

# LA SALUD PÚBLICA EN EL PERÚ Y EL COVID-19

*Public health in Peru and COVID-19*

Jesús Lorenzo Chirinos-Cáceres<sup>1</sup>

A pesar de haber mejorado el control de enfermedades que azotaban a los países de ingresos bajos y medios, cada cierto tiempo aparecen nuevas enfermedades infecciosas, que también comprometen a los países de ingresos altos, haciéndoles recordar que las transiciones demográficas y epidemiológicas son dinámicas y cambiantes por lo que debíamos estar atentos y preparados.<sup>1</sup>

Para todos nosotros no es ajeno haber conseguido logros como el incremento en la esperanza de vida al nacer, disminución de la mortalidad materna e infantil y control de las enfermedades metaxénicas, a pesar de sus rebotes, entre otros indicadores. El progreso en el control de nuestros problemas de salud, así como en los sistemas de salud, ha sido desigual y, en varios casos, manchado por la corrupción.<sup>2,3</sup>

Los estilos de vida saludable han tenido una relación inversa al progreso de las economías por el incremento del sedentarismo y el uso y abuso de la tecnología en los espacios privados y sociales, los que han representado factores importantes para el incremento de enfermedades crónicas como la obesidad, diabetes mellitus, hipertensión esencial, etc.,

con los respectivos daños cardiovasculares y el incremento del cáncer.

Ha habido poco desarrollo de la atención primaria y cierto abandono en la atención hospitalaria llegando a la precariedad y a dificultar el acceso al sistema de salud a pesar de la insistencia en la universalización de la salud y en los *Objetivos de Desarrollo Sostenible* para salud y bienestar (ODS 3), que en varios casos encontraba un sistema sumamente fraccionado y para nada integrado.<sup>4</sup> “La meta específica de no dejar a nadie desatendido es una llamada de atención para centrarse en las personas que corren más riesgo de quedarse sin los servicios de salud que necesitan y merecen” es un plan al 2030.<sup>1</sup>

Así mismo, debemos señalar algunos aspectos de la educación ya propuestos el siglo pasado en la rueda y la taxonomía de Bloom que indican que la educación de calidad (ODS 4) debería ir de un nivel de complejidad bajo a un nivel de complejidad alto mediante el conocimiento, comprensión, aplicación, análisis, síntesis y evaluación, por supuesto todo dentro de lo familiar, comunitario, ambiental, regional, nacional y global en que se da la vida.<sup>5</sup>

Es importante mencionar que la salud y la educación (ODS 3 y 4) deben ir juntas en todas

---

<sup>1</sup> Decano de la Facultad de Salud Pública, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú.

las etapas de la vida por ser transversales a todas las demás ODS y poder tener una mente abierta para hacer frente a los vicios y virtudes del sistema en general.

Todo lo anterior sirve para indicar que la salud pública, en una definición amplia, debería ser entendida como la ciencia y el arte de promover, prevenir, controlar e impedir enfermedades, mejorando la calidad y aumentando la esperanza de vida, fomentando una salud de las poblaciones de manera equitativa, de acceso libre y permanente a un sistema de salud integrado o único y universal, con participación y fiscalización comunitaria, con un medio ambiente saludable, con educación sanitaria e higiene personal que lleven al autocuidado en salud.<sup>6</sup> Fue difícil encontrar una definición pero, con esta, pretendo señalar lo ocurrido en estos cuatro meses de pandemia. Empezaré indicando que la epidemiología y la salud pública permiten promover salud y prevenir enfermedades haciendo predicciones con los patrones de enfermedades ya estudiadas, basados en su nivel más bajo en factores asociados, luego factores de riesgo, factores esenciales y los determinantes sociales. Todo ello debe llevar a políticas tanto en salud como en educación con una visión multimodal, multisectorial e interdisciplinaria.

Sólo mencionaré algunos ejemplos de mi experiencia como médico internista, de haber asistido a estudios epidemiológicos como infecciones nosocomiales o intrahospitalarias, que cuestan tanto a los pacientes y hospitales. Luego, sobre mortalidad materna, cuyos factores de riesgo clínicos más importantes eran la hemorragia y las infecciones y su relación con el aborto, donde ya entran factores sociales, demográficos y económicos, como la pobreza, educación, grupo etario, etc. La epidemia del VIH/SIDA, el cólera, la influenza H1N1, la resistencia bacteriana, etc. Sin embargo, he apreciado que todas estas experiencias no nos

han permitido avanzar en el sistema de salud y educación correspondientes ante epidemias mayores.

La historia se repite y tiene relación con nuestra situación actual de la educación y salud y la falta de comunicación para el cambio de comportamientos. La salud y la educación han servido para lograr ocupar cargos en la política más que solucionar sus problemas; y, en esta pandemia se ha puesto al descubierto todas las falencias de nuestros sistemas de salud y educativo, por mencionar dos de suma importancia.

A mediados de los años 1990's, en la Oficina General de Epidemiología con el Programa de Epidemiología de Campo, una regla era leer los diarios porque allí se encontraban señales de inicios de brotes epidémicos y se podían revisar los supuestos de las comunidades sobre el origen de las mismas. Todo ello permitía prepararse para los brotes epidémicos y alertar a las comunidades y al sistema de salud, y con ello se pudo yugular brotes de malaria por *Plasmodium falciparum*, peste y rabia. Sin embargo, nada de ello, permitió mejorar la educación sanitaria e higiene ni integrar, por lo menos, el sistema de salud.

En China, en diciembre 2019 (al parecer hubo casos antes) apareció el brote del COVID-19, producido por el SARS-CoV-2, y en el Perú apareció el primer caso el 6 de marzo del 2020 y se decidió el cierre de las actividades en el país el 16 marzo.<sup>7</sup> Pero, no se tomaron otras medidas importantes previas como revisar a los pasajeros que llegaban del extranjero al país, sobre todo de países comprometidos, o limitar su entrada, el cierre del aeropuerto, suspender los viajes a las regiones y adoptar todas las medidas de autocuidado conocidas como lavado de manos, el uso de mascarillas (que recién dos meses después se generalizó),

el distanciamiento físico y el aislamiento social y, muy importante, proteger al personal de salud.

Peor aún, la protección del personal de salud fue escasa, se usaron pocas pruebas diagnósticas certeras y más las complementarias, se tomaron medidas que rompieron el aislamiento social y el distanciamiento físico llevando a un incremento exponencial de casos que aún no para. Así, estando en el día 141 del estado de emergencia nacional (según el mapa interactivo del Centro Johns Hopkins de Ciencia e Ingeniería de Sistemas), al 31 de julio 2020, el Perú tenía 428 850 casos y 19 614 fallecidos que significaban la mayor cantidad de muertos por millón de personas en el mundo. Y, que hubo momentos en que se dijo que se había controlado la enfermedad o que habíamos llegado a una meseta que era irregular o con picos y en la actualidad estamos ante un repunte al haberse establecido el reinicio de las actividades económicas por fases y los viajes interprovinciales por vía aérea y terrestre, que son vías de infección importantes, y con una cuarentena focalizada incipiente o inexistente. Además, se iniciaron tratamientos no comprobados o automedicaciones, con solo supuestas eficacias, y no sabemos si los fallecimientos ocurrieron por la enfermedad y sus complicaciones o por otros eventos.

También, debemos señalar que, aparte de la contribución hecha por el gobierno de turno ante esta situación, hay corresponsabilidad de las autoridades locales y regionales, así como de la misma población en su desesperación por conseguir alimentos, medios económicos y tratamientos de dudosa eficacia debido principalmente a los determinantes sociales de vivienda, educación, salud y pobreza que son precarios.

Podríamos haber predicho que la situación del COVID-19, en las condiciones de salud pública y de educación en que nos encontrábamos, iba a sobrepasar toda acción tomada por el gobierno. Así, la realidad brusca y violenta fue mostrada por esta enfermedad, produciendo cambios, aparte de su efecto negativo en la economía, en la educación en el país, como la educación a distancia que es incompleta y, en cuanto a la salud, mostrándonos la falta de oxígeno, de camas hospitalarias para los sintomáticos moderados, de camas en las unidades de cuidados intensivos, de ventiladores mecánicos y de recursos humanos especializados para los más comprometidos (UCI), llegándose a la situación de que los médicos tienen que decidir quién entra a UCI y recibe soporte ventilatorio, aparte del sufrimiento de los pacientes de saber que van a fallecer solos y en condiciones deplorables.

Lo violento de esta enfermedad hace que nos pongamos a tomar acciones prontas y equitativas, con una integración inicial del sistema de salud, las cuales ya ha sido dadas a conocer por los expertos, y seguir las normas establecidas para preservar la salud. Finalmente, debe prevalecer la lucha contra la corrupción y planear una política de desarrollo sostenido que permita que los peruanos podamos estar en mejores condiciones para enfrentar nuevas emergencias sanitarias, así como las secuelas que dejará el COVID-9 en la salud de las personas, teniendo como corolario que “educación sin salud no es educación y salud sin educación tampoco es salud”.

Debo indicar que, de acuerdo a la definición de salud pública utilizada, hay mucho que reflexionar y hacer, y nada que resaltar al momento actual, hasta que llegue la vacuna o el tratamiento salvador con evidencias suficientes.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Amina JM, Tedros AG. Vida saludable, bienestar y objetivos de desarrollo sostenible. (editorial) *Bulletin of the World Health Organization* 2018;96:590-590A. URL disponible en: <https://www.who.int/bulletin/volumes/96/9/18-222042/es/> (Fecha de acceso:3/8/2020).
2. García PJ. Lecture: Corruption in global health: the open secret. *The Lancet/The Academic Medical Sciences*. Published Online November 27, 2019 [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)32527-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)32527-9) www.thelancet.com. URL disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)32527-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(19)32527-9)
3. Chirinos-Cáceres, JL. La corrupción en el sector salud: ¿A quién afecta? *Rev Soc Peru Med Interna*. 2019;32(4): 125-126 . <https://doi.org/10.36393/spmi.v32i4.489>.
4. Chirinos-Cáceres JL. COVID-19: La salud en el Perú en tiempos del coronavirus: A reflexionar. *Rev Soc Peru Med Interna*. 2019;33(1):10-11. <https://doi.org/10.36393/spmi.v33i1.504>
5. Bloom, Benjamin. (2020, 22 de junio). *Wikipedia, La enciclopedia libre*. URL disponible en: [https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Benjamin\\_Bloom&oldid=127158613](https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Benjamin_Bloom&oldid=127158613) (Fecha de acceso: 03-08-2020).
6. La filosofía de la salud pública. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2014;40(1):144-158. URL disponible en: <https://scielosp.org/pdf/rcsp/2014.v40n1/144-158>
7. Chirinos-Cáceres, J. La salud en el Perú en tiempos del coronavirus: 60 días después, ¿sin reflexión? *Rev Soc Peru Med Interna*. 2019;33(2): 56-57. URL disponible en: <https://doi.org/10.36393/spmi.v33i2.520>

FECHA DE RECEPCIÓN: 17-08-2020.

FECHA DE ACEPTACIÓN: 30-08-2020.