



Revista Médica Herediana
ISSN: 1018-130X
ISSN: 1729-214X
juan.miyahira@upch.pe
Universidad Peruana Cayetano Heredia
Perú

Algunas lecciones que los médicos hemos aprendido de la pandemia de la Covid-19

Gotuzzo, Eduardo

Algunas lecciones que los médicos hemos aprendido de la pandemia de la Covid-19

Revista Médica Herediana, vol. 33, núm. 3, 2022

Universidad Peruana Cayetano Heredia, Perú

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=338073337001>

DOI: <https://doi.org/10.20453/rmh.v33i3.4336>



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional.

Algunas lecciones que los médicos hemos aprendido de la pandemia de la Covid-19

Some lessons that doctors have learned in the pandemic

Eduardo Gotuzzo ^a

Universidad Peruana Cayetano Heredia, Perú

Instituto de Medicina Tropical "Alexander von Humboldt",
Perú

DOI: <https://doi.org/10.20453/rmh.v33i3.4336>

Redalyc: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=338073337001>

Publicación: 02 Noviembre 2022

Es muy difícil pretender hacer un resumen frente a una situación tan grave que hemos pasado con la pandemia en el Perú; sin embargo, debemos hacer algunas reflexiones sobre los temas más importantes reconocidos:

1. No estuvimos preparados para esta pandemia. En el año 2005, bajo la coordinación del Dr. Luis Suárez de la Oficina de Epidemiología del Ministerio de Salud (MINSA), se elaboró el Plan Nacional de preparación y respuesta frente a una potencial pandemia de influenza (1), documento muy importante que después fue usado en la epidemia del virus H1N1, en el 2009; creo que ésta es una de las acciones que debemos reiniciar e incidir en estos momentos para estar preparados para futuras pandemias.
2. Claramente, el sistema de salud del Perú no estaba preparado ni está preparado actualmente para una situación similar; con una estructura fraccionada, desorganizada, con poco liderazgo y en donde no hay niveles de coordinación ni "rol rector" del MINSA. Es una reflexión que tenemos que hacer, ya que no existe meritocracia y, por consiguiente, hay personas que ocupan cargos para los que no están preparados y que durante una situación de emergencia como la pandemia se producen graves consecuencias. Asimismo, este sistema al estar fragmentado no era manejado de manera adecuada en las regiones del Perú, donde los presupuestos, sorprendentemente, no fueron ejecutados, a pesar de tener la necesidad por la emergencia. Esta situación debe ser mejorada.
3. Uno de los puntos críticos en mi opinión fue que las autoridades evitaron la participación de las sociedades civiles, de las sociedades académicas y de la propia comunidad, en la elaboración de objetivos, planes y administración de los recursos públicos para hacer frente a la pandemia. Debo hacer especial énfasis en que sistemáticamente no hubo coordinación con los colegios profesionales, en especial con el Colegio Médico, y otros colegios profesionales involucrados en enfrentar la pandemia. Los políticos, sin el conocimiento y sólo por decisiones exclusivamente políticas, llevaron a que Perú tuviera una de las más altas tasas de mortalidad en el mundo (2). Esta es una situación que en adelante debemos evitar, exigiendo que las decisiones se tomen en base a la información u opiniones referidas por instituciones profesionales capacitadas en el tema. Es imposible manejar una pandemia sólo desde la mirada de los políticos, más aún de una enfermedad nueva de origen respiratorio, en una condición que no se conocía. Esto que fue mencionado en diciembre de 2020, y siempre enfatice esta situación claramente (3). En el 2021 durante las otras olas y en el 2022, se ha señalado como uno de los aspectos más graves del control de la pandemia.

NOTAS DE AUTOR

^a Profesor emérito

Además, debo enfatizar que el manejo político fue extremadamente ineficiente; muchos profesionales fuimos utilizados para dar opinión, las que no se ejecutaban, pues se emitían recomendaciones que iban por otro camino. El trabajo de los profesionales de la salud era mal remunerado, a pesar del enorme sacrificio; sin embargo, es gratificante observar que la sociedad comienza a reconocer el importante rol de tener salud, y en ese sentido, creo que queda claro que el Estado tendrá que buscar mejorar la salud pública del país, en la que se hace necesaria la participación multistitucional y multidisciplinaria, que permiten mirar con mayor claridad y solidez.

4. Se cerró el primer nivel de atención. Grave decisión en toda América Latina, pues el primer nivel siempre es una barrera necesaria, indispensable para enfrentar esta condición de emergencia. Cerrar la atención primaria, no fortalecer la presencia de los profesionales que ven en el día a día a la propia comunidad, hizo que los hospitales de tercer nivel, que eran los únicos abiertos, se sobresaturaran generando una situación muy seria de incapacidad; además de, incapacidad para manejar otras enfermedades, fuera de la Covid 19 (Mundo no-Covid). Asumimos que es altamente probable, que los fallecidos durante la pandemia, una cuarta parte de ellos sean relacionados con otras enfermedades que no pudieron ser atendidas de manera rápida y eficiente. Esta situación se vio agravada por la disposición de que todas las personas del sector salud mayores de 60 años o de personas con comorbilidades tenían que estar fuera del sistema de atención, lo que significaba que 1/3 del personal de salud quedara fuera en un momento que se necesitaba a todos. Las personas más experimentadas, con liderazgo, con experiencia en manejo administrativo y con experiencias previas en otras pandemias o rebrotes importantes, fueron retiradas por esta decisión de protegerlos. Esta decisión merece una reflexión que tendrá que ser muy bien planeada y muy bien discutida para pandemias futuras.

Cuando mencionamos a la administración y a la falta de liderazgo en el sistema de salud, nos referimos a que no podíamos responder rápidamente a los retos importantes de una pandemia tan cambiante y cambios tan rápidos. El Perú venía después de tres meses de lo que venía pasando en Europa y esta experiencia no pudo ser canalizada de manera rápida y oportuna, por una estructura administrativa lenta, casi paquidérmica. Fue muy difícil de resolver y creo que es una situación en la que se debe enfatizar la necesidad de la meritocracia en el sector salud. (4)

El trabajo de los profesionales de la salud fue creciente, extenso, agotador y que en muchos casos llegó a una situación anímica muy difícil de medir la salud mental, sabiéndose expuesto a un virus que los podía matar, a un virus que podría llevar a sus hogares y que además, sea asociado a la pérdida reconocida de familiares, amigos, colegas y pacientes, hizo que la situación, hoy en día, reconocida como “burn out”, este síndrome de fatiga severa, ha sido una situación notable de la cual también teníamos que prepararnos.

5. Un siguiente elemento importante y que debemos aprender es que, los países del 3er. mundo fueron marginados sistemáticamente para la compra de reactivos adecuados, de equipos para las unidades de cuidados intensivos, de medicinas, o de pruebas diagnósticas, entre otras. Esto se ve reflejado hoy en día con las vacunas en el África, donde hay países en los que menos del 3% de la población tiene alguna dosis de vacuna mientras que en otras partes del mundo hay países en los que el 70% ya tiene cuatro dosis. Esta situación de discriminación y desventaja siempre fue criticada en otras pandemias y tenemos que hacer los esfuerzos en los países del 3er. mundo incluyendo el Perú, a través de acuerdos multinacionales, como el Pacto Andino o de la OPS para fortalecer nuestra respuesta rápida y eficiente.
6. Los profesionales aprendieron rápidamente con una cantidad notable de información, publicadas sin costo, pero también algunas veces sin la adecuada revisión por pares, lo que conllevó a mucha información errada o información que no era debidamente sostenida. En todos estos casos, la

información venía de Europa y Estados Unidos, muy poca información se generaba en los países del 3er. mundo, ya que la necesidad urgente de resolver la angustia de ver fallecer a muchas personas no permitía hacer estudios ni analizar los datos disponibles. Hemos tenido que aprender que debemos ver los estudios a ejecutar, debiendo el Estado fortalecer y financiar estos estudios para responder científicamente en las guías nacionales.

7. Ver la frustración de la población de tener que dejar a algún familiar en un hospital y no saber de su evolución hasta que le entregaban sus cenizas o salir con enorme daño pulmonar, por ejemplo, ha sido una experiencia muy dolorosa para todos y donde, de nuevo, debemos mejorar la interacción entre los médicos, la comunicación con los pacientes que estaban solos, aislados y sin ninguna opción de comunicarse con su familia y los propios familiares que estaban fuera de los hospitales. La tecnología debe permitir avanzar y resolver este problema doloroso de la incomunicación durante una pandemia.
8. Por otro lado, el uso de oxígeno se vio afectado por la incapacidad en el país de poder mantener un volumen de oxígeno adecuado y que se iba gastando. Es penoso saber que esta crisis ocurría en un país donde los centros mineros gigantes podrían mejorar la calidad y pureza del oxígeno que ellos usan en sus centros, de 93-94%, totalmente aceptable, frente al 99% de concentración que exige la norma técnica peruana. Frente a esta situación de emergencia donde perdimos pacientes, familiares y colegas por falta de oxígeno, este tema debió ser investigado y aclarado por ingenieros expertos en el tema; en Arequipa, pudieron colaborar tardíamente en otorgar oxígeno para una gran parte de la población sureña.
Debo recalcar que hubo personas que hicieron un acto heroico de entregar oxígeno sin tener beneficios personales extras, frente a otro grupo de personas que hicieron un mercado negro del oxígeno y que no recibieron sanción. Hay que relevar que hubo héroes importantes en esta situación, hombres y mujeres que ayudaron al país en forma significativa, poniendo en riesgo su vida, incluso, uno de ellos falleció tratando de comercializar el oxígeno a los precios reales; sólo incluyo el nombre de Mario Romero Pérez dentro de estos héroes, aunque hubo muchos más.
Aprendimos también que "la crisis del oxígeno" fue algo dramático y que se hicieron numerosos esfuerzos para comenzar a reestructurar la unidad de cuidados intensivos (UCI), donde el Perú empezó con menos de 200 camas al inicio de la pandemia y después de 1 año llegó a más de 1,800 camas UCI. Este esfuerzo de equipos tuvo aspectos muy valiosos: los especialistas en cuidados intensivos se educaban de manera virtual; conversaban entre ellos a diario, era un enorme esfuerzo de la Sociedad Peruana de Medicina Intensiva; además de todo el esfuerzo que hicieron para capacitar a médicos especialistas y no especialistas de provincias, en el manejo de los pacientes; fue un mérito enorme.
9. El número de fallecidos que es un parámetro importante en una pandemia sufría un reporte lento, poco adecuado, que no permitía guiar los planes de contingencia de emergencia. La gran enseñanza es, que el Sistema Informático Nacional de Defunciones (SINADEF) es de tremenda utilidad, pues en 48 horas podemos saber quiénes han fallecido en los últimos días y podemos saber dónde, en qué distritos y en qué áreas del Perú. Esta vigilancia de mortalidad tan útil ha permitido tener la información para elaborar planes y objetivos de control de la pandemia.
10. En la investigación científica internacional se avanzó notablemente; se identificó el genoma del virus antes del primer mes de aparecer; se crearon pruebas de diagnóstico antes de 3 meses y se iniciaron estudios de vacunas antes del 5° mes de haber iniciado la epidemia. Ese desarrollo tecnológico gigante, ha sido una de las más grandes lecciones aprendidas, ya que el uso de vacunas de diversos orígenes, de diversos estudios y de diversos grados de conservación, han reducido más de 20 millones de muertes según el cálculo publicado recientemente (5), han reducido más de

100 millones de hospitalizaciones y a nivel mundial se estima haber evitado más de un millón de muertes. (6)

11. También aprendimos que por las redes sociales circularon de manera rápida comentarios antivacunas y argumentos falsos o medias verdades, que crean una conciencia negativa y temores en la población. Es paradójico ver médicos o personal de salud oponiéndose a vacunarse y falleciendo por no estar vacunados. Nos obligan, a que la capacitación en los diferentes aspectos de las vacunas debe ser vitales en la enseñanza de medicina, así como fortalecer la atención primaria donde se maneja el programa de vacunación, tan necesario e importante.
12. Aprendimos que tener un solo laboratorio nacional, que haga el diagnóstico de cada paciente, no era, no es ni será la medida importante para controlar una pandemia; debemos ser muy firmes en reconocer que existen instituciones que de emergencia pueden colaborar, como por ejemplo los centros universitarios, donde existen expertos en laboratorios, expertos en enfermedades infecciosas, con maestrías y doctorado, que debieron ser llamados para colaborar; una pandemia no solo es obligación del gobierno de turno, es un problema de Estado.
Se debe fortalecer una red de interacción con diversas instituciones de alta calidad que son, precisamente, los centros que formaron los profesionales que hoy en día están en las redes de laboratorios nacionales, no reconocer a esas universidades o centros de investigación es un grave error. El “rol rector” pertenece al Ministerio de Salud, es un argumento incierto, cuando se habla de la necesidad de salud que corresponde a muchas instituciones, ministerios, y también es responsabilidad de la comunidad.
13. Las conclusiones son que todas las vacunas han sido eficientes, son de gran ayuda algunas más que otras, pero la disponibilidad para países como el Perú, es un elemento importante que la población entienda y que utilice estas vacunas. Una guerra de desinformación creó confusión, y falta de credibilidad en la población frente a algunas vacunas cuando hoy en día se ha demostrado que todas ellas tuvieron una alta eficacia en reducir mortalidad y hospitalización. Sin embargo, la aparición de variantes cada vez mas alejada del virus inicial ha permitido ver reinfecciones tempranas y la necesidad de seguir vacunando con nuevas dosis de diferentes vacunas.
Seguimos aprendiendo de las vacunas, pues, aparte de reducir la hospitalización y mortalidad, comienza a reconocerse que reducen los daños post Covid y esto es un elemento extra que debemos demostrar a la población.
El uso de mascarillas de manera adecuada reduce notablemente la transmisión de la infección o la hace más leve por efecto de carga viral adquirida; esta información es de la 1ra. ola con virus Wuhan.
El post Covid, (Covid prolongado), es una realidad nueva, que nos pone en la condición grave de tener una gran población con daño pulmonar, neurológico, psiquiátrico, reumatológico, etc. que tiene un alto costo personal, familiar y en el sistema de salud; cuando se discutan las medidas en futuras pandemias, debe considerarse la morbilidad y el daño permanente o transitorio que deja una enfermedad.
Recientemente, CEPAL reconoció que la población de América Latina perdió 3 años de esperanza de vida por la pandemia de la Covid 19 (7), y el Dr. E. Villar (8), refiere que en el Perú uno de cada 100 niños quedó huérfano o sin tutor.
14. Un tema que no puede pasar desapercibido es el valor de las comorbilidades y donde la obesidad y la diabetes mellitus han sido notables y nos han permitido entender el valor de la alimentación adecuada, del control de la diabetes y su adherencia al tratamiento. La obesidad que es una de los “epidemias del Siglo XXI” y debe ser tratado de forma extensa en la enseñanza en las escuelas de Medicina.

15. Debo terminar, recalcando que en el esfuerzo de los profesionales de salud se han hecho actos heroicos, se perdieron 600 médicos y más de 800 enfermeras o técnicas de enfermería, y a pesar de ello, siguieron trabajando con ahínco, con intención, con brío, con confianza, apoyando la salud de sus pacientes y el cuidado de ellos. Por ello, debo dar un justo homenaje a estas personas que hicieron y siguen haciendo actividades, que el Perú tendrá que reconocer de manera sostenida e histórica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud del Perú. Plan Nacional de preparación y respuesta frente a una potencial pandemia de influenza. Resolución ministerial N°854-2005/MINSA. Lima: Diario El Peruano. 5 de nov 2005. pp: 303637-38.
2. COVID-19 Excess Mortality Collaborators. Estimating excess mortality due to the COVID-19 pandemic: a systematic analysis of COVID-19-related mortality, 2020-21. *Lancet*. 2022;399(10334):1513-1536. doi: 10.1016/S0140-6736(21)02796-3
3. Gotuzzo E. Algunas lecciones de vida durante la pandemia. En: Miro Quesada F, Sierralta A, Velit J.(Editores). COVID: Trigo y Cizaña. Lima: CIAC Ediciones. 2021. pp. 131-142.
4. Watson OJ, Barmesley G, Toor J, Hoogan AB, Winskill P, Ghani A. Global impact of the first year of COVID 19 vaccination. *Lancet Inf Dis*. 2022; 23:1-11.
5. Gianella G, Gideon J, Romero MJ. What does COVID-19 tell us the Peruvian health system? *Canad J Develop Studies* 2020; 42(1-2):55-67. Doi: 10-1080/02255189
6. Which COVID-19 vaccine saved the most lives in 2021? USA: The Economist; 2022 Jul 13. (Citado el 15 de Julio del 2022) Disponible en: <https://www.economist.com/graphic-detail/2022/07/13/which-covid-19-vaccine-saved-the-most-lives-in-2021>
7. CEPAL. Los impactos sociodemográficos de la pandemia COVID19 en América Latina y el Caribe. Lima: CEPAL; 2022.
8. Villar E. COVID-19, Vaccination and the future of the pandemic, a Public Health perspective. *Rev Med Hered*. 2022; 33:3-8.

ENLACE ALTERNATIVO

<https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RMH/article/view/4336/4884> (pdf)