

La pandemia por COVID-19: un recordatorio de que la salud es un asunto público con implicaciones privadas

The COVID-19 pandemic: a reminder that health is a public matter with private implications

Esmeralda Valdivieso Mora

Departamento de Psicología y Salud Pública,
Universidad Centroamericana José Simeón Cañas
El Salvador

Correo: evaldivieso@uca.edu.sv

ORCID: 0000-0002-4180-0528

DOI: <https://doi.org/10.51378/eca.v77i770.7591>

Recibido: 15 de noviembre de 2022

Aceptado: 15 de diciembre de 2022



En El Salvador, reflexionar sobre la situación de salud durante el período de la pandemia de COVID-19 impone un reto. Dicho reto no surge por una falta de datos oficiales o escasez de vacunas (ver covid19.gob.sv, última actualización el 18 de octubre de 2022), sino por otros motivos: (a) la forma en la que hemos concebido el tener salud durante este período (*i. e.*, la creencia de que estar saludable es no estar contagiado por el virus), al olvidar que la salud es “un estado de completo bienestar físico, emocional y social” (Organización Mundial de la Salud [OMS], 1946), y (b) la interrelación entre la pandemia, las inequidades socioeconómicas previas y los eventos sociopolíticos que han sucedido en este periodo.

1. Lo privado como aproximación unidimensional de la salud

En la cotidianidad, cuando se piensa sobre la salud, se hace solamente desde el ámbito de lo privado. En general, se juzga el estado de salud de una persona señalando la presencia/ausencia de una enfermedad física y, frecuentemente, reduciendo sus causas a la responsabilidad individual. Esto se traduce

Editorial

al pensamiento de que son únicamente las conductas y decisiones personales las que llevan a alguien a enfermarse. Lamentablemente, esta visión de la salud olvida que las decisiones y conductas personales son funcionales a las circunstancias espacio-temporales y adaptativas a los contextos sociales en las que la persona está inmersa.

El período de pandemia por COVID-19 no ha estado exento de esta perspectiva que resalta la dimensión individual de la salud. Las campañas de prevención de contagio se han caracterizado por enfatizar la responsabilidad individual, minimizando la dimensión pública inherente en cualquier pandemia. Esta visión unidimensional de la pandemia ha descansado en el actuar privado de la población salvadoreña, al asignarle a cada persona la responsabilidad casi exclusiva de detener la transmisión del virus, sin importar el contexto inmediato en el que vive.

Como es muy bien sabido, las tres grandes medidas de prevención del coronavirus han sido el distanciamiento físico, el lavado de manos y el uso de mascarilla. A simple vista, esta medida implica que detener la propagación del virus es una decisión y responsabilidad personal. Pero ¿se puede conferir responsabilidad individual a la persona que no guarda distanciamiento físico al viajar en unidades de transporte público que van hacinadas y cerradas? Y ¿es una decisión personal el no lavarse las manos frecuentemente cuando se reside en zonas con acceso limitado al agua? ¿Se puede señalar de irresponsable a quien no cambia o limpia a diario sus mascarillas¹ por priorizar sus gastos en alimentación y otras necesidades básicas si cuenta con ingresos económicos limitados e inestables?

Esta ausencia de la dimensión pública en las medidas de prevención ha sido negligente con el contexto y las circunstancias en las que se encuentran algunos sectores de la población. La prevención del COVID-19 y otras tantas enfermedades debe ir más allá de la instrucción de conductas saludables y situarse en construir las condiciones sociales, ambientales y económicas para apegarse a dichas medidas (p. ej., expandir el servicio de transporte público, agilizar el acceso al servicio de agua y crear condiciones para lograr un nivel mínimo de seguridad financiera).

2. La salud desde una dimensión pública

La salud está constituida por las condiciones socioculturales, políticas y económicas que la rodean, de manera que, frente a esta emergencia sanitaria tan colectiva, resulta equivocado no enmarcarse en lo público.

Aunque la pandemia ha afectado a toda la población salvadoreña, no ha afectado a toda la población por igual. Desde el inicio de la emergencia

.....
1 De acuerdo a la OMS, el uso de mascarillas implica: (a) el lavado de manos antes de ponerla y después de quitarla; (b) cobertura de nariz, boca y mentón; (c) lavado de mascarilla a diario si es de tela o desechado si es médica, y (d) el no uso de mascarillas con válvulas. <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/when-and-how-to-use-masks>

sanitaria, se han observado marcadas disparidades sociales y económicas en cuanto a cómo vivió, enfermó y murió la sociedad salvadoreña durante los períodos más altos de contagio por COVID-19. Para unos, la pandemia creó circunstancias que les permitieron compartir tiempo en familia, reducir gastos de transporte, hacer teletrabajo, desarrollar nuevas habilidades ocupacionales o profesionales, apoyar la educación de sus hijos e hijas, etc. Es posible que, para este grupo, la interrupción de la cotidianidad, algunos cambios abruptos de estilo de vida y la preocupación por el contagio del virus hayan sido sus principales fuentes de malestar en estos últimos años. Para otros sectores de la población, ese mismo malestar se multiplicó frente a la inestabilidad laboral y económica, violencia intrafamiliar, desatención de enfermedades crónicas, deserción escolar, entre otras condiciones desfavorables.

Una reflexión similar se podría hacer sobre la enfermedad y la muerte por coronavirus. Unos enfermaron de COVID-19 y pudieron costear a demanda pruebas de detección (el precio de la prueba de PCR-RT llegó a tener un valor de hasta 150 dólares) y, frente a la cronicidad de síntomas, pudieron acceder a medicamentos especializados y a atención en centros privados de salud. Todo esto sin poner en riesgo sus empleos y/o realizando teletrabajo. Por supuesto, no todos tuvieron el privilegio de enfermar de coronavirus en esas condiciones. Y, más duro aún, no todos los que murieron de COVID-19 lo hicieron en las mismas condiciones.

Las disparidades en salud no nacen con la pandemia, pero sí se intensifican en este período, posiblemente, como resultado de las demandas que la aproximación privada a la salud impone sobre la población. Tal es el caso de las personas que dependen del ingreso informal y diario para vivir (p. ej., trabajadores de la venta informal), quienes durante la pandemia profundizan su desventaja socioeconómica al ser confinados para guardar el distanciamiento físico.

Desde un enfoque de salud pública, las disparidades en salud están vinculadas con los determinantes sociales de la salud. Estos determinantes hacen referencia al conjunto de “factores sociales, políticos, económicos, ambientales y culturales que influyen en cómo se distribuye el bienestar y salud en todos los sectores de una población” (OMS, 16 de marzo de 2009). Algunos de los determinantes sociales de la salud más estudiados son la estabilidad económica, el acceso a la educación y su calidad, el acceso a los servicios de salud y su calidad, el vecindario y el ambiente construido, y el contexto social y comunitario (ver *Healthy People 2030*).

En octubre de 2021, la OMS publicó una revisión sistemática sobre las disparidades observadas hasta el momento durante la pandemia por COVID-19 y su relación con los determinantes sociales de la salud. En ese documento, la OMS señala que las tasas de morbilidad y mortalidad a nivel mundial fueron más altas en los grupos poblacionales que viven en condiciones de pobreza, minorías étnicas (p. ej., poblaciones indígenas y pueblos originarios), trabajadores con ingresos bajos, migrantes, adultos mayores en residencias, personas privadas de libertad y personas sin hogar. Este listado no es excluyente

en sí mismo, pues en él se encuentra una clara interseccionalidad entre sus características poblacionales y, por tanto, un riesgo mayor de vulnerabilidad al coronavirus para quienes pertenecen a más de un grupo (p. ej., vivir en condiciones socioeconómicas limitadas y ser un adulto mayor en residencia, como los usuarios de la Residencia de Adultos Mayores Sara Zaldívar).

En su reporte, la OMS señala algunos de los mecanismos que llevan a estos grupos a un mayor riesgo de contagio y muerte por COVID-19. Las personas que viven en condiciones de pobreza e inseguridad económica tienen menos posibilidad de adherirse a las medidas privadas de prevención por el limitado acceso a agua y jabón, la ausencia de servicios sanitarios privados, las condiciones de hacinamiento en viviendas y la reducida capacidad para refrigerar alimentos, que les obliga a exponerse más al contacto con otros. En esta línea, los sectores de la población que viven con estas limitaciones socioeconómicas tuvieron dificultades para apearse a conductas de prevención que el coronavirus demandaba: distanciamiento físico, lavado de manos y uso apropiado de mascarillas. De manera más específica, el reporte de la OMS (2021) profundiza su revisión de datos mundiales, anotando que:

- Las familias que viven en hogares con hacinamiento tuvieron un mayor riesgo de contagio y mortalidad, por el limitado distanciamiento social. Esto debido no solamente al espacio reducido, sino también a las condiciones de ventilación e higiene en algunos de estos hogares.
- Las personas trabajadoras con ingresos informales y bajos tuvieron una exposición mayor al virus por la movilidad de sus empleos y el mayor contacto con otros. En este grupo, entran las personas que dependen de la venta informal en la calle o de salarios diarios por destajo.
- Los trabajadores esenciales con condiciones precarias de seguridad laboral tuvieron un mayor riesgo de infección al no contar con el equipo de protección personal apropiado (p. ej., mascarillas, trajes de bioseguridad), suplementos de higiene e información en salud.
- Los países sin seguridad social no tuvieron éxito en la prevención del riesgo por COVID-19, al no ofrecer licencias de salud remuneradas en caso de contagio. Esto obligó al personal laboral a seguir trabajando a pesar de estar contagiado por el virus, con lo que se facilitó su transmisión y se debilitó la salud del personal contagiado. El panorama de falta de seguridad social es aún más crítico al considerar al sector informal, que no goza de protección social.
- El acceso a información de calidad en salud fue desigual durante la pandemia. Por un lado, hubo dificultades en hacer llegar información de calidad a sectores excluidos de la población (p. ej., adultos mayores, zonas rurales, población con niveles educativos bajos, personas en tránsito migratorio). Y, por otro lado, la información disponible en los medios electrónicos no fue la apropiada, lo que llevó a la estigmatización del virus y sus formas de prevención, detección y tratamiento.

- Hubo un limitado acceso a servicios de salud asequibles y equitativos para la prevención, tratamiento y vacunación. El acceso reducido y/o interrumpido a pruebas de detección y la desinformación acerca de las vacunas fue mayor en grupos con determinantes sociales vulnerables, como: menor nivel educativo, minorías étnicas y residentes de zonas geográficas remotas, como áreas rurales o de difícil acceso.

Las disparidades en salud y determinantes sociales a nivel mundial mencionados en el reporte de la OMS evidencian la necesidad de centrar la salud y el COVID-19 en un asunto público y no privado. Conocer los hallazgos de este reporte debería motivar a los sistemas de salud a complementar esas medidas de responsabilidad individual con acciones sociales y políticas públicas que ataquen tanto la transmisión del virus como intervengan en los determinantes sociales.

Es injusto e irresponsable limitar la intervención y la prevención en salud al actuar privado de las personas, pues asume que los grupos poblacionales tienen acceso a recursos sociales, económicos, educativos y de salud que son homogéneos y privilegiados en toda la sociedad (*i.e.*, el *habitus* de Bourdieu). La presencia inesperada del COVID-19 combinada con la vulnerabilidad socioeconómica obligó a muchas personas a resistir, pero no a vivir con bienestar. A tres años del inicio de la pandemia, esta situación se acumula y crece, pues algunos sectores de la población aún resisten y sobreviven, pero no viven con bienestar físico, mental y social.

3. Los sistemas de salud en pandemia

Frente a lo desconocido y la incertidumbre que generó la presencia abrupta del coronavirus, resulta esperado que los sistemas de salud hayan enfocado su atención prioritariamente en la prevención y la intervención del COVID-19. Debían atender la emergencia sanitaria. Sin embargo, la prolongada hipervigilancia del virus ha generado consecuencias en otras áreas esenciales de atención a la salud, las cuales evidencian la poca resiliencia de los sistemas sanitarios. Así, la atención “tipo túnel” (*i.e.*, altamente centrada en un estímulo) de parte de los sistemas de salud y la población general ha resultado en una desatención del bienestar y la salud física, emocional y social.

Las repercusiones a mediano y largo plazo de la atención focalizada al COVID-19 se han observado a nivel internacional y nacional. A continuación, menciono un par de ejemplos. Se han adjudicado 63,000 de muertes por malaria —a nivel mundial— a las interrupciones en el servicio de salud durante el período de 2019 a 2021 por la pandemia (OMS, 2022a). En regiones de Asia y África, la administración de diagnósticos de tuberculosis y vacunas para el polio y el sarampión disminuyeron significativamente durante los años 2020 y 2021 (Roberts, 2021). Es de esperar que, si no se interviene de forma inmediata en estos indicadores de salud, este decrecimiento diagnóstico y de vacunación tenga serias consecuencias sanitarias en los años pospandemia. En El Salvador, se ha observado un incremento en casos de VIH entre los meses de enero a junio de 2022. Expertos vinculan esta alza de casos a la

falta de acceso a los servicios de salud que generó el confinamiento (ver *La Prensa Gráfica*, 29 de noviembre de 2022, “Detectan al menos 500 casos de VIH en El Salvador en 2022”). ¡Qué lamentable sería que estas condiciones de salud volvieran a ser preocupación nacional y mundial, cuando existe tanta evidencia científica y estrategias de prevención, detección e intervención! En definitiva, el desbalance generado por la hipervigilancia al COVID-19 presenta el reto de cómo proteger y cuidar contra las nuevas variantes de virus, sin debilitar la salud general.

Estas repercusiones en la salud pública que he comentado se podrían explicar desde la alta vulnerabilidad y poca resiliencia de los sistemas de salud. La evidencia de ello se encuentra en los sondeos mundiales sobre la continuidad de los servicios esenciales de salud que la OMS ha emprendido desde el año 2020. Hasta el momento, se han realizado tres sondeos mundiales. La región latinoamericana no fue incluida en la primera ronda de encuestas (primera encuesta: mayo-julio de 2020), pero sí en las siguientes dos (segunda encuesta: enero-marzo de 2021, tercera encuesta: noviembre-diciembre de 2021). Aunque los informes no presentan un análisis desagregado por país, muchos de los hallazgos coinciden con nuestro contexto nacional sanitario.

En el sondeo del año de 2020, a nivel mundial, el 90 % de los países reportaron una interrupción en algún servicio de salud esencial (OMS, 2022b). Este panorama no había mejorado para diciembre de 2021, pues seguía existiendo un porcentaje alto (57 %) de países que no habían restablecido los servicios de cirugías electivas, cuidados oncológicos, servicios de salud mental, neurológica y uso de sustancias, etc. Es más, de los países participantes en la tercera ronda del sondeo (n = 95), más de la mitad mantenían suspendidas o limitadas las actividades de prevención de enfermedades y promoción de la salud. Esto resultó en un aumento de casos y poca adherencia de tratamientos para enfermedades no comunicables (y prevenibles) como la hipertensión, la diabetes y el asma. Frente a estos datos, no debería extrañar que la salud general de la población mundial haya desmejorado.

Este mismo reporte (OMS, 2022b) señala que esta vulnerabilidad aumentada en salud es resultado de problemas preexistentes de los servicios y sistemas de salud. Curiosamente, el reporte presenta un análisis que indica que no hay una asociación entre el número de casos nuevos diarios de COVID-19 en la población y el porcentaje de servicios interrumpidos. Es más, el índice de rigurosidad² no estaba asociado con la interrupción de los servicios de salud. Estos dos análisis indican que la interrupción de los servicios de salud no se debió al confinamiento o al aumento de casos a nivel comunitario. La OMS (2022b) señala que entre las razones más comunes de la interrupción se encontraban las modificaciones que se realizaron a los servicios, la falta de recursos para el cuidado en salud y la disminución en la búsqueda de servicios de parte de la población (posiblemente por temor a salir).

.....
2 Conocido en inglés como el “Oxford’s stringency index”, el cual es una medida con nueve indicadores sobre cierre de escuelas, lugares de trabajo, restricciones de viajes, entre otros.

Es importante señalar que, para diciembre de 2021, los programas de salud más interrumpidos seguían siendo los orientados al cuidado de personas mayores, enfermedades tropicales, cuidados de cáncer, servicios de salud mental, condiciones neurológicas y uso de sustancias. Específicamente, entre los programas de salud mental, se mencionan los de salud mental escolar, salud mental geriátrica, prevención y manejo de alcohol y reducción de daño crítico (p. ej., suicidio y conductas de autolesión). Tal parece que, a nivel mundial, las personas mayores, la niñez y la salud mental no son de interés desde una perspectiva de salud pública. Nada nuevo en el panorama de la salud: poblaciones y temas frecuentemente olvidados.

4. La salud como un sistema

La salud es un sistema compuesto por factores biológicos, culturales, psicosociales y socioeconómicos, que son interdependientes. Cuando se insiste en ver la salud solamente como la ausencia de un síndrome, se pierde la oportunidad de atender la salud como un sistema. Si hoy por hoy se piensa que la población salvadoreña es saludable porque existe un número bajo de casos activos de COVID-19, entonces no se ha aprendido nada en estos últimos tres años.

Posicionar la salud como un sistema para fortalecer los sistemas de salud (nacional y mundial) no es un simple juego de palabras. Si la salud se comprendiera como un sistema, entonces los sistemas de salud pública (sus servicios, recursos e infraestructura a todos los niveles) salieran resilientes luego de atender emergencias sanitarias. Sin embargo, cuando persiste una visión reduccionista de la salud (*i. e.*, presencia o ausencia de síndromes), las emergencias sanitarias debilitan más a los sistemas de salud. Así, en futuras emergencias sanitarias, a los países les puede tomar más tiempo y recursos responder a las amenazas en salud. En esta línea, es importante no olvidar que para construir un sistema de salud resiliente se necesita de evidencia científica que permita aprender de errores y adaptarse al cambio (ver Haldane *et al.*, 2021).

En cualquier contexto (personal o social), desarrollar resiliencia implica establecer relaciones de apoyo, seguridad y confianza. A nivel macro, esto significa que los sistemas de salud no deberían trabajar solos, sino en coordinación intersectorial e interministerial. En el contexto del COVID-19, esto es particularmente importante, pues el efecto que el coronavirus ha generado sobre la población va más allá de la neumonía o condiciones respiratorias. Ha habido un aumento de la pobreza, retroceso de la economía global, pérdida de empleo en mujeres y trabajadores del sector informal, interrupción de la educación (especialmente para la niñez y la población joven), exposición a estrés crónico y a experiencias adversas en la infancia, inseguridad alimentaria en comunidades excluidas, aumento de inequidad de género, discriminación y estigmatización de grupos raciales y un aumento del edadismo hacia las personas mayores (OMS, 2021).

En otras palabras, el COVID-19 ha generado un impacto en dimensiones del ser humano que van más allá de la salud física. Y, aun cuando “ya no haya COVID” (sea lo que sea que esto signifique), se deberá atender el “efecto de histéresis³” consecuencia de la pandemia. Es decir, los gobiernos deberán intervenir en las consecuencias educativas, económicas, de desarrollo local, en salud mental, área agrícola y en género, que seguirán existiendo aun en ausencia del coronavirus como una amenaza de salud pública.

Este panorama debería invitar a varios sectores de la población y al Gobierno a coordinar un plan de intervención integral, especialmente cuando se tienen en consideración las disparidades en salud. La OMS (2021) lo expresa en mejores palabras que las mías: “[e]l COVID-19 ha demostrado la verdad simple de que nadie está protegido a menos que todos estemos protegidos” (p. 13). Y yo le agregaría: protegidos de forma integral.

5. Reflexiones finales: la pandemia nos ha enseñado mucho, pero ¿hemos aprendido poco?

En definitiva, la pandemia por COVID-19 nos ha enseñado que la salud es un asunto público que impacta la vida privada de cada persona. Además de los vacíos y retos señalados anteriormente, deseo agregar unas reflexiones finales.

La dimensión pública de la salud (*i. e.*, la salud pública) se piensa como algo que no tiene que ver con cada uno de los ciudadanos, pues —erróneamente— se asocia a pobreza y punto. Y, por tanto, se comete el error de pensar sin empatía y de forma muy reducida que si no soy una persona pobre, entonces, la salud pública no debería ser una preocupación personal. La salud en la dimensión pública es frecuentemente vista como algo de menor calidad (algo así como se piensa sobre el transporte público... de nuevo, erróneamente). Esta visión de que lo público está muy por debajo de lo privado se ve reforzada por la calidad, el acceso y la disponibilidad que los mismos servicios de salud pública ofrecen. En mi opinión, acá es donde principalmente hemos aprendido poco.

La pandemia nos brindó el contexto para reinventar, repensar y transformarnos progresivamente, pero quizá los sistemas de salud no supieron (o pudieron) capitalizar este contexto. Una oportunidad de aprendizaje relevante se encontraba en los mecanismos de educación en salud: cómo se informa a la población y qué es lo que se informa sobre la salud. Se pudo haber creado una estrategia comunicacional accesible y comprensible para todas las personas (ver Lazarus *et al.*, 2022, para un listado detallado de recomendaciones). Pero ¿qué le informan todos esos estadísticos de la página sobre “situación nacional de COVID-19” a los sectores de la población con alfabetización baja? (ver nuevamente covid19.gob.sv). Se informa por informar, pero no para educar. ¿Qué nos dice el que se hayan realizado

.....
3 Efecto del área de la física, donde aun en ausencia de un estímulo, se observa la tendencia de que un material conserve las propiedades que el mismo estímulo generó.

2,610,114 pruebas de COVID-19 en cuanto a la capacidad de detección del virus (o sobre la sensibilidad y especificidad de la prueba)?

El COVID-19 pudo haber sido la oportunidad para educar de forma intensa y extensa sobre qué es un virus, cómo funciona una vacuna, cuáles son los alcances y las limitantes que tiene, cómo promover la salud mental, cómo se puede reducir el riesgo en enfermedades no transmisibles, etc. Es decir, la pandemia generó las circunstancias para que la población nacional mejorara su alfabetización en salud. Nuestra atención, interés y motivación ya la tenían ganada. Sin embargo, se dejó la educación en salud a iniciativa de cada individuo, con los riesgos que la desinformación generó ante la excesiva exposición a información falsa durante este período (ver Carballo y Marroquín, 2020).

Vinculado a la educación y a la salud se encuentra el acceso público a la información actualizada y relevante sobre el COVID-19 y la salud en general. Los datos que generan los sistemas de vigilancia epidemiológica en el país no están fácilmente accesibles. Este limitado acceso a la información (o nulo, para algunos indicadores) no permite hacer una valoración o análisis sobre cuál es la situación real de salud. Aunque se encuentra disponible una página web dedicada exclusivamente a la “situación nacional del COVID-19”, les invito a hacer el siguiente ejercicio conmigo. Con base en la información disponible en la página web y el conocimiento que usted ha acumulado hasta el momento sobre la respuesta del Gobierno a la pandemia, complete la siguiente tarjeta de calificaciones.

Tabla 1. Tarjeta de calificaciones para la evaluación del COVID-19

Califique cada una de las siguientes afirmaciones desde 1 (completamente en desacuerdo) hasta 5 (completamente de acuerdo).	1	2	3	4	5
1. Las autoridades comunican información clara y consistente acerca del COVID-19 y brindan explicaciones sobre las decisiones de salud pública tomadas.					
2. Las comunicaciones del Gobierno van dirigidas a toda la población abarcando toda su diversidad (p. ej., idiomas, cultura, educación y nivel socioeconómico).					
3. Expertos en salud pública, oficiales de gobierno e investigadores académicos coinciden en las medidas de salud pública por COVID-19.					

4. i) Todas las personas pueden tener una prueba de COVID-19 gratuita y confiable y recibir resultados prontamente.						
ii) Para los casos positivos se implementa el rastreo de contactos.						
5. Los cuerpos de salud pública mantienen bases nacionales, subnacionales y locales con datos epidemiológicos, las cuales son robustas y actualizadas a diario.						
6. Hay suficientes trabajadores de la salud calificados y equipo médico (p. ej., ventiladores y mascarillas) para satisfacer las necesidades nacionales.						
7. El Gobierno puede solicitar a fabricantes privados la producción de equipo crítico rápido si es necesario.						
8. La respuesta nacional a la pandemia es coordinada por un equipo de preparación que incluye expertos en medicina y salud pública.						
9. Los lineamientos para la prevención de infecciones y los protocolos de cuidado son integrales y actualizados.						
10. Los sistemas de salud tienen financiamiento e infraestructura suficiente para brindar cuidados a todos los pacientes de COVID-19.						
11. Todas las personas tienen acceso ininterrumpido a los servicios regulares de salud.						
12. Durante la pandemia, existe una coordinación y colaboración entre los servicios de atención primaria y los servicios sociales.						
13. Los servicios de salud mental se han expandido para satisfacer el aumento de la demanda.						
14. Se está utilizando telesalud y se han rediseñado las tareas en salud para optimizar la entrega de servicios en cuidados a la salud.						

15. Se han tomado medidas apropiadas para proteger a miembros de grupos vulnerables como personas adultas mayores, personas que viven en pobreza, migrantes y personas sin hogar.					
16. Los esfuerzos vinculados al COVID-19 se han enfocado en áreas de bajo recursos y densamente poblados.					
17. Las medidas de salud pública se han implementado para proteger a personas institucionalizadas y en otros ambientes confinados.					
18. El Gobierno está atendiendo los impactos socioeconómicos y en salud que resultan de instituir y facilitar medidas de contención.					
19. El Gobierno está colaborando con otros países, la OMS y otros cuerpos internacionales para responder a la pandemia.					
Total:	_____/100				

Nota: traducción propia al español de Lazarus *et al.* (2020). Keeping governments accountable: the COVID-19 Assessment Scorecard (COVID-SCORE). *Nature Medicine*, 26, 1005-1008. Los autores sugieren que el público general puede utilizar una versión abreviada de esta tarjeta de calificaciones, evaluando las afirmaciones: 1, 2, 4i, 4ii, 5, 7, 11, 15, 18 y 19.

¿Qué calificación le puso al Gobierno?

De existir información accesible y disponible públicamente sobre nuestro país, el ejercicio de evaluación del desempeño hubiese sido un ejercicio relativamente sencillo. Esta tarjeta de calificaciones surge de los criterios que la OMS sugiere sobre el Marco de Sistemas de Salud, la cual fue adaptada para evaluar la respuesta sanitaria de los países del mundo (ver Lazarus *et al.*, 2020). Sin embargo, sin un sistema de vigilancia epidemiológica robusto y que presente información de manera accesible y disponible, es difícil cualquier valoración. Al no tener información accesible y disponible, se ha aprendido poco sobre los esfuerzos que se han realizado (o no) durante este período.

Otra enseñanza importante que nos dejó la pandemia es la de recordarnos (reiteradamente) que la salud y la enfermedad no son antónimos. Alguien puede estar libre de diagnósticos clínicos (físicos y mentales) y no ser una persona saludable. Esto es difícil de medir, pero está presente ante nuestros ojos día a día en el país, pues el nuestro insiste en mantenernos hipervigilantes y con la expectativa de que algo malo está por suceder. Los salvadoreños nos mantenemos ocupados (y preocupados, también) con más de un problema

colectivo a la vez. Durante el período de la pandemia por COVID-19, el coronavirus no ha sido lo único que nos ha sucedido. Por mencionar algunos acontecimientos, tenemos: el resguardado por el ejército del presidente de la república a la Asamblea Legislativa, el confinamiento estricto y militarizado en los primeros cuatro meses de pandemia, la inseguridad económica, la falta de acceso a servicios de salud no vinculados a la emergencia sanitaria, los huracanes y las tormentas tropicales, la adopción del *bitcoin* y la volatilidad de la criptomoneda, el caso “Chalchuapa”, el fin de semana más violento por el repunte de homicidios y la aprobación del régimen de excepción. No es casualidad que la ansiedad sea una emoción predominante en la población salvadoreña (ver Gutiérrez Quintanilla *et al.*, 2020; Mena *et al.*, 2020; Orellana y Orellana, 2020). Por estas circunstancias socioeconómicas y políticas del período de pandemia es que resulta difícil analizar los efectos exclusivos del COVID-19 sobre la salud biopsicosocial. Y, además, resulta inapropiado e irresponsable simplemente extrapolar los hallazgos en salud mental de otros países de la región al nuestro. En este contexto, motivar la autogestión de nuestras emociones como única forma de intervención de la salud mental evidencia que se ha aprendido poco.

Aproximarse a la salud solamente desde un nivel individual no es suficiente ni eficiente para la mejora de nuestro bienestar y calidad de vida. La salud de la población no mejora con proyectos que prometen el paraíso social, económico o educativo, sino con cambios profundos y progresivos que impactan en lo cotidiano, en el día a día.

Es así como la pandemia por COVID-19 debería servir de recordatorio que la salud física, mental y social no se ubican en el plano privado, sino en el público. Al final, “ninguno de nosotros está seguro hasta que todos estén seguros” (OMS).

Referencias bibliográficas

Aguilar, G. (2022, 29 de noviembre). Detectan al menos 500 casos de VIH en El Salvador en 2022. *La Prensa Gráfica*. <https://www.laprensagrafica.com/elsalvador/Detectan-al-menos-500-casos-de-VIH-en-2022-20221129-0055.html>

Carballo, W. y Marroquín, A. (Coords.). (2020). *2020 D. C. Así dio vuelta el consumo mediático en El Salvador durante la COVID-19*. Escuela de Comunicación Mónica Herrera y Maestría en Gestión Estratégica de la Comunicación (UCA). <https://uca.edu.sv/wp-content/uploads/2020/12/investigacion-uca-asi-dio-vuelta-en-consumo-mediatico-en-el-salvador-durante-la-covid-19.pdf>

Gobierno de El Salvador (GOES). (2022). *Situación nacional COVID-19* (última actualización, 18 de octubre). <https://covid19.gob.sv/>

Gutiérrez Quintanilla, J. R., Lobos Rivera, M. E. y Chacón Andrade, E. R. (2020). Síntomas de ansiedad por la COVID-19, como evidencia de afectación de salud mental en universitarios salvadoreños. *Edición especial Investigaciones COVID-19*, 44-65. Universidad Tecnológica de El Salvador. <http://repositorio.utec.edu.sv:8080/jspui/bitstream/11298/1171/3/112981171.pdf>

Haldane, V., De Foo, C., Abdalla, S. M., Jung, A.-S., Tan, M., Wu, S., Chua, A., Verma, M., Shrestha, P., Singh, S., Perez, T., Tan, S. M., Bartos, M., Mabuchi, S., Bonk, M., McNab, C., Werner, G. K., Panjabi, R., Nordström, A. & Legido-Quigley, H. (2021). Health systems resilience in managing the COVID-19 pandemic: lessons from 28 countries. *Nature Medicine*, 27, 964-980. <https://doi.org/10.1038/s41591-021-01381-y>

Healthy People 2030. (s. f.). *Social Determinants of Health*. U.S. Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion. <https://health.gov/healthypeople/objectives-and-data/social-determinants-health>

Lazarus, J. V., Binagwaho, A., El-Mohandes, A. A. E., Fielding, J. E., Larson, H. J., Plasència, A., Andriukaitis, V. & Ratzan, S. C. (2020). Keeping governments accountable: the COVID-19 Assessment Scorecard (COVID-SCORE). *Nature Medicine*, 26, 1005-1008. <https://doi.org/10.1038/s41591-020-0950-0>

Lazarus, J. V., Romero, D., Kopka, C. J., Karim, S. A., Abu-Raddad, L. J., Almeida, G., Baptista-Leite, R., Barocas, J. A., Barreto, M. L., Bar-Yam, Y., Bassat, Q., Batista, C., Bazilian, M., Chiou, S.-T., del Rio, C., Dore, G. J., Gao, G. F., Gostin, L. O., Hellard, M., ... The COVID-19 Consensus Statement Panel (2022). A multinational Delphi consensus to end the COVID-19 public health threat. *Nature*, 611, 332-345. <https://doi.org/10.1038/s41586-022-05398-2>

Mena, F., Molina, C. y Castillo, Y. E. (2020). *La salud mental de los salvadoreños durante el confinamiento voluntario por el COVID-19*. Fundación Pro Educación de El Salvador (FUNPRES).

Orellana, C. I. y Orellana, L. (2020). Predictores de síntomas emocionales durante la cuarentena domiciliar por pandemia de COVID-19 en El Salvador. *Actualidades en Psicología*, 34(128), 103-120. <https://dx.doi.org/10.15517/ap.v34i128.41431>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (1946). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. <https://www.who.int/es/about/governance/constitution>

OMS. (2009, 16 de marzo). *Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud*. 62.ª Asamblea Mundial de la Salud. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_9-sp.pdf

OMS. (2020). *The impact of COVID-19 on mental, neurological and substance use services: results of a rapid assessment*. <https://www.who.int/publications/i/item/978924012455>

OMS. (2021, 6 de diciembre). *COVID-19 and the social determinants of health and health equity: evidence brief*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240038387>

OMS. (2022a). *Third round of the global pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic. Interim report - November-December 2021*. https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-EHS_continuity-survey-2022.1

OMS. (2022b). *World malaria report 2022*. <https://www.who.int/teams/global-malaria-programme/reports/world-malaria-report-2022>

Roberts, L. (2021, April 22). How COVID hurt the fight against other dangerous diseases. *Nature*, 592, 502-504. <https://doi.org/10.1038/d41586-021-01022-x>