



Envejecer y ser persona adulta mayor en época de la COVID-19

 Dra. Susana Tito Lucero

 Dr. Patricio Buendía

 Dra. Pamela Sánchez

Envejecer y ser persona adulta mayor en época de la COVID-19

Dra. Susana Tito Lucero, Médica Geriatra. SECUGG, IESS, PUCE

Dr. Patricio Buendía, Médico Geriatra. SECUGG, Policía Nacional, PUCE

Dra. Pamela Sánchez, Postgradista de Geriatria y Gerontología, PUCE

Resumen

La pandemia por COVID-19 evidencia las dificultades de las personas adultas mayores para acceder a servicios socio-sanitarios en igualdad de oportunidades y sin discriminación determinada por la edad. Para mejorar esta situación es necesario que la información sea adaptada a las necesidades y requerimientos de las personas mayores; que se brinden servicios de prevención, apoyo y manejo óptimos en los diferentes entornos como el domicilio; la comunidad; las instituciones de cuidados prolongados y los servicios de salud; y, finalmente que exista una asignación de recursos económicos específicos para el cuidado y recuperación de adultos mayores frágiles.

1. Antecedentes

La pandemia por COVID-19 determina reacomodos sociales, económicos, de salud e incluso de prioridades y decisiones sobre la vida y la muerte de los ciudadanos. Las personas adultas mayores están en mayor riesgo de una infección, incluida la de la COVID-19.

Esto se debe a que existen cambios estructurales y fisiológicos asociados al envejecimiento como modificaciones en el sistema respiratorio, disminución de la inmunidad, mayor comorbilidad, malnutrición, deterioro cognitivo, entre otros; lo cual finalmente hace que las personas adultas mayores sean más vulnerables ante cualquier estrés, disminuyan su capacidad de recuperación, aumente la severidad de la enfermedad y además se incrementa el consumo de recursos (Malone ML, Hogan TM, Perry A, Biese K, Bonner A, Pagel P, et al., 2020) (Heather D'Adamo, MD,*†Thomas Yoshikawa, MD,*†and Joseph G. Ouslander, MD‡, 2020)

El análisis de la Johns Hopkins University evidencia, a escala mundial, amplios rangos de variabilidad de tasas de mortalidad por COVID-19 que van desde el 31,2% en Nicaragua, con 16 casos confirmados y 5 muertos, hasta el 0,10% de mortalidad en Qatar, con 23.623 casos confirmados y 14 muertos. Los países que les siguen con altas tasas de mortalidad son Bélgica (16,30%), Yemen (16,1%), Francia (15,00%), Reino Unido (14,30%), Italia (14,30%), etc. (John Hopkins University&Medicine, 2020/05/12)

En América Latina el segundo lugar con mayor mortalidad está en Antigua y Barbuda (12,20%), le siguen México (9,80%), Guyana (9,20%), Barbados (8,30%), Haití (7,70%), **Ecuador (7,30%)**, Brasil (6,90%), Cuba (4,30%), Colombia (4,10%), Perú (2,80%), Chile (1,10%), Costa Rica (0,90%) (John Hopkins University&Medicine, 2020/05/12).

Cabe recalcar que los datos oficiales reflejan profundas desigualdades de acceso a salud, limitantes técnicos en las pruebas, manejos y sistemas de vigilancia mal implementados; y problemas económicos, políticos y de corrupción en los diferentes países.

“ Los datos oficiales reflejan profundas desigualdades de acceso a salud, limitantes técnicos en las pruebas, manejos y sistemas de vigilancia mal implementados; y problemas económicos, políticos y de corrupción en los diferentes países.”

En el Ecuador el primer caso confirmado por COVID-19 fue el 29 de febrero de 2020. Al momento de la redacción de este documento han transcurrido 61 días de emergencia sanitaria. De acuerdo a cifras oficiales dadas por el COE Nacional, al 12 de mayo del 2020 habrían 20.572 personas confirmadas por COVID-19 y 2.145 personas fallecidas, lo que resulta en una tasa de mortalidad del 10.42% (COE Nacional Ecuador, 2020).

Según el Centro de Investigaciones y Políticas Públicas del Ecuador (CITE) en el cantón Quito, al 8 de mayo del 2020, existirían 1.867 adultos mayores contagiados y 93 fallecidos, lo que produce una tasa de mortalidad de **4.98% habitantes**. (CITE@cite_ec, 2020). Resulta contradictorio que, a pesar de los factores de riesgo asociados -entre ellos ser mayor de 60 años y de los reportes internacionales sobre mortalidad en personas adultas mayores- esta realidad no se refleje en el país.

2. Intervenciones y recomendaciones en relación a personas adultas mayores y la COVID-19

A medida que se envejece, las personas NO se vuelven descartables. Son miembros activos de la sociedad, núcleos y ejes de familias, compañías, cuidadores, trabajadores, investigadores y vecinos (Help Age, 2020).

“*Esta pandemia afecta a todos, pero tiene mayor impacto en quienes sufren de pobreza, dificultades en su salud, discapacidad, dependencia, enfermedades crónicas concomitantes y, en especial, de discriminación.*”

Esta pandemia afecta a todos, pero tiene mayor impacto en quienes sufren de pobreza, dificultades en su salud, discapacidad, dependencia, enfermedades crónicas concomitantes y, en especial, de discriminación. Para disminuir la propagación del virus y minimizar el impacto en la vida de las personas mayores es importante visibilizar su situación, organizar y trabajar junto con ellas a nivel familiar y comunitario, incluyendo organizaciones civiles de cada país, y tomando en cuenta las siguientes recomendaciones:

2.1. Defender los principios de igualdad y no discriminación

El país se encuentra adherido a la Convención Interamericana de Derechos Humanos de las Personas Adultas Mayores que reivindica su derecho a la salud, incluido tratamiento farmacológico, servicios de cuidados prolongados y acceso a la información, en igualdad de oportunidades.

Se han desarrollado protocolos de *triage* (sistema de selección y clasificación de pacientes en los servicios de urgencia, basado en sus necesidades terapéuticas) y emergencia que permiten adecuar la intensidad del tratamiento y evitar tanto el nihilismo, cuanto el encarnizamiento terapéutico en las personas adultas mayores; éstos toman en cuenta los siguientes criterios: pronóstico de sobrevida, estado de funcionalidad y autonomía, nivel de fragilidad, severidad de la enfermedad por COVID-19 y las guías anticipadas del paciente o de sus representantes legales; la edad por sí sola pesa mucho menos.

De acuerdo a estos criterios se define el sitio de atención ya sea en domicilio, en hospitales, en las unidades de terapia intensiva o en los centros de cuidados prolongados. Y se define también la intensidad del tratamiento, ya sea de soporte vital avanzado en Unidades de Cuidado Intensivo (UCI), manejo compasivo, observación activa o de cuidados paliativos. (Zambrano G, Mosquera F, Tito S, Puetate R, Rosero C, Acosta D, Moreno F, Fuenmayor F, Cruz M, Rojas J, Heredia M, Moyón M, Cei P, Tixi R, Arregui R, Villacis R et al, 2020).

Las medidas de restricción de la movilidad, si bien pueden considerarse discriminatorias, tienen también como objetivo salvaguardar a grupos extremadamente vulnerables.

2.2. Hacer que la información de salud pública sea accesible y relevante para todos

La información de los nuevos casos por COVID-19 permite dibujar curvas epidemiológicas que distribuyen a los países en tres categorías: los que han vencido al coronavirus como China, Cuba y Jamaica, entre otros; aquellos que están cerca de vencerlo como Costa Rica, Uruguay, España e Italia; y los que necesitan implementar más acciones de salud pública para controlar esta pandemia como Argentina, Brasil, Chile, Colombia y Ecuador, entre otros.

Se debe mencionar que las curvas del país reflejan picos y valles en cuanto a casos que son el producto de las diferentes formas de calcular los pacientes confirmados por COVID-19 y que también dificultan la implementación de medidas de control social en los diferentes cantones (End coronavirus.org, 2020).

Desde el inicio, la información sobre el coronavirus ha sido masiva en diferentes medios y canales de comunicación, llegando a veces a la sobresaturación de la misma. Se ha puesto especial énfasis en los mecanismos de transmisión, el aislamiento social, el uso de mascarillas y el lavado de manos; así como en el cuidado especial para poblaciones vulnerables como son los adultos mayores con baja escolaridad, con discapacidad o que hablan idiomas locales. La Organización Mundial de la Salud (OMS) trabaja con el Ministerio de Salud Pública (MSP) y organizaciones indígenas para promover prácticas culturalmente adecuadas frente a la COVID-19 (OPS, Ecuador. 2020).

Sin embargo, esta información no refleja la realidad de los centros gerontológicos, especialmente privados, de las personas mayores pobres y extremadamente pobres y de quienes viven en regiones rurales y aisladas. Es razonable esperar que la mortalidad en estos sitios se comporte como lo ha hecho en otros países, más no existen datos públicos sobre esto. El 15 de abril del 2020 Francia reportaba 14.967 víctimas mortales, de las cuales 5.379 fueron en residencias de ancianos lo que representa el 36%. (El Universo, 2020). El Centro de Control y Prevención de Enfermedades de los EEUU, reporta los siguientes datos:

Tabla No. 1. Porcentaje de adultos mayores afectados por COVID-19 EEUU.

	Adultos de 65 a 84 a	Adultos 85+
Hospitalizaciones	31-59%	31-70%
Ingreso a Cuidados Intensivos	11-31%	6-29%
Fallecimientos	4-11%	10-27%

Fuente: (CDC, 2020)

Si bien la COVID-19 no es una enfermedad de personas mayores, el énfasis en su vulnerabilidad ha determinado que exista inasistencia a los servicios de salud por miedo a contagiarse. Esto retrasa la atención de enfermedades potencialmente reversibles y que deja como resultado un aumento inusitado de muertes por todas las causas. De otro lado, aunque asistan a los servicios de emergencia, las personas adultas mayores no son siempre adecuadamente evaluadas, debido a que las manifestaciones de esta enfermedad respiratoria se pueden presentar de un modo diferente, dando como resultado síntomas como somnolencia, diarrea, alteración del estado de conciencia, etc. A esto súmese el retraso que se produce en los mismos hogares de las personas mayores.



Aunque asistan a los servicios de emergencia, las personas adultas mayores no son siempre adecuadamente evaluadas.”

2.3. Garantizar el acceso equitativo a la prevención y el apoyo en todos los entornos

Los entornos donde habitan las personas adultas mayores son principalmente sus domicilios, de los hijos o de la familia ampliada, servicios de cuidados prolongados y servicios de salud, entre otros. La prevención de la pandemia por la COVID-19 basada en el aislamiento social y en distanciamiento social productivo, evidencia una gran cantidad de inequidades en el acceso a derechos y servicios básicos como vivienda, alimentación, cuidados agudos, cuidados prolongados, prestaciones de salud y de medicamentos. Deja entrever también la compleja interacción entre el ente regulador del sistema de salud y del área social, de modo que se puedan dar respuestas consensuadas, efectivas y a tiempo.

Los servicios de cuidados prolongados son espacios especialmente delicados donde se contabilizan gran cantidad de adultos mayores dependientes, frágiles, enfermos y fallecidos. El Ministerio de Salud Pública (MSP) ha desarrollado normas nacionales para el manejo de personas adultas mayores en centros de cuidados prolongados. El Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades (Conadis) proporciona información mediante medios alternativos. El Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES) también emitió normativa para la atención de personas vulnerables tanto para los centros de cuidados prolongados, como para la visita domiciliaria. Las Brigadas de la Misión “Las Manueles” mantiene la

atención a personas con discapacidad en articulación con el MSP. (Secretaría Técnica del Plan Todo una Vida, s/f). Sin embargo, al momento el país no cuenta con un registro oficial que informe sobre el número de personas adultas mayores institucionalizadas que han sido infectados o que han fallecido. La información accesible es la que consta en medios de prensa. (Heredia V. , 2020)



El país no cuenta con un registro oficial que informe sobre el número de personas adultas mayores institucionalizadas que han sido infectados o que han fallecido.”

2.4. Proporcionar acceso equitativo a servicios y protección social

El país atraviesa una crisis económica agudizada por la emergencia sanitaria debida a la COVID-19. Como resultado de esta pandemia, los ingresos y el nivel de vida de las personas mayores podrían disminuir significativamente, aumentando el alto riesgo de dificultades financieras.

Según datos de la Dirección Nacional de Afiliación y Cobertura del IESS, en abril del 2020 existen 3'590.001 afiliados, lo que corresponde a un 3,18% menos que en abril del 2019; de estos el 70,34% tienen relación de dependencia. La afiliación decreció en el sector público en un 2,51% y en el privado en un 6.05%. (Informativo IESS, 2020). Esto afecta la capacidad de adquisición y de satisfacción de necesidades básicas de las familias y disminuye la protección social de las personas durante la vejez.

De otro lado, las personas adultas mayores que reciben bonos y pensiones jubilares no contributivas son 368.176 y se distribuyen del siguiente modo:

Tabla No. 2. Bonos y pensiones para adultos mayores en Ecuador.

Tipo de Beneficio	Frecuencia	%
Bono Joaquín Gallegos Lara (discapacidad severa)	6.875	1,9%
Bono De Desarrollo Humano	448	0,1%
Bono De Desarrollo Humano Variable	11	0,0%
Pensión “Mis Mejores Años”	279.761	76,0%
Pensión Adultos Mayores	80.939	22,0%
Pensión Personas Con Discapacidad	43	0,0%
Pensión Toda Una Vida	99	0,0%
Total	368.176	100%

Fuente: Dirección de gestión de información y datos. MIES. Marzo 2020.

Si bien algunas personas adultas mayores tienen ingresos como pensiones, ahorros, trabajo remunerado o rentas, en muchas ocasiones también contribuyen económicamente a las familias de los hijos y de otros. Las mujeres adultas mayores tienen mayor posibilidad de contar con menos respaldo económico que sus compañeros varones, menos acceso a servicios de salud, mayor carga de trabajo doméstico y mayor carga de cuidado a terceros (padres, nietos, personas con discapacidad).

Además, el confinamiento, la ansiedad frente al posible contagio, las necesidades económicas, las enfermedades psiquiátricas, el consumo de drogas o alcohol y la presencia de personas con alta dependencia aumentan el riesgo de violencia intrafamiliar contra mujeres y personas vulnerables como son adultos mayores, personas con discapacidad, niños, niñas y adolescentes. Sin embargo, el número total de denuncias por violencia y maltrato disminuyeron en un 37%, entre el 12 marzo y el 7 de abril del 2020, en relación al mismo periodo en el 2019. (El Comercio, 2020). Este fenómeno puede entenderse por la presencia del agresor en el mismo entorno y la dificultad de la víctima para acceder a canales adecuados de denuncia.

2.5. Reconocer el riesgo para las personas adultas mayores en situaciones de conflicto y desplazamiento, frente al cual se brinde apoyo independientemente de su estado legal

A mediados de marzo, muchas personas se encontraban migrando de su país natal, en especial Venezuela, para mejorar su estado de vida. Al declararse la pandemia de la COVID-19, los países comenzaron a cerrar sus fronteras, afectando gravemente a migrantes y refugiados.

De acuerdo al Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR), 2.237 personas han recibido ayuda desde el inicio de la situación de emergencia; y se apoyaron con 6.133 paquetes de nutrición e higiene a las personas que habían quedado en la ruta migratoria sin alimentos; se activó el servicio de llamadas gratuitas para que puedan contactarse con sus familiares y se han entregado más de 700 litros de alcohol, gel cloro, jabón líquido y desinfectantes a los alberges. No existen datos sobre la presencia o no de adultos mayores. (Comité Internacional de la Cruz Roja, 2020).

2.6. Asignar explícitamente fondos a las personas más expuestas en todos los entornos

Las personas más expuestas a los contagios son el personal de salud, policía, militares, trabajadores del transporte, personas adultas mayores en centros de cuidados prolongados, familias en hacinamiento y en condiciones sociales y económicas precarias.

Frente a la distribución de dinero y el uso del mismo, la Defensoría del Pueblo emite un pronunciamiento oficial en el que textualmente dice: ... *“Exigimos al COE Nacional que priorice la provisión de insumos de protección adecuados al*

personal sanitario que enfrenta esta emergencia. Así mismo, a todas las autoridades públicas a que se respete y garantice el ejercicio de sus derechos, en especial, la libertad de expresión, la estabilidad laboral, el transporte, el debido proceso y, de la misma forma, se apliquen medidas especiales para que el personal sanitario en situación de vulnerabilidad tenga atención integral y se evite un posible contagio”... (Defensoría del Pueblo. Ecuador, 2020).

Este exhorto deja entrever la dificultad en la asignación de fondos y en el abastecimiento de prendas de protección a personal de atención directa. No contamos con datos sobre la asignación de medios de protección a personas adultas mayores expuestas.

2.7. Mantenerse solidario con la comunidad internacional

Dentro de Latino América, el Ecuador se coloca en séptimo lugar en cuanto a tasa de mortalidad por coronavirus, por lo que ha sido declarado país prioritario para ayuda de la Unión Europea. Desde la Dirección de Protección Civil Europea y Operaciones de Asistencia Humanitaria (DH ECHO) se canalizará asistencia a través de Naciones Unidas, especialmente para las personas más vulnerables de Guayaquil. (Ministerio de relaciones exteriores y movilidad humana, 2020).

“

El país no cuenta con un registro oficial que informe sobre el número de personas adultas mayores institucionalizadas que han sido infectados o que han fallecido.”

Adicionalmente, más de una docena de países, una veintena de organismos internacionales, decenas de ONG y varias empresas privadas han proporcionado donaciones, cooperación no reembolsable y asistencia técnica para que el país pueda enfrentar la pandemia del Covid-19. (La República, 2020).

2.8. Construir un futuro más justo para las personas mayores

Las experiencias y enseñanzas dadas por la pandemia del coronavirus ilustran la importancia de implementar sistemas de protección social universales, aumentar la cobertura de sistemas de salud públicos de alta calidad que permitan la prevención, promoción, curación, rehabilitación, cuidados paliativos y cuidados prolongados a las personas adultas mayores.

3. Conclusiones

- 3.1. En el Ecuador se han desarrollado diferentes protocolos, estrategias y marcos legales que procuran defender los principios de igualdad y no discriminación de las personas adultas mayores, que necesitan ser implementados con mayor fuerza.
- 3.2. La información de salud pública presenta modificaciones que dificultan la toma de decisiones y no enfatizan en la situación de salud de las personas mayores dependientes o vulnerables.
- 3.3. La complejidad de la interacción entre los servicios de cuidado prolongado y los servicios sanitarios, dificulta el acceso oportuno a los servicios de salud de personas adultas mayores frágiles, dependientes y vulnerables con COVID-19.
- 3.4. Los servicios de protección social se han visto reforzados, especialmente en el sector público, más se evidencia un claro descenso en la afiliación voluntaria y en la empleabilidad por todas las edades.
- 3.5. Existe poca información sobre la magnitud del problema de personas mayores desplazadas o migrantes.
- 3.6. La asignación de fondos para la protección de las personas más expuestas a la COVID-19 en todos los entornos es limitada, tanto para personal de atención directa y más para personas adultas mayores.
- 3.7. La respuesta internacional frente a la epidemia por COVID-19 es importante, pero no discrimina si es para personas adultas mayores.
- 3.8. Persiste la limitación en el acceso a servicios de salud, servicios sociales, oportunidades de trabajo y de gestión económica para las personas adultas mayores en el país.
- 3.9. Construir un futuro más justo para las personas mayores.

Bibliografía.

- CDC. (14 de mayo de 2020). *Centros para el Control y la Prevención de enfermedades. Obtenido de* <https://espanol.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/older-adults.html>
- CITE@cite_ec. (2020). *Población adulto mayor / Casos confirmados Covid-19.* (Twitter, Ed.) Quito: FLACSO. Obtenido de https://twitter.com/cite_ec/status/1258903424579579904?s=12
- COE Nacional Ecuador. (2020). *SITUACIÓN NACIONAL POR COVID-19 INFOGRAFÍA N°074.* QUITO: COE. Obtenido de <https://www.gestionderiesgos.gob.ec/wp-content/uploads/2020/05/INFOGRAFIA-NACIONALCOVI-19-COE-NACIONAL-11052020-08h00-v1.pdf>
- Comité Internacional de la Cruz Roja. (3 de abril de 2020). *Comité Internacional de la Cruz Roja.* Obtenido de <https://www.icrc.org/es/document/ayuda-migrantes-en-ecuador-frente-coronavirus>
- Defensoría del Pueblo. Ecuador. (21 de marzo de 2020). *Defensoría del Pueblo.* Obtenido de Asimismo, a todas las autoridades publicas a que se respete y garantice el ejercicio de sus derechos, en especial, la libertad de expresión, la estabilidad laboral, el trasporte, el debido proceso y, de la misma forma, se apliquen medidas especiales para
- El Comercio. (14 de abril de 2020). *Denuncias de violencia intrafamiliar se ha reducido, por cuarentena. Actualidad - Sociedad.* Obtenido de <https://www.elcomercio.com/actualidad/reduccion-denuncias-violencia-intrafamiliar-cuarentena.html>
- El Universo. (15 de abril de 2020). *Coronavirus: las muertes de miles de ancianos que no están siendo contabilizados en la estadísticas de los fallecidos por COVID-19 en Europa.* pág. Internacional BBC News Mundo. Obtenido de <https://www.eluniverso.com/noticias/2020/04/15/nota/7814148/coronavirus-muertes-miles-ancianos-que-no-est-an-siendo>
- End coronavirus.org. (12 de 05 de 2020). *www.endcoronavirus.org.* Obtenido de <https://www.endcoronavirus.org/countries?itemId=h9p9zgt5sqn48euqepf66j1vq26cbk>
- Heather D'Adamo, MD,*†Thomas Yoshikawa, MD,*†and Joseph G. Ouslander, MD‡. (2020). *Coronavirus Disease 2019 in Geriatrics and Long-TERM Care: The ABCDx of COVID-19.* (JAGS, Ed.) The American Geriatrics Society, Vol 00, No.00. Obtenido de <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/jgs.16445>
- Help Age. (03 de abril de 2020). (H. Age, Editor) Obtenido de <http://www.helpagela.org/noticias/expertos-presentan-recomendaciones-para-los-mayores-ante-el-covid19/>
- Heredia V. . (19 de 05 de 2020). *Covid-19 llegó a geriátrico de Quito.* El Comercio. Obtenido de <https://www.elcomercio.com/actualidad/covid19-coronavirus-centro-geriatrico-quito.html>
- Informativoiess IESS. (2020). *Afiliados en cifras.* Quito: Dirección Nacional de afiliación y cobertura. Obtenido de <https://outlook.office.com/mail/inbox/id/AAQkAGNhOTQ1YTJiLTdhNzQtNGYyZC1iM2VILTBMY2FjMzlkYTI1ZgAQAOjeNMf2M0xNtVHUUuXhqG8%3D>

Johns Hopkins University & Medicine. (2020/05/12). *Coronavirus Resource Center, Mortality Analyses*. Johns Hopkins University & Medicine. Obtenido de Johns Hopkins University & Medicine

La República. (19 de abril de 2020). *La República*. Obtenido de <https://www.larepublica.ec/blog/politica/2020/04/19/ecuador-recibe-ayuda-internacional-combatir-epidemia-coronavirus/>

Malone ML, Hogan TM, Perry A, Biese K, Bonner A, Pagel P, et al. (2020). *Journal of Geriatrics*, 1(4):1-11.

Ministerio de relaciones exteriores y movilidad humana. (16 de abril de 2020). *Ministerio de relaciones exteriores y movilidad humana*. Obtenido de <https://www.cancilleria.gob.ec/ecuador-pais-prioritario-para-ayuda-de-la-union-europea-contra-covid-19/>

OPS, Ecuador. (abril de 2020). *Organización Panamericana de la Salud*. Obtenido de https://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_content&view=article&id=2348:ops-oms-trabaja-con-el-msp-y-organizaciones-indigenas-para-promover-practicas-culturalmente-adecuadas-frente-al-covid-19&Itemid=360

Secretaría Técnica del Plan Todo una Vida. (s/f). *Emergencia Sanitaria por COVID-19 incorpora medidas de prevención para grupos de atención prioritaria*. Obtenido de <https://www.todaunavida.gob.ec/emergencia-sanitaria-por-covid-19-incorpora-medidas-de-prevencion-para-grupos-de-atencion-prioritaria/>

Zambrano G, Mosquera F, Tito S, Puetate R, Rosero C, Acosta D, Moreno F, Fuenmayor F, Cruz M, Rojas J, Heredia M, Moyón M, Cei P, Tixi R, Arregui R, Villacis R et al. (16 de abril de 2020). <https://www.salud.gob.ec/documentos-normativos-covid-19-ecuador/>. (COE-MSP, Ed.) Obtenido de <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/05/CONSENSO-MULTIDISCIPLINARIO-INFORMADO-EN-LA-EVIDENCIA-SOBRE-EL-TRATAMIENTO-DE-COVID19-VERSION-4.pdf>