

Lo que hemos aprendido hasta ahora sobre los sistemas de salud por causa de la pandemia de la COVID-19

La pandemia de la COVID-19, generada por el intratable virus de Wuhan (SARS-CoV-2 o nuevo coronavirus), se ha convertido en una crisis global tanto de salud como humanitaria, económica y social, que afecta de forma especialmente grave a las poblaciones de más bajos ingresos o mayormente afectados por los determinantes sociales de la salud de los países de ingresos medios y bajos¹. En este momento de su desarrollo, América Latina es sin duda uno de los epicentros de la pandemia y nuestro país uno de los más representativos de esta situación en la región².

Las crisis mencionadas se han traducido en retos cuyo abordaje han desnudado, de una forma particularmente cruda, las debilidades de nuestro sistema de salud.

Todo inicia con la desafortunada decisión, desde el gobierno y el sistema de salud, de escoger el enfoque biomédico para enfrentar la pandemia y sus crisis asociadas. Este enfoque, naturalmente centrado en la enfermedad, genera repuestas fundamentalmente institucionales y enfatiza el abordaje médico individual de los casos, por lo que el desenlace acumulado (morbilidad, mortalidad) se transforma en el indicador utilizado para evaluar el curso de la crisis y la base para la toma de decisiones. Lo

anterior genera (como lo ha generado) la equivocada idea de que lo más importante es no desbordar la capacidad de la infraestructura de prestación de servicios de salud para atender a los pacientes críticos. De allí la obsesión en aumentar el número de camas hospitalarias (con varios ejemplos de infraestructuras que se han quedado sin usar), dotarlas de ventiladores (que ya no tendrán uso una vez superada la crisis sanitaria) y de medir y remediar la ocupación de camas de cuidado crítico en el país, las regiones y las ciudades.

Ya pasaron más de cien años desde la anterior pandemia (la mal denominada “gripe española”) y aún no aprendimos que la prevención y control de una epidemia, además de la atención médica individual, exige un abordaje centrado en las poblaciones dirigido a protegerlas del contagio, detectar precozmente los sintomáticos, rastrear los contactos, aislar, tratar y rehabilitar a los afectados, con prioridad en los grupos sociales más pobres y vulnerables³. En cambio, el énfasis de la respuesta a la que nos aqueja en la actualidad, se ha puesto en la atención hospitalaria, dejando de lado las intervenciones en salud pública, y apenas hace un par de meses se estructuró una estrategia para identificar casos y contactos y establecer condiciones adecuadas para un aislamiento selectivo sostenible (la estrategia PRASS)⁴, la cual no ha sido suficientemente socializada por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, ni adecuadamente entendida por los diferentes actores de nuestro sistema de salud.



La falta de protagonismo de la Atención Primaria en Salud (APS) nos ha significado una oportunidad perdida, con lo que queda más que demostrado que los constructos sociales, políticos y económicos en torno al concepto salud–enfermedad y las estrategias para su intervención siguen siendo dominados por las visiones hegemónicas y antropocéntricas de la salud, con un fuerte componente curativo, en desmedro de las acciones de promoción y fomento de la salud y prevención de la enfermedad.

Una dura lección, además de básica, que nos ha dado esta pandemia, es que los sistemas de salud basados en mercado, pensados para la atención de la enfermedad individual, no están capacitados para hacer frente a problemas colectivos que reclaman actuar en forma integral, integrada, continua y en función del interés común, y que, para poder actuar en ese sentido, es necesario contar con estructuras previamente desarrolladas y adecuadamente articuladas.

Quizá sea hora de replantear la propuesta política, social, pero sobre todo económica de un sistema de salud único, público y universal, con visión epidemiológica, enfocada en la intervención de los determinantes sociales de la salud y que procure la equidad en la atención de los problemas de salud de las personas, familias y comunidades. Sin este necesario ejercicio de repensar nuestro sistema en sus valores y principios, racionalidades

económicas, sociales y políticas, estructuras y procesos, probablemente volveremos a estar igual de desprevenidos para enfrentar integralmente los desafíos de la siguiente pandemia y otros cien años sigan sin hacer diferencia en el mejoramiento de nuestras capacidades para enfrentarla.



Autor: David Scott Jervis MD. MSc.
Correo: dsjervis@gmail.com

Referencias

1. Spinelli A, Pellino G. COVID-19 pandemic: perspectives on an unfolding crisis. *J Br Surg.* 2020;107(7):785–7.
2. Blofield M, Hoffmann B, Llanos M. Assessing the political and social impact of the Covid-19 crisis in Latin America. 2020;
3. Douglas M, Katikireddi SV, Taulbut M, McKee M, McCartney G. Mitigating the wider health effects of covid-19 pandemic response. *Bmj.* 2020;369.
4. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. ABECÉ del Programa de Pruebas, Rastreo y Aislamiento Selectivo Sostenible – PRASS. [Internet]. Bogotá, D.C.: Ministerio de Salud y Protección Social Colombia; 2020. p. 5. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/VSP/abece-prass.pdf>

