

Necesidad de una respuesta comunitaria coordinada

AN Dr. Ciro Maguiña Vargas ¹

Gracias, señor Presidente de la Academia Nacional de Medicina y mi academia, al Dr. Óscar Pamo, al Dr. Carlos Seas y a Jorge Alarcón, viejo amigo. Suscribo lo último que ha dicho, ya que lamentablemente a veces a personas con mucha experiencia en esta pandemia poco o casi nada se las ha considerado, y eso explica un poco los martillos y martillazos que a veces no han coincidido en eso. Pido un pronunciamiento a la Sociedad de Epidemiología. Voy a tratar de centrarme en estos minutos en un tema que hemos mencionado públicamente, no en base a nuestra experiencia, sino en base a los expertos que tiene el Colegio Médico, y también por nuestra experiencia en control de brotes. Yo he tenido mucha experiencia en el manejo de la enfermedad de Carrión, que es a la que me he dedicado mucho estos años, y también participamos en el cólera. En base a esa data y en base a la experiencia de muchos colegas del Perú, muchos de ellos epidemiólogos, voy a tratar de exponer esto que el Colegio está proponiendo. Creo que es importante el rol que hemos tenido en esta pandemia, un rol siempre proactivo. El Presidente nos aceptó muchas medidas y tuvo la gentileza de visitarnos casualmente en un homenaje a estos 52 colegas fallecidos, 20 de ellos de Iquitos. Voy a tocar el tema Iquitos con relación al control comunitario y cómo lamentablemente las medidas básicas fallaron. Este es el título de la conferencia y me he servido de materiales del Dr. Daniel Neyra, un amigo casualmente epidemiólogo que está colaborando y que trabajó en varios controles

en muchos brotes; del Dr. Augusto Tarazona, que es otro colega infectólogo, salubrista gestor de varios conos en estos años; del Dr. Juan Astuvilca, que es epidemiólogo, y del Dr. Eden Galán que es investigador. En base a eso vamos a tocar el tema en estos minutos.

Y lo primero es señalar que coinciden algunos temas. ¿Por qué tenemos esta epidemia? ¿Por qué afecta tanto el norte, a la Amazonia, a un país con tantas carencias que todos ustedes entienden? Cuando al pueblo se le dice “cuarentena” aguantamos muchos que tenemos recursos, pero cuarentena en Iquitos con cuartos chiquitos, hacinamiento, pobreza, informalidad, dengue, leptospira es difícil. Y eso explicó el gran desborde en Loreto. Incluso ahí -he hablado con varios colegas- los cercos o el papel de la comunidad no se hizo en el propio Loreto que tiene mucha población de pueblos jóvenes. Igual sucede en los conos. Se dice “guarda tus alimentos”, pero ¿con que refrigeradora guardamos si hay 37% de carencia, y en cifras de hacinamiento, que incluyen el control comunitario, tenemos el 11%? ¡La vulnerabilidad! Ya lo ha dicho el Dr. Jorge Alarcón, y es obviamente en medio de un país chicha. Hemos dicho que el Perú es un país chicha, y eso hay que entender: tiene cosas buenas y malas, pero eso pasa factura, y todo eso explica por qué muchas medidas de contención al comienzo han funcionado, otras no han funcionado y otras parcialmente. Por eso al final, siendo proactivo, vamos a resumir un poco las experiencias previas y lo

¹ Médico infectólogo y profesor principal de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, ex vicerrector de investigación de dicha universidad, ex decano y actual vicedecano del Colegio Médico del Perú.

que se ha tenido en algunos lugares. Un primer escenario es que, para cualquier contención sanitaria, el personal tiene que estar protegido. En España casi el 20% se enfermó y en Loreto más del 50% de los médicos fueron afectados. Hay que explicar las razones, y hace poco en una charla que dimos en Loreto con dos ex decanos hicimos un análisis. En China, el personal de salud afectado fue el 4%. Entonces, el primer contingente que se enfrenta, tanto en los hospitales como en los centros donde está el otro escenario, muchos técnicos, enfermeras, o se enfermaron o estuvieron de licencia, y muchos centros dejaron de funcionar. Entonces, como hacemos contenciones básicamente a nivel hospitalario, no hay ningún modelo que aguante.

Estos son nuestros mártires a los que rendimos todos los días homenaje. Muchos de ellos de Loreto, e incluso están médicos que tuvimos que traer a través de varias misiones con fondos del Colegio en gran parte. Salvamos la vida a muchos colegas, otros lamentablemente no llegaron a tiempo. Incluso luego el Estado nos apoyó. Entonces, si uno analiza, para el control y la contención de esta epidemia no hay un modelo único, hay modelos en China, modelos en Corea, distintos cada uno. Pero obviamente eso influyó mucho, pues ¿Cómo le dices “quédate a trabajar” cuando realmente había miedo? El tema miedo es un tema humano, el miedo a morir, y obviamente eso hizo que mucha gente se ausentó en muchos centros y postas, y lo hemos constatado. Además, el enfrentamiento que se tuvo hacia la pandemia ha sido básicamente hospitalario, cosa que es un error, y creo que ya las autoridades lo han reconocido. Porque también las DIRIS fueron desactivadas, no había normativas, y obviamente el modelo comunitario desde hace años ha sido descuidado.

Ha habido éxitos en algunos lugares, y eso es parte de la gran reforma que se requiere para el futuro, porque esto ya no puede seguir así en este modelo básicamente hospitalario. Eso lo vamos a analizar. En Loreto hemos tenido muchos amigos que han muerto. Estas son data de alguno de los colegas: miren la letalidad que se tuvo a nivel hospital que fue del 23%, y uno ve que colapsó el sistema rápidamente. Hubo 248 médicos infectados, creo que en el mundo está prevalencia no ha sido tan alta como en nuestro país. Inclusive en Loreto, ante la desesperación para tener terapias, se aplicó ivermectina subcutánea, como figura en una foto que me han enviado. Esta foto es histórica porque el 5 de marzo dimos una

charla, la última de mi viaje, y me acompañó el decano (en azul), y al costado está el Dr. Panduro, que fue infectólogo, dio la charla de terapia y falleció en Iquitos. Está el Dr. Ramal que hoy está viajando a Iquitos. Él tuvo neumonía y fue evacuado por nosotros. La Dra. Meza también tuvo neumonía y COVID. Una paradoja del destino es que quien le dio la terapia hoy descansa en paz.

Cuando analicemos los temas, que incluyen el del control comunitario con los colegas de Iquitos, el no adecuado EPP fue un factor fundamental. Ni las pruebas básicas se tenían en el hospital. Y la sobreexposición, era increíble que los colegas seguían trabajando horas, horas, horas. Y eso explica la alta prevalencia en personal de Salud. Además, muchos no hicieron ningún tamizaje incluso en plena epidemia. No hubo, y este es un dato importante. En Loreto, que fue el primer lugar que colapsó, no hubo ninguna actividad en la comunidad. Y el distanciamiento, ustedes ven en el mercado de Belén 100% infectados, y eso revela la informalidad, la pobreza, el hacinamiento etc. Obviamente, cuando se dio en Loreto, incluso lo que iba a suceder en las provincias que son alejadas prácticamente no se trabajó, a pesar de que los dirigentes de los distritos mencionaron el apoyo de Loreto, porque lamentablemente la autoridad fue deficiente, para decir lo menos, y eso explicó cómo a pesar de que muchos alcaldes de Requena, Contamana, Caballococha quisieron trabajar, ahora están enfrentados a un problema de difícil control. Hubo apoyos de la iglesia -el oxígeno, ustedes lo saben-, hubo en fin, de la sociedad civil y el propio Colegio Médico, pero más fueron los errores que los aciertos. El Dr. Jorge Alarcón hablaba, pues, de cómo los modelos tienen que enfocarse en un nivel primario. En eso, pues, está el modelo típico en una enfermedad. Cuando uno ve este gráfico clásico siempre se centra mucho en el modelo hospitalario donde la gente va a morir, va a morir en muchos hospitales que están colapsados, no hay oxígeno, no hay ventiladores y se mueren en su casa tal como mostró el cuadro anterior.

Es una crisis sanitaria histórica. Ahí no hay que echar la culpa al actual Gobierno por la deficiencias históricas. Muchos ministros de economía hoy se atreven a decir que la economía está mal, cuando ellos no fueron capaces de dar los recursos para hacerlo, muchos ministros que ahora se rajan las vestidura. Por eso es importante ser autocrítico en general. Entonces, ya sabemos que el nivel primario es fundamental para todo, de eso no

hay discusión, y los casos leves son la mayoría. Por eso es que, en el enfoque de combatir esta pandemia, hay que buscar todos los frentes y eso creo que es una falencia en el Estado, el cual se concentró en tener más camas, más UCIs y descuidó el nivel primario. Hemos conversado con Fernando Carbone, y él decía “no tengo la normativa, Ciro”. Pero ni siquiera los alcaldes y los encargados municipales –que, en mi opinión, es lo más valioso: tener alcaldes, gobernadores-, ese tema también falló. Ha habido reuniones, pero en ellas no se han podido decidir tareas concretas, salvo en el caso de Cajamarca. Lo comentaremos, y también el de otros casos interesantes en el Perú para controlar el nivel primario desde la parte preventiva y las medidas que tienen que ser tomadas. En la comunidad obviamente uno enfrenta este tema y hay varios escenarios que se manejan. Es cierto que los cuadros son clínicos leves, por eso la mayor parte requiere manejo de sostén, pero la gente se desespera como pasó al comienzo, y todo el mundo a hacer colas, y no estuvimos preparados para tratar de descongestionar, y muchos se contagiaron no por el hospital, sino por las personas que no mantuvieron la distancia mínima. Obviamente hay que actuar con los pacientes y ahí ha de funcionar la teleconsulta. Muchos de nosotros hacemos teleconsulta y tratamos de orientar, inclusive el cuadro clínico. El manejo de los signos de alarma no fueron instalados desde un inicio y eso explicó también el mal manejo en la referencia y contrarreferencia, y eso generó después en la comunidad el susto y la profilaxis y la terapia, la autoterapia y la terapia masiva sin ninguna base científica. Y este es un tema no de ahora, es un tema que ya los infectólogos sabemos, que la gente toma antibiótico por gusto y los propios colegas y las recetas que recibimos permanentemente son de antibióticos, antiinflamatorios y corticoides.

Estamos ya cansados de ver esto desde hace años, o sea que tampoco le echamos la culpa a la población porque también el tema de la receta no se respeta y se agrava en esta pandemia. Quiero recoger un trabajo interesante de un epidemiólogo acerca de cómo vieron en Lambayeque otro foco que colapsó. Miren lo que decían, y esto en Lambayeque: “uno de cada tres fallecidos muere en su casa o en las primeras 24 horas”. Es decir que los pacientes fallecían en la casa por distintas razones: ignorancia, pues no se les dijo qué signos hay que vigilar o eran rechazados porque ya los hospitales

no tenían camas, y los llevaban hasta las últimas como hemos visto en la televisión. Un dato interesante es la tasa de ataque en los hogares. “Quédese en casa”, la famosa frase, era más importante en Chiclayo que en China. Entonces, qué tipo de cuarentena hicieron, qué tipo de distanciamiento es otro tema que hay que evaluar también. “En la casa” fue un ataque importante, por eso es que cuando uno hace los famosos cercos comunitarios o una cuarentena focalizada, como correctamente se hizo con los primeros peruanos que llegaron del extranjero en hoteles separados con vigilancia, eso es lo que debía haber hecho el Gobierno a lo largo y ancho del Perú. Las cuarentenas focalizadas que son las más fáciles de hacer y no está cuarentena chicha que estamos viendo hoy día en estas semanas en Lima particularmente.

El Gobierno tuvo su éxito al comienzo -hay que reconocerlo-, pero después la cuarentena ya no funciona, especialmente en Lima, y el tipo de cuarentena exactamente es para estos ambulantes, estos asintomáticos que circulan, que tienen que ir a trabajar; pero el enfoque es integral, que es el otro tema que al final comentaremos. Las brigadas que han salido muchas veces detectan casos leves, esto es lo que pasa en Chiclayo, y -tal como el slide que vi de Jorge Alarcón- muchos fallecidos no estaban en el sistema de vigilancia. Cuán importante es la vigilancia, obviamente es una herramienta fundamental. ¿Qué dijo el epidemiólogo para detectar tempranamente los casos? Otro tema es el famoso 113, que en mi opinión también fracasó. Confiamos en el 113 y realmente es una herramienta. Hagamos una encuesta. Yo creo que el 80% de llamadas no eran contestadas, y eso es bien importante cuando usamos la modernidad para tratar de resolver problemas, leves en su mayor parte. Entonces, cuando uno hablaba con las autoridades, y con los alcaldes con quienes nos hemos reunido, sobre cómo enfrentar este tema que no es inventado por nosotros, ni por el Colegio, se hablaba de que es una herramienta de trabajo que ha funcionado. Por eso ahora, en la segunda parte, cómo estos esquemas han funcionado en otras epidemias; entonces, para el primer nivel de atención en el que todos coincidimos (que es la gran revolución que tiene que hacerse, ya en eso no hay discusión, creo que todo el mundo está de acuerdo), hay que hacer, pues, los temas referenciales: las clínicas, el manejo sindrómico.

Recuerden: en las primeras semanas –claro, epidemia nueva- la gente está desesperada porque le hagan la prueba molecular o la rápida, y el manejo sindrómico no fue muy enfatizado, porque los síntomas que uno maneja en una epidemia son los que definen el manejo sindrómico, y eso ha pasado con el cólera, ha pasado en el dengue, ha pasado en la enfermedad de Carrión. Y eso creo que es otra debilidad para el manejo primario, incluso creo que es una cosa que podemos hacer muy bien, ha dicho Jorge. Esta epidemia la tenemos para rato y, si manejamos bien el síndrome sindrómico de lo que hemos aprendido, va a ser mucho más fácil resistirse o detener ante los hospitales ya colapsados. Van a ser incorporados por el Estado estos equipos que van a recoger muestras. Analicemos si tienen una utilidad los llamados equipos de respuesta rápida. Desligados de todo el enfoque integral pueden perder efecto, y eso es un tema que lo conversaremos al final. Obviamente en el nivel primario hay que dotar con todo lo mínimo, no sólo de recursos humanos bien protegidos, medicamentos que hoy se han consensado, el paracetamol, la hidroxiclороquina y la ivermectina, tal como ustedes escucharon la semana pasada al Dr. Eduardo Gotuzzo en el comité de expertos. Dentro de las pocas armas que tenemos en el nivel de la primera semana las estamos empleando, y eso hasta que salgan los estudios, cosa que demora hasta octubre.

El manejo clínico que siempre hemos defendido lo defenderemos, porque herramientas tenemos que dar y no decir que “bueno que tienes COVID, anda a tomar tu paracetamol” y que siga la historia natural. Es un tema ético en mi opinión. Hay gente que tiene otra posición, pero en el nivel primario tenemos que ser honestos y decirle “no te automediques; pero, además, si tienes esos síntomas de alarma, ¡ojo! es peligroso y hay que tener mucho cuidado”. Junto con eso hay una cosa vital que falló, y ha fallado a pesar de los esfuerzos del Gobierno. Hemos conversado con el premier, con el presidente: no pueden faltar los EPP. Y eso también ha fallado en España, no solamente en el Perú, ha fallado en muchos países y eso es bien importante en el manejo de la seguridad de nuestros soldados que incluyen al personal de Salud. Hasta las ambulancias han fallado. Es increíble que haya habido gente que buscaba SAMU y no conseguía SAMU. Yo tenía que hablar muchas veces a la Dra. Pilar Mazzetti o al Dr. Óscar Ugarte -desde acá le saludo, que se recupere- para que nos apoyara porque había colegas, pacientes que nos pedían.

Todo el tema logístico y el tema de la teleconsulta, la telemedicina, que creo que ya cae de maduro, la necesidad de estar conectados en todos los niveles. Yo recuerdo un proyecto en la selva de una Dra. Blas sobre el uso de teléfonos para las madres, fíjate qué interesante. Si en la selva funcionaban modelos de telemedicina aplicada en el campo, ¿por qué no en esta pandemia? Y un tema que también nos ha afectado, el tema de los pacientes crónicos. Prácticamente los pacientes crónicos no van a los hospitales y se mueren en su casa. No se controla el tema, y eso forma también parte del descuido. Entonces, en el enfoque tiene que haber una decisión política y ahí creo que ha habido un desencuentro de las regiones, de los alcaldes con el Gobierno. Reconozco el gran esfuerzo económico, dedicación, entrega del equipo actual del presidente Vizcarra. Repito que no se ha tenido en cuenta a muchos expertos en brotes epidémicos, ya lo dijo el Dr. Alarcón; y también, en esta etapa tan crítica, hasta el oxígeno nadie lo previó, y es un tema grave, el oxígeno, una cosa elemental. Y todo requiere recursos. En eso no podemos negar que el recurso tiene que ser bien invertido, bien planificado. Para eso hay la ley de emergencia, que es correcto implementarla.

Vayamos a los ejemplos para la segunda parte, no solamente ejemplos históricos. Son las epidemias en las que muchos de nosotros hemos participado, y muchos con éxito. Muchas epidemias, en una época incluso de Sendero Luminoso, en épocas de menos recursos hemos logrado controlar o minimizar muchas de estas. Entonces, hay una experiencia grande en el Perú donde se definían los actores sociales, qué nivel interviene y qué estrategias. Esos son manuales y guías. Recuerdo que el Dr. Suárez nos comentó en una entrevista que él los había dejado cuando fue director del CDC. Había manuales incluso en relación a las epidemias últimas que hemos tenido. No fueron considerados en esta pandemia, y eso es un error, no recordar la historia. La historia es muy importante y creo que hay que aprender de la historia en el cólera. Gran parte de la contención no fue hospitalaria, fue básicamente comunitaria, y ahí el gran rol que tuvieron todos los agentes comunitarios y toda la sociedad. Yo diría que el Perú es un ejemplo para el mundo, en una época muy dura con una letalidad del 1% de más de 330,000 y la mayor parte fueron con manejo sindrómico, pero ahí inclusive se investigó, ahí se logró que después de años desapareciera el cólera y la fiebre tifoidea, ahí aprendimos a revivir el lavado de

manos. Estas experiencias están en varios documentos técnicos en malaria.

Malaria había en muchos lugares, en la costa, en la sierra y la selva y era un tema que requería, pues, muchas inversiones y apoyo, y también hubo distintos niveles de intervención locales, regionales con campaña de vigilancia, planificación, todo lo que ustedes conocen, y la malaria se logró controlar finalmente después de años. Miren cómo la importancia del nivel primario y la decisión política logró eso en la década del 90 al 2000, prácticamente se eliminó en gran parte de la costa y los valles interandinos y se focalizó en la Amazonía y algunos lugares –digamos- que todavía tienen remanentes. O sea, sí funcionaron las estrategias comunitarias y con distintos documentos de trabajo que no voy a detenerme a detallar. Este es el informe que dio el Dr. Neyra en relación a la malaria. Respecto al dengue, que obviamente es un tema no resuelto, también se han llevado a cabo grandes y exitosos trabajos en muchos lugares. Hay lugares difíciles por cuanto no son sostenibles los programas, los recursos son recortados, hay cambios de gobiernos, siempre la parte política. Pero con la gente local nosotros hemos trabajado con el Dr. Falconi y el Dr. Legua en el control de la lepra en la Amazonía, visitamos todas esas comunidades y había notables sanitarios, los famosos sanichos, y gracias a un esfuerzo conjunto logramos el control de la lepra, también trabajando en el campo con el apoyo político. Sin eso era imposible el trabajo. Y ahí está el dengue que en un momento fue muy extendido. Obviamente se lograron muchos avances, aunque ahora ha reemergido el dengue en muchas zonas donde se había controlado, y eso es porque es una enfermedad que en el mundo no ha sido controlada. Recuerden que el dengue es una de las enfermedades que no tiene control en el mundo y tiende a su expansión. A propósito del dengue, un colega médico ha hecho una observación interesante que hay que investigar. Dejando Lima y Callao -él dice, y es un colega investigador-, en los lugares donde hay más dengue ha habido más COVID. Él menciona el norte, menciona la Amazonía, hace poco tenemos un brote en Ica, y no le falta razón porque estamos aprendiendo. Comento lo que el colega me informó hace unos días.

Y vayamos al concepto de cerco, que significa el punto de vista de implementación, y me alegro que lo haya mencionado Jorge. Esta epidemia no termina en julio ni agosto, esto va a continuar y este es un concepto

nuevamente a retomarlo. Primero, la vigilancia. Como se hizo con la población de inmigrantes que se quedó en Lima. ¿Y qué se hizo? Se hizo la prueba. Mal que bien, la prueba funciona. ¿Y qué hicieron en Huancavelica? Se les puso, no en sus casas sino en locales comunales con vigilancia de los sospechosos. Se llevaron a Huancavelica, se les ayudó y se les dio comida, y eso está funcionando con los migrantes. O en el caso de los que vinieron de España o de Europa, a quienes se aisló al comienzo en su casa, después en muchos hoteles 4 y 5 estrellas para no estar en contacto. Entonces esta vigilancia que hoy se está haciendo tardíamente en los mercados y en los paraderos debería haberse hecho desde el comienzo. No se tenían las armas. Lo ideal es la prueba molecular, pero no es fácil hacerlo en todo lugar. En la medida que vas teniendo los casos, tú puedes ampliar o reducir estas medidas de los contactos que tienen que hacerse de manera sistemática. El cerco sanitario es que, una vez que tú vigilas los lugares, vas aislando los casos para evitar que la gente se contagie en la casa, en el barrio y en el mercado donde trabaja. Eso no se está haciendo todavía en gran parte de Lima, se ha hecho en algunos lugares, y al final mencionaré algún ejemplo. Entonces el cerco en concreto, su concepto es una respuesta integral, una respuesta que se hace en un determinado lugar y en forma articulada. Parece sencilla la frase, “integral” en un lugar o lugares determinados y articulados. Por ejemplo, uno ve al pobre alcalde Forsyth lleno de ambulantes, lleno de gente en la parada, solito, llama al Ministerio de Defensa, llama a sus guachimanes, persiguen a la gente, eso no es una estrategia de cerco comunitario; por eso, va a fracasar si seguimos con ese modelo represivo. Es cierto, la gente tiene que comer, pero a la gente hay que darle las armas y explicarles, es un proceso complicado en una pandemia tan nueva.

Esto es una cosa mucho más bonita académicamente, donde es importante el tema de la comunicación, el control ambiental y el –digamos- diagnóstico epidemiológico. Ya hemos señalado el tratamiento y todo lo que tiene que hacerse en el manejo de los centros y postas. Si uno quiere hacer un cerco tiene que integrar todo, no solamente a un grupo de gente. Y eso no ha sucedido. Tal vez en Cajamarca sí ha sucedido, por propia decisión política, por decisión de los propios ronderos. Los ronderos han sido los guachimanes o los policías. Acá a los policías ni los han respetado, y obviamente este enfoque integral tiene que hacerse

en todo el barrio, en todo el distrito. Esto es un poco lo que los documentos sustentan de las estrategias comunitarias, de los denominados cercos comunitarios.

Primero, como dicen, buen diagnóstico, el famoso síndrome, no esperar la prueba rápida o no esperar todavía la prueba molecular; el aislamiento, como se ha hecho en los hoteles, en los colegios; y el tratamiento precoz, en base a lo que ya se ha normado para el Perú, en el sentido de los casos leves como factor de riesgo, tal como fue conversado en la sesión anterior. Y un tema que hemos tenido desde hace semanas, el Seguro tenía localizada la georeferencia, ¿Y por qué con eso no se ha usado? Hablamos con varios alcaldes, este concepto no lo tenía claro el alcalde de San Juan Lurigancho; hemos estado con el de Puente Piedra, el alcalde de Chaclacayo y otros, y no tenían este concepto. Fíjense: ¡Un concepto que es vital para el control! Además de tener ya las georeferencias 11 de los grandes distritos de Lima, la sectorización que hemos comentado, qué áreas van a hacer cuarentena. Veía en el mercado de frutas, el cerro el Pino. El cerro el Pino... ¡qué van a hacer cuarentena ahí! Es imposible. Aparte, son zonas de extremo hacinamiento, y ahí viene el enfoque de los agentes comunitarios que prácticamente no han participado en este control. Luego, formar comités, así como el Comando COVID. Han faltado los comités, es vital ponerlos en su barrio, ponerlos en la problemática, y el aislamiento era necesario; por ejemplo, en estos mercados contaminados -se les decía- es positivo. ¿Y qué han hecho? Se les ha dejado, se ha cerrado su mercado ¿y qué han hecho con ellos? En realidad, no se les ha aislado. Incluso las casas, muchas son de una o dos personas, ahí pues se contagian. Como murió el colega, el epidemiólogo de Chiclayo. Y el tratamiento como lo hemos comentado. Y la referencia, muy importante cuando funcionan los centros y postas. Esto no ha sucedido, y muchos centros han estado funcionando parcialmente, por miedo, por falta equipos o porque no ha habido la normatividad, y eso hay que decirlo. ¿Estamos a tiempo? Sí, estamos a tiempo, y eso lo veremos en la parte final.

Otro tema es el control ambiental. Hace unos días nos reunimos en el Cono Norte con la gente que trabajó el cólera y nos decían, por ejemplo, el tema de los mercados. Es fácil decir “el mercado le pertenece al alcalde” cuando hoy en el Estado hay una lucha por las competencias, quién decide. Nos dijo el alcalde

de Puente Piedra: “Doctor, ahora estoy limitado, pero es que ahora por la emergencia el Estado interviene”. Fíjense, un tema de tipo legal, y eso significa que los mercados tienen que cambiar porque son y han sido el foco más importante. El medio de transporte. El Perú tiene uno de los peores sistemas de transporte. Por eso digo “las combis son los cómics”, porque es de lo peor que tenemos. Incluso en algún momento dijimos que hay que poner militares en los buses porque, si no, la gente no hace caso. Y los otros programas que son importantes en el tema ambiental, el tema de las viviendas ventiladas. Hace poco me he enterado de que inclusive los aires acondicionados son peligrosos, es un tema nuevo que aparece en el contagio. En conclusión, el tema del ambiente es bien complicado, Lima especialmente, y veremos después algunas cosas y recomendaciones.

Y el tema social, que ya hemos comentado, es muy importante. Cuando conversamos con los comedores populares en el cono Norte, nos decían “Doctor, en mi barrio por Tahuantinsuyo somos gordas, obesas e hipertensas, y no tenemos equipo protección, porque las jóvenes ya no quieren trabajar”. Fíjense cuán importante es escuchar. Hoy se están abriendo los comedores populares, pero esas pobres gorditas van a servir, van a infectarse. Fíjense la importancia de la prevención en los grupos que van a alimentar, porque hay hambre, no basta darles su canasta. Entonces, creo también que, para el control comunitario, tenemos que tener en cuenta mucho los agentes que apoyan en los alimentos. Y los otros temas ya obvios que salen de esta pandemia, como el tema económico. Y mucha gente inclusive nos reunimos con los emprendedores, quieren colaborar en sus líneas de trabajo no solo para las máscaras, para hacer hasta ataúdes. Nos decía un grupo de Villa el Salvador: “nosotros tenemos para hacer mesas, camas de hospitales, pero el Estado no nos llama a los llamados emprendedores”. Son sectores que en esta pandemia no han sido escuchados por distintas razones. Y el tema de la promoción y prevención que cae de maduro, que obviamente es lo más importante, ya lo dicen los expertos: máscara, distanciamiento, agua y jabón, más que preocuparse en otras estrategias. Son importantes, y en eso creo no hay discusión.

El Ministerio sacó esta normatividad, la presentó hace unas semanas, la sacó en plena pandemia, porque – increíble- no había la normativa para manejar las DIRIS.

Ese es, pues, nuestro país chicha que tenemos. Esto lo hizo el Dr. Carbone ex ministro y lo presentó. Creo que hay que reconocer el esfuerzo en medio de la pandemia. Es un tema que rebasó todo lo que ustedes ven, y ahí está cómo se forman los equipos, cómo se captan los pacientes, cómo se les sigue, se los registra y se les hace el seguimiento por visitas, e incluso estas brigadas pueden sugerir el aislamiento. Ahí están las famosas brigadas de respuesta rápida, ahí están los que tienen todos los departamentos y la cantidad que se está haciendo, más obviamente en Lima y el Callao, y es una estrategia que el Gobierno ha priorizado. Nosotros dijimos “perfecto, es una buena estrategia para determinar cuántos infectados tenemos, pero sola, desligada de lo que he señalado, va a perder credibilidad”. Fijense lo que se ha encontrado cuando se ha focalizado en hoteles, en policías, en centros de abasto, en transportistas y en personal de Salud. Nosotros somos 300,000, casi la mitad hemos sido testeados, 144,000, y esto es lo que se obtiene de la información del Ministerio. En los mercados, focos ya conocidos, 44% positividad; esta gente no vive en ese mercado, vive en otros distritos o vende en distritos de clase media y son los que llevan el contagio. Hoy escuchaba una pregunta que me hacían, que los asintomáticos dicen que no contagian, la OMS no cree ese estudio. Realmente hay que tener mucho cuidado con esas noticias de última hora. Los asintomáticos contagian. Lo hemos visto con familias que conocemos y por eso hay que tener mucho cuidado porque casualmente muchos de estos mercados eran y son asintomáticos.

Una amiga periodista me decía: “Ciro, son cholos fuertes, porque ninguno se enferma, no sabemos cuántos han enfermado”. Hay el tema genético que no está todavía dilucidado. Son temas que hay que estudiar. Hay mucha población asintomática; salvo que la prueba no sirva, y la prueba sí sirve. Ya fue publicado un estudio sobre las pruebas por el Dr. Cabezas y colaboradores y es 98% específico y menos de 60% sensible. O sea, hay que creer en las pruebas o, si no, esto no sirve para nada. Aquí están los famosos centros de aislamiento, los Centros de Aislamiento y Seguimiento de Casos, los llama el Ministerio, y ahí están “los casos leves con factor riesgo” sin condiciones de aislamiento domiciliario. Se coordina y se monitoriza y se hace el seguimiento, cosas que por razones de tiempo voy a obviar. Ya hay una estrategia del Gobierno para uso especialmente a

nivel comunitario, y el Presidente señaló que va a tener 5,000 de estos equipos. Ahora tenemos pocos, todavía están trabajando fuerte y esto es lo que dijo el 3 de junio de las muestras, que habían tomado más de un millón, obviamente el porcentaje de positividad fuera el 16%. Mucha gente ha criticado las pruebas rápidas, pero yo diría -y hay que decir la verdad- ¿qué pasa si no hubiéramos tenido este testeo tan importante y masivo? Estaríamos capaz no en el octavo lugar, capaz estamos en el veinteavo lugar y capaz mucha de esta gente sigue contaminando e infectando, y esto es importante. Todo lo que se ha hecho en penales, en asilos o en comunidades nativas sirve, si sirve para parte de la vigilancia. Ojala fuéramos Corea donde se testea con pruebas moleculares, pero no estamos en Corea. Y recuerden cuando empezó la epidemia: sólo en el INS se hacía, y después se amplió a ocho regiones, y luego algunas universidades que tenían hace poco como en Puno. No hay una red nacional de laboratorios, es otra debilidad histórica. No es posible que sigamos dependiendo de un laboratorio en Lima y no tengamos en el Perú una red. La revolución en salud es lo que necesitamos. Cajamarca es un modelo interesante, ¡cero, el mercado modelo! Y hay otros. Acá tenemos el mercado de las Capullanas en Piura con 50%, y distintos porcentajes en el Perú. Acá en Loreto, como ya hemos comentado, tenemos en promedio 14% de los mercados, y eso revela que han sido focos que se están disparando para todos. En las estaciones, que son otros focos que ya hemos comentado, en Caja de Agua 44%, Bayóvar casi 50%; en fin, en casi todos circulaban pasajeros, por eso mucha gente se asustó con este informe, pero esa es la realidad que detectan estas pruebas. Entonces, este enfoque de respuesta rápida, que me parece interesante, desligado de lo que informé del cerco comunitario integral con las autoridades, con los promotores, se va a diluir y nos va a hacer que estos focos de contagio persistan. Creo que es importante, además de ser sostenible obviamente. Ahora por la necesidad se hace esto, y eso lo hemos conversado con el presidente y él nos decía que ahora les toca a los alcaldes; es cierto, pero los alcaldes solos no hacen. Forsyth solo es imposible que controle la Parada; entonces hay que darles la rectoría de los municipios, las armas para que intervengan los mercados, pero no es solamente de tipo punitivo, sino este foco integral que ha funcionado en otras experiencias que hemos comentado brevemente.

Y concluyo ya con las experiencias que se han tenido con el apoyo de algunos gobiernos regionales, alcaldes y agentes comunitarios. El cerco comunitario puede y debe ser ligado al primer nivel, pero siempre con el gobierno local, que es fundamental, y junto con la comunidad organizada. El Perú tiene cuantos agentes comunitarios parteras, promotores; es decir, por nuestra pobreza hemos generado esas cosas, y esto es algo que hay que decir, se ha descuidado, y creo que eso es parte del enfoque integral en el que insistimos. Como lo escuché al ministro de Defensa hace semanas -él hablaba un poco a su estilo (creo que habla mejor que todos), necesitamos que participen todos. Ahí está el Ministerio de Defensa, el Ministerio del Interior, de Transportes, de Salud obviamente. Arriba debe estar el gobierno local, que es lo que hoy evidentemente no se ha hecho en muchos lugares, y la comunidad. Esto es donde tiene que intervenir, y esto -repito- no es una teoría.

Medellín es un modelo también exitoso, Recuerden la zona de narcotráfico de Escobar y otros famosos que conocemos, lugares muy bellos de Colombia. Ha mejorado muchos niveles sociales y económicos. Ellos hicieron también el uso de las tecnologías de bioreferencia y plantearon hacer un cerco temprano efectivo con esta herramienta de bioreferencia. Eso explica cómo en Medellín, a diferencia de otros lugares, ha tenido menos prevalencia esta enfermedad. Ahí está el ejemplo que está en internet, no voy a detenerme en ello.

¿Qué pasa en el Sur? El Sur es pobre. Esto es una información que sacamos de Apurímac, Ayacucho y Moquegua. Salió en un periódico y me gustó esta frase: "las grandes epidemias se han vencido en la población y no en los hospitales, con la prevención obvia". Esto lo dijo un dirigente comunitario que ha analizado su experiencia en estas regiones, los pocos casos que tienen, la poca letalidad. Ayacucho es un lugar muy pobre y Apurímac y Moquegua, que hay sierra y costa también, y analizaban por qué en estas zonas ha funcionado. En Huancavelica ha funcionado. También tuvieron los grandes migrantes, igual que hoy los tiene

Ayacucho. No significa que está en una pandemia como Loreto, pero fíjense lo interesante: primero el enfoque comunitario, eso está escrito. Y luego Cajamarca, creo que desde antes ahí están los ronderos, ahí está digamos todo lo que hicieron: el enfoque -no de represión, ellos son bien duros-, el enfoque integral. Esto creo que es un modelo exitoso, uno tiene que recordar; además, las rondas campesinas, aparte desde el gerente, el alcalde, lograron también evitar el ingreso a la gente de Ecuador. Son modelos propios de cada región. Incluso en Lima, en Cajatambo, el gobierno regional ha estado haciendo sus cercos en Cajatambo.

¿Qué pasa en la sierra desde el punto de vista del enfoque comunitario? Yo soy de San Marcos, Huari a la espalda del Huascarán, y ya tengo vigilando a muchos paisanos. Sorprendentemente los que contaminaron ahí son los de Antamina que vinieron de Lima y contaminaron a algunos de las comunidades, y la prevalencia es muy baja. Igual en muchos lugares de los Andes peruanos. Las razones se están investigando. Hay estudios de Ecuador, Bolivia y de Perú, y señalan que la luz ultravioleta, la adaptación a la hipoxia, la menor densidad poblacional, incluso genéticamente tienen menos receptores ECA-2, y hay menos obesos, hay menos hacinamiento y eso serían los factores, porque las grandes alturas podrían proteger. Y en Lima obviamente ya los focos que hemos comentado.

Y termino con las experiencias que estamos trabajando. Ahí está Zamora en los cercos con la Victoria, con los alcaldes en San Borja estaba trabajando, con los emprendedores de Villa Salvador y Mesa Redonda, con la DISA ESTE, con todos los componentes de un cerco comunitario. Y hace poco el alcalde de La Molina nos invitó para la inauguración de la primera Planta Municipal de Oxígeno que va a servir para todo Lima. Y termino agradeciendo a la Academia y el Colegio Médico tratando siempre de colaborar, ha dado estas ideas y creo que son aplicables; en la medida que funcionan y a pesar de que estamos en Lima en una etapa dura. Para el sostenimiento tendrán que aplicarse de manera creativa.