

Epidemiología de la covid-19 en Bolivia

Dres Alberto De La Galvez Murillo C,¹ J Ramiro Pando Miranda²

¹ Médico ginecólogo. Maestro en Salud Pública. Fundador del colectivo intelectual Médicos Consultores (MEDICON).

² Médico ginecólogo. Fundador del colectivo intelectual Médicos Consultores (MEDICON).

La Paz, Bolivia.

Resumen

Estudio descriptivo retrospectivo sobre la magnitud, evolución e impacto de la pandemia covid-19 en Bolivia, basado en los reportes diarios del Ministerio de Salud que incluyen datos sobre: casos nuevos, defunciones, casos acumulados, casos confirmados, sospechosos, descartados y recuperados. Los indicadores utilizados son: tasa de incidencia por 100.000 habitantes, tasa de letalidad, porcentaje de pacientes recuperados y diferencia entre descartados y confirmados. Los datos han sido organizados por períodos arbitrarios y por semanas epidemiológicas, y presentados por departamento sumado a la cifra promedio nacional. La información revela que en Bolivia la covid-19 está en plena actividad, y que no hay una manera segura de establecer cuándo los casos acumulados llegarán a su pico.

Palabras claves. Pandemia covid-19, tasa de incidencia, letalidad, epidemiología, salud pública.

Epidemiology of covid-19 in Bolivia

Summary

Retrospective descriptive study on the magnitude, evolution and impact of the covid-19 pandemic in Bolivia, based on daily reports from the Ministry of Health, which include data on: new cases, new deaths, accumulated cases, confirmed cases, suspects, discarded and recovered. The indicators used are: incidence rate per 100,000

habitants, case fatality rate, percentage of recovered patients and, difference between discarded and confirmed. The data has been organized by arbitrary periods and epidemiological weeks, and presented by department plus the national average figure. The information reveals that in Bolivia, covid-19 is in full swing, and that there is no sure way to establish when cumulative cases will peak.

Key words. covid-19 pandemic, incidence rate, lethality, epidemiology, public health.

Introducción

La covid-19, pandemia que comenzó en una ciudad de China en noviembre de 2019, llegó a Bolivia el 10 de marzo de 2020, con los primeros dos casos diagnosticados. Al 31 de julio, han transcurrido 144 días de epidemia, 114 de cuarentena y 61 de cuarentena dinámica.

Debido a que la epidemia ha adquirido un comportamiento departamental diferenciado,¹⁻³ son diversas las experiencias e intervenciones sanitarias aplicadas, y también los resultados, que han sido medidos mediante indicadores como la tasa de incidencia, la tasa de letalidad, el porcentaje de pacientes recuperados y la diferencia entre descartados y confirmados.

Al inicio de la epidemia, el Ministerio de Salud se esforzó por conducir la gestión del problema con medidas globales, socioeconómicas y sanitarias, de aplicación general, pero las falencias resultantes de un sistema de salud precario y una economía debilitada junto con la irrupción de nuevos casos forzaron a las autoridades departamentales y municipales a adoptar medidas acordes a la magnitud y gravedad que la epidemia iba adquiriendo.

Centros de aislamiento para contactos, rastri-lajes con apoyo de la policía y de las FF. AA., encapsulamientos, nominación de hospitales covid-19, dotación de unidades de terapia intensiva (camas y respiradores), miles de médicos y enfermeras contratados, elementos de bioseguridad, telemedicina,

Correspondencia. Dr Alberto De La Galvez Murillo C
Correo electrónico: albertodelagalvezmurillo@gmail.com

plataformas digitales, donación de plasma hiperinmune, grupos de médicos voluntarios trabajando por su cuenta, promoción y venta de medicamentos y productos diversos (Ivermectina, dióxido de cloro, vitaminas, antiinflamatorios) están entre las acciones oficiales y las adoptadas por la ciudadanía.

En cuanto al dióxido de cloro, instituciones⁴⁻⁶ como el Ministerio de Salud, a través de la Agencia Estatal de Medicamentos y la Academia Boliviana de Medicina, manifestaron oposición a su uso, no solo por la ausencia de evidencia científica respecto de sus beneficios sino también por sus potenciales efectos tóxicos.⁷ Similares expresiones corresponden a la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Food and Drug Administration (FDA) de los Estados Unidos, y varias instituciones y agencias de medicamentos y toxicología de América Latina⁵ y de Europa.

A su vez, el Comité Científico Nacional covid-19, que asesora al Ministerio de Salud, ha hecho conocer por escrito⁸ su posición respecto del dióxido de cloro. El documento, basado en una amplia revisión bibliográfica que muestra la ausencia de evidencia sobre el uso de esta sustancia para el tratamiento de la infección por covid-19, da cuenta de las complicaciones que su utilización puede acarrear y advierte a la población sobre las presiones, amenazas, recomendaciones y el mercado negro que promueven su uso.

Este panorama sanitario, de por sí muy complejo y difícil de abordar, se ve oscurecido por protestas callejeras de grupos con intereses diversos y las defunciones en la calle, en puertas de hospitales y en domicilios, de personas probablemente infectadas con el coronavirus. En los casos de decesos en los hogares, los cadáveres están siendo retirados con demora porque hay pocos equipos de respuesta o están demasiado atareados, y porque no hay féretros, tumbas ni posibilidades de acceder a la cremación.

Ante el constante incremento de los casos notificados y de los diagnosticados, el Gobierno decretó el 27 de julio el "estado de calamidad nacional" a fin de poder acceder a créditos del Banco Central sin intervención del Parlamento.⁹

En este reporte, actualizado al 25 de julio de 2020, los lectores encontrarán valores correspondientes a los principales indicadores utilizados para evaluar la magnitud, la evolución y el impacto de la pandemia covid-19 en la población boliviana.

Material y métodos

Este reporte es descriptivo y retrospectivo sobre la situación de la pandemia covid-19 en Bolivia, al 25 de julio de 2020. Los datos han sido recabados de los informes diarios que proporciona el Ministerio de Salud, a través del Sistema Nacional de Información en Salud y Vigilancia Epidemiológica (SNIS-VE), que contienen datos globales y por departamento sobre: casos nuevos, defunciones, ca-

sos acumulados, casos confirmados, sospechosos, descartados y recuperados.¹⁰

Los indicadores utilizados para el reporte son: tasa de incidencia (número de casos positivos diagnosticados mediante laboratorio x100.000 habitantes); tasa de incidencia por grupos de edad, ambos sexos (x100.000 habitantes de cada grupo); tasa de letalidad (porcentaje de defunciones sobre el total de casos confirmados), porcentaje de pacientes recuperados (sobre el total de casos confirmados) y diferencia entre descartados y confirmados. Los valores acumulados corresponden a períodos arbitrarios y a semanas epidemiológicas, y son presentados por departamento junto con el promedio nacional.

Las tasas de incidencia fueron calculadas a partir de las estimaciones de la población realizadas por el Instituto Nacional de Estadística para el 2020.¹¹

Resultados del panorama epidemiológico

Hasta el sábado 25 de julio, el número de casos acumulados era de 68.281, 2538 el de fallecidos y 20.951 el de recuperados.⁸ En el Gráfico 1 aparece el comportamiento de los casos nuevos y de los acumulados, por semana epidemiológica.

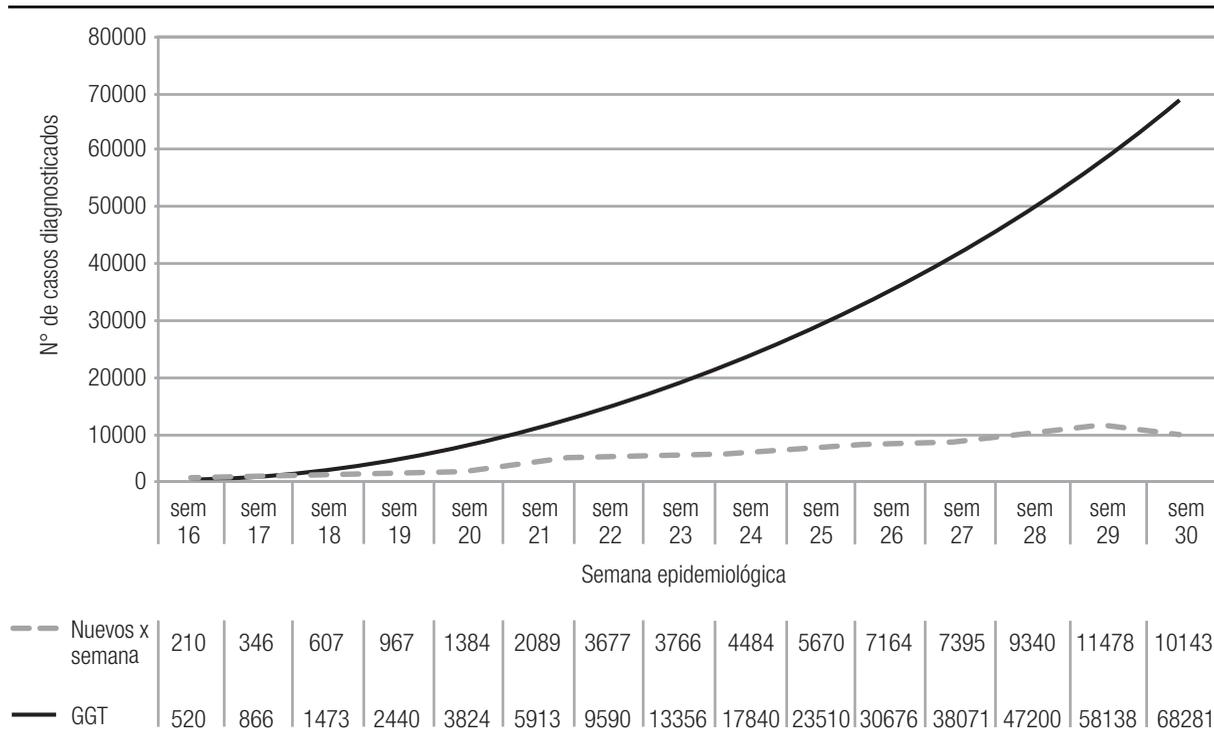
La más reciente proyección del Ministerio de Salud (modelo SIR) da cuenta de 128.800 casos confirmados en el pico máximo de la enfermedad, 11.866 decesos (con los extrahospitalarios) y 791.060 recuperados (incluye a los que no toman contacto con el sistema de salud).¹²

En casi cinco meses la epidemia ha adquirido sus propias características en cada departamento, incluso en determinados municipios, aunque mantiene, en todos los contextos, un incremento constante pero con diferentes grados de aceleración. Por esto último, hay diferencias departamentales en las tasas acumuladas de incidencia (Gráfico 2).

Los departamentos más afectados son: Beni, Santa Cruz y Pando, seguidos a mucha distancia por Tarija, Oruro y La Paz. Los menos afectados son Potosí, Chuquisaca y Cochabamba, en ese orden. Tres departamentos están bastante por encima de la cifra promedio nacional, y el resto están por debajo, también a cierta distancia.

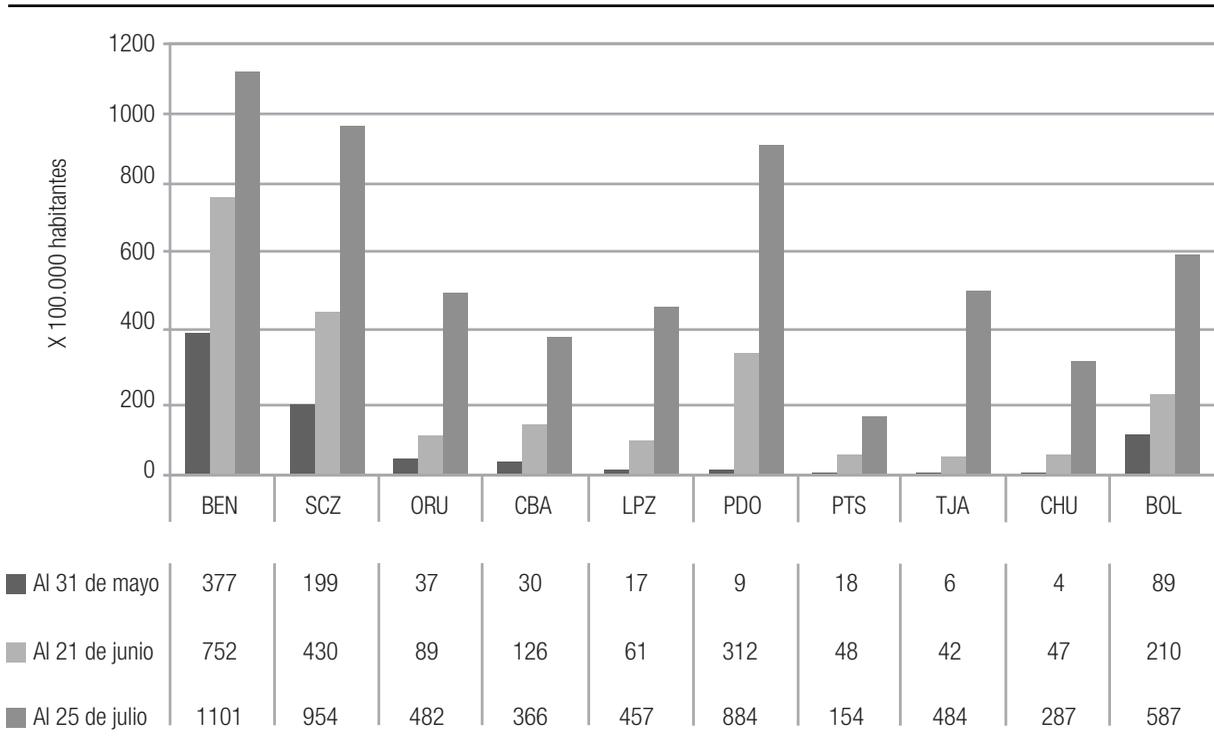
Pero así como las tasas acumuladas de incidencia varían según el departamento, son también diferentes si se analizan por grupos de edad, y sirven para mostrar y alertar que los jóvenes y los adultos jóvenes (20 a 39 años) tienen un riesgo de infectarse bastante parecido al de personas de edades mayores. Al 6 de junio, cuando el número acumulado de casos era de 13.358, las tasas de incidencia por 100.000 habitantes de ambos sexos, de cada grupo de edad, eran las siguientes: 165 para la población de 20 a 39 años, 185 para la de 40 a 49 años, 188 para la de 50 a 59 años y 191 para los habitantes de 60 o más edad.

Gráfico 1. Casos diagnosticados de covid-19 por semana epidemiológica nuevos y acumulados. Bolivia, 12 de abril al 25 de julio 2020.



Fuente: gráfico elaborado con los reportes diarios del SNIS-VE/MS.

Gráfico 2. Tasas acumuladas de incidencia, según departamento y períodos.



Fuente: gráfico elaborado con los reportes diarios del SNIS-VE/MS.

Sin embargo, hay una tasa diferencial por sexo, teniendo en cuenta que hasta los 54 años hay aproximadamente la misma cantidad de varones y de mujeres, porque después el índice de masculinidad (número de varones por cada 100 mujeres) desciende paulatinamente a medida que aumenta la edad. Al 20 de junio, de los 23.512 casos diagnosticados, el 56% correspondía a varones y el 44% a mujeres.¹³

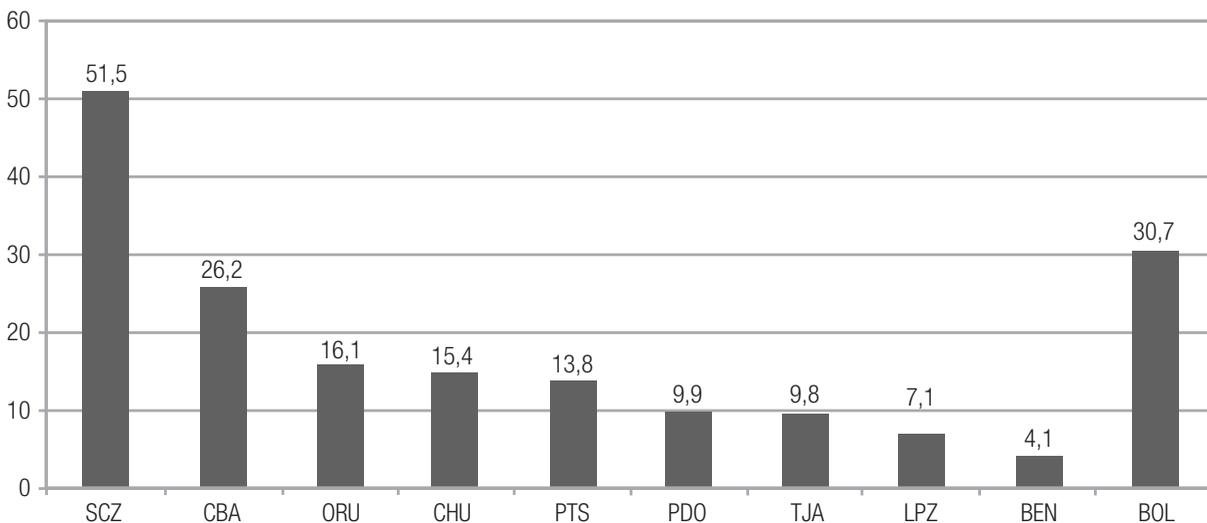
Con la cantidad de defunciones por covid-19 ocurre lo mismo. De 579 certificados de defunción analizados por el SNIS-VE del Ministerio de Salud,

el 68% de los casos corresponde a varones y el restante 32% a mujeres.¹⁴

Los resultados médicos diferentes logrados en cada departamento, reflejados, por ejemplo, en el porcentaje de pacientes recuperados, pueden ser apreciados en el Gráfico 3, con Santa Cruz a la cabeza y lejos del resto. Hay un indudable efecto de este departamento en la cifra promedio nacional. Al 27 de julio, el promedio mundial era de 61,46% por ciento.¹⁵

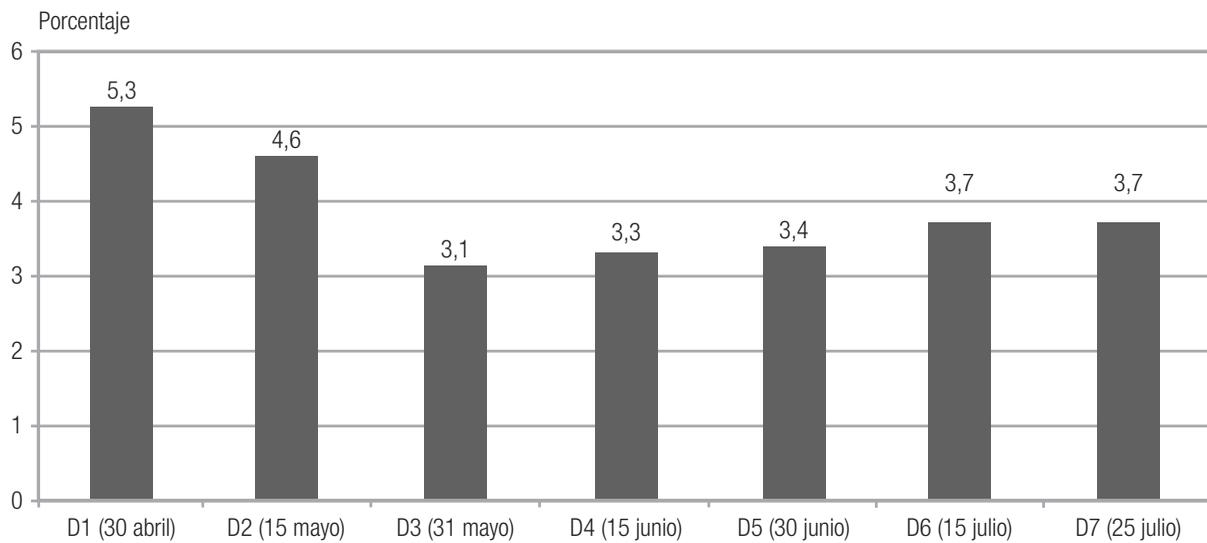
En cuanto a las tasas de letalidad, el Gráfico 4 revela el comportamiento de las cifras promedio nacionales en casi cuatro meses de epidemia.

Gráfico 3. Tasas acumuladas de pacientes recuperados, según departamento. Bolivia, 25 de julio 2020.



Fuente: gráfico elaborado con datos de los reportes diarios del SNIS-VE/MS.

Gráfico 4. Tasas acumuladas de letalidad, según períodos. Bolivia, 30 de abril a 25 de julio 2020.



Fuente: gráfico elaborado con datos de los reportes diarios del SNIS-VE/MS.

Al igual que en los otros indicadores, los valores departamentales no siempre resultan bien representados por la media aritmética. Al 27 de julio, el promedio mundial era 3,95 por ciento.¹⁴

Otro indicador que marca la actividad de la epidemia es la diferencia entre el número de sospechosos descartados y el de confirmados. Al 30 de abril, la relación era de una persona contagiada confirmada por 4,6 descartadas. Esa relación se redujo a 1:1,9 al 30 de mayo, a 1:1,3 al 30 de junio, y a 1:1 al 25 de julio.

Discusión

El despegue de la epidemia en Bolivia ocurrió en la semana epidemiológica 21, es decir entre el domingo 17 y el sábado 23 de mayo, y se agudizó desde la semana 25 (14 al 20 de junio), a poco de que entraran en vigencia en varios departamentos medidas de flexibilización de la cuarentena.

Los datos presentados revelan que la epidemia en Bolivia no muestra señales de desaceleración. Esto se puede verificar a través del incremento de la tasa de incidencia, de los casos nuevos que cada día son reportados y de la diferencia entre descartados y confirmados. Estos valores se asocian cada vez más a la desobediencia a cumplir las medidas de bioseguridad de ciertos grupos ciudadanos.

Los porcentajes de recuperación de los pacientes infectados atendidos son muy bajos en ocho departamentos, excepto en Santa Cruz, cuya experiencia valdría la pena desentrañar. Los bajos porcentajes responden en parte a que las unidades de terapia intensiva, en especial las habilitadas durante la pandemia, no están a cargo de especialistas.

La tasa promedio nacional de letalidad descendió entre abril y mayo, pero a partir de junio ha tenido un leve incremento resultante, seguramente, del colapso de varios hospitales, del cansancio y miedo del personal de salud y, también, porque las personas enfermas acuden cada vez más en peores condiciones.

La epidemia covid-19 en Bolivia tiene más rostro masculino que femenino, tanto en la incidencia como en la letalidad. La razón de masculinidad aplicada a la tasa de letalidad permite apreciar que por cada mujer fallecida se produjeron 2,12 defunciones de varones. Con menor impacto, los casos diagnosticados de covid-19 muestran una cierta predisposición a enfermarse de los varones, ya que por cada mujer con diagnóstico de covid-19 hubo 1,27 varones afectados por la enfermedad.

En la actual situación de emergencia sanitaria es comprensible la desesperación de ciudadanos y profesionales de la medicina por salvar la vida de pacientes infectados con el covid-19.

Sin embargo, el tratamiento con sustancias y medicamentos no respaldados con investigaciones bien diseñadas, que además han sido observados por la autoridad nacional de salud, tiene implicaciones éticas que valdría la pena considerar.

Conclusión

En Bolivia, la covid-19 está en plena actividad y no es fácil establecer el momento en que el acumulado de casos diagnosticados llegue a su pico. Las restricciones a la movilización de personas han sido flexibilizadas, pero en todos los departamentos, grupos de ciudadanos cada vez más numerosos incumplen las medidas de bioseguridad. Bolivia podría enfrentar serias dificultades para controlar la pandemia.

Bibliografía

1. De La Galvez Murillo A. La covid-19 en los departamentos de La Paz, Oruro y Potosí. Disponible en: <https://www.ommncides.edu.bo> (acceso el 24 de julio de 2020).
2. De La Galvez Murillo A. La covid-19 en los departamentos de Santa Cruz, Beni y Pando. Disponible en: <https://www.ommncides.edu.bo> (acceso el 24 de julio de 2020).
3. De La Galvez Murillo A. Reflexiones desde lo humano sobre la covid-19. Disponible en: <https://www.ommncides.edu.bo> (acceso el 24 de julio de 2020).
4. Alonso Peña JR. El negocio del MMS: la sustancia tóxica que ni cura el coronavirus ni nada. Disponible en: <https://theconversation.com/el-negocio-del-mms-la-sustancia-toxica-que-ni-cura-el-coronavirus-ni-nada-136679> (acceso el 16 de julio de 2020).
5. Sociedad Iberoamericana de Salud Ambiental, Asociación Toxicológica Argentina, Red de Centros de Información y Asesoría Toxicológica de Centroamérica, y otras. Alerta sobre riesgos para la salud del consumo como medicamento de dióxido de cloro o clorito de sodio para prevenir o tratar covid-19, (documento sin mención de procedencia territorial), 20 de abril de 2020.
6. Academia Boliviana de Medicina. Manifiesto sobre el uso del dióxido de cloro para tratar la infección por coronavirus Sars-2. Disponible en: <https://www.acbolmed.org> (acceso el 13 de julio de 2020).
7. Huerta E. El peligroso culto al dióxido de cloro. Disponible en: <https://elcomercio.pe/tecnologia/ciencias/coronavirus-en-peru-el-peligroso-culto-al-dióxido-de-cloro-por-elmer-huerta-covid-19-noticia/> (acceso el 27 de julio de 2020).
8. Ministerio de Salud, Comité Científico Nacional covid-19. Comunicado sobre el Dióxido de Cloro. La Paz: Ministerio de Salud; 28 de junio de 2020. Disponible en: <https://minsalud.gob.bo> (acceso el 15 de julio de 2020).
9. Cabildo Digital. Se decreta estado de Calamidad Pública para acceder a recursos. Disponible en: <https://www.cabildeodigital.com> (acceso el 28 de julio de 2020).

10. Bolivia. Ministerio de Salud. Reporte epidemiológico nacional N° 132. Datos por departamento. Disponible en: <https://www.minsalud.gob.bo> (acceso el 26 de julio de 2020).
11. Instituto Nacional de Estadística. Estadísticas sociales. Población y hechos vitales. Bolivia: Proyecciones de la población de ambos sexos, según edad, 2012-2020. Disponible en: <https://www.ine.gob.bo/iex.php/censos-y-proyecciones-de-población-sociales/> (acceso el 13 de julio de 2020).
12. Bolivia. Ministerio de Salud. Proyecciones del covid-19 en Bolivia. Modelo SIR. Disponible en: <https://www.minsalud.gob.bo> (acceso el 20 de julio de 2020).
13. Ministerio de Salud, Sistema Nacional de Información en Salud y Vigilancia Epidemiológica. Reporte covid-19, semana epidemiológica 25. Disponible en: <https://www.minsalud.gob.bo> (acceso el 15 de julio de 2020).
14. Ministerio de Salud, Sistema Nacional de Información en Salud y Vigilancia Epidemiológica. Defunciones registradas en el Sistema de Hechos Vitales a partir del certificado de defunción. Boletín de hechos vitales N° 1. Disponible en: <https://www.minsalud.gob.bo> (acceso el 10 de julio de 2020).
15. Mamoon N, Rasskin G. covid-19. Disponible en: <https://www.covidvisualizer.com> (acceso el 27 de julio de 2020).