

Preparación de los sistemas sanitarios y los aprendizajes para futuras pandemias: el caso de Corea del Sur (MERS)

21/4/2020

por Pablo Morales Estay

Resumen

La experiencia de Corea del Sur en torno al COVID-19, ha dejado en evidencia la importancia de la preparación previa a amenazas de estas características, fruto del valioso aprendizaje obtenido tras el brote de MERS en 2015. Ello junto a la voluntad política y la inversión en ámbitos clave, son el resultado de una de las contenciones –hasta ahora– más favorables del actual virus en el mundo. Sin embargo, para replicar estas medidas es necesario a su vez, nivelar factores estructurales y mejorar la infraestructura sanitaria que tanto Chile como los países latinoamericanos tienen en común.

Disclaimer: Este trabajo ha sido elaborado a solicitud de parlamentarios del Congreso Nacional, bajo sus orientaciones y particulares requerimientos. Por consiguiente, sus contenidos están delimitados por los plazos de entrega que se establezcan y por los parámetros de análisis acordados. No es un documento académico y se enmarca en criterios de neutralidad e imparcialidad política.

I. Introducción

La respuesta de Corea del Sur al COVID-19 ha sido destacada internacionalmente no solo por sus cifras, si no también por su estrategia de manejo centrada en el seguimiento de casos y los testeos masivos. Sin embargo, para llegar a este tipo de enfoque, los funcionarios de salud tuvieron que aprender de la experiencia que dejó el brote del Síndrome Respiratorio del Medio Oriente (MERS) en 2015. Los entonces obstáculos que tuvieron que sortear son señalados hoy como ventajas que allanaron el camino de respuesta a la actual emergencia del COVID-19.

Es por ello, que un brote de coronavirus puede enseñar mucho a un país y a su gobierno sobre cómo manejar una amenaza futura. A nivel global otras epidemias como el SARS en 2003, AH1N1 en 2009, ébola en 2015 y el rebrote del MERS en 2018, han permitido generar aprendizajes y reflexionar sobre la necesidad de perfeccionar la respuesta internacional en materia de preparación y cooperación.

Reflejo de ello, fue el establecimiento de la Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos (GOARN) de la Organización Mundial de la Salud, un mecanismo establecido en 2000 con el fin de generar colaboración técnica entre más de 250 instituciones y poder dar respuesta a brotes epidémicos. Al que más tarde se le sumaría el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de 2007, que tiene como finalidad prevenir la propagación internacional de enfermedades, contenerla y dar una respuesta desde la salud pública.

No obstante, fruto de la epidemia del ébola entre 2014-2016 que azotó a África Occidental y bajo solicitud del Secretario General de las Naciones Unidas, en mayo de 2018 se estableció la Junta de Vigilancia Mundial de la Preparación o GPMB (Global Preparedness Monitoring Board). Dicho organismo independiente fue cofundado por el Grupo del Banco Mundial y la OMS y está compuesta por líderes políticos, directores de agencias y expertos de clase mundial, quienes buscan mejorar la capacidad de preparación y respuesta a emergencias sanitarias como la actual.¹

Tras su primer informe titulado "Un mundo en peligro"² publicado en septiembre de 2019 y dedicado a las epidemias y pandemias, se destacan siete medidas urgentes para la preparación global ante las emergencias sanitarias:

¹ Global Preparedness Monitoring Board. What is the GPMB?. Disponible en: <http://bcn.cl/2dp1w>

² Junta de Vigilancia Mundial de la Preparación. Un mundo en peligro: informe anual sobre preparación mundial para las emergencias sanitarias. Disponible en: <http://bcn.cl/2dp1v>

- 1- Mayores compromisos nacionales en seguridad sanitaria
- 2- Supervisión de los compromisos adoptados
- 3- Construcción de sistemas sólidos
- 4- Garantizar inversión en desarrollo de vacunas
- 5- Redoblar la financiación internacional
- 6- Aumento de financiación países más pobres
- 7- Fortalecer los mecanismos de coordinación

Si bien cada una de las medidas está asociada a un indicador de cumplimiento, al igual que los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), queda en evidencia las grandes brechas que aún persisten entre los países, tanto a nivel presupuestario, como de institucionalidad e infraestructura pública. Ello junto a la falta de consolidación de los actuales mecanismos internacionales de coordinación en la materia, es visto como un obstáculo a la hora a establecer estrategias globales conjuntas. No obstante, el COVID-19 servirá como catalizador para implementar en tiempo récord las mejoras tanto nacionales como internacionales, en miras a la próxima pandemia.

II. Origen del brote MERS (2015) en Corea del Sur

El 4 de mayo de 2015, un hombre de 68 años regresó a Seúl después de un viaje de negocios de 10 días por Bahrein y el Medio Oriente. Una semana después, presentó fiebre y dolor muscular, teniendo que visitar varias clínicas locales antes de ser ingresado con neumonía en el Hospital Pyeongtaek St. Mary (Gyeonggi) y más tarde transferido al Centro Médico Samsung (Seúl), luego de no mejorar su condición.³

Para ese entonces, los médicos finalmente diagnosticaron al empresario con MERS, 14 días después de ingresar al país (20 de mayo), cuando ya era demasiado tarde para detener el brote. En ese momento, se había extendido el coronavirus MERS a 28 pacientes en los hospitales que había visitado antes de ser transferido al centro médico.

Uno de ellos, un hombre de 35 años identificado como paciente 14, que había sido infectado con el virus en el Hospital Pyeongtaek St. Mary y que también terminó siendo ingresado al Centro Médico Samsung. Dicho paciente visitó la sala de emergencias del centro médico el 27 de mayo y dos días después los médicos identificaron que podría haber sido infectado por el empresario en la misma instalación, apenas nueve días después del diagnóstico del primer

³ South Korea learned its successful COVID.19 strategy from a previous coronavirus outbreak: MERS. Bulletin of the Atomic Scientist. Disponible en: <http://bcn.cl/2dp1x>

paciente. Si bien el paciente 14 fue trasladado a una sala de aislamiento, se estimaba que a esa altura ya había infectado a otras 82 personas.⁴

Como resultado, entre mayo y diciembre de 2015 Corea del Sur sufrió el mayor brote de MERS fuera de Medio Oriente, con un total de 186 casos confirmados, de los que 38 murieron, 16 clínicas y hospitales infectados y 16.993 pacientes fueron puestos en cuarentena.⁵

III. Aprendizajes

Tanto durante como después de la emergencia del MERS, los funcionarios surcoreanos identificaron una serie de errores que les costó tiempo fundamental a la hora de dar respuesta al brote.

Uno de ellos fue un problema con el ingreso de los datos, debido a que si bien la OMS había incluido a Bahrein en las zonas de peligro del MERS, Corea del Sur finalmente no lo incorporó en la lista. Es por ello, que cuando el paciente 1 (el empresario de 68 años) buscó tratamiento médico para los síntomas similares a la gripe, las autoridades de salud pública ignoraron la posibilidad de que pudiera haber tenido MERS, porque venía de Bahrein. Los funcionarios del Ministerio de Salud y Bienestar rechazaron la solicitud de una prueba MERS del Centro Médico de Samsung, argumentando que el empresario no cumplió con los criterios para un diagnóstico.⁶

De este modo, inconscientemente los hospitales se convirtieron en una de las principales rutas de transmisión para el brote de MERS en el país. De hecho, 85 de los 186 casos confirmados ocurrieron entre trabajadores de la salud en el Centro Médico Samsung.

Los hospitales no estaban preparados para que el coronavirus se propagara en sus instalaciones. Lo que sumado a factores como el número de pacientes por habitación (entre 4 y 6), las visitas de familiares en los hospitales y la costumbre de los coreanos de asistir a varios hospitales, en vez de controlar su salud por un médico de familia, crearon el ambiente perfecto de propagación del coronavirus MERS en los centros de salud.⁷

⁴ *Ibíd.*

⁵ World Health Organization. MERS outbreak in the Republic of Korea, 2015. Disponible en: <http://bcn.cl/2dp1y>

⁶ South Korea learned its successful COVID.19 strategy from a previous coronavirus outbreak: MERS. Bulletin of the Atomic Scientist. Disponible en: <http://bcn.cl/2dp1x>

⁷ *Ibíd.*

Otro problema, fueron los obstáculos a la hora de la divulgación pública del nombre de los hospitales que las personas infectadas habían visitado o ingresado, convirtiéndose en un tema controvertido ante la opinión pública. El gobierno no la publicó, no solo porque la divulgación de la información privada de los pacientes contradice la ética médica, si no también porque los funcionarios temían eventuales consecuencias económicas para los hospitales tras el proceso de descontaminación. Se temía que los centros de salud rechazaran el diagnóstico de posibles casos, por temor a verse obligados a cerrar, lo que solo disminuiría la capacidad médica del país.⁸

No obstante, comprendieron que una mayor transparencia era importante para evitar que las personas con enfermedades subyacentes o crónicas como la diabetes, evitaran visitar hospitales con casos de MERS. Es por ello que después del brote, se debieron incorporar disposiciones sobre la divulgación pública en la Ley de Prevención y Control de Enfermedades Infecciosas, el actual marco legal para la prevención de este tipo de enfermedades en Corea.

Una segunda gran lección fue la importancia de la alerta temprana de los primeros casos y diagnósticos precisos. El sistema de salud pública perdió tiempo fundamental antes de detectar el primer caso (2 semanas), luego que el empresario visitara diferentes hospitales. Si bien los médicos identificaron síntomas similares a los de la gripe, el hecho de que las autoridades coreanas no hayan actualizado la información de la OMS incluyendo a Bahrein, marcaron la diferencia.

Por otro lado, si bien Corea del Sur –y a diferencia de Chile– posee un alto número de camas críticas (10,6 camas cada 100.000 habitantes, solo superado por Singapur y Brunei en Asia⁹) y un alto gasto per cápita en salud (US\$ 2.044), también debieron enfrentar algunos obstáculos vinculados a la infraestructura.¹⁰

Como es sabido, el equipamiento médico es fundamental a la hora de reducir la tasa de mortalidad de los pacientes. Es por ello que tanto los equipos de pruebas (test), como el número de escáner de tomografía computarizada (TC) y ventiladores mecánicos son clave a la hora de diagnosticar, identificar y asistir a los pacientes.

Tras el brote del MERS, el 24,5% de los pacientes requirieron uso de ventiladores mecánicos, lo que si bien no llevó al colapso del sistema, dio alertas de la importancia de este recurso. Desde entonces, Corea llegó a totalizar 9.823

⁸ KM Base. Establishing Public Health Ethics related to Disclose Information for Controlling Epidemics on 2015 MERS epidemics in Korea. Disponible en: <http://bcn.cl/2dp3z>

⁹ Critical Care Medicine. Critical Care bed capacity in Asian Countries and Regions. Disponible en: <http://bcn.cl/2dpvn>

¹⁰ *Ibíd.*

ventiladores, es decir, 19 por cada 100.000 habitantes, una cifra muy superior a Italia (8,3 ventiladores cada 100.000 hab.), Francia (7,7 por cada 100.000 hab.) o Reino Unido (12 por cada 100.000 hab.), países que hoy tienen una tasa de mortalidad mayor del COVID-19.¹¹

Una situación similar ocurrió con los escáneres de CT, equipos cruciales para determinar con precisión la condición de un paciente, y que aumentaron su número en los últimos años, llegando a 38,2 por millón de habitantes, una cifra similar a Suiza o Alemania y 10,4% superior al promedio de países de la OCDE¹².

Finalmente, otro aprendizaje fue la demora que llevaba confirmar un caso en el laboratorio. De hecho, en 2015 no se pudo utilizar un kit de diagnóstico in vitro MERS debido a que aún no pasaba los ensayos clínicos necesarios para utilizarlo. Es por ello que tras el brote, se debió promulgar una nueva ley en 2016 que permite a los laboratorios utilizar kits de diagnóstico in vitro no aprobados en caso de una emergencia de salud pública.¹³

IV. Brote COVID-19

Luego del brote de coronavirus en Wuhan, China, a principios de enero el gobierno coreano activó un sistema de respuesta de emergencia 24/7 para detectar a todos los viajeros que ingresan al país desde esa ciudad. Fue así como una mujer fue detenida tras un monitoreo de fiebre en el aeropuerto de Incheon, razón por la que fue trasladada a un hospital donde estuvo en cuarentena durante 14 días, dando finalmente positivo de COVID-19 el 20 de enero.

Desde entonces, las autoridades de salud pública de Corea y los gobiernos locales colaboraron para compilar con precisión el movimiento de las personas infectadas, a través de la revisión de testimonios, circuitos cerrados de televisión, datos de GPS y ubicaciones recientemente visitadas.

Tras su publicación, desarrolladores privados de aplicaciones (apps) permitieron a los usuarios visualizar de manera amigable la información en sus dispositivos. De este modo, los coreanos podían a través de georeferencia evitar los lugares visitados por personas infectadas, identificando cuándo estuvieron allí y cómo llegaron. Si alguien se entera que podría haber estado expuesto, la app

¹¹ Korea Biomedical Review. Countries with fewer CT scanners, ventilators suff high COVID-19 fatalities. Disponible en: <http://bcn.cl/2dqbl>

¹² *Ibíd.*

¹³ South Korea learned its successful COVID.19 strategy from a previus coronavirus outbreak: MERS. Bulletin of the Atomic Scientist. Disponible en: <http://bcn.cl/2dp1x>

le notifica inmediatamente, teniendo que visitar a un médico para testearse o comenzar la cuarentena si es que tiene síntomas.¹⁴

Mientras tanto, el 4 de febrero, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Corea aprovecharon la reforma posterior al MERS y autorizaron utilizar una prueba COVID-19 "sin licencia", permitiéndole al gobierno testear a un gran número de personas. A fines de febrero, Corea ya había realizado 46.127 test, mientras Japón solo había realizado 1.846 y Estados Unidos 426.

Si bien hasta el 7 de febrero habían apenas 30 casos confirmados de COVID-19, en Corea, y la estrategia de prevención de enfermedades estaba funcionando, el 18 de febrero empezó una nueva etapa. Ello luego que se identificara que el paciente 31 asistiera a un culto cristiano en la ciudad de Daegu (2.5 millones) al sur del país. Al igual que el paciente 14 del MERS 2015, el paciente 31 terminó propagando el nuevo coronavirus a 14 personas de la Iglesia de Jesús Shincheonji, elevando inesperadamente el número de casos, totalizando 3.150 tan solo 11 días más tarde (29 de febrero).¹⁵

Las críticas a la iglesia por su falta de transparencia no tardaron en llegar, debido a que inicialmente indicaron que solo habían participado 1.290 personas, siendo que de acuerdo al equipo de investigación de epidemias, se estimó una asistencia de 10.000 miembros al evento religioso. De los 3.526 casos confirmados al 1 de marzo, las autoridades coreanas informaron que el 60% estarían vinculados a la iglesia.

Días más tarde (el 13 de marzo) se informó un nuevo caso de coronavirus en Seongnam, una ciudad cercana a Seúl, vinculado a la asistencia de una Iglesia de la Comunidad River of Grace. Al igual que antes, los investigadores determinaron que la comunidad religiosa celebró servicios el 1 y 8 de marzo, dando como resultado 46 personas infectadas entre los asistentes, desafiando las pautas de distanciamiento social sugeridas por del gobierno.

V. Conclusiones

Una de las principales evidencias que ha traído el actual brote del COVID-19, ha sido la falta de liderazgo internacional en la materia, junto con la falta de mecanismos de cooperación regionales y globales. No obstante, hay experiencias como la surcoreana, que permiten generar aprendizajes que faciliten el camino ante futuras amenazas sanitarias.

¹⁴ Para más información revisar documento "Vigilancia sanitaria en China, Corea del Sur y Singapur: desafíos a la gobernanza global y local". Disponible en: <http://bcn.cl/2dp41>

¹⁵ South Korea learned its successful COVID.19 strategy from a previous coronavirus outbreak: MERS. Bulletin of the Atomic Scientist. Disponible en: <http://bcn.cl/2dp1x>

De hecho, la actual segunda fase del COVID-19 en Corea, ha revelado nuevos aprendizajes que van más allá de la estrategia de testeo que contuvo inicialmente la transmisión en cadena. El incumplimiento del distanciamiento social de una sola persona o grupo no solidario, puede afectar los esfuerzos de prevención y encender un nuevo brote masivo.

Las continuas infecciones en los eventos religiosos están alimentando un debate público sobre si el gobierno coreano debiese restringir este tipo de actividades en caso de emergencia.

Corea del Sur ha mostrado al mundo un camino que las democracias y los países más abiertos podrían optar por seguir, uno que contrasta con el enfoque aparentemente efectivo, pero muy pesado que empleó China y que lo hace difícil de replicar en occidente.

Mientras tanto en nuestro país, existen ciertas variables que hoy por hoy estarían determinando la capacidad para dar respuesta al COVID-19. Si bien cada una de ellas está vinculada a una falta de infraestructura en la materia, también existen obstáculos políticos y legales, que al igual que en Corea del Sur, necesitan resolverse con premura para mejorar nuestra preparación ante futuras pandemias.

Por una parte, el número de unidades de cuidados intensivos es el primer obstáculo a la hora de determinar las “camas críticas” con las que Chile cuenta para abordar la crisis sanitaria. Se estima que tras el reciente aumento, Chile llegue a las 2,3 camas cada 100.000 habitantes¹⁶, aún lejos de los 10,6 camas de Corea del Sur. Y si bien desde el 2014 se estableció la Unidad de Gestión Centralizada de Camas (UGCC), un sistema que identifica la disponibilidad a nivel nacional y que permite derivar a los pacientes públicos que requieran cama en las unidades de emergencia hospitalaria, los establecimientos particulares no están obligados a reportar su número real de camas disponibles, si no más bien solo aquellas que están dispuestos a vender al servicio público.

Asimismo, otro factor importante a la hora de proyectar nuestra respuesta ante el COVID-19, es la escasez de ventiladores respiratorios. El sistema de salud ha tenido que ser capaz de adaptarse a responder a las necesidades que ocurren progresivamente y a distintas velocidades a lo largo del país. Reflejo de ello, ha sido la compra de nuevos equipos, o incluso la adaptación de ventiladores mecánicos, con el fin de ampliar la capacidad de atención a pacientes que requieran este servicio.

¹⁶ La Tercera. El mapa actualizado de las camas de hospitales en Chile. Disponible en: <http://bcn.cl/2dqco>

De igual manera, desde un aspecto técnico la falta de recursos humanos es también parte de la ecuación, puesto que tanto las unidades UCI como la utilización de ventiladores respiratorios recae en personal especializado en la materia. Hoy, el déficit de intensivistas es identificado como otra piedra de tope, que aunque se lograra mejorar la infraestructura de camas y ventiladores, aun sería necesario invertir en capacitar al personal de la salud. Los 2,9 intensivistas por cada 100.000 habitantes que hay en Chile, lo ubican dos puntos por debajo del promedio de países OCDE, entre ellos Corea del Sur.¹⁷

Todo ello, sumado a los desafíos legislativos para el manejo y resguardo de temas como la protección de los datos personales, la privacidad o la flexibilización de la política de testeos, es parte de la disposición política necesaria.

Finalmente, y tal como pudimos ver, es posible identificar una serie de aprendizajes tanto para Chile como para el resto del mundo, fruto de la experiencia extranjera. No obstante, cada una de ellas solo podrán ser subsanadas o incorporadas en su totalidad una vez finalice la actual crisis sanitaria. Al igual que lo ocurrido en Corea del Sur con el brote de MERS en 2015, el mundo se verá obligado a mejorar su preparación ante este tipo de emergencias. Sin embargo, también se visualizan factores culturales y/o religiosos que desafían las medidas impuestas por los gobiernos. Es por ello que la resiliencia, junto con la disposición política y la inversión en infraestructura, serán clave para mejorar nuestros sistemas de respuesta a futuro, tal como algunos organismos (OMS o la GPMB) advertían desde hace un tiempo.

¹⁷ La Tercera. Las cifras tras la primera línea contra el COVID-19: Chile tiene 2,9 intensivistas y 2,4 urgenciólogos por cada 100 mil habitantes. Disponible en: <http://bcn.cl/2dq9>