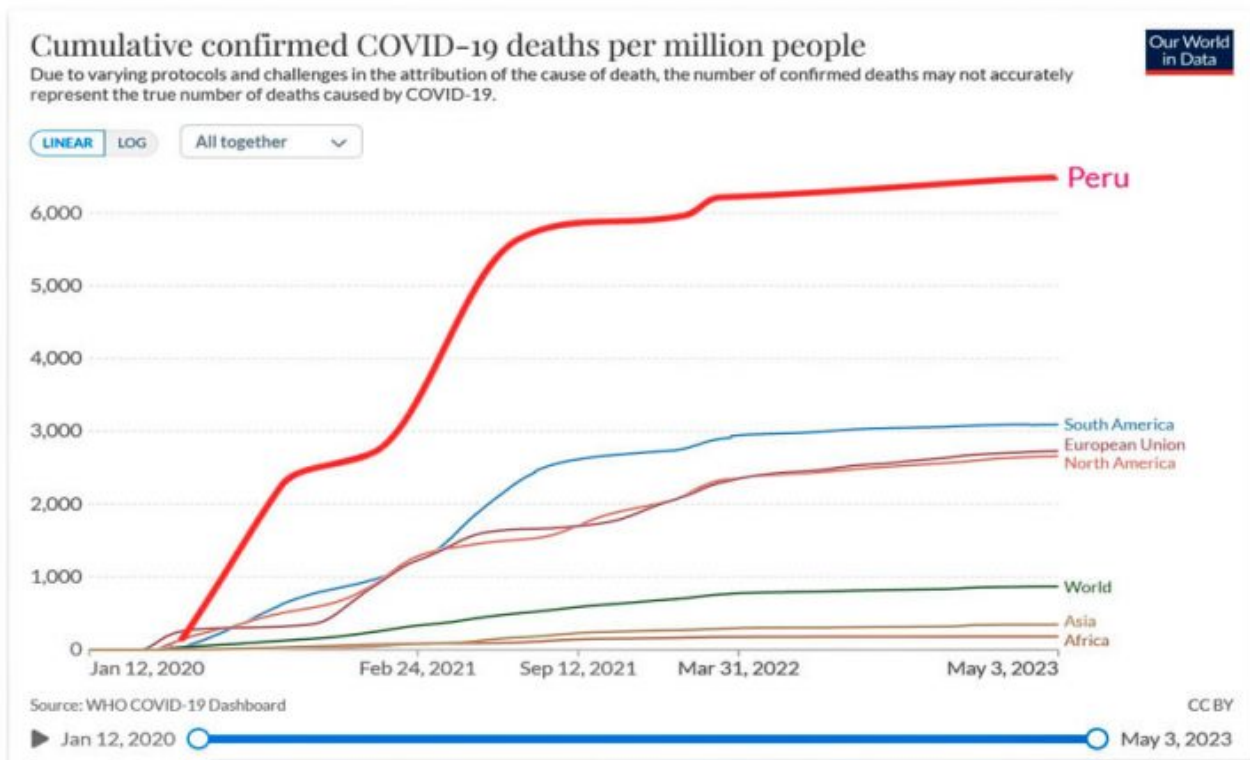


La mayor tasa de mortalidad del mundo

23 de Mayo de 2023



Covid-19 (1)

En Lampadia hemos invitado al doctor Omar Neyra, experto en salud pública, para hacer un balance de la gestión de la pandemia del Covid-19, que le costó la vida, innecesariamente, a una gran parte de los 220,000 peruanos que fallecieron en situaciones muy penosas.

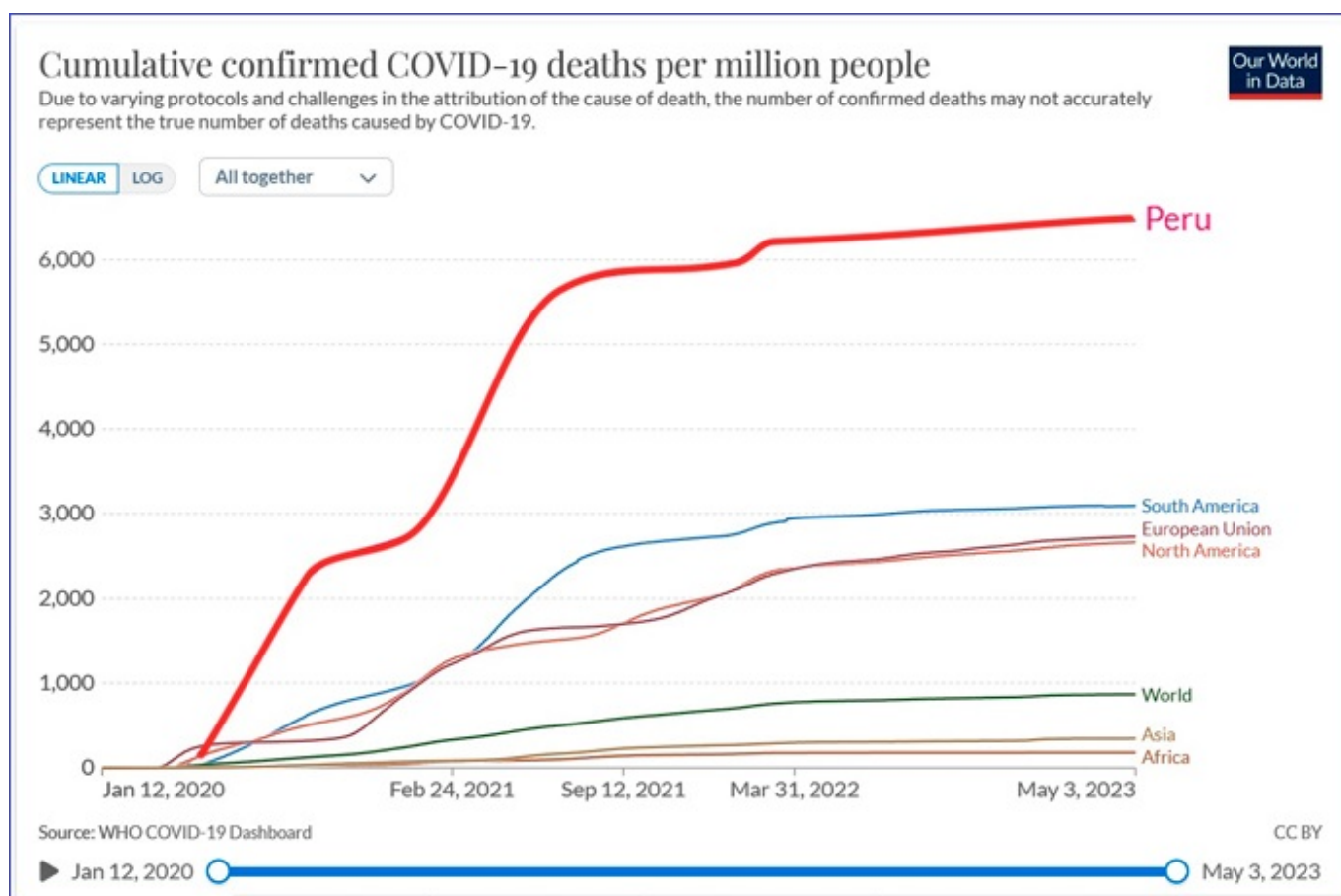
Como dice el doctor Neyra, tenemos que aprender de nuestras experiencias, y también debemos retirar de la gestión pública a quienes se distinguieron por el error, por persistir en el error, y a aquellos que responden a agendas disfuncionales o a las redes de la corrupción.

Agradecemos a Omar Neyra su compromiso patriótico y su vocación educativa, que asume con valentía y pundonor.

Omar Neyra
Doctor en Salud Pública
Para **Lampadia**

**“El que no conoce su historia, está condenado a repetirla”
Filósofo español Jorge Ruiz de Santayana**

¿Cómo el Perú terminó encabezando de largo la mayor tasa de mortalidad del mundo por covid-19? Es una pregunta que nos hacen en diversos foros académicos internacionales reiterativamente, y es algo que como peruanos debemos tratar de comprender por una razón principal: aprender de los errores para no volver a repetirlos, porque lidiamos y lidiaremos otra vez con epidemias y pandemias a futuro, y en nombre y memoria de los más de 220 mil Peruanos que murieron, muchos de los cuales habrían podido sobrevivir si se hubiese tomado las decisiones correctas.



Fuente: Our World in Data

Durante una secuencia de publicaciones, realizaré con ustedes un análisis de hechos para intentar

responder la pregunta central de este artículo, y teniendo en cuenta que en una pandemia tan compleja como la que vivimos con la covid-19, ocurren un sin número de condicionantes. Presentaré algunas hipótesis y/o hechos concretos que nos lleven a un aprendizaje de qué herramientas debemos usar cuando se presente, como se a presentar, un evento futuro similar.

Quiero empezar este análisis respondiendo directamente a la pregunta de este artículo: ¿se pudo evitar? Mi respuesta es sí, se pudo evitar largamente haber tenido esta tasa tan alta de fallecidos, pues en el Perú se tomaron decisiones sin mayor evidencia científica o incluso contra la evidencia científica.

El primer error del manejo de la pandemia fue motivado por decisiones políticas en materia sanitaria, sin evidencia científica que respaldara tales determinaciones. La figura del ex presidente Vizcarra como líder y “estratega sanitario” creo que explica mucho de este desastre sanitario, desde poner a un lado el liderazgo del sector salud, no tomar en cuenta las opiniones diferentes de la academia, su interés de protagonismo, hasta no comprender la “salud pública” como una herramienta científica para la toma de decisiones. A diferencia de otros líderes mundiales como el primer ministro de Corea del Sur que, cuando le preguntaron, en la primera etapa de la pandemia, como había logrado manejar tan bien el problema sanitario dijo: **“me puse al lado y las decisiones se las dejé a los científicos”**.

[Presidencia de la República del Perú](#)

Presidente Vizcarra dio a conocer primer caso de infección por coronavirus en el Perú e hizo un llamado a la población a mantener la calma

Nota de prensa



Fotos: PRENSA

PRENSA

6 de marzo de 2020 - 7:58 a. m.

Así, dejando de lado la evidencia científica, decide su gobierno comprar las pruebas serológicas (rápidas) **en contra de toda recomendación a ese momento disponible**. Es falso el argumento de quienes dicen que no había información disponible, si hasta la OMS y OPS recomendaban como única prueba de laboratorio las pruebas moleculares, como puede observarse en las siguientes notas:

Información respecto a la detección por laboratorio del SARS-CoV-2

Respecto a la vigilancia y detección por laboratorio del SARS-CoV-2, agente etiológico de COVID-19, el protocolo de detección molecular que ha sido sugerido por OMS/OPS para ser implementado en los países, es el protocolo del Hospital Universitario Charité de Alemania. Si bien existen otros disponibles, este protocolo cuenta con una evaluación que ha sido publicada y que respalda su desempeño en términos de sensibilidad y especificidad. Hasta el momento, este es el único protocolo que OPS ha implementado en la región.

Desde la Oficina Regional hemos suministrado el material necesario para la detección específica del virus, de tal manera que, al 21 de febrero, al menos 28 países de la región ya tenían implementada la metodología. Para asegurar la continuidad en los procesos de vigilancia y debido a la rápida dispersión del virus, entre el 04 y 13 de marzo hemos realizado envíos de material adicional a por lo menos 20 países que así lo han requerido.

Es importante aclarar que a todos los Países se están enviando cantidades y proporciones similares de material, a menos que por condiciones epidemiológicas sea requerida una cantidad diferente.

El material que se envía desde la Oficina Regional está disponible en **2 formatos** diferentes (para el mismo protocolo, Charité):

- **Formato estuche (kit)**, con todos los componentes y listo para usar. Cada uno de estos estuches es suficiente para 96 determinaciones.
- **Formato in-house**: iniciadores, sondas y controles positivos sintetizados de manera independiente. Con este formato y una vez preparado el material, se pueden tener alrededor de 2000-2500 determinaciones (aproximadamente).

Abril 08, 2020

Información y criterios para la priorización de pruebas diagnósticas del SARS-CoV-2 para dirigir las necesidades de adquisición por los sistemas de salud

Preguntas/Respuestas

- *¿Qué tipo de diagnósticos in vitro deben priorizar los países para la confirmación de la infección por SARS-CoV-2, agente etiológico de COVID-19?*

Los países deben priorizar los ensayos basados en la detección de ácidos nucleicos (RT-PCR), ya sea en plataformas abiertas o cerradas. Por su naturaleza, este tipo de ensayos presenta una sensibilidad y especificidad muy alta (dependiendo del diseño, de la toma de la muestra y del operador).

- *¿Cuáles son las limitaciones de las llamadas "pruebas rápidas"? ¿Para qué podrían ser utilizadas?*

Es importante aclarar que las llamadas "pruebas rápidas" pueden ser de dos tipos: las que detectan antígenos (proteínas del virus) y las que detectan anticuerpos (IgM/IgG). Aquellas que detectan "antígenos" pueden ser útiles como criterio para confirmar la presencia del virus en el momento en que se toma la muestra. Sin embargo, aquellas que detectan anticuerpos, solo indican contacto previo con el virus, pero no permiten demostrar ni descartar la presencia del virus en el momento en que se toma la muestra. Por esta razón, se debe tener especial cuidado con su interpretación, teniendo además en cuenta la fase de la infección.

En general, las pruebas rápidas presentan una sensibilidad baja por lo cual un resultado negativo no descarta una infección. Por esta razón, en la actualidad, no se recomienda su uso como parte del diagnóstico de COVID-19 y en particular, no se recomienda su uso para descartar un caso de infección aguda. La presencia de anticuerpos no indica ausencia de virus (dependiendo del momento de la toma de muestra) y tampoco indica necesariamente protección contra el virus.

De estar disponibles, la utilidad podría estar en estudios de investigación epidemiológica o para inferir seroprevalencia en un sitio o área determinada. Su uso en la adecuación de medidas de

Esta es una decisión política concreta que llevó, en la primera parte de la pandemia, a que miles de peruanos no tuvieran una atención oportuna. Fácilmente comprensible con el fallecimiento del excongresista Ushñahua, a quién no se trató por la información equivocada de la prueba rápida, algo que gráfica fielmente la experiencia que costo miles de vidas.

El acudió con los primeros síntomas de la covid-19 al centro de salud, y cuando le realizaron el examen con la prueba rápida, esta dio como resultado negativo, y dado que la política sanitaria del MINSA había establecido que solo aquellos que dieran el resultado positivo fueran hospitalizados, no recibió atención oportuna. Días después fallece sin recibir atención adecuada. Este caso fue el de miles de Peruanos, y es la explicación real y concreta de una alta tasa de fallecidos en esta etapa de la pandemia.

Política

Perú planteará que pruebas rápidas y moleculares sean equivalentes



14:54 h - Mar, 14 Abr 2020

El Perú planteará, ante las Autoridades de Salud de las Américas, que las pruebas rápidas en contextos de epidemia no sean consideradas como complementarias sino equivalentes a las moleculares, informó esta tarde el ministro Víctor Zamora.

En esa línea, tras referir que la Organización Mundial de Salud (OMS) recomienda el uso de pruebas rápidas como un complemento (y no para tomar decisiones clínicas, detalló que ante dicha reunión ministerial presentará un estudio elaborado por el Instituto Nacional de Salud del Perú, a fin de mostrar evidencias que sirvan para cambiar las guías del organismo internacional.

Al referirse al estudio del INS del Perú, que ha evaluado la eficacia del uso comparado de la prueba rápida y molecular en circunstancias de pandemia, afirmó que entre las conclusiones se destaca que ambas test tienen la misma eficacia en términos de diagnóstico individual y

Las más leídas



La decisión de comprar pruebas rápidas ha sido motivo de controversias inclusive hasta la fecha. El ex Ministro Zamora ha declarado recientemente que cuando llega al cargo la decisión de compra ya estaba dada (pero la implementó; si no estaba de acuerdo retiraba esta decisión o renunciaba). **La Ex Ministra Hinostroza indica que ella renunció porque no estaba de acuerdo con la compra de estas pruebas rápidas.** A partir de estas declaraciones podemos inferir que quien tomó la decisión es un funcionario de mayor cargo que la de los ministros de salud, y ese sólo podría ser el presidente de la república.

Esta compra fue larga y sostenidamente defendida por el propio Martin Vizcarra y su Ex ministro Zamora en innumerables conferencias de medio día. ¿Cuál fue su interés y motivación? Solo ellos podrán decirle al país. Lo cierto es que la evidencia científica disponible a marzo del 2020, previa a la fecha de compra, no solo por organismos como OMS/OPS, sino otras autoridades sanitarias mundiales y expertos de la academia, era clara: solo se recomendaba para diagnóstico las pruebas moleculares. Es lo que podemos ver en los siguientes documentos:

Laboratory testing strategy recommendations for COVID-19

Interim guidance
22 March 2020



Background

WHO has published [laboratory testing guidance for COVID-19 in suspected human cases](#). Recognizing that the global spread of COVID-19 has dramatically increased the number of suspected cases and the geographic area where laboratory testing needed to be implemented, intensified COVID-19 molecular testing has led to shortages of molecular testing reagents globally for COVID-19 and for other molecular diagnostics. Beyond supply issues, there are significant limitations of absorption capacity in many regions, especially in low- and middle-income countries.

As part of the [Strategic Preparedness and Response Plan](#), WHO developed testing strategy recommendations. The foundation of this strategy is threefold:

- All countries should increase their level of preparedness, alert, and response to identify, manage, and care for new cases of COVID-19; laboratory testing is an integral part of this strategy.

Purpose of the document

Depending on the intensity of transmission, the number of cases and laboratory testing and surge capacity, it may be necessary to prioritize who gets tested according to health objectives.

WHO has outlined [critical priority actions for preparedness, readiness, and response actions for COVID-19](#) and has defined four transmission scenarios:

1. Countries with no cases (No Cases);
2. Countries with 1 or more cases, imported or locally detected (Sporadic Cases);
3. Countries experiencing clusters of cases related in time, geographic location, or common exposure (Clusters of cases);
4. Countries experiencing larger outbreaks or sustained and pervasive local transmission (Community transmission).

This document provides guidance to policy makers and

Berlin, 13.01.2020

Diagnostic detection of Wuhan coronavirus 2019 by real-time RTPCR

-Protocol and preliminary evaluation as of Jan 13, 2020-

Victor Corman, Tobias Bleicker, Sebastian Brünink, Christian Drosten Charité Virology, Berlin, Germany

Offert Landt, Tib-Molbiol, Berlin, Germany

Marion Koopmans Erasmus MC, Rotterdam, The Netherlands

Maria Zambon Public Health England, London

Additional advice by Malik Peiris, University of Hong Kong

All assays can use SARS-CoV genomic RNA as positive control. Synthetic control RNA for Wuhan virus will be provided shortly.

First line screening assay: E gene assay
Confirmatory assay: RdRp gene assay
Additional confirmatory assay: N gene assay

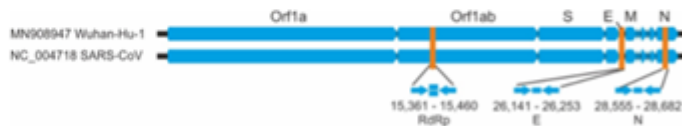


Figure 1 relative positions of amplicon targets on SARS-CoV and Wuhan-CoV genome. N: nucleocapsid; ORF: open reading frame; RdRp: RNA-dependent RNA polymerase. Numbers below amplicon are genome positions according to SARS-CoV, NC_004718.

Esos fueron los primeros errores que nos llevaron a ser al país con la más alta tasa de letalidad del mundo.

En las próximas entregas analizaremos la cuarentena más larga del mundo, el cierre absurdo del primer nivel de atención, el problema de oxígeno casi único en el mundo, vacunas y otros aspectos que nos hagan recordar para no volverlos a repetir. [Lampadia](#)