

Rev. Teol. Arequipa - Setiembre 2020 - año 23 n°.48

DOI:

## **LA COVID-19 EN PERÚ. UNA MIRADA BIOÉTICA A LA PANDEMIA.**

**Billy Javier Gutiérrez Adrianzén<sup>1</sup>**

### **Resumen**

Una lectura bioética a la situación de la pandemia en Perú, implica revisar la historia de crisis y desastres parecidos en el mundo. Eso nos ayudará a entender el comportamiento ético, tanto del Gobierno como de los ciudadanos, desde la salud pública. La introducción trata sobre la pandemia de la influenza en el contexto de la primera guerra mundial. Luego una pincelada a las posibles causas de la situación actual y los principios éticos vulnerados. En esa misma línea, analizamos la privatización de la salud y la relación con la llamada “medicina alternativa”, frente al alza de precios de los medicamentos en plena pandemia, como un escándalo ético que no debe pasar desapercibido. Finalmente, unas conclusiones que tienen un matiz de propuesta ante lo que se viene después de pasar el pico alto de contagios.

**Palabras clave:** Principios éticos, beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia.

### **Abstract**

A bioethical view of the pandemic in Peru implies reviewing the history of crises and similar disasters. This article leads us to understand both

---

1 Psicólogo clínico y master en bioética por la universidad Ramón Llull de Barcelona. Catedrático de la facultad de Ciencias de la Salud, en la Escuela de Psicología de la Universidad Nacional de Piura. Gerente General del Centro de investigación psicológica “La casa de Teresa” S.R.L. Miembro del Centro de Espiritualidades Emaús, en la escuela de acompañamiento espiritual.

Government's and Citizens' ethical behavior, from a public health perspective. The introduction presents the influenza pandemic in the context of the WWI. Then we review the possible causes of the current situation and the ethical principles that are violated. Additionally, the health care privatization is analyzed as well as the way it is related to the "alternative medicine", - due to the increase in prices of the medicine during the pandemic – as an ethical scandal that should not go unnoticed. Finally, some conclusions, which have a nuance of proposal before what will come after passing the high peak of infections.

**Keywords:** Ethical Principles, Beneficence, Non-Maleficence, Autonomy and Justice.

Conocimos al Dr. Andreu Segura terminando los estudios de bioética. Se había embarcado en una tarea titánica de poner sobre aviso a la salud pública, desde el 2005, sobre una posible pandemia a gran escala, por las diferentes variaciones del virus de la influenza, que él denominaba una posible "primera pandemia gripal del siglo XXI" (SEGURA, 2005). El gran temor que se apoderaba de los estudiantes y de nuestro profesor era que los sistemas de salud, esquivando el principio de beneficencia - buscar el máximo bien posible por encima de cualquier otro interés - se inclinaran por un enfoque asistencialista de tipo paternalista, en la clásica relación vertical con los pacientes. Es decir, en un esquema que se ocupe de curar, o tratar una enfermedad, antes que de prevenirla. Así las cosas, se hace más complicado pensar en la realidad peruana, donde el único interés, hace una década, se centraba en buscar la mejor opción que teníamos los ciudadanos para atendernos en algún centro de salud. Era difícil imaginar un sistema de salud pública dedicado a la prevención, asumiendo el principio de justicia, dada las profundas inequidades existentes. La historia de las pandemias no era una prioridad que nos enseñara el camino para otro tipo de relaciones médico-paciente. Estaban en el olvido. Al no tener memoria, somos susceptibles a repetir la desgracia que no se desea ¿A qué historia nos referimos?

El Dr. Andreu Segura partía de la epidemia de la influenza de 1918, en el contexto de la primera guerra mundial. El resultado de esta pandemia, en cifras aproximadas, fue 500 millones de personas infectadas y 50 millones fallecidas (NCIRD, 2018). Los métodos empleados para superar la magnitud de la situación catastrófica fueron, como en toda reacción de salud pública, aplicar el principio de autoridad, por encima de la autonomía, o libre determinación del paciente, por una cuestión de emergencia. En tal sentido se aplicó la promoción de la buena higiene, el aislamiento, la cuarentena, el cierre de todos los lugares públicos y algunas medidas punitivas como el caso de Nueva York donde se enviaba a la cárcel a una persona que estornudara sin cubrirse, al puro estilo de las pandemias de la Edad Media. Después de 102 años los métodos no han variado en absoluto, tratándose del caso peruano. El ejercicio de la autoridad está por encima de la ética principista, cuando el país entero fue declarado en emergencia sanitaria el 11 de marzo de 2020. ¿Cuál es la lectura ética a partir de ese momento?

## **1. Algunas causas de la situación actual**

El colapso de los centros asistenciales no hacía más que revelar su máxima expresión de lo que, hasta ese momento, había sido su cotidianidad. Los Hospitales del Ministerio de Salud sin camas disponibles, de igual forma los hospitales del Seguro Social (Essalud). Ambos encargados de la salud pública, por la famosa ley 26790 de modernización de la seguridad social en salud, en 1997 (QUIPUKAMAYOK, 2003). El único objetivo de la ley, bajo el pretexto de la incapacidad del MINSA y ESSALUD, era crear las Entidades Prestadoras de Salud (EPS). Es el acta de nacimiento de la privatización de salud en el Perú. La vulneración del principio de justicia - buscar la equidad entre todos - fue evidente. La denominada capa simple se quedó en manos de las EPS, es decir: la atención en consultas externas y cirugías de menor complejidad. La capa compleja quedó bajo responsabilidad del MINSA y ESSALUD, es decir: las cirugías que requieren de mayor complejidad o especialidad. Aunque

la ley contempla que las EPS podían brindar capa compleja a libre elección del asegurado, de acuerdo a la prima que adquiriría, si pagaba más mensualmente por su seguro de salud. Obviamente, en un país tan desigual como el Perú, se estaba asegurando la atención de quienes tienen la capacidad de pagar una mejor prima. El principio de justicia quedó totalmente vulnerado para dar paso al lucro en los servicios sanitarios privados. Sintonizado a una economía de libre mercado, que favorecía la libre competencia, no hizo más que ahondar las brechas de desigualdad. MINSA y ESSALUD, siguieron caracterizándose por las colas largas de atención y el largo tiempo para otorgar una cita a cualquier paciente. Esta situación reforzaba la idea que las EPS solucionaban el problema. Las personas se veían “obligadas” a pagar lo que sea para hacerse atender en las clínicas privadas, que fueron compradas por las EPS (TORRES, F.; HUACLES, J.L y ROMERO, R., 2015) y los grupos más poderosos del Perú. Ni MINSA ni ESSALUD bajaron en número sus atenciones en la capa simple y compleja, ni las EPS fueron respuesta a las necesidades de salud del Perú, para la mayoría de peruanos. Cuando el presidente Martín Vizcarra declara la emergencia nacional sanitaria, de manera temprana, era para subsanar este problema sanitario en un plazo de 90 días aproximadamente. Es decir, equipar a las dos entidades encargadas de la salud pública, para responder a la magnitud de lo que se estaba viendo en otros países. Así lo expresó de manera explícita, sin que esto suscitara un rechazo visceral ético, en los políticos y la población alarmada. Porque lo malo, en la ética, no solo hay que rechazarlo, sino repudiarlo. De lo contrario no tiene sentido ser conocedores de lo malo, como el lucro en salud, sin que se convierta en el repudio del origen de nuestros males, en la realidad peruana. No solo se ha vulnerado el principio de justicia, sino también el de no maleficencia, es decir, actuar sin la intención de hacer daño. Se hace daño intencionalmente cuando la exclusión es el eje de la conducta humana. La famosa ley de 1997 se hizo vulnerando el principio de no maleficencia en salud. Por ello, el sistema privado de Salud en el Perú, no ha podido responder, de manera eficaz en esta

pandemia. Las clínicas privadas no cuentan con unidades de cuidados intensivos, suficientes para sus asegurados privados. Consideran un gasto que no están dispuestos a ofrecer, porque escapa a sus objetivos de lucro. Sin embargo, es algo básico, para instituciones que tienen salas quirúrgicas. Las pocas que tenían, tuvieron que ser negociadas con el gobierno por un precio de 55 mil soles. Es decir, por lo que gana un ciudadano, común y corriente, en cinco años de trabajo, aproximadamente. Solo este hecho debería generar repudio hacia un sistema, hasta por demás, fuera de todo principio ético básicamente aceptable. Entonces, ¿Qué otros problemas bioéticos salieron a flote en esta realidad?

## **2. Privatización y medicina alternativa**

Al optar por un sistema sanitario asistencialista, el objetivo de las EPS no estaba en el servicio sanitario, que solo es presentado como maquillaje al puro estilo hotelero de cinco estrellas. Para lograr esta apariencia han desarrollado una estructura sanitaria insulsa que no se ve en muchos países desarrollados. Así tenemos, que no se preocuparon en la relación horizontal médico-paciente, es decir en vínculos más democráticos donde el médico pacte con su paciente el tratamiento, en esa misma sintonía que MINSA y ESSALUD, por la carga de trabajo. Lo más práctico es una práctica de relación paternalista. Es decir, unos vínculos verticales donde el médico se convierte en el patrón que manda y el paciente en el peón que obedece. El padre que impone y el hijo que obedece. Este tipo de relación favorece una estructura de apariencia que todo está en orden y que lo que merece el paciente, es lo que piensan los que mandan. En una sociedad como la nuestra, aún no liberada del pensamiento colonialista, las EPS ofrecen una estructura que te hace soñar en ser atendido en hoteles de cinco estrellas. Así tenemos clínicas que ofrecen antesalas, al dormitorio del paciente. Carta del menú diario para escoger. Por supuesto, cuartos privados para cada paciente. Servicio de primera hasta en el uso de medicamentos, porque son de los mejores laboratorios de marca. Esto

último se constituye en el más escandaloso comportamiento contra la bioética. Para que tengamos una idea de lo que estamos diciendo, un ejemplo. En la gran mayoría de las clínicas privadas, hasta el comienzo de la pandemia, el 60% de sus ingresos era por el abastecimiento de medicamentos y servicios auxiliares. Es un secreto a voces. Para llegar a estos resultados, se empleó una táctica bajo la mirada silenciosa de los diferentes gobiernos de turno desde aquella ley 26790. Se trató de menospreciar el uso de medicamentos genéricos bajo el pretexto de poca o ninguna eficacia. Los médicos, pagados por las EPS y por los laboratorios, se convirtieron en aliados de este marketing, yendo en contra del principio de beneficencia de los pacientes. Para los pacientes del MINSA y ESSALUD recibir los medicamentos genéricos se convirtió en una humillación, porque se interpretaba como desprecio hacia su vida. Se vieron obligados a comprar, aunque tuvieran que endeudarse, medicamentos de marca. Las mismas EPS se encargaron de crear empresas farmacéuticas en cadena. Así cerraron, hasta este momento, el gran negocio de la salud en el Perú. El sistema de libre mercado se encargó de empoderarlas. Por ello, la población comenzó a inclinarse por el uso de la llamada “medicina alternativa”. ¿De qué trata esta historia, para entender el comportamiento de precios de medicamentos en esta pandemia?

Cuando un médico está frente al paciente, escribiendo una receta pasamos por alto, que lo que está escribiendo ha pasado por un proceso de miles de años en la historia de la medicina. Es decir, hay cientos de horas de trabajo, muchísima experimentación, análisis y comparación de los distintos resultados (MULET, 2015). Todo este tiempo invertido en investigaciones requiere de un soporte económico a gran escala. Ello encarece un medicamento, porque la inversión proviene de fuentes privadas. Sin embargo, es perfectamente mejorable, cuando se exige a los gobiernos hacer inversiones públicos-privadas para este trabajo científico. Los medicamentos genéricos son la mejor expresión de ello. Aquí los principios de responsabilidad y de justicia deben prevalecer, para mejorar la salud de las personas. Al no tener este

comportamiento los gobiernos de turno, la inversión privada se dedica al lucro en la fabricación de medicamentos de marca. En sistemas económicos de libre mercado, esclavizados en la competencia de mercado, el medicamento se convierte en inalcanzable para la inmensa mayoría de peruanos. Por eso, los estafadores profesionales tienen una historia que data desde 1712, cuando los doctores Marten y Tisot inventaron una pócima que curaba las poluciones nocturnas y otra que curaba la impotencia y la infertilidad (DI SEGNI, 2013), por poner un ejemplo gracioso, en la historia de la medicina. No por ello, de grandes repercusiones negativas en el nacimiento de la industria farmacéutica, contra el principio de no maleficencia que esto significa. Estafas similares encontramos hoy en la realidad peruana con la llamada “medicina alternativa”, practicada fuera de todo criterio contexto socio-cultural. Sin este criterio, ha entrado al mercado como una opción para quienes no pueden alcanzar los precios de los medicamentos con base científica. Emplean un vocabulario que es fácil detectar por el método que usan: de boca en boca. Es decir, se basan en el marketing del diálogo interpersonal. Expresiones como “a ese médico le fue bien ingiriendo tal cosa...” entonces la conclusión es que si ese médico, con toda su ciencia comió cuatro kilos de zanahorias y sanó, hace bien a todos. Si no es el médico, es la hermana, el tío, amigo, vecino, etc. Los términos más utilizados son: “holístico”, “energía vital”, “salud natural”, “mecánica cuántica”, “conciencia”, “alcalino” (MULET, 2015), “cura todo”, “ancestral”. Cuando se escuche estas palabras estamos frente a una estafa de gran escala, que puede costarle la vida al paciente. Por supuesto que, si el paciente muere, no es por haber usado la medicina alternativa, sino es entera responsabilidad del paciente que no la usó bien o de la medicina que le recetó el médico, y para nada es la culpa de la llamada “medicina alternativa”. Bajo ese razonamiento la comercialización de los medicamentos alternativos va contra el principio de no maleficencia para la salud de los pacientes. En una sociedad como la peruana, con una inmensa mayoría pobre, se busca el recurso más cercano, basado en una fe de tipo funcional,

donde se está convencido que uno hace uso de su autonomía, es decir libre elección con fundamento, cuando en realidad se trata de una alienación.

Por muchos años, en el Perú, se ha “optado” por la medicina alternativa y despreciado el medicamento genérico, bajo la mirada silenciosa de gobiernos anteriores y los profesionales en medicina. Este descrédito, que raya con la dignidad ética de los médicos y políticos, ha hecho que la miseria del Perú se exprese de manera escandalosa en esta pandemia. Los medicamentos subieron, de acuerdo a la demanda del mercado al triple o cuádruple de su precio base. Las personas recurren a la medicina alternativa, implorando una religiosidad funcional que les ha costado la vida a miles de peruanos que no debieron morir, asociado a una infraestructura que se concentró al asistencialismo basado en una relación de abuso, de tipo paternalista, algo que la bioética denuncia constantemente en los sistemas sanitarios, porque son la fuente de injusticias indecibles. ¿Cuál es la posible propuesta de la bioética ante esta realidad, del Perú de hoy?

### **3. Conclusión**

La manera cómo se comporta la COVID-19 en la transmisibilidad - su capacidad de infectar - es tan arraigada en las costumbres de vincularnos cotidianamente, que inevitablemente es rápida e inconsciente, como tocarnos el rostro después de haber tocado algo o a alguien infectado. Su patogenicidad, la forma cómo ha provocado enfermedad, se ha visto reforzada por un pueblo con antecedentes de otros males: tuberculosis, paludismo, anemia, desnutrición, entre otras. De estas ha dependido la virulencia, es decir la gravedad o intensidad de la enfermedad. Aquí, en el Perú, el coronavirus se encontró con un pueblo altamente vulnerable por su pobreza, paradójicamente con una economía pujante a los ojos de los grandes inversionistas del mundo. Es una cuestión de grandes dilemas éticos que necesitan ser resueltos después de esta pandemia.



La vigilancia epidemiológica constante en el sistema sanitario, es una necesidad basada en el principio de beneficencia hacia la comunidad. Este comportamiento ético, no solo le compete al Estado sino a los profesionales de medicina dentro de sus funciones y a la ciudadanía en general. Sin embargo, fue lo primero que dejó de operar en la emergencia sanitaria. El personal de los puestos de salud se recluyó en los hospitales, para aplicar lo que el sistema sanitario estaba acostumbrado: el asistencialismo. Se bajó la guardia en las postas médicas, donde podía detectarse con mayor rapidez y eficacia los casos de infectados y elaborar cercos epidemiológicos. Esto contribuyó a que los contagios se masificaran de manera exponencial por un largo periodo de tiempo. Al escribir estas líneas, el Perú ocupa uno de los primeros lugares del mundo en infectados y muertos. El sur del país está en la meseta de la pandemia, desde hace más de un mes, sin mostrar signos de bajar las estadísticas. Hace algunos días, el Gobierno ha reconocido su error y ha vuelto al personal a los centros de salud, para recuperar la vigilancia. Jamás es tarde para actuar, cuando se ejerce la autoridad con el principio de justicia por salvar una vida, la vida que nos queda.

Preparar a la población para una posible vacuna. Somos un pueblo con pensamiento colonial. Nos sentimos engañados por las autoridades, sea de la ideología que sea. Tenemos resistencia frente a la autoridad. Por ello, el ejercicio político se ha convertido en fuente de corrupción. El ejercicio profesional también. No podemos negar que la forma de relacionarnos está basada en la defensiva. Por ello, el médico se cuida del paciente y viceversa. Esta práctica social se nota muchísimo en la relación médico-paciente. Es muy fácil creer en conspiraciones por parte de quienes tienen el liderazgo en cualquier situación. La vacuna si viene de Rusia es para hacer más adeptos a una revolución de tipo terrorista, por la larga historia de masacre terrorista que se ha sufrido en el Perú. Si viene de Estados Unidos, viene incluida con nanotecnología para controlar a las personas en el sistema de consumo voraz, que caracteriza al capitalismo, cuya expresión se da en la explotación

minera. Con ese paradigma mental, no se puede comprar treinta millones de vacunas, que nadie va a querer aplicarse, por el ejercicio de su autonomía, aun cuando haya sido informado con lujo de detalle para realizarlo. Si esto se viene dando en países desarrollados, según la última encuesta aplicada en Estados Unidos (NARANCIO, 2020) y Europa, mucho más se dará en países empobrecidos como el nuestro, donde se vive de la imaginación, como recurso de supervivencia ante relaciones de poder basado en la práctica necropolítica de la corrupción. Se necesita un marketing de la vacuna que comience a exponerse en todas las redes sociales y canales de comunicación posibles. De tal manera que el Consentimiento Informado tenga un ejercicio de la autonomía de la ciudadanía bajo una ética comunitaria de alcance preventivo a toda la nación.

Es preciso también una nueva ley de salud que modifique la relación privada-pública, en el sistema sanitario, amparada en el principio de justicia, para un servicio equitativo en la oferta de salud para la ciudadanía. Esto es un deber urgente en los poderes del Estado. La historia alemana puede darnos una idea de lo que se puede hacer. El modelo de las “Krankenkassen” (MULET, 2015), cuya característica principal es mantener los seguros privados con participación directa del Estado con un porcentaje significativo. Esto implica que, en futuras pandemias o catástrofes, el Estado puede disponer de estos centros y regular tener un manejo en los precios que no vulneren el principio de justicia por el afán de lucro de las empresas de inversión privada. Nunca más se debería escuchar a un Ministro de Salud diciendo que “no podemos controlar los precios...” (Larepublica, 2020) en las farmacias y clínicas privadas, creando la percepción de desamparo total en la población. Esta manifestación del Ministro de Salud fue una tragedia sumada al coronavirus y a la pesada carga de desconfianza de los gobernantes frente a los abusos del poder de los poderosos del Perú, que tienen en sus manos la salud de los peruanos en sistemas de exclusión que deberían estar en la mira de todos los Comités de Bioética, del cual tengo la esperanza se formen de hoy en adelante.

## **Referencias**

DI SEGNI, S.

(2013). *Sexualidades. Tensiones entre la psiquiatría y los colectivos militantes*. Buenos Aires: Fondo de Cultura económico.

LA REPÚBLICA

(2020) Obtenido de *larepublica.com*: <https://larepublica.pe/politica/2020/05/24/coronavirus-victor-zamora-sobre-altos-costos-en-clinicas-no-podemos-controlar-los-precios-minsa/>

MULET, J.

(2015). *Medicina sin engaños. Todo lo que necesitas saber sobre los peligros de la medicina alternativa*. Barcelona: Planeta.

NARANCIO, F.

(2020) *Infobae*. Obtenido de *infobae.com*: <https://www.infobae.com/america/agencias/2020/05/28/encuesta-solo-50-en-eeuu-acceptaria-vacuna-contra-covid-19/> (27 de mayo de 2020)

NCIRD

(2020) (23 de mayo de 2018). *Especiales de los CDC*. Obtenido de *cdc.gov*: <https://www.cdc.gov/spanish/especialescdc/pandemia-influenza-1918/index.html>

QUIPUKAMAYOK

(2020) (Segundo Semestre de 2003). *sisbid*. Obtenido de *sisbid.unmsm*: <https://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/publicaciones/quipukamayoc/2003/segundo/modernizacion.htm#:~:text=El%2017%20de%20mayo%20de,%C2%BA%20009%2D97%2DSA>.

SEGURA, A.

(2005) (25 de Octubre de 2005). *elpais*. Obtenido de *elpais.com*: <http://elpais.com/articulo/salud/riesgo/elpepusocsal>

TORRES, F.; HUACLES, J.L y ROMERO, R.

(2015) (27 de Sptiembre de 2015). *OJOPÚBLICO*. Obtenido de *ojo-publico.com*: <https://ojo-publico.com/93/los-duenos-de-la-salud-privada-en-el-peru>