



3

La COVID-19, enfermedad multiprofesional

Antonio Rivero



Antonio Rivero

Profesor Titular. Universidad de Córdoba.
Servicio de Enfermedades Infecciosas del Hospital Universitario Reina Sofía.
Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC).

Índice

1. Introducción
2. Impacto sanitario de la pandemia de COVID-19
3. Respuesta sanitaria a la pandemia de COVID-19: un modelo de trabajo multidisciplinar
4. Impacto global de la pandemia de COVID-19
5. Reflexiones desde la COVID-19 para mejorar la gestión de la pandemia
6. Bibliografía

1. Introducción

El 31 de diciembre de 2019, las autoridades sanitarias chinas informaron sobre un brote de 27 casos de neumonía de etiología desconocida (siete de ellos con evolución grave) que habían tenido una exposición común a un mercado de alimentación en la ciudad de Wuhan del que no habían podido identificar la fuente¹. El 7 de enero de 2020, las autoridades chinas identificaron como agente causante del brote un nuevo tipo de virus de la familia *Coronaviridae*. El 12 de enero, las autoridades chinas compartieron su secuencia genética. El nuevo coronavirus fue deno-

minado coronavirus de tipo 2 causante del síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV2, severe acute respiratory syndrome coronavirus 2), y la enfermedad producida por el mismo, enfermedad por coronavirus de 2019 (COVID-19, *coronavirus infectious disease -19*)². En un lapso de pocos meses, debido a su alta transmisibilidad, la COVID-19 llegó a convertirse en una pandemia que se extendió a través de los continentes con un número de casos y muertes que fue aumentando progresivamente³. La mayor crisis en la historia reciente de la humanidad había comenzado.

2. Impacto sanitario de la pandemia de COVID-19

La pandemia de COVID-19 ha supuesto una alerta sanitaria mundial sin precedentes en nuestra historia reciente. A pesar de que la mayoría de los pacientes con COVID-19 tienen un curso clínico asintomático o experimentan síntomas leves consistentes habitualmente en fiebre y síntomas respiratorios, un número significativo de los pacientes experimentan un curso grave de la enfermedad con el desarrollo de un síndrome de distrés respiratorio agudo y otras complicaciones que pueden provocar la muerte⁴⁻⁷. El problema es y ha sido especialmente grave si se tiene en cuenta el hecho de que no ha sido posible disponer hasta la fecha de fármacos con alta eficacia frente al SARS-CoV-2. Así, el 7 de junio de 2021 se habían notificado al menos 173.005.553 casos de COVID-19 en el mundo, de los que 3.727.605 habían fallecido⁸. La pandemia ha afectado intensamente a España, que es uno de los países europeos con mayor número de casos y fallecidos⁸. El primer caso de COVID-19 en España se confirmó el 31 de enero de 2020. Desde entonces y hasta el 8 de junio de 2021, se habían notificado un total de 3.711.027 casos confirmados por la prueba de la reacción en cadena

de la polimerasa (PCR) y 80.309 defunciones, de las que más del 80% se han registrado en mayores de 70 años⁸.

Por otro lado, la pandemia de COVID-19 provocó la interrupción de los sistemas de atención médica a otras patologías no COVID-19, cuyo impacto aún no ha sido completamente evaluado. Un buen ejemplo de ello es la atención a los pacientes con cáncer⁹. En un estudio realizado en 41 centros oncológicos de la India, se comparó la prestación de servicios de oncología entre el 1 de marzo y el 31 de mayo de 2020 con el mismo periodo de tiempo en 2019. En el estudio, se observó una reducción en 2020 del 54% en el número de nuevos pacientes registrados, del 46% en las visitas de seguimiento, del 36% en los ingresos hospitalarios, del 37% en sesiones de quimioterapia ambulatoria, del 49% en el número de intervenciones de cirugía mayor y del 23% en el número de pacientes que accedieron a radioterapia. La actividad para la detección del cáncer se detuvo por completo o funcionaba a menos del 25% de su capacidad habitual en más del 70% de los centros durante estos meses¹⁰. Todos estos datos



ilustran de manera inequívoca el menoscabo que la pandemia de COVID-19 ha tenido en la atención de procesos no COVID-19.

Por otro lado, en la pandemia ha tenido un alto impacto la esfera psicológica de la población. Existen evidencias que sugieren que el impacto en la salud mental de la población mundial ha sido y será importante y duradero, especialmente en poblaciones desfavorecidas. Sin duda alguna, el impacto en salud mental contribuirá a incrementar el sufrimiento humano provocado por la pandemia y la mortalidad prematura. Y también es probable que ralentice la recuperación económica¹¹. Por otro lado, y muy en relación con lo anterior, el importante impacto emocional de la pandemia ha provocado un aumento del consumo de alcohol y de otros tóxicos. En un

estudio realizado en Estados Unidos, se observó un aumento del 14% en el consumo de alcohol en la población general y un aumento del 41% en el consumo excesivo de alcohol en mujeres¹². El inicio o aumento del consumo de alcohol y otros tóxicos durante la crisis del COVID-19 puede tener consecuencias a medio y largo plazo cuya dimensión aún no conocemos.

En definitiva, la COVID-19 ha causado un impacto en la salud de la población mundial que excede con mucho al efecto directo de la propia infección por el coronavirus, el cual ha afectado, de un modo u otro, a la atención y los cuidados de patologías agudas o crónicas de todas las disciplinas sanitarias, mermándola casi siempre.

3. Respuesta sanitaria a la pandemia de COVID-19: un modelo de trabajo multidisciplinar

La respuesta sanitaria al problema de salud que ha supuesto y supone la pandemia de COVID-19 ha marcado un hito en la historia de la medicina moderna. La alta incidencia de la enfermedad, el alto número de pacientes que precisaron atención sanitaria y el elevado porcentaje de estos que requirieron ser hospitalizados, motivó que la atención sanitaria, en respuesta a los problemas de salud motivados por la pandemia, no pudiesen ser asumidos aisladamente por una sola profesión o especialidad. Al contrario, la práctica totalidad de profesiones, servicios y especialidades sanitarias, participaron y colaboraron

en la atención a los pacientes de una forma multidisciplinar y coordinada. En este sentido, la pandemia ha puesto de manifiesto que el trabajo en equipo, la multidisciplinariedad y la flexibilidad en la gestión de los recursos sanitarios, son herramientas esenciales para lograr una adecuada atención sanitaria a los pacientes, especialmente en situaciones de crisis. Además, la experiencia acumulada en estos últimos meses ha puesto de manifiesto una realidad incuestionable: la respuesta a los retos actuales y del futuro provocado por problemas de salud debe basarse en una perspectiva multidisciplinar y transdisciplinar.

4. Impacto global de la pandemia de COVID-19

En paralelo al impacto directo sobre la salud de la población, la pandemia de COVID-19 ha afectado, y en muchos casos interrumpido de manera casi simultánea, a la mayor parte de la actividad de vida humana en todos los países del mundo. Desde este punto de vista, la infección por SARS-CoV-2 representa un fenómeno global único en la historia de la humanidad. La pandemia de COVID-19 ha causado y está causando un gran impacto en la actividad económica que no tiene precedentes en tiempos de paz. Según el Banco Mundial, la contracción del producto interno bruto (PIB) global a causa de la pandemia se situó en torno al 5,2% en 2020, y el número de países que experimentaron una contracción del PIB *per cápita* fue el más elevado desde 1870¹³. España no ha sido una excepción; en 2020 se registró una caída del PIB del 11%, uno de los mayores retrocesos observados en los países desarrollados¹⁴. Este efecto ha sido resultado de la imposibilidad para trabajar de aquellas personas que contrajeron la enfermedad y, principalmente, por el cese de actividad laboral y social de la población a causa de las medidas necesarias para evi-

tar los contagios. Paralelamente, el impacto de la pandemia sobre la actividad laboral de la población española ha sido también muy alto. Así, en febrero de 2021, además de los cientos de miles de personas incluidas en el *Expediente de Regulación Temporal de Empleo* (ERTE), se superaron los 4 millones de desempleados en España¹⁵.

La pandemia de COVID-19 ha tenido un importante impacto sobre los ingresos salariales en casi la totalidad de los trabajadores, pero muy especialmente en los que tienen los niveles retributivos más bajos. En un análisis realizado sobre más de tres millones de trabajadores españoles, se comprobó una importante caída de sus ingresos en 2020 (en comparación con 2019), sobre todo en los estratos de trabajadores con menor nivel salarial. Así, el 20% de los trabajadores con salarios en 2019 de entre 900 y 1.000 euros/mes perdieron la totalidad de sus ingresos salariales en 2020. Un efecto similar fue observado en trabajadores con salarios de entre 1.200 y 1.300 euros¹⁶. Todo ello ha tenido como consecuencia el empobrecimiento de una buena

parte de la población, que ha provocado el desplazamiento de muchas familias desde situaciones de riesgo de pobreza hasta situaciones de pobreza efectiva, y de familias en situación de pobreza efectiva a una situación de pobreza grave¹⁷. De este modo, se ha estimado que la crisis sanitaria producida por la COVID-19 habría incrementado la tasa de pobreza grave en España, es decir, personas con ingresos inferiores al 40% de la renta (menos de 5.826 euros/año o 16 euros/día), desde el 9,2% de la población en tiempos pre-COVID-19 hasta el 10,86% en 2020¹³. Ello habría supuesto un incremento en casi 790.000 de las personas que viven por debajo del umbral de pobreza¹³. Este hecho es especialmente trascendente, ya que vivir en condiciones de pobreza grave supone que los ingresos del hogar son insuficientes para cubrir las necesidades más elementales de alimentación, higiene y vivienda de sus miembros, y que estas carencias pueden limitar las medidas de prevención para el SARS-CoV-2 e incrementar la vulnerabilidad para otras enfermedades.

El incremento de la población española con necesidades no cubiertas ha provocado el incremento de las actividades de las organizaciones no gubernamentales (ONG). A modo de ejemplo, la Cruz Roja de España, en los primeros días de la pandemia, atendió a más de 1,5 millones de personas, lo que supuso un incremento del 160% respecto al periodo precrisis¹⁷. Y en octubre de 2020, el número de personas atendidas por esta entidad se elevó hasta los 2,6 millones, lo cual constituye la mayor movilización de recursos en la historia de esta ONG¹⁷.

Todo lo anterior pone de manifiesto que la respuesta a la pandemia de COVID-19 no puede plantearse desde un punto de vista exclusivamente sanitario, sino que requiere un abordaje transdisciplinar en el que resulta imprescindible la implicación de la práctica totalidad de los recursos sanitarios, institucionales, sociales, económicos y humanos de la población mundial.

5. Reflexiones desde la COVID-19 para mejorar la gestión de la pandemia

La disponibilidad a finales de 2020 de vacunas capaces de prevenir de forma eficaz la COVID-19, en un alto porcentaje de personas vacunadas, ha supuesto, al menos en países desarrollados, una inflexión en la evolución de la epidemia. En España, hasta el 7 de junio de 2021, se habían administrado un total de 30.472.862 dosis de vacunas, que habían permitido completar el esquema de inmunización en 11.260.175 personas y que, al menos, 20.048.174 (el 42,3% de la población) hubieran recibido una dosis de vacuna¹⁸. En este nuevo escenario, la esperanza de lograr el control de la una enfermedad que ha causado enormes costes humanos y económicos a nivel mundial parece justificada por primera vez desde el inicio de la pandemia¹⁹. En este punto, es importante reflexionar sobre lo todo ocurrido y cómo hubiéramos podido mejorar nuestra respuesta.

Desde el inicio de la pandemia de COVID-19, ha sido necesario adoptar medidas, acciones y estrategias que han tenido que ser tomadas con carácter de urgencia y con una limitada

experiencia y conocimiento científico. Y lógicamente, en este contexto, probablemente algunas de estas medidas hubieran podido ser mejoradas. Analizar y revisar el resultado de las medidas adoptadas en una situación que ha sobrepasado las previsiones del conjunto de la humanidad es una herramienta esencial para adquirir nuevos conocimientos, que permitan no solo mejorar la gestión de la propia pandemia sino también optimizar las actuaciones en futuras crisis. Este es un ejercicio necesario para todos, cualquiera que haya sido nuestro nivel de responsabilidad en la gestión de la pandemia o cualquiera que pueda haber sido el nivel de influencia de nuestras decisiones (institucional, colectiva, familiar o individual). Lógicamente esta reflexión no solo es especialmente necesaria, sino que resulta indispensable en el ámbito político e institucional.

La gestión de la pandemia ha puesto de manifiesto muchas carencias de nuestro sistema y que es necesario fortalecer y reforzar los mecanismos de coordinación entre las distin-



tas instituciones del Estado para hacer frente a la pandemia de COVID-19 y frente a futuras amenazas. Esta es una asignatura pendiente que es urgente resolver.

No siempre hemos apreciado un clima de diálogo y consenso entre las distintas instituciones del Estado o entre los representantes políticos de los ciudadanos en la toma de decisiones o estrategias para gestionar la pandemia. Y ello ha provocado, en no pocos casos, una sensación de inseguridad en la población que ha contribuido, sin duda, a incrementar su sufrimiento en unas condiciones sanitarias, económicas y sociales críticas y de extrema dureza. La colaboración entre los representantes políticos de los ciudadanos y entre las distintas instituciones son elementos esenciales para controlar y minimizar los efectos de una crisis global como la originada por la pandemia provocada por SARS-CoV-2. Es necesario que nuestros representantes políticos reflexionen sobre esta cuestión.

No siempre las instituciones responsables de la gestión de la pandemia, en cualquiera de los niveles de organización del país, han dispuesto de las herramientas legales, técnicas y administrativas necesarias para implementar algunas medidas de salud pública o prevención de forma ágil. Ello ha provocado una disparidad en las medidas sanitarias adoptadas en distintos territorios, no relacionadas con la situación epidemiológica de la pandemia en los mismos, generando confusión e incertidumbre en buena parte de la población, que puede mermar su confianza en las instituciones en una situación sanitaria, social y económica crítica. Es ineludible realizar los cambios legales y administrativos necesarios para evitarlo.

En la gestión de una crisis como la originada por la pandemia de COVID-19, las decisiones

encaminadas a resolver problemas de salud deben necesariamente ser guiadas por criterios científicos y sanitarios. Sin embargo, la población puede haber tenido la sensación de que no ha sido así en algunos momentos de la pandemia, debido a las discrepancias y falta de consenso entre los representantes políticos. Estas situaciones pueden también mermar la confianza de la población en sus representantes políticos e institucionales y tener un impacto negativo en el control de la pandemia. Para evitarlo, es necesario consensuar criterios objetivos que permitan garantizar que las medidas y estrategias adoptadas obedecen a la mejor evidencia y consenso científico.

Durante la pandemia de COVID-19 se ha producido una merma en la atención a pacientes con procesos no COVID-19 que, como hemos comentado anteriormente, puede haber tenido un gran impacto en la calidad de vida e incluso en la supervivencia de parte de la población. Es necesario establecer estrategias que eviten que en futuras crisis sanitarias se menoscabe la atención sanitaria de pacientes con otras patologías y problemas de salud.

En las primeras fases de la pandemia de COVID-19, ha habido situaciones en las que el acceso de las personas mayores a los recursos sanitarios puede no haber sido el adecuado. Es imprescindible que, en futuras crisis, se pueda garantizar el acceso de todos los ciudadanos a los recursos sanitarios, preventivos y terapéuticos más adecuados para su situación clínica, con independencia de la edad de las personas, de su nivel cultural o socioeconómico, o de su lugar de residencia.

El control de la pandemia no solo es responsabilidad de las autoridades sanitarias, sino que también lo es del conjunto de la ciuda-

danía. Es necesario, para el control de la pandemia, que todos los ciudadanos cumplan las normas y recomendaciones que en materia de prevención hayan sido emitidas por las autoridades sanitarias, basadas en el mejor conocimiento científico disponible. Desafortunadamente, este importante pilar en la contención del virus ha fracasado reiteradamente. Ello ha provocado no solo que aquellas personas que han eludido las medidas de aislamiento hayan puesto en riesgo la salud y la vida de las personas de su entorno, sino que ha contribuido de forma destacada a la expansión de la pandemia.

Por último, es probable que la pandemia de COVID-19 pueda ser controlada mediante la vacunación universal con las vacunas disponibles en la actualidad o las futuras. Este hecho demuestra la importancia de contar con estructuras de investigación bien organizadas y dotadas de los recursos humanos y materiales apropiados, capaces de generarlas. En nuestro país, los recursos destinados a investigación son muy inferiores a los de los países de nuestro entorno. En este escenario, es necesario realizar una planificación estratégica de la investigación en España que permita afrontar futuras crisis sanitarias.

Bibliografía

1. Guan WJ, Ni ZY, Hu Y, Liang WH, Ou CQ, He JX, Liu L, *et al.* Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. *N Engl J Med.* 382(18):1708-20.
2. Gobierno de España. Ministerio de Sanidad. Enfermedad por nuevo coronavirus, COVID-19. Madrid: Ministerio de Sanidad. 31 Dic 2019. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Informacion_inicial_alerta.pdf
3. World Health Organization. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) Situation Report -103. [Internet]. Geneva: WHO. 2 May 2020. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/332057>
4. Bhimraj A, Morgan RL, Shumaker AH, Lavergne V, Baden L, Cheng VC, *et al.* Infectious Diseases Society of America Guidelines on the Treatment and Management of Patients with COVID-19. [Internet]. Infectious Diseases Society of America. Disponible en: <http://www.idsociety.org/covid19guidelines>
5. Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and Important Lessons From the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China: Summary of a Report of 72314 Cases From the Chinese Center for Disease Control and Prevention. *JAMA.* 2020;323(13):1239-42.
6. Young BE, Ong SWX, Kalimuddin S, Low JG, Tan SY, Loh J, *et al.* Epidemiologic Features and Clinical Course of Patients Infected With SARS-CoV-2 in Singapore. *JAMA.* 2020;323(15):1488-94.
7. Chen N, Zhou M, Dong X, Qu J, Gong F, Han Y, *et al.* Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. *Lancet.* 2020;395(10223):507-13.
8. Gobierno de España. Ministerio de Sanidad. Actualización nº 94. Enfermedad por el coronavirus (COVID-19). [Internet]. [Actualizado 24 junio 2021]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Actualizacion_404_COVID-19.pdf
9. Richards M, Anderson M, Carter P, Ebert BL, Mossialos E. The impact of the COVID-19 pandemic on cancer care. *Nat Cancer.* 2020;1:565-7.
10. Ranganathan P, Sengar M, Chinnaswamy G, Agrawal G, Arumugham R, Bhatt R, *et al.* Impact of COVID-19 on cancer care in India: a cohort study. *Lancet Oncol.* 2021:S1470-2045(21)00240-0. [Online antes de impresión].
11. Kola L, Kohrt BA, Hanlon C, Naslund JA, Sikander S, Balaji M, *et al.* COVID-19 mental health impact and responses in low-income and middle-income countries: reimagining global mental health. *Lancet Psychiatry.* 2021;8(6):535-50.
12. Pollard MS, Tucker JS, Green HD. Changes in Adult Alcohol Use and Consequences During the COVID-19 Pandemic in the US. *JAMA Netw Open.* 2020;3:e2022942.
13. Sandri PM. La desigualdad crece en España por la covid con 800.000 nuevos pobres. *La Vanguardia.* 25 Ene 2021.
14. Fernández-Cerezo A, González B, Izquierdo M, Moral-Benito E. El impacto económico del COVID-19 en las empresas españolas según la encuesta del Banco de España sobre la actividad empresarial (EBAE). Artículos Analíticos. *Boletín Económico.* 1/2021.
15. El impacto económico del coronavirus, en gráficos. [Internet]. Europapress Data. [Actualizado 4 May

- 2021]. Disponible en: <https://www.epdata.es/datos/impacto-economico-coronavirus-graficos/523>
16. Aspachs O, Durante R, Graziano A, Mestres J, Montalvo G, Reynal-Querol M. Real-time inequality and the Welfare State in motion: Evidence from COVID-19 in Spain. Barcelona GSE Working Papers Series: 1202. Sep 2020. Disponible en: <https://www.barcelonagse.eu/research/working-papers/real-time-inequality-and-welfare-state-motion-evidence-covid-19-spain>
 17. Funcas. Impacto social de la pandemia en España. Una evaluación preliminar. [Internet]. Madrid: Funcas. Disponible en: <https://www.funcas.es/wp-content/uploads/2020/11/Impacto-social-de-la-pandemia-en-Espa%C3%B1a.pdf>
 18. Gobierno de España. Ministerio de Sanidad. Gestión Integral de la Vacunación COVID-19 (GIV COVID-19). Informe de actividad. Ministerio de Sanidad. [Actualizado 23 Jun 2021]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Informe_GIV_comunicacion_20210623.pdf
 19. Grupo de Trabajo Técnico de Vacunación COVID-19, de la Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones. Estrategia de vacunación frente a COVID-19 en España. [Internet]. Sistema Nacional de Salud. Consejo Interterritorial. 2 Dic 2020. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/covid19/docs/COVID-19_EstrategiaVacunacion.pdf