

Mortalidad del personal de salud, encarcelamientos y amenazas durante la pandemia de COVID-19

Mortality among healthcare personnel, imprisonments, and threats during the COVID-19 pandemic

Eduardo Romero Vecchione¹ 

¹ Profesor Titular-Farmacología. Escuela de Medicina “José María Vargas”. Facultad de Medicina. Universidad Central de Venezuela. Email: edu.romero44@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La mortalidad mundial por Covid-19, según cifras de la OMS¹ fue 7, 08 % aproximadamente y el personal de salud fue muy afectado, en particular durante la época prevacunación (años 2020-2021). El recuento mundial de fallecimientos por Covid-19, actualizado hasta abril de 2024 fue 7.010.681 según worldometers².

Un estudio pequeño, en pocos países, indica que hasta el 15 de Abril de 2020, habían muerto 278 médicos por infección Covid-19; el estudio solo incluyó Italia, Irán, Filipinas, Indonesia, China, España, USA y UK³ y no aporta luz sobre la magnitud mundial en este sector profesional.

En Estados Unidos de Norteamérica, durante la pandemia de Covid-19 murió un millón de personas aproximadamente y de ellos, 622 eran médicos (45-84 años de edad), particularmente entre los años 2000 y 2021 (el periodo sin vacunas); estas cifras permiten calcular que aproximadamente 0,0622 % de médicos fallecieron en el frente hospitalario⁴.

En EEUU, entre las enfermeras hubo 851 fallecimientos hasta la llegada de la vacuna antiCovid⁵ y para un total de un millón de muertes por Covid-19, esto corresponde a un porcentaje estimado de 0,0851 % de enfermeras fallecidas en ese país.

En Venezuela, la pandemia de Covid-19, acumuló en total 552.790 casos confirmados y 5.856 muertes desde su inicio en marzo de 2020; de ese total 526 eran médicos (8,9 %) y 162 enfermeras (2,7 %); la mayoría en los estados de Zulia, Carabobo y Distrito Capital. Comparativamente, la diferencia estimada de mortalidad entre el personal médico venezolano

y norteamericano es gigantesca, 143,0 veces mayor. Y en relación con las enfermeras, la tasa de mortalidad en Venezuela fue 31,72 veces superior. Estas abismales diferencias se relacionan con lo ocurrido en medidas de protección contra el contagio en Venezuela.

El índice de fatalidad por infección Covid-19 aumenta exponencialmente con la edad y es de presumir que a mayor edad del médico o la enfermera la mortalidad fue mayor.

En el gremio médico que trabajaba en hospitales públicos, carentes de medidas de protección, el pánico a contagiarse y morir funcionó como en cualquier otro grupo humano, asociado al miedo de contagiar familiares en casa, con riesgo de morir. El razonamiento subconsciente o consciente era simple: “no morir en el intento terapéutico ni trasladar el daño a otras personas”; este hecho provocó la renuncia de unos pocos médicos⁶; otros se negaron a trabajar sin protección, porque vieron su vida en peligro y obviamente la de sus familiares, así como la de otros pacientes que debían atender. Aun así, los médicos y enfermeras mayoritariamente permanecieron en sus puestos de trabajo y atendieron a los enfermos, muchos se contagiaron; las cifras comparativas de mortalidad lo evidencian.

El contagio sin protección adecuada es inevitable. Cuando el médico hace la historia clínica, está a un metro o menos de distancia del paciente y cuando ausculta, acorta esa distancia a unos 20 cm.

Otro factor a comentar, se perdieron vidas innecesariamente durante las primeras semanas, luego de que la OMS predicara que el uso de mascarilla no era recomendable porque esta medida preventiva no servía para nada.

En Venezuela, ante el reclamo de materiales protectores desechables como el traje integral, mascarillas, guantes, gorros, la respuesta de los empleadores médicos del gobierno a cargo de los hospitales fue absurda, ofensiva, en medio de la pandemia. Médicos Unidos de Venezuela informó que 67 % de los hospitales no tenía protectores faciales y 92 % de los médicos reutilizaban estos protectores, la mayoría de esas instituciones no tenía agua potable; en otras palabras fueron abandonados por el Estado. Hubo médicos y paramédicos llevados

a prisión por la DGCIM (estado Táchira)⁷, expulsados del sitio de trabajo, amenazados⁸ o amonestados, estos hechos están documentados en los registros de la Federación Médica Venezolana, organismo gremial que fue colocando poco a poco en la fachada de su sede en Caracas, las fotos de los galenos que iban falleciendo en el transcurso de la virosis. Se profundizó el desprestigio del Ministerio del PP para la Salud, el sistema de salud de Venezuela colapsó, las UCI eran escasas y carecían de recursos, en ese entorno, la atención médica a domicilio hizo su aparición⁹.

La cantidad de casos de covid-19 en el mundo fue inmensamente grande y esto obligó a los médicos a redoblar guardias, a trabajar horas extra y a someterse a fatiga estresante o *burn-out*. También la pandemia fue una oportunidad que permitió evaluar a gran velocidad procedimientos médicos, medicamentos nuevos y viejos en esta patología, porque rápidamente se podían juntar los casos necesarios para hacer comparaciones estadísticas. La tecnología de información vía internet esto permitió divulgar los resultados casi instantáneamente en todo el mundo.

Muchos médicos actuaron en estudios clínicos en pacientes con Covid-19 y mayoritariamente fueron respetados los principios éticos de la investigación clínica establecidos en forma universal.

Los primeros médicos fallecidos desde el primer brote en China, en diciembre de 2019, desconocían la facilidad de transmisión del virus y para marzo de 2020 se volvió rutina el uso de la protección corporal integral de la cabeza hasta los pies, para atender estos enfermos. De amplio uso en Asia, países Europeos y América del Norte; este modo protector fue menospreciado por algunos gobiernos de Latino América y en particular el gobierno socialista venezolano. Las consecuencias son evidentes, allí están las cifras; usar solo mascarilla, guantes y una bata eran insuficientes y en muchos hospitales públicos era lo único con lo cual contaban nuestros médicos para el trabajo profesional.

Se realizaron estudios aleatorizados y controlados (EAC) con viejos medicamentos como cloroquina, hidroxiclороquina, dexametasona, remdesivir, ritonavir, lopinavir, heparinas de bajo peso molecular,

heparina no fraccionada, que han respondido la pregunta relacionada con su eficacia y seguridad en el tratamiento de esta infección viral en sus formas más graves, en enfermos hospitalizados. No hay medicamento preventivo de la infección hasta ahora, solo las vacunas en sus diferentes variantes de mecanismo de acción eran profilácticas. En cuestión de semanas se emitió opinión sólida sobre medicamentos inútiles.

Mientras tanto, los médicos en la fase inicial de esta patología y en pacientes que no requerían hospitalización indicaban medicación sintomática, para bajar la fiebre, aliviar la tos y los dolores musculares o la cefalea. También emplearon tratamiento antibiótico empírico ante la sospecha de neumonía bacteriana, una complicación común en las infecciones virales del tracto respiratorio para evitar el agravamiento de la patología; obviamente, si había recursos disponibles se indagaba sobre la identificación del microorganismo y su susceptibilidad a diferentes antibióticos.

Los especialistas de terapia intensiva probaron técnicas de la ventilación mecánica en distintas posiciones corporales, ajustes de concentración de gases, volúmenes respiratorios.

La evolución o historia natural del Covid-19, en días y semanas ya es conocida; así como su forma de transmisión y la respuesta inmunológica; este conocimiento ahora abre las puertas al estudio razonable de técnicas, procedimientos y medicamentos en cada fase de la enfermedad, incluidas las vacunas. Todo este conocimiento fue obtenido empleando el método científico, y en algunos casos mediante la observación simple y no por eso despreciable, que se relaciona con la experiencia del médico que observa cuidadosamente su paciente; este conjunto de conocimientos nos permite actuar en la población sana o contagiada.

Los materiales de protección para usar durante el acto médico y la actitud ante el paciente con Covid-19 (o sospechosos de estar infectados) nos imponen la necesidad ineludible de evitar el contagio al atender los enfermos; se trata de no morir en el intento de evitar la muerte del otro.

No se puede actuar con el simple instinto de curar, aunque el médico haya sido formado para eso, no

era correcto lanzarse sin protección a socorrer y tratar un paciente sospechoso de estar infectado con el virus SARS-Cov2, en la sala de emergencia, en la vivienda del paciente o en cualquier otro ambiente. El médico, la enfermera, los bioanalistas, los estudiantes de medicina, deben primero pensar en cuestión de segundos, si tienen colocada la protección que les evite contagiarse, colocársela y luego brindar atención; ignorar la protección era prácticamente suicida, y también irresponsable con los sujetos sanos o levemente enfermos por atender; así mismo, con familiares propios y ajenos, algunos de ellos con factores de riesgo que pueden agravar la infección; en otras palabras, si se actúa sin protección se lanza por la borda el principio hipocrático de “primero no hacer daño” y también naufraga otro principio médico: “... no hacernos daño”, como extensión del primero.

CONCLUSIONES

La prevención con adherencia a recomendaciones universales en la atención de pacientes con enfermedades transmisibles es fundamental tanto para el paciente como para los profesionales de la salud, si se actúa sin protección se lanza por la borda el principio hipocrático de “primero no hacer daño” y también naufraga otro principio médico: “... no hacernos daño”, como extensión del primero.

REFERENCIAS

1. Mortalidad mundial Covid-19, cifras OMS. [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/coronavirus-disease-\(covid-19\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/coronavirus-disease-(covid-19)). 27 de noviembre de 2025.
2. Salimi A, N Torun N. Physician deaths from corona virus (COVID-19) disease. *Occup Med (Lond)*. 2020; 15:kqaa088. doi: 10.1093/occmed/kqaa088
3. <https://www.worldometers.info/coronavirus/>. Consultado 14-10-2026.
4. Kiang MV et al. Excess mortality among US physicians during the COVID-19 pandemic. *J Am Med Assoc. Int Med*. 2023; 183: 374-376.
5. Vera-Alanis Y, Aranda-Sanchez D, Cano-Verdugo G, Gonzalez-Angulo P, Rueda-Sanchez CB, Rojas-

- Martinez A. Nursing Staff Mortality During the Covid-19 Pandemic, Scoping Review. Nursing. 2022; 8: 1–8. DOI: 10.1177/23779608221119130
6. <https://www.dw.com/es/coronavirus-hoy-aumenta-el-numero-de-trabajadores-de-salud-muertos-por-covid-19-en-venezuela/a-57927250>. FMV y Médicos Unidos de Venezuela. Consultado 14-10-2026.
7. Taylor L. Covid-19: Venezuela's doctors refuse to be gagged. BMJ 2020; 371 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.m3938>.
8. <https://www.france24.com/es/20200809-venezuela-medicos-enfermeras-amenaza-covid19>
9. Forero-Peña D et al. COVID-19 in Venezuela: Costs and Challenges of Management Severe Cases at Home in a Crisis Setting. Arch Med Res. 2025; Article: 103126, Volume 56, Issue 3.