

# **La pandemia de la COVID-19 y la lucha por un sistema único de salud, universal e igualitario**

*Hugo Villa<sup>1</sup>*

El 12 de diciembre de 2019, la Comisión Municipal de Salud de Wuhan (Provincia de Hubei, República Popular China), reportó 27 casos de pacientes, 7 graves, con cuadros clínicos de una neumonía viral. Todos ellos tenían como antecedente epidemiológico el haber concurrido al mercado mayorista de la localidad. Como consecuencia de ello, el mercado fue clausurado, se realizaron evaluaciones

---

1 Médico egresado de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM). Posgrado en Neurología, UNMSM. Máster en Toxicología, Universidad de Sevilla, España. Egresado de la Maestría en Salud Ocupacional, UNMSM. Egresado del Doctorado en Salud Pública, Universidad Nacional Federico Villarreal.  
[hvillabecerra@yahoo.com](mailto:hvillabecerra@yahoo.com)

epidemiológicas y se notificó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) solicitando asesoramiento por parte de su Centro de Operaciones Estratégicas en Salud.

Hechas las evaluaciones respectivas, la enfermedad fue catalogada como Enfermedad por Coronavirus 2019 (en inglés, COVID-19), causada por el virus SARS-CoV-2 (Síndrome Agudo Respiratorio Severo, Coronavirus Tipo 2). Fue declarada por la OMS como una urgencia de salud pública de importancia global el 30 de enero 2020 y catalogada como pandemia el 11 de marzo de 2020, respectivamente.

Una reflexión importante a considerar sobre los orígenes de esta pandemia, es el concerniente a los efectos de la depredación humana contra la naturaleza (la contaminación ambiental, el cambio climático), los cambios están trayendo cada vez mayores brotes de enfermedades reemergentes y emergentes, provocadas en gran parte por la mutación de los agentes biológicos, bacterias, virus, etc.; y el paso de su hospedaje desde los animales hacia el ser humano, infectándolo. Esto parece ser el caso del virus SARS-CoV-2 que probablemente ha pasado del murciélago, o el pangolín y luego al ser humano.

En un artículo de revisión sobre el tema, Acinelli *et. al.* (2020) mencionan lo siguiente:

El genoma del SARS-CoV-2 es solo 79,5% idéntico al del SARS-CoV-1, mientras que 96,2% al del murciélago *Rhinolophus affinis* (CoV RaTG13), motivo por el que se pensó que este animal sería el huésped natural, pero su pico diverge en el dominio de unión al receptor (RBD, por sus siglas en inglés), por lo que no se uniría de manera eficiente a la enzima convertidora de angiotensina 2 (ECA2) del humano. Por otro lado, los pangolines de Malasia (*Manis javanica*), importados ilegalmente a la

provincia china de Guangdong, contienen coronavirus similares al SARS-CoV-2 y comparten algunos los seis residuos clave de RBD.

En el Perú, el 5 de marzo se confirmó el primer caso de la COVID-19, en un compatriota peruano con historial de viajes a España, Francia y República Checa. Posteriormente, con fecha 11 de marzo se da el D.S N° 008-2020-SA, que declara al país en Emergencia Sanitaria por el plazo de noventa días y dicta medidas de prevención y control de la COVID-19.

Esta situación de emergencia nacional pone al desnudo (nuevamente) la realidad peruana, una sociedad profundamente desigual, con tasas de pobreza rural en un 40%, y a nivel urbano entre un 15% a 16%, con una informalidad que llega al 73% de la Población Económicamente Activa (PEA) y, en el caso concreto de la salud, un sistema terriblemente abandonado, con presupuesto ínfimo, fragmentado, donde actúan el MINSA, los Gobiernos Regionales, EsSalud, Fuerzas Armadas, Fuerzas Policiales y el sector privado, cada uno por su lado. En estas condiciones, la igualdad y equidad en el acceso a la atención de la salud es una quimera y el derecho a la salud para los peruanos y peruanas es toda una utopía.

Con esta realidad, las medidas de contención (cuarentena obligatoria) y mitigación (distanciamiento social, medidas de higiene y prevención en general) no han logrado las metas trazadas por el Gobierno. Miles de peruanos se han visto obligados a incumplir la cuarentena porque diariamente salen obligados a buscar trabajo de cualquier manera para llevar el alimento o las medicinas a sus familias; millones de trabajadores han perdido su empleo por la política antilaboral del gobierno agravada aún más con la aplicación, en plena pandemia, de la denominada “suspensión perfecta” que viene a ser el despido

abusivo y arbitrario de los trabajadores. Se ha repartido un bono para los pobres y los independientes, que todavía no se termina de repartir y esto agrava el panorama, dentro de un pronóstico del FMI de una caída del PBI de 13,9% para nuestro país.

Pero ojo, no debemos caer en aquella crítica a la informalidad, en la que solo se ve el comportamiento de las grandes masas y no como parte de un modo de vida impuesto por este sistema neoliberal que nos agobia y mata. Este concepto del modo de vida fue acuñado por Marx y Engels en la sección de apertura de la *Ideología Alemana*, citado por Naomar de Almeida-Filho (2000).

El modo por el cual los hombres producen sus medios de subsistencia depende, antes que todo, de la naturaleza de los medios que ellos encuentran y tienen que reproducir. Este modo de producción no debe ser considerado, simplemente, como la reproducción de la existencia física de los individuos. Se trata antes, de una forma definida de actividad de estos individuos, una forma definida de expresar sus vidas, un definido modo de vida de ellos [...]

Diversas voces de especialistas, entre ellos el Colegio Médico del Perú, advirtieron sobre el curso que estaba tomando la pandemia y muy pocas de sus propuestas fueron tomadas en cuenta por el gobierno; recordaremos la de establecer “cercos epidemiológicos” diferenciados, tomando en cuenta los “mapas de calor” de las zonas y distritos (en el caso de Lima) e igualmente por regiones y con ello aislar y tratar *in situ* a los contagiados, coordinando con los otros ministerios para la ayuda económica y alimenticia, evitando así el colapso de los hospitales y centros de salud.

Después de mucho tiempo, el Gobierno empezó a poner en práctica esta estrategia de atención primaria, conformando “equipos de respuesta rápida”, los cuales acuden a los domicilios que buenamente pueden abarcar, debido al insuficiente número de equipos, hacen las pruebas de laboratorio a los pobladores (en este caso solo las pruebas serológicas o rápidas) y luego proceden a la conducta terapéutica u otra que se recomiende según el caso. Pero uno de los grandes déficit de esta estrategia llevada a medias por el Gobierno es que no se hace el seguimiento de los contactos de las personas que han sido detectadas como positivas a la COVID-19, esto debido a la insuficiencia de personal de estas brigadas ya mencionado y al no uso de las pruebas moleculares (PCR), las cuales son las confirmatorias, solamente se utilizan las pruebas serológicas (Abbasi, 2020), pruebas rápidas, muy inespecíficas y con un gran margen de falsos negativos.

Tomemos como ejemplo la estrategia de atención primaria y personalizada implementada desde un inicio en Cuba (que son el soporte de su Sistema de Salud) para enfrentar la pandemia y la cual ha dado resultados muy satisfactorios, reconocidos por la OMS; en estos momentos (primera semana de julio) ya durante una semana ha decrecido grandemente el número de contagios y no hay reporte de fallecidos, declarándose oficialmente controlada la epidemia. De Cuba se conoce ya la fortaleza de su Sistema de Salud, e inclusive sigue solidarizándose en estos días con el mundo, enviando a donde se le solicite las Brigadas Médicas Cubanas (34 Brigadas actualmente); en nuestro país se encuentran en su noble tarea en Ancash, Arequipa, Ica, Huancavelica.

Habiendo ya transcurrido 108 días de la cuarentena y haber entrado al tercer día (fecha en que se escribe el presente artículo) de la denominada (por el Gobierno) “nueva

normalidad”; y habiéndose decretado lo que algunos especialistas y medios de comunicación nacionales y extranjeros llaman el “¡sálvese quien pueda!”, según las cifras oficiales del MINSA y el portal de la Universidad Johns Hopkins de los EUA, el Perú está triste y lamentablemente ubicado en el 5º lugar a nivel mundial en número de contagiados, con 299,080 peruanas y peruanos y en el 10º lugar de número de fallecimientos, con 10,412 peruanas y peruanos (estas son las cifras oficiales, si se cuentan las no registradas estamos hablando de 30,000 muertes aproximadamente, según el periodismo de investigación). Sin cuarentena y con casi todas las actividades económicas abiertas, el escenario es definitivamente muy preocupante, por decir lo menos.

Hay que resaltar el sacrificio y dedicación del personal de salud (médicos, médicas, enfermeras, enfermeros, técnicos y otros profesionales de la salud), quienes han logrado tratar y recuperar a miles de peruanos y peruanas infectadas por la COVID-19; igualmente a trabajadores y trabajadoras de la limpieza pública, bomberos, policías y militares; en esta lucha han muerto muchos de ellos, a todos y todas nuestro reconocimiento y homenaje y la solidaridad a sus familias.

Esperamos por la salud y el bienestar de los millones de peruanas y peruanos que finalmente se controle la pandemia, con el concurso y sacrificio de todos, pero esta lucha no debe quedar ahí sino extenderse hasta conseguir un Sistema de Único de Salud, universal, e igualitario, donde el eje fundamental sea el reconocimiento de la Salud como un Derecho Humano, que garantice a toda nuestra población el acceso a una atención de salud oportuna y de calidad.

Para ello necesitamos la unidad más amplia de la izquierda, el movimiento popular y el progresismo. Necesitamos vertebrar un Frente de Defensa de la Salud, que recoja esta bandera

y dé la lucha en el terreno práctico y teórico para dotar a nuestro pueblo de una Política Nacional de Salud democrática y patriótica.

Se hace necesario detener el proceso de privatización de la salud en nuestra patria, ahí tenemos como ejemplo el avance de las Asociaciones Público-Privadas (APP) y, dentro de ellas, las políticas de reformas de segunda generación propugnadas por el Banco Mundial para el caso del Seguro Social de Salud (EsSalud); basta leer el documento llamado “Libro Blanco” de EsSalud para convencernos de la estrategia de privatización en esta institución y que ya está en marcha con el asesoramiento de dicho Banco.

Se ha tenido igualmente el descarado e inhumano proceder de las clínicas privadas, quienes no han tenido reparos en lucrar con el sufrimiento de peruanas y peruanos afectados por la COVID-19, muchos de ellos se han endeudado con altas sumas de dinero para salvar la vida de familiares, otros han fallecido y aun así sus familias, aparte del dolor por la pérdida de sus vidas, sufren por las deudas contraídas. ¿Y que ha hecho el Gobierno?, primero un show para las tribunas, “amenazando” con la intervención a las clínicas privadas, para al final firmar un compromiso para una “tarifa plana” de 55,000 soles más IGV, por cada paciente hospitalizado en UCI por COVID-19, esté un día o más de acuerdo a la duración del tratamiento. Hasta el día de hoy (5 de julio) solamente han firmado el contrato ocho clínicas de un total de 64 a nivel nacional.

Un somero repaso de estos conglomerados y grupos de poder económicos que dirigen las clínicas privadas y seguros son, por ejemplo: Dionisio Romero, Presidente del Directorio de Pacífico Seguros, tiene la mitad de la Red de Clínicas Sanna y la Clínica San Felipe; Álex Fort Brescia, Presidente del Directorio de Rímac Seguros, del Grupo Breca, siendo la

Clínica Internacional parte de ella; José Álvarez Blas, Presidente del Grupo San Pablo; Molly Joseph, Presidenta del Directorio de la empresa chilena Banmédica que posee conjuntamente con Pacífico Seguros parte de la Red de Clínicas Sanna y la Clínica San Felipe; Carlos Rodríguez Pastor, Presidente del Directorio del Grupo Intercorp, que opera la Clínica Aviva, y concentra la mayoría de la cadena de farmacias a nivel nacional; Gonzalo García Lecca Álvarez Calderón, Presidente de la Clínica Anglo-Americana; Luis Pinillos Casabonne, Presidente del Directorio de Auna, la Red de Clínicas del Grupo Enfoca, y la Clínica Delgado; César Villarán Ferreyros, Presidente del Directorio de la Clínica Ricardo Palma; y Renzo Calda Giurato, Presidente del Directorio de Mapfre Seguros, quienes tienen cuatro centros médicos con el mismo nombre (Ramos, 2020).

El otro aspecto lacerante en la pandemia lo constituye el negocio oligopólico del oxígeno medicinal, cuya carencia ha provocado la muerte de muchos peruanos y peruanas por la imposibilidad de tener este soporte en las fases críticas de la enfermedad. En el segundo gobierno de Alan García y estando de ministro de Salud el Dr. Óscar Ugarte (quien ha reconocido su “error”) se dio una norma que permitió a dos empresas, Linde Praxair (85%) y Air Products (antes Messer Perú) tener el monopolio del oxígeno medicinal en nuestra patria. Esto ha condicionado que, en estas etapas críticas, el gas se haya encarecido tremendamente, quedando fuera del alcance de muchas familias, que los hospitales se encuentren desabastecidos y en consecuencia se generen muchos más fallecimientos. Obviamente, la reacción del Gobierno, como siempre, ha venido tarde.

Ante este panorama necesitamos trabajar y luchar conjuntamente para dotar a nuestro pueblo de una nueva Constitución, para dar el marco legal de un nuevo Sistema

de Salud que garantice el Derecho a la Salud. Se necesita introducir en nuestra Carta Magna la noción de Derechos Sociales Universales, dentro de ellos el de la Salud. Estamos convencidos de que la lucha por la Universalización de la Salud es parte intrínseca de la lucha por la democracia, que debemos rescatar a la Salud como un bien de carácter público; y en esta lucha hay que procurar y merecer la hegemonía, para evitar que bajo estas banderas se escondan intereses subalternos que traten de plantear “cambios para que nada cambie”.

En ese sentido, ya se está planteando, no necesariamente en los sectores populares, la necesidad de un cambio en el sistema de salud, esta lacerante realidad que no puede ser ocultada les está exigiendo a las clases dominantes aceptar a regañadientes cambios en el sistema, pero así nomás no dejarán sus negociados con la salud y buscarán alternativas supuestamente justas y democráticas. No nos olvidemos que este año ha sido declarado por el Gobierno como el Año de la Universalización de la Salud, la cual es en esencia el procurar que toda la población pueda “asegurarse”, abriendo aún más el negocio para los seguros privados, con los famosos planes de atención para pobres y para ricos.

Comencemos a plantear las vigas maestras de este Sistema Único de Salud, Universal e Igualitario (Rojas y Márquez, 2009); sus principios, sus aspectos teóricos y conceptuales, su organización, su financiamiento; recojamos y asimilemos las experiencias positivas de organización en diversos aspectos de la salud de nuestra sociedad civil, de pacientes, de organizaciones sindicales, culturales y políticas. Es hora de luchar por la hegemonía en esta lucha, arrebatándole a los sectores dominantes esta bandera, uniendo a la diversidad del movimiento popular creando un espacio unitario lo más grande posible.

## Referencias

- Accinelli R.A., Zhang-Xu C.M., Ju-Wang J.D., Yachachin-Chávez J.M., Cáceres-Pizarro J.A., Tafur-Bances K.B., *et al.* COVID-19: la pandemia por el nuevo virus SARS-CoV-2. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.* 2020;37(2):302-11. doi: <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.372.5411>
- Almeida-Filho, N. (2000). *La Ciencia tímida. Ensayos de Deconstrucción de la Epidemiología.* Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Abbasi, J. (2020) The Promise and Peril of Antibody Testing for COVID-19. *JAMA* 323(19), 1881-1883.
- Ramos, A. (2020). Salud, hermanitos. *Hildebrandt en sus trece* (496), p. 9.
- Rojas, F., y Márquez, M. (compiladores) (2009). *ALAMES en la Memoria. Selección de Lecturas* (1ª. Edición). La Habana: Editorial Caminos.