epidemia de COVID-19 encuentra a la población brasileña en situación de extrema vulnerabilidad, con altas tasas de desempleo y recortes profundos en las políticas sociales. A lo largo de los últimos años, especialmente tras la aprobación de la *Enmienda Constitucional n. 95*, que impone radicalmente el techo de gasto público y con las políticas economí-

cas implementadas por el actual gobierno, existe un creciente e intenso estrangulamiento de las inversiones en salud e investigación en Brasil. Es justamente en estos momentos de crisis cuando la sociedad percibe la importancia para un país de un sistema de ciencia y tecnología fuerte y un sistema único de salud que garantice el derecho universal a la salud.

En estos momentos, las decisiones inmediatas deben buscar salvar vidas, garantizando la asistencia de buena calidad al paciente grave. Es también indispensable minimizar los daños económicos, sociales y psicológicos de las poblaciones más vulnerables, mediante la adopción de medidas fiscales y sociales ¹². En Brasil, debemos levantar nuestras voces en defensa del sistema único de salud y exigir que los que hoy gobiernan el país se impliquen en la defensa de la vida de nuestro pueblo, de lo contrario, los responsabilizarán de la promoción de aquello que se presenta potencialmente como una de las mayores tragedias sanitarias ya vividas en este país.

Colaboradores

Ambos autores contribuyeron con la concepción, redacción y revisión del manuscrito y aprobaron la versión final.

Informaciones adicionales

ORCID: Guilherme Loureiro Werneck (0000-0003-1169-1436); Marilia Sá Carvalho (0000-0002-9566-0284).

1. Ioannidis JPA. Coronavirus disease 2019: the harms of exaggerated information and non-evidence-based measures. *Eur J Clin Invest* 2020; 50:e13222.
2. Kissler SM, Tedijanto C, Lipsitch M, Grad Y. Social distancing strategies for curbing the COVID-19 epidemic. *medRxiv* 2020; 24 mar. <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.03.22.20041079v1>.
3. Rose G. *The strategy of preventive medicine*. Oxford/New York: Oxford University Press; 1992.
4. Chor D, Faerstein E. Um enfoque epidemiológico da promoção da saúde: as idéias de Geoffrey Rose. *Cad Saúde Pública* 2000; 16:241-4.
5. Koopman JS, Simon CP, Riolo CP. When to control endemic infections by focusing on high-risk groups. *Epidemiology* 2005; 16:621-7.
6. Chang LW, Serwadda D, Quinn TC, Wawer MJ, Gray RH, Reynolds SJ. Combination implementation for HIV prevention: moving from clinical trial evidence to population-level effects. *Lancet Infect Dis* 2013; 13:65-76.
7. Li R, Pei S, Chen B, Song Y, Zhang T, Yang W, et al. Substantial undocumented infection facilitates the rapid dissemination of novel coronavirus (SARS-CoV2). *Science* 2020; [Epub ahead of print].
8. Wolfe N. *The viral storm: the dawn of a new pandemic age*. New York: Times Books; 2011.
9. Dawood FS, Iuliano AD, Reed C, Meltzer MI, Shay DK, Cheng P-Y, et al. Estimated global mortality associated with the first 12 months of 2009 pandemic influenza A H1N1 virus circulation: a modelling study. *Lancet Infect Dis* 2012; 12:687-95.
10. Walker P, Whittaker C, Watson O, Baguelin M, Ainslie K, Bhatia S, et al. Report 12: The global impact of COVID-19 and strategies for mitigation and suppression. <http://spiral.imperial.ac.uk/handle/10044/1/77735> (accedido el 03/Abr/2020).
11. Coelho FC, Lana RM, Cruz OG, Codeco CT, Villela D, Bastos LS, et al. Assessing the potential impact of COVID-19 in Brazil: mobility, morbidity and the burden on the health care system. *medRxiv* 2020; 26 mar. <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.03.19.20039131v2>.
12. Apuzzo M, Pronczuk M. COVID-19's economic pain is universal. But relief? Depends on where you live. *The New York Times* 2020; 23 mar. <https://www.nytimes.com/2020/03/23/world/europe/coronavirus-economic-relief-wages.html>.