

COVID-19: Lecciones aprendidas tras un año de pandemia en el Perú COVID-19: Lessons learned after a year of pandemic in Peru

Frank Lizaraso Caparó^{1,b,c,d}; José Carlos Del Carmen Sara*^{1,a,e}

Hace poco más de un año que la Organización Mundial de la Salud (OMS) fue informada por las autoridades de China de la presentación de 27 casos de neumonía de etiología desconocida en la ciudad de Wuhan. Treinta días después se declaró el brote de un nuevo coronavirus calificado como una emergencia de salud pública de importancia internacional, que en solo una semana ya había registrado más de dos decenas de miles de casos en el mundo (99,2 % en China y 0,8 % en otros 24 países), por lo que la OMS alertó que el riesgo de propagación sería muy alto en China y alto en todo el resto del mundo⁽¹⁾. Hoy nos encontramos con una cifra que supera los 93 millones de casos y más de 2 millones de muertes en el mundo⁽²⁾. En el Perú, han sido reportados más de un millón de casos y 38 000 fallecidos⁽³⁾.

A inicios del 2020 señalamos que, aun cuando se trataba de un proceso que se encontraba en curso, “el estado actual de la situación nos permitía destacar algunos elementos que resultaban relevantes...”, entre ellos, el riesgo de que esta pandemia pudiese ocasionar grandes pérdidas socioeconómicas como las ocurridas en Corea con el brote de síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS, por sus siglas en inglés) y una posible recesión global en la economía. Esta información era suficiente para alertar a los países sobre la importancia de “un efectivo y oportuno abordaje de los riesgos que debía involucrar, no solo a las autoridades sanitarias, sino también a los responsables de la economía, comercio, producción y, en general, a los gobiernos en su conjunto”. Dado que el riesgo de propagación de esta nueva enfermedad era también alto en Latinoamérica, la aparición de casos en la región resultaba inevitable, por lo que “debíamos fortalecer nuestros sistemas de vigilancia epidemiológica, así como implementar estrategias de detección temprana y aislamiento de los casos sospechosos que pudieran presentarse”^(4,5).

Tras el tiempo transcurrido, resulta oportuno reflexionar sobre lo actuado y los efectos que la pandemia ha dejado en nuestro país y en el mundo, con el objeto de identificar algún aprendizaje que nos permita adecuar una ruta que atenúe los estragos de una amenaza que aún persiste.

Sin duda, la primera realidad que tuvimos que enfrentar fue la precariedad de nuestro sistema de salud, que iba más allá de las limitaciones de los establecimientos públicos y de la seguridad social, y que sobrepasó, incluso, al sector privado, que no podía garantizar la atención de quienes, aun contando con costosos seguros y recursos financieros suficientes, no podían conseguir un lugar que les ofreciera la oportunidad de salvar sus vidas. La casi inexistente articulación entre los diferentes prestadores debilitó todavía más la respuesta de los servicios sanitarios y ocasionó un mayor impacto en la población más pobre y vulnerable.

Frente a ello, los esfuerzos por incrementar la capacidad de respuesta a nivel hospitalario no consideraron, de manera suficiente, el fortalecimiento de la primera barrera de contención: los establecimientos de salud del primer nivel, que estaban cerrados en la mayoría de los casos. En otros países con limitaciones similares a las nuestras, estos centros desarrollaron las más efectivas acciones de prevención, detección y contención de los enfermos de menor complejidad, los que en nuestro país acudían a los hospitales donde no podían ser atendidos, incrementando su exposición y, con ello, su carga viral, lo que agravó su enfermedad.

Sin embargo, esta realidad no fue la única ni la más compleja debilidad que tuvimos que enfrentar. Las medidas de confinamiento y distancia evidenciaron las graves inequidades existentes en temas de vivienda, saneamiento, educación, formalidad laboral y nivel de vulnerabilidad económica. Nunca como en esta pandemia resultó tan evidente la preponderancia de los Determinantes Sociales de la Salud para condicionar el destino de nuestros compatriotas. Las frágiles economías familiares, el hacinamiento, la insalubridad, las brechas para el acceso a recursos tecnológicos y la electricidad, además de las condiciones socioeconómicas de las poblaciones más vulnerables convirtieron en inefectivos, y hasta contraproducentes, los intentos de paliar esta situación a través de

1 Universidad de San Martín de Porres, Facultad de Medicina Humana. Lima, Perú.

a Director de la Unidad de Posgrado.

b Editor de Horizonte Médico (Lima).

c Decano.

d Doctor en Medicina, Máster con mención en Cirugía Plástica.

e Doctor en Salud Pública.

*Autor corresponsal.

la entrega de “bonos”. Este proceso obligaba a realizar largas filas en las instituciones financieras para obtener una ayuda económica con el riesgo de exponerse al virus, lo que podría terminar con su vida y la de su familia. Del mismo modo, mientras que el “confinamiento” podía brindar una mayor protección a las familias que podían permanecer y laborar desde sus viviendas, resultó ser un riesgo mayor para las numerosas familias que compartían pequeñas habitaciones con muchos integrantes, varios de los cuales debían salir a obtener el sustento diario en trabajos informales, que terminaban trasladando ese riesgo a los numerosos familiares que compartían el mismo techo.

En el ámbito de la innovación y acceso a recursos sanitarios, el esfuerzo inicial por convocar a destacados expertos en diferentes disciplinas no estuvo acompañado de una apertura suficiente para escuchar los aportes de las instituciones gremiales, académicas, colegios profesionales o de los diferentes sectores de la producción, industria, comercio exterior, organizaciones religiosas y cooperantes que estaban dispuestos a contribuir con un trabajo conjunto destinado a enfrentar la mayor amenaza del presente siglo. Así, importantes iniciativas para producir nuestras propias pruebas moleculares, ventiladores, provisión de oxígeno y serios proyectos para el desarrollo de vacunas en el país fueron postergadas. La burocracia, las ideologías, la politización de la crisis sanitaria, la falta de transparencia y presuntos actos de corrupción ocasionaron la pérdida de oportunidades que agravaron nuestras debilidades y colocaron a nuestro país entre los de peor desempeño en el manejo sanitario y económico de la pandemia en el mundo, con el octavo lugar en mayor número de muertes por millón de habitantes, que fue la mayor mortalidad, si excluimos los países europeos ⁽⁶⁾.

Sin embargo, la capacidad de adaptación a estas restricciones trajo consigo también un mayor uso de medios alternativos para no detener las actividades económicas, educativas o la atención de las demandas en salud. Es así que durante la pandemia aparecieron nuevas modalidades de teletrabajo o teleeducación, y en el campo de la salud, se incrementaron significativamente las actividades de telemedicina a cargo del Ministerio de Salud, que pasaron de 0,25 a 14 millones en el año, lo que sin duda constituye un importante soporte para un mayor desarrollo de teleconsultas, teleradiológico, telereferencias y telecapacitación en un país con serias dificultades de acceso geográfico y de disponibilidad de recursos humanos especializados. Algunas instituciones prestadoras de atención especializada de salud en el sector privado de nuestro país reportaron estas estrategias como exitosas ⁽⁷⁾.

A diez meses de declarada la emergencia sanitaria en el Perú, parecería que las diversas restricciones y medidas aplicadas para enfrentarla han resultado poco efectivas, y ahora nos encontramos frente al inicio de una “segunda ola”, en condiciones similares o más debilitados que al inicio de la pandemia.

Si observamos el crecimiento del Presupuesto Público Modificado (PIM) para el año 2020 en relación al Presupuesto Inicial de Apertura (PIA), encontramos un incremento de cerca de 40 000 millones de soles (alrededor de 11,5 millones de dólares), de los cuales el 23 % fue asignado a la función salud, lo que permitió incrementar su PIA en un 49 % para enfrentar esta crisis. Sin embargo, el porcentaje de crecimiento del PIA asignado a las funciones de Trabajo y Protección social estuvo incrementado en 1684 % y 116 %, respectivamente ⁽⁸⁾. Si bien esta información es un elemento de análisis para la discusión, estas proporciones nos permiten observar que el Gobierno ha dado mayor énfasis a las acciones destinadas al subsidio social o a la protección del empleo.

Al revisar la distribución de la asignación al presupuesto público en salud, encontramos que más del 75 % fue destinado a la contratación de personal y compra de suministros médicos, recursos que, sin duda, son indispensables para la operación del servicio. Llama la atención, sin embargo, que el porcentaje destinado a la inversión en la adquisición de equipos y activos no financieros en salud fue menor del 20 %; es decir, un monto equivalente al 4 % de los 40 000 millones de soles añadidos al presupuesto público. Si a ello agregamos que al término del ejercicio presupuestal de 2020 solo se ejecutó el 66 % del presupuesto asignado a este rubro, encontramos una notoria contradicción con los mensajes reiterados propalados por las autoridades que denunciaban el abandono histórico y las múltiples carencias de nuestros establecimientos de salud como causantes de la crisis, ya que no se ha podido evidenciar un esfuerzo útil para atenuar esta deficiencia, mediante el fortalecimiento de este sector al momento de asignar los recursos.

En este contexto, iniciamos el 2021 sin contar ya con la disponibilidad financiera del año anterior. Nuestra región ha sufrido la mayor caída de su Producto Interno Bruto (PIB) en más de un siglo, de acuerdo a la estimación realizada por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), y el Perú, con una reducción del 12,9 %, ha sido en segundo país más afectado después de Venezuela ⁽⁹⁾. El escaso recurso humano calificado con el que contábamos ha sido mermado por la enfermedad o la muerte. Además, la lentitud del aparato del Estado, las trabas burocráticas,

la pobre capacidad de gestión y la poca apertura a hacer las cosas de manera diferente han condicionado un escaso fortalecimiento de las condiciones de atención y han menoscabado nuestras posibilidades para enfrentar esta crisis que parece arrear con nuevos bríos. Podemos apreciar que, si bien este año el Presupuesto Inicial de Apertura para el sector Salud es 13 % mayor al del año precedente, resulta 24 % menor al monto alcanzado como Presupuesto modificado para fines del mismo año.

A partir del análisis inicial, tendremos que enfrentar esta situación con las limitaciones de nuestros servicios asistenciales y con las mismas inequidades sociales que convierten a las viviendas hacinadas en focos de contagio para la población más vulnerable, por lo que resulta indispensable incrementar el número de Centros de Aislamiento Temporal e intensificar la búsqueda y detección de nuevos casos, con el objeto de evitar la propagación del virus en los hogares de las personas afectadas.

No podemos seguir exponiendo a nuestra población a aglomeraciones para obtener el apoyo económico que requieren; es necesario utilizar las capacidades y redes de ayuda existentes: organizaciones sociales, religiosas o las propias fuerzas armadas. Se hace necesario escuchar y apoyar los esfuerzos de innovación que realizan nuestros investigadores y científicos a través de las universidades y otras instituciones públicas o privadas. Debemos continuar fortaleciendo la extensión y el uso de nuevas tecnologías de comunicación, que nos permitan llegar a los lugares más alejados, pero que requieren de las condiciones de acceso necesarias a esas comunidades.

De lo señalado, podríamos concluir que es necesario que la sociedad tenga un protagonismo mayor que permita involucrar más actores como las autoridades locales, civiles y religiosas, los grupos vecinales organizados, que recuperen el tejido social que durante años ha sostenido a nuestro frágil, pero comprometido, sistema de salud, particularmente, en los ámbitos locales a lo largo y ancho del país. Requerimos fortalecer el liderazgo de los profesionales de la salud y agentes comunitarios en el primer nivel de atención, a fin de establecer una estrategia de abordaje que avance desde la base del sistema. Toca a las autoridades nacionales y regionales generar las condiciones para fortalecer su capacidad de respuesta, canalizando la oportuna provisión de recursos, articulando las acciones de las diferentes instituciones de los sectores involucrados, ejerciendo una rectoría basada en el diálogo y la escucha, y sentando las bases de “un nuevo Estado” al servicio de los ciudadanos. Estamos de acuerdo con que “la pandemia ha mostrado que no es posible confiar en la «mano invisible» del mercado para la provisión de bienes públicos, menos aún para la defensa del interés público. Se necesita la presencia de la mano visible del Estado, a través de instituciones funcionales y eficaces y una buena gobernanza” ⁽¹⁰⁾.

Finalmente, si consideramos que “la respuesta social a la epidemia refleja (...) el papel asignado a las instituciones y los valores del modelo social predominante” ⁽¹¹⁾, resulta claro que nuestra participación debe ser cada vez más protagónica en la construcción de una conciencia social basada en valores, constituyéndonos en una nación más madura, participativa, solidaria y responsable; con un Estado presente y eficaz que ejerza la defensa del interés público y promueva el bienestar de los ciudadanos. Este debería ser también un valioso aprendizaje tras un año de pandemia en el Perú.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Panamericana de la Salud. Actualización Epidemiológica: Nuevo coronavirus (2019-nCoV) [Internet]. 2020. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=coronavirus-alertas-epidemiologicas&alias=51567-5-de-febrero-de-2020-nuevo-coronavirus-ncov-actualizacion-epidemiologica-1&Itemid=270&lang=es
2. Johns Hopkins University. Coronavirus COVID-19 Global Cases Map & Statistics by Johns Hopkins Center for Systems Science and Engineering [Internet]. 2021. Disponible en: <https://gisanddata.maps.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html#/bda7594740fd40299423467b48e9ecf6>
3. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades, Ministerio de Salud. Situación Actual COVID19 - Perú 2020-2021 [Internet]. 2021. Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/coronavirus/coronavirus120121.pdf>
4. Lizaraso-Caparó F, Del-Carmen-Sara JC. Coronavirus y las amenazas a la salud mundial. *Horiz Med.* 2020; 20(1): 4-5.
5. Lee C, Ki M. Strengthening epidemiologic investigation of infectious diseases in Korea: lessons from the Middle East Respiratory Syndrome outbreak. *Epidemiol Health.* 2015; 37: e2015040.
6. Radio y Televisión Española (RTVE). España, decimotercer país del mundo con más muertos con coronavirus por número de habitantes [Internet]. 2021. Disponible en: <https://www.rtve.es/noticias/20210111/paises-muertos-coronavirus-poblacion/2012350.shtml>
7. Montenegro P, Pinillos L, Young F, Aguilar A, Tirado-Hurtado I, Pinto JA, et al. Telemedicine and the current opportunities for the management of oncological patients in Peru in the context of COVID-19 pandemic. *Crit Rev Oncol Hematol.* 2021; 157: 103129.
8. Ministerio de Economía y Finanzas. Transparencia Económica [Internet]. 2021. Disponible en: <https://apps5.mineco.gob.pe/transparencia/Navegador/default.aspx?y=2020&ap=ActProy>

9. BBC News Mundo. Las 6 economías de América Latina que más cayeron en 2020 [Internet]. 2020. Disponible en: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-55418674>
10. Palacio A. COVID y el regreso del Estado [Internet]. 2020. Disponible en: <https://www.project-syndicate.org/commentary/covid19-pandemic-transforms-role-of-the-state-by-ana-palacio-2020-12/spanish>
11. Natal C. Algunas lecciones aprendidas (o no tanto) de la COVID-19. *J Healthc Qual Res.* 2020; 35(4): 207-8.

Correspondencia:


José Carlos Del Carmen Sara

Dirección: Av. Alameda del Corregidor 1531 - La Molina. Lima, Perú.

Teléfono: 3650483


Correo electrónico: jdelcarmens@usmp.pe

© La revista. Publicado por Universidad de San Martín de Porres, Perú.

 Licencia de Creative Commons Artículo en acceso abierto bajo términos de Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional. (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>)

ORCID iDs

Frank Lizaraso Caparó  <https://orcid.org/0000-0002-0866-5803>

José Carlos Del Carmen Sara  <https://orcid.org/0000-0002-8188-3276>