



Acelerando el paso, sin llegar a la cumbre

IPNUSAC

El 14 de junio se cumplieron cinco meses desde que las riendas del gobierno central fueron tomadas por el presidente Alejandro Giammattei, pero cuando estaba echando a andar sus planes y sorteaba los primeros escollos de su gestión, llegó el aluvión de la pandemia del nuevo coronavirus: el 13 de marzo se conoció oficialmente del primer caso de contagio en el territorio nacional. Desde entonces han transcurrido 13 semanas y unos pocos días más, durante las cuales el asunto que sobre determina el resto del acontecer nacional es el curso de la epidemia, primero su contención y ahora su mitigación.

En las dos semanas que corresponden a esta edición de Revista Análisis de la Realidad Nacional lo sobresaliente ha sido, una vez más, la aceleración de la epidemia. Si en mayo había señales preocupantes de que el número de contagios estaba

aumentando con rapidez, durante lo que va de junio esa tendencia fue más que confirmada: en la mitad de este mes se reportaron oficialmente más casos que en los primeros dos meses y medio de la epidemia, lo cual se ilustra a continuación.

Gráfica 1
Casos de covid-19 reportados oficialmente



*Hasta el 15 de junio de 2020. Fuente: elaboración propia, con datos del MSPAS.

El efecto principal de la diseminación del virus fue el colapso del sistema hospitalario y de salud público para atender la demanda de personas contagiadas. El núcleo duro de la estrategia de mitigación estaba constituido por la red de hospitales de campaña, que a la larga resultaría insuficiente para soportar las necesidades de atención. El número de nuevas camas disponibles quedó rápidamente sobrepasado y la respuesta gubernamental fue la improvisación

de salas o áreas COVID-19 en los dos grandes hospitales nacionales de referencia (Roosevelt y General San Juan de Dios), así como en los hospitales nacionales o regionales en cabeceras departamentales o municipales. Con la entrada en operación de un cuarto hospital especializado en casos de COVID-19, el instalado en Estanzuela, Zacapa, hacia mediados de mes el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social llegó a disponer –nominalmente– con una capacidad conjunta de 780 camas.

Hacia el 14 de junio el gobierno había informado de 7,573 casos activos, lo cual supone un déficit de 6,793 camas, que se trataba de paliar de la forma indicada: improvisando espacios COVID-19 en el Roosevelt, el San Juan de Dios y otros hospitales del MPAS, rentando hoteles para la atención de personas positivas asintomáticas o leves, así como refiriendo pacientes afiliados al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), el cual también acudió al recurso de albergar pacientes en hoteles. Asimismo, el MSPAS autorizó a hospitales privados a internar a personas infectadas.

El punto aquí, más allá de la debilidad de información disponible sobre las capacidades de atención existentes en el país, es que ostensiblemente el sistema hospitalario nacional resultó insuficiente para atender la epidemia.¹

La crítica situación en que se encuentra el sistema nacional de salud de cara la epidemia, sin embargo, no se refiere exclusivamente a la insuficiente infraestructura hospitalaria sino también a las condiciones en que están desarrollando su labor los trabajadores

de la salud (médicos, enfermeras, auxiliares, laboratoristas y personal de intendencia), la llamada “primera línea de choque” en esta emergencia.

La situación en el MSPAS puede resumirse en que trabas burocráticas, inexperiencia de las nuevas autoridades ministeriales y afanes por sacar tajada en los contratos de suministros sanitarios se han combinado en medio de la crisis, dando lugar a casos extremos de paros laborales y renuncia de trabajadores de la salud por impago de sus salarios, agravada por recurrentes suspensiones y bajas definitivas de médicos, especialistas, enfermeras y paramédicos enviados a cuarentena (en casos extremos fallecidos) por haber contraído la enfermedad; tal el caso del director del hospital Roosevelt, Marco Antonio Barrientos, quien a los pocos días de haber hecho una dramática conferencia de prensa sobre las condiciones en el mayor hospital del país resultó diagnosticado positivo.

Estas carencias desnudan la grave debilidad institucional del MSPAS, a las que se añade la

1. Cuando estas líneas se estaban terminando para publicar la revista, se supo que cerca del 40 por ciento de las personas oficialmente reconocidas como infectadas permanecían en sus casas.



inestabilidad en la cartera, donde fueron relevados tres viceministros y donde el propio titular de la cartera, Hugo Monroy, se convirtió en blanco de críticas, al punto que la comisión de Salud del Congreso de la República llegó a demandar, el 10 de junio, su destitución. Lo mismo había hecho, semanas antes, el Procurador de los Derechos Humanos, Jordán Rodas, al igual que hicieron por separado varias bancadas de oposición parlamentaria. La interpelación del funcionario ante el pleno del Legislativo estaba programada para la segunda quincena de junio.

La evolución ascendente de la epidemia ocurre, pues, en medio de un proceso evidente de colapso del sistema de salud pública, deterioro que se manifiesta en:

- a) saturación de los hospitales de campaña creados para atender a los infectados, retrasos en el inicio del funcionamiento de otros planificados e improvisación de áreas específicas en nosocomios que inicialmente no se había considerado para tal fin;
- b) falta de personal suficiente para atender a un número de pacientes que crece cada día, en medio de la inconformi-

dad de los trabajadores de salud por la falta de insumos y medicamentos, así como por la falta de certeza en sus contrataciones y por el impago de sus salarios;

- c) limitada capacidad de seguimiento epidemiológico, comenzando por la centralización y la restringida capacidad de realización de pruebas a posibles contagiados;
- d) erráticas y confusas disposiciones gubernamentales en relación con las restricciones a la movilidad social.

A lo largo de los tres primeros meses de la epidemia se extendió ampliamente la impresión de que el gobierno carecía, a pesar de sus declaraciones en contrario, de un plan para enfrentarla. El manejo de la parte sanitaria de la crisis parece haber sido percibida por Giammattei como una oportunidad para legitimar su rol presidencial, aprovechando mediáticamente su condición de médico y cirujano (profesión que en realidad ejerció poco tiempo), con el efecto de dejar en segundo plano las funciones del ahora cuestionado Monroy.

Pero, a la larga, las medidas presidenciales provocaron oleadas

de críticas por lo que se percibe como una cadena de improvisaciones y carencia de un plan de contingencia. Las reiteradas declaraciones de Giammattei sobre las “difíciles decisiones” que debe tomar “en soledad”, parecen confirmar una gestión de la crisis centralizada en la persona del presidente, quien se presenta no solo como concentrador de la información, sino sobre todo como el poseedor de cierto tipo de sabiduría —con fuertes dosis de mesianismo cuasireligioso— que permitirá “salvar al país” y “derrotar a la enfermedad”.

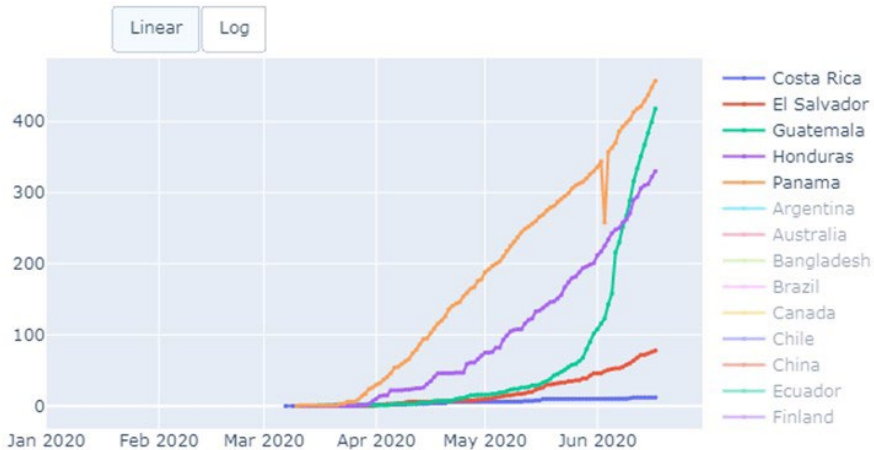
Ese triunfalismo verbal contrasta con la realidad de la expansión de la epidemia, erosionando la credibilidad presidencial. De ahí que, en un aparente acto de realismo profesional y político, Giammattei decidió crear la Comisión Presidencial contra la COVID-19 (COPRECOVID), a cuyo frente nombró a Edwin Asturias,

un connotado epidemiólogo residente en Estados Unidos, y a quien acompañarían los también médicos Eduardo Arathoon y Hugo Pezzarossi (quienes, a una semana de instalada, renunciaron a formar parte de ella).²

En medio de ese panorama crecientemente caótico, fue aumentando el número de personas fallecidas a causa del COVID-19, pasando de 18 decesos reconocidos el 30 de abril, a 108 admitidos el 31 de mayo, y a 384 fallecimientos el 14 de junio. Comparada con otros países de la región centroamericana, la curva de muertes a causa de la epidemia resulta preocupante para Guatemala, que ya se encuentra en segundo lugar regional por el número de víctimas mortales, solamente atrás de Panamá y por delante de Honduras, que hasta mayo eran los países istmeños más afectados, como puede apreciarse en la siguiente gráfica.

2. Sobre la creación de la Coprecovid y la designación de Asturias, véase nuestro análisis en la edición digital 185, accesible en <http://ipn.usac.edu.gt/wp-content/uploads/2020/06/IPN-RD-185.pdf>

Gráfica 2
Centroamérica: fallecimientos acumulados por covid-19



Fuente: tomado de <https://labdedatosgt.com/>

Todo lo anterior se refiere a las complicaciones relativas al manejo de la epidemia de COVID-19, pero la situación –en términos de la salud pública– es mucho más dramática y hace temer una catástrofe sanitaria de grandes proporciones. El caso es que para atender la emergencia del nuevo coronavirus se cerraron las consultas externas de los hospitales, la disponibilidad de camas para atender a pacientes con otras enfermedades también se ha reducido drásticamente y el personal de los servicios de salud pública está básicamente concentrado en la vigilancia epidemiológica del COVID-19, desatendiendo otras áreas.

En esas circunstancias, por ejemplo, se ha informado sobre el alarmante aumento de casos de desnutrición infantil aguda, que llegó a 15 mil 615 casos en menores de cinco años de edad durante la semana epidemiológica 21 (17 al 23 de mayo), frente a 6 mil 189 casos en igual período de 2019, para un crecimiento interanual de 252 por ciento. De acuerdo con información del MSPAS, la tasa de prevalencia pasó de 26.8 en mayo de 2019 a 67.6 por 10 mil habitantes en mayo de 2020.

Los casos totales de desnutrición aguda severa pasaron de 1,483 en 2019 a 4,593 en la referida



semana epidemiológica del año en curso. Mientras la tasa nacional promedio pasó de 6.4 a 19.9 por 10 mil habitantes, en departamentos como Escuintla y San Marcos las tasas de desnutrición aguda severa en menores de cinco años llegaron en mayo pasado a 64 y 44, respectivamente, por 10 mil habitantes.

Esa información no recoge, todavía, los efectos que sobre el

ciclo de cosechas produjo el paso de la tormenta tropical Amanda, convertida después –al llegar al Atlántico– en tormenta tropical Cristóbal (ocurrido entre finales de mayo y principios de junio), pero ya están encendidas las luces de alarma sobre un empeoramiento de la inseguridad alimentaria en el país, con lo cual aumenta el riesgo de que Guatemala viva una crisis humanitaria de características catastróficas.