

# Daños colaterales de la pandemia por COVID-19 ¿Consecuencias inevitables?

Gastón Perman, Celeste Puga, Ignacio Ricci y Sergio Terrasa

## RESUMEN

Esta revisión narrativa describe el daño colateral de la pandemia de COVID-19, tanto en aspectos de la salud, como también sociales, educativos o económicos. Comunicamos el impacto mundial y local. Consideramos que varias de estas consecuencias eran inevitables, especialmente las sucedidas durante los primeros meses de una pandemia que se difundió a gran velocidad y con graves consecuencias directas en la morbimortalidad de la población. Sin embargo, luego de seis meses de su llegada a la Argentina, es oportuno reevaluar la situación y replantearse si no se debería cambiar el enfoque para balancear la minimización del impacto directo de COVID-19 junto con la del daño colateral que las medidas para paliarlo produjeron. Es un desafío que no debe limitarse al sistema de salud. Debe encararse con un abordaje intersectorial amplio y con participación activa de la sociedad. Así como aplanamos la curva de COVID-19, cuanto más nos demoremos en aplanar las otras curvas de problemas sanitarios y sociales que se están generando, mayor será su impacto, tanto en el corto como en el largo plazo.

**Palabras clave:** determinantes sociales de la salud, análisis de las consecuencias, evaluación en salud, coronavirus del síndrome respiratorio agudo grave 2 (SARS-CoV-2).

## COLLATERAL DAMAGE FROM THE COVID-19 PANDEMIC. INEVITABLE CONSEQUENCES?

### ABSTRACT

This narrative review shows the collateral damage of the COVID-19 pandemic, whether in health, social, educational or economic aspects. We report on the impact at the global and local levels. Many of these consequences were inevitable, especially in the first months of a pandemic that spread at great speed and with serious direct consequences on the morbidity and mortality of the population. However, six months after the arrival in our country, it is an opportunity to reassess the situation and rethink whether the approach should not be changed to balance the minimization of the direct impact of COVID-19 with that of the collateral damage that mitigation measures produced. This is a challenge that should not be limited to the health system. It must be addressed with a broad intersectoral approach and active participation of society. Just as we flatten the COVID-19 curve, the longer we delay in flattening the other curves of health and social problems that are being generated, the greater the impact, both in the short and long term.

**Key words:** social determinants of health, consequence analysis, health evaluation, severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2).

**Rev. Hosp. Ital. B.Aires 2020; 40(4): 00-00.**

*Dedicado al gran Quino.*

## INTRODUCCIÓN

Luego de seis meses de la llegada de la pandemia del coronavirus SARS-CoV-2 a la Argentina, y de nueve meses a nivel mundial, podemos comprobar que el nuevo virus generó mucho más que la morbimortalidad directamente relacionada con su fisiopatología. Numerosas consecuencias del virus se debieron al desborde que este produjo en los sistemas de salud de numerosos países (como España o Italia) y, secundariamente, a la alteración social y económica asociada a una escalada epidémica exponencial.

Otras consecuencias derivaron de las estrategias políticas y sanitarias adoptadas para hacerle frente, como el aislamiento social, preventivo y obligatorio nacional, o la suspensión de la actividad asistencial programada en el sistema de salud<sup>1,2</sup>.

La Argentina, en una decisión inicial probablemente acertada, eligió una estrategia agresiva para aplanar la curva de contagios y la enfermedad y muerte directamente relacionados con el virus<sup>1</sup>. Diariamente llevamos aquí un recuento detallado de los contagios y muertes por (o con) COVID-19. Sin embargo, más de medio año después, es hora de evaluar las consecuencias, o “efectos secundarios”, de ese planteo que todavía se mantiene.

Recibido: 13/10/20

Aceptado: 29/10/20

Departamento de Salud Pública (G.P., S.T.). Instituto Universitario del Hospital Italiano de Buenos Aires. Servicio de Clínica Médica (G.P.). Departamento de Investigación (C.P., S.T.). Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria (I.R., S.T.). Hospital Italiano de Buenos Aires. Argentina  
Correspondencia: gaston.perman@hospitalitaliano.org.ar

## EFFECTOS EN LOS SERVICIOS DE SALUD Y EN LA SALUD DE LAS PERSONAS

Una de las consecuencias más inmediatas que produjo la pandemia en el mundo fue la interrupción o demora en la atención de distintos servicios de salud. Por ejemplo, un informe interino de la Organización Mundial de la Salud

(OMS) evaluó la provisión de 25 servicios esenciales de salud a lo largo del ciclo vital en 105 países de cinco regiones de la OMS (excluyendo las Américas)<sup>3</sup>. Concluyó que el 89% había sufrido al menos una interrupción en un servicio esencial. Si bien los países de bajos y medianos ingresos fueron los más afectados, incluso en la región europea, casi el 40% de los servicios tuvieron al menos una interrupción parcial. Globalmente, el 27% de los países tuvo una afección de entre el 75 y el 100% de los servicios esenciales; el 26%, entre el 50 y el 74% y el 19%, entre el 25 y el 49%. Los servicios más afectados fueron, entre otros, la vacunación (61% de países, si se considera la vacunación en establecimientos de salud, y 70% respecto de los países para vacunatorios ambulantes); el diagnóstico y tratamiento de enfermedades no comunicables (69%); el tratamiento de los problemas de salud mental (61%); los cuidados prenatales (56%), y el diagnóstico y tratamiento de cáncer (55%).

Por otro lado, más de 26 millones de niños en el mundo tienen un riesgo aumentado de estar expuestos a enfermedades infectocontagiosas por una disminución del 30% en la cobertura de vacunación<sup>4</sup>. En la Argentina, este valor estaría cerca del 40%<sup>5</sup>.

Un estudio de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) sobre la región de las Américas (28 países) muestra resultados similares<sup>6</sup>. Un 28% de los países tuvieron interrupciones parciales en los tratamientos oncológicos (un 13% extra no contaban con información o no respondieron). Además, en el 17% de ellos se vio parcialmente afectada la atención de emergencias cardiovasculares (un 3% extra no respondieron).

Lo sucedido en la atención de emergencias puede dar una idea del impacto potencial en el corto plazo del daño colateral de la pandemia. Por ejemplo, un informe de un hospital comunitario en el estado de California, Estados Unidos, muestra que –cuando se declaró la cuarentena– el volumen de consultas diarias cayó alrededor de un 50%, comparado con el año anterior<sup>7</sup>. Si bien se podría alegar que algunas de esas consultas podrían no haber sido reales emergencias, el mismo trabajo mostró un aumento comparado con el mes previo de un 45% en los paros cardíacos extrahospitalarios (el más alto registrado en su historia), todos en personas negativas para SARS-CoV-2.

La disminución de los servicios de salud mencionada tuvo un doble componente, tanto de la oferta como de la demanda. Desde el punto de vista de la demanda, el 76% de los países refirieron disminución de la asistencia de los pacientes a servicios ambulatorios. El 48% de los países informaron como causa las restricciones a la movilidad por cuarentena, y el 33%, dificultades económicas<sup>3</sup>. Respecto de los problemas con la oferta de servicios de salud, el 66% de los países informaron cancelaciones; el 49%, reasignación de funciones en los profesionales

de la salud; 29%, insuficiente cantidad de personal; 44%, insuficientes equipos de protección personal para los trabajadores de salud, y 33%, cambios en las políticas de tratamiento<sup>3</sup>. Resulta interesante lo que se informó en el trabajo mencionado respecto de las visitas a la central de emergencias. Luego de distintas intervenciones comunicacionales, la cantidad de consultas mejoraron, aunque se mantuvieron un 30% más bajas que en 2019<sup>7</sup>.

En la Argentina se observaron situaciones similares. Una encuesta a 31 centros asistenciales mostró, comparando 2020 con 2019, que las consultas a emergencias disminuyeron un 74%; los ingresos por angina de pecho y síndrome coronario agudo, un 62%, y los debidos a accidentes cerebrovasculares e isquémico transitorio se redujeron en un 46%<sup>8</sup>. Otro estudio argentino mostró una disminución absoluta interanual del 16% en internaciones por infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST<sup>9</sup>.

Teniendo en cuenta la alta mortalidad de estas patologías, se puede tener una idea del potencial impacto en la mortalidad que podría estar produciéndose. Si bien no podremos comprobar esto hasta dentro de uno o dos años (por el retraso en el procesamiento de los datos en nuestro país), es muy importante tomar estos informes como una señal de alerta para adoptar decisiones ahora. Todavía pueden evitarse muertes prevenibles, en vez de analizar en forma tardía y retrospectiva un escenario contrafáctico (¿qué hubiese sucedido si...?).

Además de las consecuencias inmediatas y a corto plazo como las comentadas respecto de las emergencias en salud, es muy importante contemplar los efectos a mediano y largo plazo que se están gestando ahora. Por ejemplo, un estudio que modeló la proyección de excesos de muerte por cáncer colorrectal y de mama en los Estados Unidos mostró que ya durante 2020 se producirán allí más de mil muertes en exceso y que irían aumentando anualmente hasta llegar a aproximadamente 10 000 muertes por año al final de esta década<sup>10</sup>. Si se considerara el impacto potencial por las demoras en los diagnósticos y tratamientos de todas las neoplasias (no solo de mama y colorrectal), y de otras enfermedades no transmisibles, el impacto en la morbimortalidad podría ser dramático.

#### **CONSECUENCIAS FUERA DEL SISTEMA DE SALUD**

La interrupción en la vida cotidiana que generó la pandemia, sumada a medidas de aislamiento social, produjeron diversos efectos en la sociedad que no tienen relación directa con los servicios de salud.

Uno de los efectos secundarios sobre la salud de la población, pero que en la mayoría de los casos no se tradujo en más demanda a los servicios de salud, es el impacto emocional. Una investigación cualitativa realizada al principio del aislamiento social preventivo y obligatorio (“cuarentena”) en la Argentina encontró que los conceptos más frecuentemente mencionados por la gente eran los de

incertidumbre, miedo, preocupación, angustia y ansiedad<sup>11</sup>. Una encuesta electrónica efectuada al mes del inicio de la cuarentena mostró que el ánimo depresivo y el incremento en el consumo de alcohol fueron más frecuentes en los más jóvenes, mientras que el estado de ánimo depresivo fue más frecuente en quienes perdieron el empleo durante el confinamiento<sup>12</sup>. El efecto en el bienestar e, incluso, en la salud mental de muchas personas podría ser muy importante a nivel poblacional. Se deberá evaluar si esto ya pudo haber aumentado, o aumentará en el futuro, la ocurrencia de lesiones (autoprovocadas, o por accidentes o violencia relacionadas con el consumo de alcohol u otras sustancias, entre otras causas).

Otra consecuencia negativa del aislamiento social, especialmente de confinamientos estrictos, es el aumento de episodios de violencia doméstica. Un informe estima que el número proyectado de niños expuestos a la violencia debida a COVID-19 podría estar entre 52 y 84 millones en el mundo<sup>13</sup>. Respecto de la Argentina, detalla que hubo un 25% de incremento en las llamadas a las líneas directas para pedir auxilio. Como muestra de la importancia de no demorar las decisiones para mejorar la situación actual, un documento de trabajo de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) proyecta que, cada tres meses que continúe una cuarentena, se espera un exceso de 15 millones de casos de violencia relacionada con el género<sup>14</sup>.

El aislamiento social impuesto para proteger al subgrupo más vulnerable, el de los adultos mayores, también puede traer consecuencias muy importantes, incluido un aumento de riesgo de muerte vinculable a la soledad (26%), o al aislamiento social (29%)<sup>15</sup>. Algunas jurisdicciones están realizando esfuerzos para intentar paliar esta grave situación<sup>16</sup>, aunque el impacto probablemente sea muy grande a nivel nacional.

Respecto de la educación, un informe de la ONU detalla que en la Argentina el 23,4% de los adolescentes no tenía contacto con sus docentes, y el 31% no tenía devoluciones de estos<sup>17</sup>. Si se considera la educación a distancia como una alternativa, este informe encontró que el 18% de los adolescentes evaluados no tenían acceso a Internet y el 37% no tenían acceso a una tableta, *notebook* o computadora personal (PC).

Ahora bien, la escuela o el colegio no es solo un lugar donde los niños aprenden. Tiene una función notablemente más amplia. Por ejemplo, para algunos subgrupos, es el lugar donde tienen acceso a la comida más importante del día. Este informe detalla que en la Argentina al menos 500 000 niños asisten habitualmente a comedores escolares. Pero el 79% no mantuvo la misma frecuencia de atención durante la cuarentena<sup>17</sup>. Si sumamos las interrupciones directas o indirectas de COVID-19 en los servicios de alimentación a la de los servicios de salud descriptos previamente, se proyecta que en el mundo podrían fallecer hasta 6 000 niños por día en los próximos seis meses<sup>14</sup>.

Una consecuencia también grave es el aumento de la deserción escolar, en especial entre las personas más desfavorecidas. Esto está relacionado con aumento del trabajo infantil, del matrimonio infantil y del sexo transaccional. Y, a largo plazo, con la reducción del capital humano, la pobreza en general, la inequidad y el reforzamiento del ciclo intergeneracional de pobreza y bajo capital humano<sup>18</sup>.

### **INEQUIDAD Y DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD**

La pandemia no solo está generando un descomunal daño colateral como hemos descripto. Además, está aumentando aún más la inequidad en el mundo. Un informe de los Centros para el Control de Enfermedades y Prevención (CDC) de los Estados Unidos muestra que las personas de ascendencia latina tienen 2,8 veces más riesgo de padecer COVID-19 que las personas de raza blanca no latina, y 4,6 veces más riesgo de hospitalización por esa causa. Las personas de raza negra tienen 2,6 y 4,7 veces más riesgo, respectivamente. Más aún, su riesgo de muerte por coronavirus es 2,1 veces mayor<sup>19</sup>.

En la Argentina se observa el mismo fenómeno. Un trabajo todavía no publicado muestra que, en el área metropolitana de la provincia de Buenos Aires (excluyendo la Ciudad Autónoma), la tasa de letalidad por estrato etario, comparando zonas vulnerables y no vulnerables, era significativamente mayor para los adultos mayores en el primer grupo (24,3 vs. 15,3 para los septuagenarios y 37,4 vs. 20,4 para los octogenarios)<sup>20</sup>.

Por otro lado, en el segundo semestre de 2020 el producto bruto interno (PBI) de la Argentina se redujo un 19% comparado con igual período del año anterior<sup>21</sup>. Se perdieron 2,5 millones de empleos, una caída del 21%. Pero el impacto no fue homogéneo. Mientras que los asalariados registrados (empleos formales con aportes a la seguridad social) tuvieron una caída del 5%, los cuentapropistas disminuyeron en 29%, y los asalariados no registrados (empleos informales) descendieron 43%<sup>22,23</sup>. O sea, los subgrupos de menores ingresos y condiciones laborales más precarias fueron los que sufrieron más pérdida laboral. El nivel de pobreza en el segundo semestre alcanzó el 40,9% de la población<sup>24</sup>.

Estas consecuencias en el nivel de empleo, ingresos y pobreza, entre otros, son muy fuertes determinantes sociales de la salud. Estos explican, según distintos modelos, alrededor de la mitad de los problemas de salud<sup>25</sup>, incluso mayor mortalidad<sup>26,27</sup>.

### **COMPARACIÓN CON CONSECUENCIAS DIRECTAS DE COVID-19**

Uno de los conceptos más esgrimidos por funcionarios del más alto nivel y de distinta afiliación partidaria para justificar las decisiones políticas y sanitarias adoptadas en este medio año de pandemia en la Argentina es el que

plantea que la (preservación de la) vida está por encima de todo. Explícita o implícitamente considera que las muertes se producen solo por coronavirus, y que cualquier otro problema secundario no tiene mortalidad asociada. Esto, como vimos, no es verdad.

Además, desde hace casi tres décadas, para la planificación de estrategias sanitarias se prioriza el concepto de carga de enfermedad por sobre el de mortalidad<sup>28</sup>. La carga de enfermedad combina los años de vida perdidos en forma prematura (por un problema de salud), con los años de vida vividos con una salud subóptima (haciendo un cálculo, estima el equivalente de años de vida plena perdidos por discapacidad). Esto hace que cobren gran relevancia numerosos problemas de salud que no tienen una alta mortalidad, pero sí generan una importante disminución en la calidad de vida, como la depresión severa.

De todas formas, si analizamos solo el componente de mortalidad, el concepto de años de vida perdidos en forma prematura pone de relieve el peso o la carga que un problema de salud puede implicar para una sociedad. El SARS-CoV-2 genera muertes prematuras. Sin embargo, su mortalidad crece exponencialmente con la edad<sup>29</sup>. Una importante cantidad de las muertes por COVID-19 en otros países se produjo en personas en la etapa final de su vida. En España, el 66,9% de las personas fallecidas vivían en residencias geriátricas<sup>30</sup>. En toda Europa, más del 50% de las muertes por COVID-19 ocurrieron en geriátricos<sup>31</sup>. Si bien, cuando un profesional de la salud trabaja a nivel individual, hace todo lo posible por salvar la vida del paciente que está asistiendo, muchas veces esta vida es tan frágil que dicha muerte no se puede evitar. Este año, el agente que precipita tal desenlace es el SARS-CoV-2. Otros años podía ser el virus de la gripe, por ejemplo.

Esto no significa que no se deban hacer los máximos esfuerzos por evitar contagios en un subgrupo tan vulnerable. Todo lo contrario. Incluso algunas jurisdicciones han trabajado fuertemente en la prevención<sup>32</sup>. Pero lo que también debe hacerse es analizar tanto la carga de enfermedad por COVID-19, por un lado, como la de los efectos colaterales evitables, por el otro. Y diseñar políticas integrales que busquen minimizar el impacto del conjunto, no el de un solo problema de salud.

Aunque alguien podría considerar este enfoque como poco ético, asumiendo una discriminación negativa por edad, en realidad este planteo no se basa en la edad, sino en que una persona con gran fragilidad tiene un riesgo de muerte muy elevado, independientemente de la causa final que le provoque la muerte<sup>33,34</sup>. Y que hay otras muertes que sí se producen en forma prematura y que podrían evitarse.

Otro problema a la hora de comparar el impacto de distintos problemas de salud es si estos se miden y registran en forma diferencial, o sea, sesgada. En la actualidad estamos siguiendo diariamente (o más de una vez por día) la cantidad de casos y muertes por COVID-19. Sin embargo, los daños

colaterales de la pandemia casi no se miden, registran ni visibilizan, incluso los que se producen en el mismo marco temporal que la pandemia. Diversos países con sistemas de información bien desarrollados ya están estudiando el exceso de mortalidad comparando las distintas semanas epidemiológicas con igual período de años previos. Hay investigaciones en curso sobre qué porcentaje de este exceso de muertes se debe a causas diferentes de COVID-19<sup>35</sup>.

### ¿QUÉ DEBEMOS HACER?

La pandemia ha generado enormes problemas para la salud y el bienestar de la población en buena parte del mundo. No solo por su morbimortalidad directa, sino también por la disrupción consecuente en el funcionamiento de la sociedad, así como por las medidas adoptadas para su prevención y control. Si se trabajara en mejorar alguna de esas consecuencias, se podrían prevenir o disminuir diversas complicaciones, tanto en el corto plazo, según vimos ante situaciones de emergencia, como en el mediano y largo plazo, tal como comentamos en aspectos del sistema de salud, educativo, y otros determinantes sociales de la salud. Ahora bien, estamos en una situación muy difícil. Las autoridades políticas y sanitarias, conociendo las graves falencias del sistema de salud argentino<sup>36-38</sup>, y queriendo evitar un colapso sanitario como se ha visto en otros países, han supeditado todas las decisiones a minimizar el impacto directo de COVID-19. El aislamiento social preventivo y obligatorio decretado tempranamente en el mes de marzo<sup>1</sup> sirvió para preparar mejor el sistema de salud, y ha contribuido también a aplanar la curva de contagios y a que el sistema de salud no colapsara. Sin embargo, luego de seis meses, esta estrategia generalizada e inespecífica ya no está funcionando en la mayoría de las jurisdicciones. El 15 de septiembre, la Argentina ocupó el primer puesto a nivel mundial en el promedio semanal de nuevos casos diarios y de nuevas muertes diarias por COVID-19 por millón de habitantes<sup>39</sup> (aun antes del reconocimiento de un subregistro importante de defunciones<sup>40</sup>). Estamos, entonces, entre la espada y la pared. Seguimos con importantes restricciones relacionadas con el aislamiento obligatorio y con un daño colateral creciente. Pero también con una epidemia que no hace más que expandirse.

Sin embargo, no es realista liberar en forma irrestricta la circulación de las personas y esperar que los equipos de salud, exhaustos desde hace meses, sean los que resuelvan “el problema”. ¿Qué se puede hacer entonces? Por supuesto, hay que seguir mejorando las capacidades del sistema de salud, desde lo específico e inmediato que es aumentar los tests, el rastreo, la notificación y el aislamiento de los casos en tiempo y forma, hasta el funcionamiento general, reforzando la atención primaria de la salud y la integración con otros niveles de atención, así como un acceso equitativo al sistema. Ahora bien, también es fundamental realizar un cambio radical en la comunicación, en los gestos y actitud-

des de las autoridades y figuras públicas, y también en el manejo de la información y los mensajes que se transmiten y que se amplifican o distorsionan en algunos medios de comunicación o redes sociales. No podemos esperar milagros del sistema de salud. No podemos abrir la circulación libremente. Si no trabajamos en que toda la sociedad se comprometa activamente a colaborar con las medidas universales de prevención, como lo hizo al principio de la cuarentena, el pronóstico será sombrío.

Un signo de que las cosas se pueden complicar todavía más es el cambio en la percepción de riesgo en parte de la sociedad. Entre el mes de abril y agosto de 2020, el porcentaje de gente con mucho temor al coronavirus bajó del 35,0 al 21,6%, mientras que el porcentaje de personas con nada de temor subió del 14,8 al 25,0%<sup>41</sup>. Esto, de por sí, puede explicar en parte por qué sigue expandiéndose la epidemia en nuestro país. Y sin duda justifica la necesidad de modificar la estrategia de comunicación para la salud. Además, todo lo que rodea a la pandemia se ha politizado en forma extrema en la Argentina, lo que se refleja en algunas percepciones sociales, probablemente inducidas por ciertos sesgos preexistentes, o por el nivel de afectación de los ingresos de quienes respondieron a las encuestas (a mayor repercusión de la cuarentena en el nivel de ingresos, mayor oposición a la cuarentena), entre otros motivos. Por ejemplo, en agosto, el miedo total a COVID-19 afectaba al 57,3% de las personas que se reconocían kirchneristas; entre los autodenominados peronistas, al 30,9%; mientras que entre independientes y/o apolíticos solo afectaba al 12,4%<sup>41</sup>. En forma concordante, el porcentaje de personas que deseaban continuar con la cuarentena también variaba entre los simpatizantes de diferentes corrientes políticas (PRO 14,5%; radicales 19,2%; independientes y apolíticos 23,9%, peronistas 64,3%, kirchneristas 87,6%)<sup>41</sup>. Ahora bien, de un 22,1% global de personas que no perdieron ingresos durante la cuarentena, dentro de los que se autodenominaban kirchneristas, este porcentaje subía al 35,8%, y en los peronistas, a un 31,3%.

Los simpatizantes del resto de los grupos políticos tenían un porcentaje más bajo que el 22% global sin pérdida de ingresos<sup>41</sup>.

Este podría ser un ejemplo de que la inequidad y las consecuencias sociales que generó esta pandemia contribuye a que la gente no adhiera a las medidas de distanciamiento social, especialmente si no tiene sus necesidades básicas cubiertas<sup>42</sup>. Además, el enojo de muchas personas por lo que pueden percibir como decisiones políticas injustas o insensibles podría exacerbar la falta de adhesión a las medidas de prevención. Es muy importante que se trabaje en cómo hacer que la gente adopte estas medidas, no que se oponga<sup>42</sup>. Requiere un abordaje intersectorial amplio y un acuerdo básico a nivel social.

## CONCLUSIÓN

La pandemia por COVID-19 no solo trajo una gran mortalidad directa, sino una gran morbimortalidad secundaria y diversas y graves consecuencias sociales. Superados los primeros seis meses, es hora de repensar estrategias políticas y sanitarias para minimizar las consecuencias evitables. Así como se buscó aplanar la curva de COVID-19, se debe también ya mismo intentar aplanar las curvas de los otros problemas que se están desarrollando, ya que cuanto más tiempo pase sin cambios, más graves serán las consecuencias, tanto en el corto como en el largo plazo. La solución no pasa solo por el sistema de salud, ni por una cuarentena permanente a la espera de una vacuna (salvo en forma estricta y acotada en el tiempo ante una situación de desborde sanitario), sino por un acuerdo básico y colaboración entre todos los actores sociales y la participación de toda la comunidad.

**Agradecimientos:** Agradecemos a los alumnos de Gestión de Sistemas de Salud de la carrera de Medicina del Instituto Universitario del Hospital Italiano de Buenos Aires, quienes aportaron parte del material utilizado en este trabajo.

---

**Conflictos de interés:** los autores declaran no tener conflictos de interés.

---

## REFERENCIAS

1. Argentina. Boletín Oficial. Decreto 297/2020. Aislamiento social preventivo y obligatorio. Buenos Aires: Presidencia; 2020 mar 3.

2. Suspenden actividades programadas, como cirugías, para sumar camas críticas [Internet]. *Télam* (Buenos Aires). 2020 mar 31 [citado 2020 sept 15]. Disponible en: <https://www.telam.com.ar/notas/202003/446421-arnaldo-medina-coronavirus-cirugias.html>.

3. World Health Organization. Pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic: interim report, 27 August 2020 [Internet]. Geneva: WHO; 2020 Aug 27 [citado 2020 sept 15]. Disponible en: [https://www.who.int/publications/item/WHO-2019-nCoV-EHS\\_continuity-survey-2020.1](https://www.who.int/publications/item/WHO-2019-nCoV-EHS_continuity-survey-2020.1)

4. World Vision. Consecuencias del COVID-19: las repercusiones secundarias

ponen en más riesgo las vidas de los niños que la propia enfermedad [Internet]. [s. l.]: WVI; 2020 [citado 2020 sept 15]. Disponible en: <https://www.wvi.org/publications/report/coronavirus-health-crisis/consecuencias-del-covid-19-las-repercusiones>.

5. Cerca del 40% de los niños nacidos en cuarentena no recibió el esquema completo de vacunas de los primeros 6 meses [Internet]. *Infobae* (Buenos Aires). 2020 sept 16 [citado

- 2020 sept 15]. Disponible en: <https://www.infobae.com/salud/2020/09/16/cerca-del-40-de-los-ninos-nacidos-en-cuarentena-no-recibio-el-esquema-completo-de-vacunas-de-los-primeros-6-meses/>.
6. Comisión Económica para América Latina y el Caribe, Organización Panamericana de la Salud. Salud y economía: una convergencia necesaria para enfrentar el COVID-19 y retomar la senda hacia el desarrollo sostenible en América Latina y el Caribe. [Washington, DC]: OPS; 2020 jul 30 [citado 2020 sept 15]. Disponible en: [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45840/4/S2000462\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45840/4/S2000462_es.pdf).
7. Wong LE, Hawkins JE, Langness S, et al. Where are all the patients? Addressing Covid-19 fear to encourage sick patients to seek emergency care [Internet]. NEJM Catalyst. 2020 may 14 [consulta 2020 sept 15]. Disponible en: <https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.20.0193>.
8. Bozovich G, Alves de Lima A, Fosco M, et al. Daño colateral de la pandemia por COVID-19 en centros privados de salud de Argentina. Medicina (B Aires). 2020; 80(Supl III):37-41.
9. D'Imperio H, Gagliardi J, Charask A, et al. Internación por infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST durante el aislamiento obligatorio: reporte del registro continuo de infarto ARGEN-IAM-ST. Rev Argen Med. 2020; 8(2):127-130.
10. Sharpless NE. COVID-19 and cancer. Science. 2020; 368(6497):1290.
11. Johnson MC, Saletti-Cuesta L, Tumas N. Emotions, concerns and reflections regarding the COVID-19 pandemic in Argentina. Ciênc Saúde Coletiva. 2020; 25(suppl 1):2447-2456.
12. Alomo M, Gagliardi G, Pelocche S, et al. Efectos psicológicos de la pandemia COVID-19 en la población general de Argentina. Rev Fac Cienc Med Córdoba. 2020; 77(3):176-181.
13. World Vision. Una tormenta perfecta: más millones de niños corren el riesgo de sufrir violencia durante el confinamiento y la "nueva normalidad" [Internet]. [s.l.]: WV, 2020 [citado 2020 sept 15]. Disponible en: <https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/Consecuencias%20de%20COVID-19%20-%20Una%20tormenta%20perfecta.pdf>.
14. United Nations. Office for the Coordination of Humanitarian Affairs (OCHA). Global humanitarian response plan for COVID-19. Geneva: UN; 2020.
15. Holt-Lunstad J, Smith TB, Baker M, et al. Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review. Perspect Psychol Sci. 2015; 10(2):227-37.
16. Argentina. Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Programa Mayores Cuidados [Internet]. Buenos Aires: la Ciudad; 2020 [citado 2020 sept 15]. Disponible en: <https://www.buenosaires.gov.ar/coronavirus/mayorescuidados>
17. Organización de las Naciones Unidas. Análisis inicial de las NACIONES UNIDAS COVID-19 En Argentina: impacto socioeconómico y ambiental. [s.l.]: ONU; 2020 actualizado 2020 jun 19.
18. Grupo Banco Mundial. COVID-19: impacto en la educación y respuestas de política pública. Washington, DC: Banco Mundial; 2020 mayo [citado 2020 sept 15]. Disponible en: <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/33696/148198SP.pdf?sequence=6&isAllowed=y>.
19. Centers for Disease Control and Prevention. COVID-19 hospitalization and death by race/ethnicity [Internet]. [Atlanta, Georgia]: CDC; 2020 updated August 18 [citado 2020 sept 30]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/covid-data/investigations-discovery/hospitalization-death-by-race-ethnicity.html>.
20. Gonzalez M, Ameri L, Muñoz L, et al. COVID-19 y vulnerabilidad social: análisis descriptivo de una serie de casos del Área Metropolitana de Buenos Aires. SciELO Preprints [Preprint]; 2020 [citado 2020 sept 30]. Disponible en: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/download/1179/1783/1874>.
21. Instituto Nacional de Estadística y Censos. INDEC. Informe de avance del nivel de actividad. Segundo trimestre de 2020. Inf técnicos. 2020;4(172).
22. Instituto Nacional de Estadística y Censos - INDEC. Mercado de trabajo. Tasas e indicadores socioeconómicos (EPH). Segundo trimestre de 2020. Trab e ingresos. 4(174).
23. IDESA. Con la cuarentena se destruyeron 2,5 millones de empleos. Buenos Aires: IDESA; 2020. (Informe no. 880).
24. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos - INDEC. Incidencia de la pobreza y la indigencia en 31 aglomerados urbanos. Primer semestre de 2020. Inf técnicos. 2020; 4(181).
25. The King's Fund. Broader determinants of health [Internet]. London: the Fund; 2020 [citado 2020 sept 30]. Disponible en: <https://www.kingsfund.org.uk/projects/time-think-differently/trends-broader-determinants-health>.
26. Tarkiainen L, Martikainen P, Laaksonen M, et al. Trends in life expectancy by income from 1988 to 2007: decomposition by age and cause of death. J Epidemiol Community Health. 2012; 66(7):573-8.
27. Galea S, Tracy M, Hoggart KJ, et al. Estimated deaths attributable to social factors in the United States. Am J Public Health. 2011; 101(8):1456-65.
28. Mathers CD. History of global burden of disease assessment at the World Health Organization. Arch Public Health. 2020; 78(1):77.
29. Centers for Disease Control and Prevention. COVID-19 hospitalization and death by age [Internet]. [citado 26 de septiembre de 2020]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/covid-data/investigations-discovery/hospitalization-death-by-age.html>
30. RTVE.es. Radiografía del coronavirus en residencias de ancianos: más de 20.600 muertos con COVID-19 o síntomas compatibles [Internet]. [Madrid]: Corporación de Radio y Televisión Española; 2020 [citado 2020 sept 15]. Disponible en: <https://www.rtve.es/noticias/20200915/radiografia-del-coronavirus-residencias-ancianos-espana/2011609.shtml>
31. Deutsche Welle. OMS: más de un 50% de las muertes por COVID en Europa fueron en geriátricos [Internet]. [Bonn]: Deutsche Welle; 2020 abril 23 [citado 2020 sept 15]. Disponible en: <https://www.dw.com/es/oms-m%C3%A1s-de-un-50-de-las-muertes-por-covid-en-europa-fueron-en-geri%C3%A1tricos/a-53220299>.
32. Czubaj F. Coronavirus en la Argentina: por qué bajó la proporción de muertes en los geriátricos de la ciudad. La Nación (Buenos Aires). 2020 ago 12.
33. Jauregui JR, Rubin RK. Fragilidad en el adulto mayor. Rev Hosp Ital B.Aires. 2012; 32(3):110-5.
34. Kojima G, Iliffe S, Walters K. Frailty index as a predictor of mortality: a systematic review and meta-analysis. Age Ageing. 2018; 47(2):193-200.
35. Our World in Data. Confirmed COVID-19 deaths as a share of excess deaths: cumulated over pandemic weeks [Internet]. 2020 [citado 14 de septiembre de 2020]. Disponible en: <https://ourworldindata.org/covid-excess-mortality%0A>
36. Vilosio J. Las promesas incumplidas de la salud en Argentina (primera parte). Evid Actual Práct Ambul. 2008; 11(4):98-100.
37. Vilosio J. Las promesas incumplidas de la salud en Argentina (segunda parte). Evid Actual Práct Ambul. 2010; 13(2):42-4.
38. Vilosio J. Las promesas incumplidas de la salud en Argentina (tercera parte). Evid Actual Práct Ambul. 2010; 13(3):82-4.
39. Our World in Data. Coronavirus Pandemic Data Explorer [Internet]. [citado 2020 sept 15]. Disponible en: <https://ourworldindata.org/coronavirus-data-explorer>.
40. Unifican la base de datos y actualizan a 12.566 el número de muertos en la Provincia. Télam. (Buenos Aires). 2020 sept 25 [citado 2020 sept 30]. Disponible en: <https://www.telam.com.ar/notas/202009/518427-coronavirus-registro-de-fallecidos-provincia-buenos-aires-salud-daniel-gollan.html>.
41. Giacobbe y Asociados. Encuesta de opinión pública en Argentina. Informe XI. Especial COVID-19. Buenos Aires: Giacobbe Consultores; 2020 ago 2 [citado 2020 sept 15]. Disponible en: [https://giacobbeconsultores.com/descargas/informeXI\\_agosto\\_2020\\_covid19.pdf](https://giacobbeconsultores.com/descargas/informeXI_agosto_2020_covid19.pdf).
42. Berkowitz SA, Cenã CW, Chatterjee A. Covid-19 and health equity: time to think big. N Engl J Med. 2020; 383(12):e76.