

CARTA AL EDITOR

COVID-19 Y LA NECESIDAD DE ACTUAR PARA MEJORAR LAS CAPACIDADES DEL PERÚ FRENTE A LAS PANDEMIAS

COVID-19 AND THE NEED FOR ACTION TO IMPROVE THE PANDEMIC CAPABILITIES OF PERU

Ernesto Gozzer ^{1,a}, Fredy Canchihuamán ^{1,b},
Rubén Espinoza ^{1,c}

¹ Facultad de Salud Pública y Administración, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú.

^a Médico cirujano MPH, ^b médico cirujano MPH PhD, ^c médico cirujano MSc.

Sr. Editor: La enfermedad del coronavirus 2019 (COVID-19)—considerada pandemia por la Organización Mundial de la Salud (OMS)— está quebrantando la seguridad sanitaria mundial. Al 31 de marzo de 2020 ha afectado a más de 750 000 personas y ha causado más de 36 000 muertes en 201 países. La respuesta es variada y comprende estrategias que combinan medidas de contención, mitigación y supresión; en un esfuerzo mundial sin precedentes con costos económicos y sociales que están por determinarse. Estas acciones se dan al amparo del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) que es de cumplimiento obligatorio para los países en casos de eventos inesperados que amenacen la salud de toda la población ⁽¹⁾.

Para monitorizar y evaluar la implementación del RSI, la OMS desarrolló cuatro modalidades de medición: el Informe Anual de Autoevaluación (IAA) que fue obligatoria, y tres voluntarias. Por otro lado, el Índice de Seguridad Sanitaria Global (GHSI, por sus siglas en inglés) sintetiza indicadores que miden las capacidades de la seguridad sanitaria e identifica brechas y políticas para mejorarla ⁽²⁾.

El objetivo del presente estudio es describir la capacidad del Perú en seguridad sanitaria e identificar acciones para su mejora en el contexto de la COVID-2019. Para ello, se realizó un estudio descriptivo utilizando el IAA del RSI de 2018 ⁽³⁾ y el GHSI de 2019 ⁽²⁾, ambos disponibles al público. Cada uno de es-

tos instrumentos utiliza sistemas de puntuación que van del 0 al 100 con puntos de corte que valoran los resultados promedios y categorizan las capacidades generales de un país en tres niveles: preparado, medianamente preparado y poco o no preparado.

Perú tiene puntajes promedio de 55 en el IAA y 49 en el GHSI. Para el IAA ocupa la posición 108 entre 183 países, mientras que en el GHSI ocupa el puesto 49 entre 195 países en cuanto a capacidades sobre seguridad sanitaria. Esto ubica al país como medianamente preparado para hacer frente a epidemias y pandemias (Tabla 1). Respecto a elementos o indicadores específicos sobre capacidades, los puntajes medidos por el GHSI muestran una baja preparación en bioseguridad, sistemas de laboratorios, fuerza laboral en epidemiología, operaciones de respuesta a emergencias, evaluaciones externas conjuntas (JEE, por sus siglas en inglés) y en el desempeño de servicios veterinarios (PVS, por sus siglas en inglés).

La COVID-19 ha demostrado que el mundo no está preparado para prevenir los eventos zoonóticos de potencial pandémico. La infección está provocando inestabilidad incluso en países con economías fuertes, colapsando sus servicios de salud y llevándolos, en algunos casos, a tomar medidas extremas que incluyen el cierre de fronteras y la cuarentena regional o nacional ⁽⁴⁾.

Al estar medianamente preparado frente a las amenazas contra la salud pública, como las pandemias, nuestro país se enfrenta a un gran desafío para controlarlas. Una respuesta efectiva requiere reducir brechas en seguridad sanitaria utilizando instrumentos como el informe de autoevaluación del RSI o el GHSI e implementando intervenciones multisectoriales. En el contexto actual, de despliegue de acciones sostenidas lideradas por el Estado, el compromiso y el concurso de diferentes actores, incluidos los sectores privados y la academia, podrían reforzar aquellos componentes y capacidades críticas con peor desempeño. Las capacidades instaladas en la respuesta a la COVID-19 en el país y el mundo deben consolidarse.

Desde 2016 la OMS empezó a utilizar la JEE, que mide las capacidades en 19 áreas técnicas y que empieza con un proceso de autoevaluación multisectorial, utiliza los enfoques multiamenazas y de «Una salud», y una evaluación al país por un grupo de pares externos ⁽⁵⁾. Dicha evaluación se ha implementado en más de 96 países, pero no en el Perú. La JEE facilita la identificación de brechas y la propuesta de acciones prioritarias concretas. La evaluación se complementa con la elaboración del Plan Nacional de Acción para la Seguridad Sanitaria (NAPHS, por sus siglas en inglés) de ejecución multianual con el fin de promover la implementación del RSI ⁽⁶⁾.

Solo un esfuerzo global en el desarrollo de capacidades nos pondrá en una mejor situación para actuar de manera oportuna, minimizando cualquier potencial efecto negativo

Citar como: Gozzer E, Canchihuamán F, Espinoza R. COVID-19 y la necesidad de actuar para mejorar las capacidades del Perú frente a las pandemias. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2020;37(2):371-3. doi: <https://doi.org/10.17843/rp-mesp.2020.372.5410>

Correspondencia: Fredy Canchihuamán Rivera; Av. Honorio Delgado 430, Urb. Ingeniería, San Martín de Porres; fredy.canchihuaman.r@upch.pe

Recibido: 25/03/2020 Aprobado: 30/03/2020 En línea: 01/04/2020

Tabla 1. Capacidades en seguridad sanitaria del Perú, según el Informe Anual de Autoevaluación del Reglamento Sanitario Internacional de 2018 y el Índice de Seguridad Global en Salud de 2019

Informe Anual de Autoevaluación del Reglamento Sanitario Internacional		Reporte del Índice de Seguridad Global en Salud	
Categorías e indicadores	Puntaje	Categorías e indicadores	Puntaje
Prevención	50	Prevención	43,2
Eventos zoonóticos	60	Enfermedad zoonótica	47
Inocuidad de los alimentos	40	Resistencia a los antimicrobianos	58,3
		Bioprotección	50
		Bioseguridad	4
		Investigación de uso dual y ciencia responsable	0
		Inmunización	86
Detección	52,3	Detección y reporte	38,3
Laboratorio	47	Sistemas de laboratorios	33,3
Vigilancia	70	Vigilancia en tiempo real y reporte	86,7
		Integración de datos entre sectores	0
Recursos humanos	40	Fuerza laboral en epidemiología	25
Respuesta	50	Respuesta rápida	51,7
Marco nacional para emergencias sanitarias	60	Vinculación de autoridades de salud y seguridad	0
		Preparativos de emergencia y planificación	87,5
		Operaciones de respuesta a emergencias	33,3
		Transferencia de insumos y despliegue de personal	0
		Ejercicios de simulación de planes de respuesta	0
		Acceso a infraestructura de comunicación	64,5
		Restricciones al comercio y los viajes	100
Comunicación de riesgos	40	Comunicación de riesgo	75
Legislación	51,5	Cumplimiento con normas internacionales	63
Legislación y financiamiento	53	Acuerdos transfronterizos a emergencias	50
		Compromisos internacionales	90,6
		Realización de JEE y PVS	25
		Financiamiento	50
		Compartir datos y especímenes	66,7
Coordinación del RSI y CNE para el RSI	50	Reporte del RSI y reducción de riesgo	100
Servicios de salud	33	Sistema de salud	45
Prestación de servicios de salud	33	Capacidad para evaluar y aprobar nuevos insumos médicos	75
		Acceso a servicios de salud	47,2
		Prácticas de control de infecciones y equipamiento	50
		Capacidad de salud en clínicas, hospitales y otros	6,3
		Comunicación con trabajadores en emergencia	100
Otros eventos y puntos de entrada	73,3	Ambiente de riesgo	57,7
Puntos de entrada	40	Riesgo político y de seguridad	75
Eventos químicos	80	Resiliencia socioeconómica	69,8
Emergencias de radiación	100	Conveniencia de infraestructura	58,3
		Riesgos ambientales	33,6
		Vulnerabilidad en salud pública	48,3

RSI = Reglamento Sanitario Internacional
 CNE = Centro Nacional de Enlace
 JEE = Evaluación Externa Conjunta
 PVS = Desempeño de Servicios Veterinarios

El informe anual de autoevaluación del RSI tiene 13 capacidades y 24 indicadores. Los puntajes por capacidad e indicador expresan niveles graduales expresados en porcentajes y relacionados con códigos de colores, los cuales se promedian aritméticamente para obtener puntajes agrupados. Puntos de corte: 20 y 60.

El Índice de Seguridad Global en Salud tiene 34 indicadores y 85 subindicadores agrupados en seis categorías. En base a 140 preguntas se obtienen, luego de un proceso de modelamiento, puntajes normalizados por cada indicador, categorías y promedio general que están en el rango de 0 a 100 para facilitar la comparación entre países y con otros indicadores. El valor cero no indica la ausencia de capacidad, sino el puntaje más bajo posible que en algunos casos significa ausencia de información. Puntos de corte: 33,3 y 66,5.

Los colores verde, amarillo y rojo indican los niveles preparado, medianamente preparado y poco o no preparado, respectivamente

de las amenazas, que son múltiples: biológicas, químicas o nucleares de carácter natural, accidental o intencional.

Una de las limitaciones del estudio es que, si bien tienen el mismo propósito, los indicadores y las categorías comparados corresponden a instrumentos diferentes y puntuales que podrían cambiar en el tiempo a medida que los países implementen mejoras. Otra es que se realizó una categorización *ad hoc* para los indicadores del IAA del RSI.

Actualmente, el Perú está medianamente preparado en seguridad sanitaria con brechas importantes en áreas indispensables para la detección, preparación y respuesta frente a una pandemia. Al terminar la emergencia resulta necesario realizar una JEE y, con los resultados, elaborar un plan nacional de seguridad sanitaria, articulado con los esfuerzos globales por acelerar la implementación del RSI.

Contribución de autoría: EG y FC concibieron la idea y redactaron la versión inicial; RE realizó la revisión crítica del manuscrito. Todos los autores aprobaron la versión final.

Fuente de financiamiento: Ninguna.

Conflicto de interés: Ninguno declarado por los autores.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. The International Health Regulations (IHR) – 10 years of global public health security. *Wkly Epidemiol Rec.* 2017;92(36):534–6. [Citado el 18 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258910/WER9236.pdf?sequence=1>.
2. Nuclear Threat Initiative, Johns Hopkins Center for Health Security, The Economist Intelligence Unit. The Global Health Security Index [Internet]. GHS Index. [Citado el 18 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://www.ghsindex.org/>.
3. World Health Organization. Informes Anuales de los Estados Partes del RSI (e-SPAR) [Internet]. Instrumento Electrónico de Autoevaluación para la Presentación Anual de Informes de los Estados Partes en el RSI. [Citado el 18 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://extranet.who.int/e-spar>.
4. Ferguson N, Laydon D, Nedjati Gilani G, Imai N, Ainslie K, Baguelin M, et al. Impact of non-pharmaceutical interventions (NPIs) to reduce COVID-19 mortality and healthcare demand [Internet]. Imperial College COVID-19 Response Team; 2020. [Citado el 24 de marzo de 2020]. Disponible en: <http://spiral.imperial.ac.uk/handle/10044/1/77482>. doi: 10.25561/77482. doi: <https://doi.org/10.25561/77482>.
5. Organización Mundial de la Salud. Herramienta de evaluación externa conjunta: Reglamento Sanitario Internacional (2005) [Internet]. Segunda edición. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2018 [Citado en Marzo 18, 2020]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/275849>.
6. World Health Organization. National Action Plan for Health Security [Internet]. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2019 [Citado el 18 de marzo de 2020]. Disponible en: <http://www.who.int/ihr/procedures/health-security-national-action-plan/en/>.