

# El rol del Comando de Operaciones COVID-19 MINSA, Retos y Perspectivas

---

AA Dra. Pilar Mazzetti Soler<sup>1</sup>

Muchas gracias y muy buenas noches con todos, señor ministro de Salud Víctor Zamora, señor académico de número nuestro presidente de la Academia Nacional de Medicina, Alejandro Bussalleu, señor vice presidente académico de número, Dr. Agustín Iza, y todos los amigos que nos están acompañando esta noche. Quisiera en primer lugar agradecerles por la oportunidad de poder mostrar un poco el trabajo que se está realizando, un trabajo que es fundamental, tremendamente complejo y técnico. Es un trabajo doloroso porque todos nosotros estamos pasando por momentos difíciles y no creo que exista en nuestro país una sola persona que no haya sido tocada por esta terrible pandemia que nos está devastando, en un sistema de salud que ya estaba difícil, en una sociedad complicada y en condiciones de vida donde estábamos levantando bastante bien y ahora nos sentimos tremendamente golpeados.

Quisiera hablarles del rol de todos los integrantes del Comando de Operaciones COVID-19, este Comando temporal que está en el Ministerio de Salud y que trata de unificar todos los subsistemas para hacer una lucha mucho mejor. Para ello empezaremos, en primer lugar, con un breve análisis de cómo nos encontramos en este momento. En la primera lámina vamos a observar algunos detalles en particular. Les pediría que observen cómo se ha ido desplazando a lo largo del mundo esta pandemia y cómo poco a poco ha llegado hasta las

Américas. Podemos, en esta gráfica de la Organización Mundial de Salud, ver cómo va ascendiendo la cantidad de personas afectadas y cómo la pandemia va a ir desplazándose a cada uno de nuestros países. En este pequeño resumen de las Américas, estamos nosotros observando los diferentes países, también de la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, en donde Estados Unidos, en ciertos casos, va en primer lugar, Brasil en segundo lugar y el Perú en tercero en casos confirmados. Y estamos viendo lo más duro, lo más difícil, la tasa de letalidad cruda, donde nosotros nos encontramos en 2.8%. Podemos discutir acerca de cómo se calculan las cifras, los datos que se pierden y todas estas cosas, pero por lo menos tenemos una cifra para que podamos analizar y tratar hasta cierto punto y ver cómo va nuestro esfuerzo frente a los otros esfuerzos.

Sin embargo, recordemos el detalle, nuestro país es un país tremendamente complejo, muchas etnias, muchas lenguas, diferentes enfoques culturales, somos un país muy diverso, de tal manera que de la concepción sencilla de costa, sierra y selva, tenemos que pasar a un país con gran cantidad de ecosistemas. En nuestro territorio se encuentra alrededor del 70% de la biodiversidad del planeta. Ya esto nos habla, en una percepción mucho más moderna y ecológica, de nuestra complejidad. Por consiguiente, nuestra pandemia en realidad son

---

<sup>1</sup>Neuróloga; jefa del Comando de Operaciones COVID-19 MINSA; Directora General del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas; Profesora Facultad de Medicina de San Fernando, Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

varias epidemias a lo largo y ancho de nuestro país con diferentes grados de afectación y con diferentes grados de respuesta. En ese sentido, quiero mostrar esta lámina que genera tantas discusiones. Aquí estamos viendo nosotros la cantidad creciente de casos en relación con casos confirmados mediante las diferentes pruebas. Nuevamente, otro factor relacionado a la discusión: ¿es válido hacerlo con una prueba?, ¿es válido hacerlo con dos?, ¿es válido hacerlo con pruebas moleculares?, ¿pruebas rápidas? Podemos discutir, pero el hecho real es que, mientras más pruebas vamos haciendo, mejor vamos conociendo la cantidad de personas y las cifras van a seguir subiendo.

En el siguiente detalle, estamos observando los casos confirmados, también con la mismas pruebas pero epidemiológicamente notamos un aspecto más interesante, la referencia a los casos confirmados según la fecha de inicio de síntomas. Aquí observamos que, descontando los últimos días -porque siempre hay atraso en la llegada de información- hay una tendencia a que se establezca esta curva. Esto no debe darnos, como ha mencionado el Presidente y lo ha recalado nuestro Ministro, una idea triunfalista, esto debe darnos una idea de que podemos tener algo de esperanza. Recuerden: a través de la fecha de resultados vamos subiendo, y mientras más exámenes hacemos más subiremos. A través de la fecha de inicio de síntomas vemos una tendencia a estabilización, la cual podría cambiar en cualquier momento si tenemos reacciones desatinadas o tenemos algo que haga que nos contagiemos más.

Luego, ¿por qué estamos viendo cada vez en los hospitales y establecimientos personas que tienen un cuadro clínico que amerita hospitalización? Porque, si bien en los casos por fecha de inicio de síntomas nos estamos estabilizando, clínicamente estamos viendo a los que se infectaron antes. Hay un desfase y los que están aquí positivos se van a enfermar dentro de un par de semanas. Entonces, lo que estamos enfrentando nosotros, y para lo cual tenemos que prepararnos, es que durante varias semanas nosotros vamos a tener personas que acuden a nuestros establecimientos demandando atención. Este desfase entre el momento en el cual yo soy positivo y el momento en el cual yo hago un cuadro clínico nos anuncia que la hospitalización y las unidades de cuidados intensivos van a ser importantes durante aproximadamente unas tres o cuatro semanas.

Ahora bien, otro criterio para analizar es cómo hacemos para aumentar camas de hospitalización, y cómo hacemos para aumentar Unidades de Cuidados Intensivos. A través de los diferentes sistemas que tenemos de análisis de la información se construye una serie de tablas. Aquí estamos viendo una tabla que nos habla de la prioridad de las diferentes regiones de nuestro país con los criterios que se están empleando para construir posteriormente el índice de necesidad empleando los valores de tipo Z. Observamos las regiones según prioridad 1, prioridad 2, prioridad 3 y prioridad 4.

Esto nos recuerda la gran importancia de la notificación: que cada una de nuestras regiones y cada uno de nuestros epidemiólogos -o los que hagan sus veces, porque no los hay en todas partes- nos ayuden a registrar los datos de los casos positivos, los datos de los casos sintomáticos, los datos de las personas que perdemos, que fallecen. Esto es muy importante porque ello delimita esta construcción de prioridades. Pero no es el único criterio. Evidentemente las cifras son frías, pero también son hechos que van cambiando antes de que las cifras cambien. Es por eso que tenemos monitores que están contactando a las regiones para saber cómo están, porque hay cosas que no necesariamente aparecen en la cifras; por ejemplo, hemos visto el desplazamiento de personas que se encuentran llegando a diferentes regiones, muchas veces sin ningún control en cuanto a su estado de contagio del virus, por lo que estamos observando un nuevo criterio de riesgo a tener en cuenta. Es tremendamente cambiante, nos guiamos por las cifras que estamos viendo que van cambiando, pero tenemos que recordar la importancia de avisar al monitor de cada región qué es lo que está pasando.

Esto nos lleva a tener que organizarnos como país, y a través de un Decreto de Urgencia y una Resolución Ministerial se organizó el Comando operativo para la lucha contra el COVID-19. Este Comando operativo es temporal y tiene como función específica encargarse de los aspectos vinculados con las Unidades de Cuidados Intensivos y la hospitalización que lleva a ellas. El Comando incluye el Ministerio de Salud, a través de un representante que lo preside y a través de la dirección de operaciones. El brazo operativo del Ministerio de Salud incluye a un representante de EsSalud, el Dr. Óscar Ugarte que afortunadamente está evolucionando

favorablemente en este momento y al cual todos -estoy segura- le estamos enviando nuestros saludos y nuestros parabienes, y estamos también seguros de que va a estar pronto junto con nosotros. Incluye por primera vez a la Asociación de Clínicas Privadas con Alejandro Langberg como su representante. Incluye a nuestra Policía Nacional a través de la presencia del general Yépez. Tenemos a los miembros de nuestra Fuerza Aérea del Perú, el general Córdoba, a los miembros del Ejército Peruano, al General Tapia y al contraalmirante Cacho de la Marina de Guerra del Perú. Tenemos a todos los subsectores juntos, cosa que nunca habíamos tenido antes, y los lineamientos de trabajo tienen que ver con la atención de tipo hospitalario, tienen que ver con los recursos que se requieren para ello, la posibilidad de que podamos aprender de lo que estamos haciendo, gestionarlo, supervisarlo todo viendo si resulta, así como la movilización de recursos en los tres niveles de Gobierno. Hemos colocado en el centro la informatización de los procesos, debido a la gran importancia de tener información para tomar decisiones.

Esto hace que, en la lucha contra el COVID-19, tengamos muy importantes elementos de contención. Este es el momento en el cual tenemos que reconocer la tremenda importancia del primer nivel de atención, la atención ambulatoria, en los equipos de respuesta rápida, de seguimiento clínico y la posibilidad de lograr el tratamiento a las personas que comienzan a tener síntomas, sin olvidarnos de lo que está al final pero que es tan importante como lo anterior, la atención de las personas que tienen otras patologías no vinculadas al COVID. Este primer nivel es el nivel que hace la atención al pie del ciudadano, para evitar hasta donde sea posible o disminuir la posibilidad de que la persona sufra daño, que tenga que ir a una hospitalización y a una Unidad de Cuidados Intensivos donde buscar su recuperación.

Nuestro Comando trabaja en este nivel y, siendo el Comando un nivel de hospitalización y cuidado intensivo, todos los integrantes no dejamos de reconocer la gran importancia de la atención en el primer nivel, la atención que va al pie del ciudadano, que lo acompaña en forma más cercana y que nos permite conseguir la contención del virus. En el nivel en el cual nosotros trabajamos, coordinamos aspectos vinculados con el transporte y, aunque el SAMU y el Sistema de Transporte de EsSalud y de las Fuerzas Armadas tienen su propia organización,

estamos elaborando en este momento un aplicativo que nos va a permitir unir las diferentes ambulancias. La Organización Panamericana de la Salud, en medio de esta pandemia, nos ha proporcionado este aplicativo. Hemos empezado estructurándolo para MINSA y EsSalud y, tan pronto como estos niveles que son más complejos estén preparados, estaremos incorporando también las ambulancias de las Fuerzas Armadas y Policiales y, posteriormente, de los sistemas privados, de tal manera que vamos a poder tener un aplicativo para el futuro donde todos los sistemas estén incluidos.

Desde el punto de vista del trabajo con las camas de hospitalización y de UCI, hemos procedido primero, como voy a explicar en un momento, a reorganizar lo que teníamos, y ahora estamos procediendo a ampliarlo, lo cual implica las camas de hospitalización. Lo primero que tuvimos como producto fue un aplicativo para camas de hospitalización y camas de cuidados intensivos. En ese sentido, estos aplicativos implican nuevamente todos los subsectores que están juntos. Igualmente, a través de las instancias del Ministerio de Salud, contribuimos con opiniones acerca de la medicación que se está necesitando, damos alerta acerca de los medicamentos que puedan estar en riesgo, sobre los equipos de protección personal y demás que estamos viendo aquí. Y uno de los insumos más importantes es el oxígeno, para lo cual también se ha desarrollado desde hace unas 4 o 5 semanas por primera vez un aplicativo que ha centralizado igualmente a todos los subsistemas. De esta manera se está empezando a registrar el consumo de oxígeno, ya sea por cilindros, ya sea a través de redes, si tienen tanques, si tienen sistemas de producción de oxígeno, en fin, diferentes componentes.

Hay alrededor de 500 establecimientos que están registrando su información por primera vez en nuestro país y estamos teniendo información día a día. ¿Qué nos falla? Que alguien no informe o que haya errores al informar. Cuando alguien no informa nos deja sin capacidad correcta de decidir; en cuanto a los errores, apenas los detectamos, los corregimos. Sucede que hay muy pocas personas trabajando, las personas están cansadas, los errores pueden tener lugar, pero están hechos para ser corregidos. Analicemos, antes de ver la evolución de camas de hospitalización y UCI, las diferentes fases de un proceso de contingencia en un contexto como el que estamos viviendo. Esto

es cuando todos estábamos tranquilos y no había el COVID. Por supuesto, teníamos las actividades regulares, pero creo que en esta parte de preparación, para ser honestos, mucho que no nos hemos preparado o tal vez no lo hemos tomado muy en serio. La otra cosa que ha sucedido es que, de los pocos que se prepararon, nadie pudo medir la magnitud del problema que estamos atravesando.

Primera fase, sin afectarse los procesos regulares, optimizamos el número de camas.

Segunda fase, se aumenta el número de camas tomando componentes de otras áreas.

Tercera fase, se empieza a emplear los equipos de formas diferentes para tratar de cubrir la necesidad. Y, finalmente,

Cuarta fase, o el colapso de la red.

Analicemos esto poco a poco. En primer lugar, camas de Unidad de Cuidados Intensivos para COVID. No voy a hablar de camas NO COVID, solamente de las camas COVID. Antes de que tuviéramos esta pandemia, lo que encontrábamos eran unas UCI de diferentes tipos en nuestro país: de adultos y pediátricas. Encontrábamos equipos de ventilación asistida en diferentes lugares, se empleaban en emergencia, en trauma shock, se empleaban en recuperación, se empleaban en otras actividades que tenían necesidad de esto, y las camas de UCI eran camas de UCI con o sin equipos de ventilación asistida, ya que no todas las requieren. A partir de este momento teníamos que reconocer que habíamos empezado a organizarnos lentamente. Los primeros dispositivos que se tomaron, antes de que hubiera plataforma, antes de que hubiera Comando y todo lo demás, fueron los necesarios para que cada uno de los establecimientos buscará organizarse de acuerdo con sus planes. Encontramos 276 camas de cuidados intensivos dedicadas a COVID, como primera medida que tomaron los establecimientos dejando otras camas para otras funciones. La información de esa época era solamente de 120 IPRESS. No había plataforma al 21 de marzo. Empezamos a implementar la plataforma unos días después, y poco a poco tuvimos cada vez más establecimientos, ya divididos entre aquellos que hacen y no hacen COVID. Finalmente ya tenemos un número significativo, relativamente cercano a la realidad, de establecimientos que están teniendo

cuidados intensivos. Igualmente se definió claramente COVID y NO COVID y dos actualizaciones al día. Se hizo una definición específica de lo que se iba a registrar como cama UCI para COVID, como les voy a mostrar en un momento. Poco a poco fuimos avanzando, hasta llegar a tener 1,123 camas de UCI dedicadas a COVID, guardando 757 camas para las otras atenciones. Todo esto significa que hemos ordenado el sistema, hemos incluido en el sistema a personas que nunca estuvieron registradas; poco a poco hemos ordenado que la camas que están aquí sean camas con todas las de la ley para atención de los pacientes COVID.

Sin embargo, miren las cifras, no es posible aumentar más camas de UCI NO Covid porque, si no, ¿cómo atendemos a las demás personas? Es decir, llegamos al límite de nuestra capacidad de reorganización. Por consiguiente, se requiere incorporar nuevos equipos de ventilación asistida, lo que es verdaderamente un drama. Primer drama, que la empresa que nos ofrece o nos vende los equipos de ventilación asistida los pueda hacer, pues muchas de las empresas nos informaron que no podían seguir fabricando. Segundo drama, los fabrican pero lógicamente dan prioridad a quienes pagan más, nos informaban que estaban fabricándolos, pero que no podrían entregarlos en el momento. Tercer drama, encuentren un avión que los traiga. Cuarto drama, encuentran el avión y, como los equipos deben venir de la China, deben hacer escala en algún país; y esto hace que, si ese país tiene normas muy radicales, puede tranquilamente impedir que el avión vuelva a despegar y puede requisar todo el contenido del avión con miras a salvaguardar la salud pública de su población. Por consiguiente, los aviones tenían que partir por rutas tremendamente largas.

Siguiente problema, aterriza el avión en nuestra patria, abrimos el depósito y lo que hay adentro no corresponde a lo que hemos comprado, como ocurrió con las mascarillas. Siguiente asunto era que salieron los ventiladores, pero les faltaban aditamentos o no eran los ventiladores que se quería. Por lo tanto, entre que hayamos comprado ventiladores y los tengamos hay una distancia abismal, hasta el punto que cada vez que van a llegar es un drama verdaderamente para todos los involucrados, porque no sabemos realmente qué es lo que va a pasar. Este es el drama que viven todos los países del mundo, y no es que no hayamos hecho lo que teníamos que hacer, sino que esta es la situación

actual, cruel y devastadora, además de que el precio de los equipos es tremendamente elevado. Es decir, como siempre, la inequidad no solamente ocurre en nuestra patria, sino también es a nivel mundial, donde evidentemente el que tiene más dinero inmediatamente va a buscar ganar más. Por consiguiente, la capacidad de reorganizar llegó al límite, y ahora necesitábamos cosas nuevas, nuevos ventiladores, no cualquiera, ventiladores de alta gama. Ha habido compras que ha hecho el Estado hace varios meses y, de estas compras, dificultades también hemos tenido. De la compra más importante que se ha realizado de 501 equipos de ventilación asistida, los primeros 31 que llegaron no eran adecuados, y los siguientes que llegaron afortunadamente sí, están aquí contabilizados y hemos podido entregar 88 de estos ventiladores. La embajada de China nos regaló 10 ventiladores y la CONFIEP hizo una primera entrega de 10 ventiladores más. Solidaridad existe, y se empezaron a reparar ventiladores tanto para EsSalud como para MINSA con el apoyo de las Fuerzas Armadas, que nos facilitaron los espacios para hacer estas reparaciones, y participaron también con su personal y con las empresas que nos ayudaron con sus especialistas; de esta forma, de los 173 ventiladores que se han entregado para reparación, ya se han repartido 27.

¿Qué implica un ventilador de este tipo? Tener recursos humanos que lo puedan atender, que esté en buenas condiciones, que tenga monitores multiparámetro, que el ventilador sea volumétrico, pues no todos los ventiladores sirven para COVID, y que la cama de UCI tenga todos los equipos que debe tener. De tal manera que una cama de UCI sin equipo de ventilación no es lo que tenemos que registrar. El aplicativo nos permite ver las camas de Unidad de Cuidados Intensivos con ventilador, y aquí se observa que el país cuenta ya con 1,296 equipos de ventilación asistida; ¿cuántos están libres? 185; ¿cuántos están ocupados? 1,111. Les muestro este mismo esquema que es nacional, para los últimos días. Tenemos ventiladores nuevos, que han ingresado de las compras o de las donaciones que refuerzan la cifra. Si uno lo ve de esta manera, diría que tenemos equipos de ventilación asistida libres, el país tiene 185; pero uno de los aspectos más importantes a recordar es que la distribución no necesariamente sigue a la necesidad, depende de factores políticos, depende de capacidad de gestión, depende de economía y de una serie de cosas; entonces, no necesariamente esto

refleja la realidad. Miremos la realidad. Aquí estamos viendo el norte, el oriente, el centro y el sur, en verde tenemos las camas de UCI con ventilador que se encuentran libres. Por ejemplo, en La Libertad, de 55, 9 libres; en Cajamarca, un solo ventilador libre; en Piura, lo mismo; en Ucayali, lo mismo; estamos viendo en la región Lima, sólo dos ventiladores; y en Arequipa, un equipo de ventilación asistida. Esto muestra la importancia de que nos informen, pues si no nos informan, no podemos tomar decisiones correctas. Por eso la información es crítica para poder decidir, porque nos permite ver quién se encuentra en mayor dificultad, y permite tener varias alternativas; por ejemplo, cuál es el establecimiento con problemas y si pertenece a tal o cual subsistema; podemos hacer cálculos acerca de cuántos equipos hay y están libres en EsSalud, en el MINSA, etc. etc., y podemos, inclusive, observarlo por la capital, por el resto del país, por región y ver qué ocurre en Piura, en Junín, en el Cusco o en Huancavelica, ya con mucho más detalle.

¿Qué proyecciones tenemos, desde esta quincena hasta fines de julio? Nuestro objetivo para la quincena de julio es que logremos tener 2,000 equipos de ventilación asistida, pero puede ocurrir que no necesariamente podamos cumplir. Si, por ejemplo, el número de personas afectadas incrementa mucho o si hay algún inconveniente práctico con los equipos que deben llegar, entonces vamos a tener un grupo de equipos de ventilación asistida: 400 que vienen a través de la autoridad de Reconstrucción por Cambio y 92 que vienen a través de la CONFIEP. Hoy día llegaron los 92 ventiladores de la CONFIEP y, además, han llegado equipos de concentradores de oxígeno para nuestras comunidades nativas.

Por consiguiente, este mercado está tremendamente difícil, pero ya tenemos cerca de 500 equipos que van a reforzarlo. Aparte de eso, están los equipos que se han enviado a reparar; hay 109 más que están en proceso de reparación, para lo cual se han comprado repuestos y están en proceso de reparación, habiendo sido difícil conseguir los repuestos. Tenemos otros ventiladores en otras zonas que pueden significar también un apoyo. Algunos establecimientos han pasado ventiladores de otras funciones para poder atender a los pacientes COVID. Tenemos entonces los 92 de la CONFIEP, que la siguiente semana vamos a empezar a repartir, y esperamos que los ventiladores de Reconstrucción por

Cambios también lleguen. El esquema de la distribución de los ventiladores volumétricos en nuestro país, ya sean nuevos por adquisición o nuevos por reparación y que serán repartidos en todas las regiones, es tentativo. A veces en la noche se ha hecho una distribución y en la mañana vemos las cifras y, si notamos que alguna región está en problemas, tenemos que hacer un cambio.

En cuanto a las camas de hospitalización que requieren oxígeno, estamos llegando a 13,600 camas de hospitalización que tienen posibilidad de oxígeno. ¿Por qué tenemos más personas buscando cama con oxígeno? Porque esta distribución, estas camas con oxígeno, no necesariamente se encuentran en la zona en la cual las vamos a necesitar, y necesitamos en esta pandemia reforzar zonas donde van más los pacientes, que no necesariamente son las zonas en donde están las camas. Debemos encontrar, en forma progresiva, una manera de proporcionar camas donde son más necesarias, donde los pacientes van a ir. El esquema por regiones norte, oriente, centro y sur, nos permite ver en qué condiciones nos encontramos. Sin embargo, existen problemas, por ejemplo, por dar una idea solamente de Lima, en ciertos lugares de Lima, como el Cono Norte, como los establecimientos no tienen mucha capacidad de resolución, las personas tienen que desplazarse hasta la parte central de Lima para buscar atención. En realidad, en establecimientos que corresponden al Hospital Cayetano Heredia, Hospital 2 de Mayo, o el Hospital Hipólito Unanue, están recibiendo todos los diferentes componentes del cono Norte y les es muy difícil el dar atención con camas de oxígeno a todos. Igualmente, así como tenemos nosotros la posibilidad de una reorganización y pasar camas de hospitalización con oxígeno que son de otras especialidades a atención por COVID, ello tiene un límite y ahora necesitamos tener camas adicionales para tratar de llegar a una cifra mayor.

Para esto se está procediendo a hacer una ampliación de oferta en varios establecimientos y en varias regiones. De esta manera, no en todos pero sí en una buena cantidad de ellos, pretendemos llegar a cerca de 18,000 camas hacia la quincena de julio para que podamos dar una mejor atención. La expansión hospitalaria está a cargo en parte de EsSalud y en parte del Ministerio de Salud. Y, para las camas de establecimientos de MINSA y EsSalud, esta ampliación de camas de hospitalización está siendo realizada por varios niveles. Tenemos

las diferentes regiones que, a través de sus GORE, han hecho inversiones importantes y han ampliado camas de hospitalización con oxígeno. Muchos de los GORE nos están informando de las plantas que están comprando, de los tanques que están comprando, de las diferentes negociaciones que están haciendo, cada uno con su propia capacidad para poder ayudar. Igualmente el Ministerio de Salud, a través del PRONIS y EsSalud, está ampliando el número de camas con sus propios presupuestos. Igualmente, la Autoridad para la Reconstrucción con Cambios está haciendo lo mismo, y el legado de los Juegos Panamericanos también. Todos están colaborando y esperamos que podamos tener establecimientos con ampliación de camas, funcionando probablemente a fines de este mes y algunas inclusive antes.

Finalmente, quería comentar, por ejemplo, el caso del Hospital 2 de Mayo. Este hospital tiene muchas especialidades y fue uno de los primeros en organizarse para atender casos del COVID. Poco a poco la atención del COVID fue tomando la mayor parte del establecimiento. Siendo un hospital con algunas zonas nuevas pero con muchas zonas muy antiguas, se reorganizó. Los pacientes que tenían otras patologías fueron enviados para ser atendidos al Instituto de Ciencias Neurológicas. Las personas con necesidad de atención de partos -se llegaban a tener hasta 60 partos en un día- fueron derivadas hacia el Instituto Materno Perinatal. Asimismo, ha habido también desplazamiento de niños hacia Emergencias Pediátricas. Observamos cómo se desplazaron las atenciones y se potenció la atención en otros establecimientos para especialidades no relacionadas con el COVID. También estaba previsto el desplazamiento de pacientes hacia el centro de Emergencias Grau y el Hospital Guillermo Almenara, pero estas dos posibilidades no se han podido cumplir, porque es ya muy difícil integrar estas partes de los sistemas y EsSalud tiene una sobrecarga importante de pacientes de tipo COVID. Por consiguiente, ha sido con estos establecimientos como se ha apoyado al Hospital 2 de Mayo.

Esta misma operación se ha hecho con el Hospital Loayza, con el Hospital Unanue, con el Hospital Cayetano Heredia, para derivar a los pacientes de otro tipo hacia otros establecimientos que, en la medida de sus posibilidades, atiendan fundamentalmente a pacientes NO COVID. Este complejo de contingencia se ha hecho en varios establecimientos para apoyarse

en las estructuras de su alrededor. Todos los establecimientos están cambiando y, ahora, la mayor parte de establecimientos grandes son establecimientos de tipo COVID.

Los procesos son desesperantemente lentos. Si hemos hecho el desarrollo de aplicativos, y lo seguimos haciendo, es por la falta de información que existe no solamente en el Ministerio de Salud. En EsSalud también tienen aplicativos en orden, pero también tienen dificultades, como también las Fuerzas Armadas y los Centros Privados. Pero estamos trabajando todos juntos para tratar de reunir información que sea comparable. Tal vez uno de los problemas más difíciles que tenemos es la dificultad para cambiar. Pero ahora todos tenemos que hacer de todo, porque es la única forma en que vamos a poder sobrevivir.

En este momento sucede, en las diferentes ciudades de nuestro país y en los sitios más alejados, que muchas veces los establecimientos tienen de un día para otro ausencia de camas en UCI, de un día para otro les falta el oxígeno, o se cae la presión de oxígeno por 6 horas y se quedan sin llenar el tanque por 3 horas, y así sucesivamente. Estamos en una transición que es preocupante, y todos debemos colaborar para que la red no colapse. Esto no es un trabajo solamente de unas cuantas personas, es un trabajo de todos nosotros, porque tenemos que ser capaces de mantener nuestro sistema de salud durante las semanas que siguen, ya que vamos a tener un mayor número de personas que van a requerir atención médica.

Por eso quiero llamar la atención sobre lo que es muy importante, cuál es el mejor tratamiento para atender a las personas afectadas por el COVID. El mejor sigue siendo la contención, la atención en el primer nivel. Nos hemos demorado en activar estas medidas con todas las fuerzas, pero en este momento se están haciendo esfuerzos en diferentes lugares de nuestra patria. Algunos Gobiernos Regionales han tomado medidas desde los primeros momentos, y en este momento están evolucionando más lentamente en la pandemia gracias a esas medidas. Hay Gobiernos Regionales, por ejemplo los de Huancavelica o Cusco, que han activado su primer nivel desde el inicio. A pesar de que han tenido mucha población que se ha desplazado, muchas veces sin la debida evaluación, ellos mismos han logrado una buena cantidad de contención. Todos estamos expuestos y la

pandemia se va desplazando a diferentes lugares de nuestra patria, pero nuestro primer nivel de atención es el más importante, yo diría que este es el momento más oportuno para el olvidado primer nivel de atención. Muchas cosas tienen que cambiar en nuestra patria a raíz de esta pandemia y están cambiando; sin embargo, tal vez la enseñanza más importante es la de la gran importancia que tiene el primer nivel de atención, de los médicos que trabajan al pie de los pacientes, la gran importancia de la especialidad de médicos de familia que trabajan en este nivel y para los que deberían haber muchas más plazas.

En el tercer nivel, el de la recuperación, es donde estamos todos luchando desde el Comando; pero, incluso desde el Comando, recordamos a todos la importancia del primer nivel de atención. Luego de la difícil experiencia que ha tenido la región Loreto, todos los momentos tan duros que allí sufrieron y cómo empezó a bajar la pandemia, ¿se acabó el resto de los problemas de salud en Loreto? No lo creemos, probablemente no se registraron, no se podía atender a las personas. Entonces, en medio de esta pandemia debemos recordar la continuidad de la atención, considerar a todas las personas que desafortunadamente no hayan podido recibir toda la atención que necesitaban, y esto también es una enseñanza muy importante.

En realidad la pandemia nos ha encontrado con un sistema de salud tremendamente fragmentado y debilitado, con una direccionalidad muy poco clara. Nuestro Estado ha tenido y tiene procesos tremendamente lentos, y lo más preocupante es que, en un momento donde debemos estar todos juntos, nos enfrentamos unos contra otros en una circunstancia en la cual, en lugar de estar peleando, deberíamos estar todos juntos. La información es contradictoria, la información es lenta, y muchas veces desde el Ministerio de Salud buscamos insistentemente información en las regiones. Igualmente somos tremendamente poco reactivos, o sea, hacemos algo sólo cuando algo pasa y, si no pasa, no hacemos nada. Nos es tan difícil, pero tan difícil cambiar. Recordemos que la plasticidad neuronal tiene que empezar, ensayarse desde muy joven y todos debemos desarrollar nuestra capacidad de cambio. Se enfatiza el buscar quién es culpable, en lugar de buscar la solución buscamos al culpable, y esto hace que en nuestro país la capacidad de enfrentar la pandemia disminuya y perdamos mucho tiempo.

Sin embargo, en medio de todo, hemos tenido ejemplos increíbles de solidaridad. Muchas personas en medio de la pandemia ha ido a donar sangre; una persona en el Callao ha estado vendiendo el oxígeno al precio correcto; muchos han reaccionado mostrando que sí podemos hacer frente a un nueva forma de vivir; las muchas personas que salen con su mascarilla, caminan guardando cierta distancia, limpian sus manos cuando van a recibir alguna cosa; ahora estamos tomando una nueva forma de vivir en nuestras casas y en la calle, cuidando a nuestras personas mayores.

Yo creo que esta pandemia nos demuestra que es una oportunidad de cambio en medio del dolor. Para nosotros, los que trabajamos en Salud, tener que atender personas y que luego se nos mueran a la derecha, a la izquierda, arriba y abajo, tener que ver a nuestros compañeros de trabajo también enfermando y muriendo, es tremendamente duro y hace que nos debilitemos todos. Estamos acostumbrados a trabajar con pacientes, a ayudarlos para que la mayoría salga; siempre perderemos a alguno, pero la situación actual es la primera vez que nos sucede. Sin embargo, lo que estamos viendo nos demuestra que sí podemos trabajar juntos, que sí podemos registrar correctamente la información y que sí podemos cambiar. Probablemente la enseñanza más importante aquí es que esto representa una oportunidad de cambio y que, si bien esta pandemia nos está estrujando el cerebro a todos los peruanos, también es real que nos está permitiendo a todos unirnos y empezar a cambiar.

No quiero dejar pasar la oportunidad de dar las gracias a todos aquellos que están trabajando, que están teniendo una entrega tremenda y que están yendo más allá de lo que tienen normado como trabajo, que se exponen, que no tienen inconveniente para ir en medio de la noche, sábados, domingos, y trabajar en las condiciones más difíciles para ayudar a alguna persona. Asimismo, agradecer a todos aquellos que están haciendo esto, en Salud, en Seguridad, la gente de INDECI, los bomberos, el personal de Serenazgo, a todos aquellos que nos cuidan para tratar que estemos más seguros. Darles las gracias por su trabajo y hacer ver que nosotros, los peruanos, sí podemos trabajar juntos y unirnos y tener palabras constructivas y no destructivas para salir adelante en esta pandemia todos juntos, en las mejores condiciones posibles. Muchas gracias a todos.

## Preguntas y comentarios adicionales

### Moderador Dr. Agustín Iza

Pueden hacer sus preguntas y comenzaremos a mencionar algunas interrogantes. Usted ha dicho muy bien que el Comando de Operaciones está constituido por personas del Ministerio de Salud, representantes de EsSalud, de las Fuerzas Armadas y de las Clínicas Particulares en este trabajo de coordinación. ¿Ha sido fácil este trabajo de coordinación con diferentes instituciones de Salud que no están acostumbradas a trabajar en conjunto? ¿Ha sido fácil trabajar con los gobiernos regionales o locales? ¿Cómo se ha manejado la interdisciplinariedad en el Comando de Operaciones? ¿Podemos decir que este Comando de Operaciones puede servir como un modelo, como laboratorio para tomar decisiones basadas en realidades, y de trabajo en conjunto que nos permita llegar a un sistema único o unificado de salud? Esa es la interrogante.

### Dra. Pilar Mazzetti

Será que yo soy una optimista, realmente necesitamos tener un sistema de salud unificado, un sistema de salud que no haga que un grupo vaya por un lado y otro grupo vaya por otro lado. La unión hace la fuerza y, en los países en los cuales la salud funciona mejor, se trabaja con un solo sistema de salud. Para nosotros esto nos ocasiona temor, nos ocasiona dificultades, pérdida de poder, pérdida de capacidad de decisión, nos preocupamos mucho por la posibilidad de perder el financiamiento. Yo creo que la oportunidad que hemos tenido tan dura de trabajar todos juntos muestra que sí podemos hacerlo. Que es fácil no es fácil. Por ejemplo, el intercambio prestacional entre las Clínicas Privadas y el Seguro Integral de Salud es la peor pesadilla. Igualmente las personas que se encargan de EsSalud y del SIS llegaron a un acuerdo después de varias semanas y finalmente el acuerdo no se cumplió.

Entonces, fácil no lo es, pero yo creo que sí es muy importante demostrar que todos podemos trabajar juntos. Algunos gobiernos regionales han tenido dificultad en integrarse y quieren hacer su propia dinámica y, si desean hacer su propia dinámica y tienen esa capacidad, en buena hora. Otros hacen una lista de pedidos muy peculiar, porque estamos en un proceso de descentralización y, en el proceso de descentralización, cada gobierno regional tiene que

asumir sus propias decisiones y su propio presupuesto, y no es cuestión de ir y pedirle a todo el mundo que le solucione el problema. Y otros gobiernos regionales han tenido una muy interesante capacidad de empezar a trabajar con sus epidemiólogos y tomar decisiones desde el principio, y las veces que hemos conversado con ellos, ellos ya habían avanzado y más bien ha sido una oportunidad de poderlos apoyar en otras cosas que les eran más difíciles. Entonces, somos disímiles y creo que sí es importante que todos analicemos nuestra capacidad. En lugar de enfrentarnos y decir ¿por qué no me dan? y ¿por qué no tengo?, en realidad lo que tenemos que hacer es decir qué vamos a hacer, cómo lo estamos haciendo y cómo hacerlo todos juntos, qué hacen unos, qué hacen otros y compartir. El modelo de trabajo con EsSalud, las Clínicas Privadas, la Policía Nacional, nuestra Marina de Guerra, nuestras Fuerzas Armadas, nuestro Ejército ha sido muy interesante. Conversamos casi todos los días a través del zoom y discutimos los temas, nos pasamos información y nos estamos inclusive ayudando para tratar de salir adelante. Es una oportunidad tremenda y un modelo que creo que tiene que fortalecerse con miras a que en algún momento tengamos un sistema de salud único.

#### **Moderador Dr. Agustín Iza**

Muchas gracias. Una segunda pregunta tiene que ver con el primer nivel de atención. El Comando COVID, según lo que hemos leído en la norma y según lo ha mencionado, estaba destinado fundamentalmente a las camas UCI y a mejorar el primer o el tercer nivel de atención. La atención del primer nivel se vio disminuida, las Postas y los Centros de Salud prácticamente no atendían, la atención se ha centrado fundamentalmente en el COVID, y todos sabemos que las personas con más morbilidades pueden tener peores resultados en el COVID. Creo que resulta fácil entender que en el primer nivel de atención deben verse las enfermedades crónicas no transmisibles, pues en la medida que esas enfermedades crónicas no transmisibles estén mejor manejadas, el riesgo obviamente disminuye. Pero lo que estamos viendo es que estas actividades del Comando de Operaciones se destinaron fundamentalmente al tercer nivel de atención. Ahora vemos con satisfacción que también va al primer nivel de atención y debería ir -como usted dice muy bien- con mucha fuerza para que la contención sea realmente ayudada. La pregunta

ahora es ¿el Comando COVID va a manejar el primer nivel de atención o el primer nivel de atención lo maneja el Ministerio de Salud? ¿Vamos a tener un primer nivel de atención que vaya a los domicilios con medicamentos y que haga el seguimiento de los pacientes? ¿De qué manera telemedicina o la plataforma puede ayudar a educar a las personas ahora que se levanta la cuarentena y van a salir? Porque ya están saliendo, porque ya mucha gente ha salido desbordando. ¿No cree que telemedicina puede ayudar también al primer nivel de atención haciendo una educación que sea más lúdica, que pasemos, de un manejo de quitar las cosas al pueblo y de perseguirlo, a educarlo en responsabilidad? ¿No cree que educar en responsabilidad significa hacer una educación lúdica, una educación que sea accesible, que sea reiterativa, pero que ayude a que la gente entienda que este problema es un problema de todos y que, si tienen cerca personal de Salud, será más fácil que la pandemia disminuya gradualmente? Algún comentario sobre eso. Pero antes quería complementar con la importancia que tiene la comunidad en el primer nivel de atención. Creo que a eso no se le ha dado la debida importancia; me parece que es muy difícil que podamos contener toda la pandemia, si es que no tenemos la ayuda de la comunidad. Los problemas de salud son problemas de todos, no son problemas de los médicos, y alguien dijo con alguna lucidez que, así como la justicia es muy importante como para dejarla en manos de los abogados, la salud también es muy importante para que esté solamente en manos de los médicos. Hay determinantes sociales que tienen que ser manejados comunitariamente. ¿Alguna opinión o algún comentario sobre todo esto?

#### **Dra. Pilar Mazzetti**

Cómo no, el primer nivel es el más importante para evitar que las personas puedan exponerse al virus, punto uno; y el primer nivel es el más importante para detectar a las personas que tienen un cuadro clínico que está comenzando. En ese sentido, en realidad, algo se ha hecho, pero es cierto que debimos hacerlo tal vez más rápido. La idiosincrasia de nuestro país hace que todos pensemos que la solución es el hospital, pero en realidad en este caso el hospital lo único que hace es remediar lo que ha pasado, el daño que ya existe. En el primer nivel tenemos ya varias cosas importantes, muchas regiones han realmente trabajado en el primer

nivel. Mientras, los demás estábamos viendo en los primeros 15 días cómo hacíamos sobrevivir a la gente que estaba poniéndose grave, porque lo más visible es cuando la gente se pone grave, le falta oxígeno y empieza a tener serias dificultades. Entonces, cuando se formó el Comando, esos primeros días fueron muy difíciles y hemos tenido que encontrar la forma de salvar a la gente que estaba realmente muy grave. Pero el primer nivel de atención es más importante. En el primer nivel tenemos varias cosas, en primer las DIRIS y DIRESAS, ellas son responsables del primer nivel de atención. MINSA tiene muchos más establecimientos relacionados con el primer nivel. Las otras instituciones, por ejemplo, ESSALUD, por ejemplo las Fuerzas Armadas y Policiales, los Centros Privados. En realidad es poca la cantidad de establecimientos que tienen el primer nivel. El peso mayor ha sido siempre de MINSA. En MINSA, Salud Pública nos ayuda en la parte de organización, cómo se hace, qué se brinda, etc. y la Dirección de Operaciones se encarga de ver el personal, la formación de los equipos, etc. Entonces hay una simbiosis entre EsSalud, Salud Pública y la Dirección de Operaciones. A esto se ha añadido una unión más, la de las Fuerzas Armadas, a través de “Te Cuido Perú”. Se han incorporado y están integrándose con la atención de las personas en casa y acompañan a los equipos, los ayudan a desplazarse, los ayudan a que no tengan dificultades. Esa es una simbiosis tremendamente útil. Por ejemplo, últimamente se está haciendo una intervención que se llama Tayta, por lo importante que es encontrar a nuestros adultos mayores con morbilidades y que podamos encontrarlos en la casa, prepararlos, y tomarles pruebas si fuera necesario y darles su medicación.

Por otro lado, Telesalud no solamente hace intervenciones y reuniones como esta, en donde participamos los que estamos de Salud. Para la comunidad también se han hecho una serie de presentaciones que ayudan a las personas a entender cómo cuidarse, cómo cuidar las mascarillas, cómo cuidar una serie de factores que se están difundiendo, dónde atenderse cuando uno tiene problemas diferentes al COVID. Me parece que la posibilidad de emplear Telesalud es tremendamente útil. A través de Telesalud y Telecapacitación se ha empezado a hacer, por ejemplo, el reparto de medicamentos en sus

casas a las personas con patologías crónicas. En mi especialidad, por ejemplo, de neurología, en Ciencias Neurológicas, en coordinación con las DIRIS, se ha empezado a repartir medicamentos a las personas con epilepsia, a las personas con párkinson, y a las personas con Enfermedad de Alzheimer. Y así igualmente se está haciendo entrenamientos para la parte de vacunación, acto que se vuelve tan importante en esta época del año. Entonces, el esfuerzo ciertamente está todavía un tanto menos visible, pero el que no esté muy visible no quiere decir que no se haga. Como ya les he dicho, en Cusco, Huancavelica, Moquegua, Tacna, están haciendo trabajo en el primer nivel de forma muy activa. Acá en Lima las DIRIS están haciendo el mismo trabajo, y las comunidades nativas de muchos lugares también se están organizando, porque todos debemos participar de acuerdo a lo que nos parece más adecuado para nuestra población.

Me parece que nos falta difundir más las cosas, me parece que nos falta cohesionarlas más y hacer con ellas una sistematización, para que todos participemos por igual. Todavía nos falta fuerza en el primer nivel y nos falta levantarnos más en grupo. No hay ciertamente mucha experiencia, pero como ya lo dije hace un momento, esta es la hora del primer nivel y es muy importante que el primer nivel se active. En los niveles 1.3 y 1.4 están también organizándose para poder proporcionar oxígeno y, en los sitios más alejados, concentradores de oxígeno, porque no vamos a poder movilizar a las personas en sitios muy alejados, y van a ayudarnos a cubrir esta alternativa. Nos falta un poco más de experiencia, nos falta un poco más de cohesión, pero yo sí creo que esto es posible y se están reproduciendo todas las experiencias cada vez más.

#### **Moderador Dr. Agustín Iza**

Yo espero, como lo esperan todos, que ahora que se abra y se amplíe el primer nivel de atención, los profesionales de Salud tengan equipo de protección personal. Creo que esto es un tema delicado, un tema que ha causado mucho dolor. Creo que interpreto bien el sentimiento de todos de que nuestro personal de Salud, y en general todos los que han puesto el pecho para estar cerca de los pacientes, reciban la protección que se merecen. Ojalá que el Estado en algún momento pueda reconocer a aquellos que cayeron sirviendo al

Perú y que algo se haga por las familias de aquellos policías, médicos, enfermeros, trabajadores en serenazgos, etc., que han brindado su vida para tratar de ayudar a los pacientes. Vulnerabilidad e inequidad son dos temas importantes en salud, como decía hace un rato. Solucionar los problemas de salud incluye determinar cosas importantes como saneamiento, como pobreza, como educación, medio ambiente. Obviamente no todos tenemos, no todos recibimos la misma calidad de atención y existe inequidad importante en los servicios de salud. ¿Cómo hacemos, Dra. Mazzetti, para acercarnos a la equidad y disminuir la vulnerabilidad de nuestra población?

### **Dra. Pilar Mazzetti**

Me parece que es complejo, porque no tenemos continuidad. Un gobierno o una autoridad analiza el problema y plantea una serie de medidas para ir disminuyendo la inequidad que existe y que es real, y luego empieza a hacer algo. De pronto cambia y aparece otra persona con una idea diferente, que de repente es buena, pero es diferente y hace que tengamos que perder tiempo y volver a comenzar nuevamente. Necesitamos estabilidad. Hemos tenido varios ministros de Salud últimamente, y eso ha hecho que cada vez que hay un cambio de ministro, habitualmente el director de un establecimiento, que es un funcionario de confianza, pone su cargo a disposición. Hemos tenido tantos cambios y tan rápidamente que los directores ya nos hemos olvidado de poner el cargo a disposición, simplemente porque más rápido cambian al ministro que cambian al director. Entonces, eso nos habla de cómo estamos desorganizados. Para que haya equidad tiene que haber continuidad en las acciones, porque corregir la inequidad no se puede hacer muy rápidamente.

Por eso es muy importante que la inequidad se reduzca pero que comience por casa. Con perdón de los que me puedan estar escuchando, pero realmente nosotros, el Estado, somos uno de los peores maltratadores de nuestros trabajadores. Las personas que trabajan en Salud se están arriesgando, no tenemos todo lo necesario para protegerlas y, sin embargo, no nos organizamos para proteger a nuestro personal, como estableciendo un sistema de transporte para que nuestro personal pueda ir al establecimiento en condiciones de menor riesgo. Poca es la posibilidad de que a la persona

que está haciendo trabajo en el establecimiento se le haga un seguimiento ordenado, que haya un orden que permita que la persona que está trabajando tenga un tipo de prueba de inicio y sistemáticamente pruebas que permitan hacerle el seguimiento a lo largo de su trabajo, que la persona que está trabajando tenga por lo menos la posibilidad de tener algún pago adicional y no que salga después de varias semanas. Si no tuviéramos a la gente que hace las adquisiciones, por ejemplo, ¿quién prepararía la orden de compra cuando hay que hacer la cremación de un cuerpo y la familia está esperando? Alguien tiene que hacer la orden de compra. Entonces, nuestro personal administrativo está trabajando, nuestros choferes están trabajando, nuestra gente de mantenimiento está trabajando y solamente les entregamos bonos de vez en cuando a unas cuantas personas. El que atiende a pacientes no COVID está teniendo muchos más pacientes, porque los pacientes COVID son atendidos por el otro grupo. Además, el que va al hospital para atender no COVID corre el riesgo de infectarse. Por consiguiente, miren toda la desorganización que tenemos. Por eso digo que necesitamos una direccionalidad, necesitamos una idea conjunta.

Mucho se dice que vamos a reformar, vamos a hacer, pero –miren- a lo largo de 30 años de servicio no sé cuántas reformas ya se han planteado ¿verdad? Acaba de salir la norma de reforma. La verdad es que, con respecto a las reformas, tal vez deberíamos comenzar por hacer bien lo que hacemos; no importa bajo qué modelo, pero aunque sea eso, hacerlo bien en lugar de seguir peleando por reformas que al final nunca vamos a cumplir. Por eso, lo más importante en estas circunstancias de repente es ser un poco más pragmáticos y empezar protegiendo lo más importante que tenemos, que son nuestros recursos humanos. Nuestros recursos humanos son lo más importante y tenemos que encontrar formas de protegerlos. Por ejemplo, en MINSA, en EsSalud, en las Fuerzas Armadas Tayta debió comenzar por nuestros pensionistas, porque son gente que ha dado al país años de sus vidas en Salud. Entonces sería muy interesante que Tayta haga un barrido de la situación de todos nuestros pensionistas y alguna vez demos honor a quien lo merece. Me parece que tenemos que ajustar muchas cosas, pero la inequidad comienza por los trabajadores de Salud.

Pasa también por grupos humanos, como por ejemplo la inequidad que tenemos ahora con nuestras comunidades nativas que están aisladas. En este momento felizmente ya llegaron los primeros concentradores de oxígeno y hay una compra que está en curso para poderlos auxiliar. Ha pasado mucho tiempo y la pandemia se va deslizando de las ciudades hacia el interior del país, hacia esas zonas y en ellas están corriendo un riesgo importante. Creo que nos falta mucho por ajustar y ya les digo, hasta cierto punto -discúlpenme los académicos que trabajan en estas cosas- pero ya me cansé de pensar en reformas y tal vez habría que pensar pragmáticamente en hacer bien lo poco que estamos haciendo.

#### **Moderador Dr. Agustín Iza**

Las dos últimas preguntas, porque desgraciadamente algunas preguntas no van a poder ser respondidas por razones de tiempo.

1) No puedo dejar de preguntar sobre el asunto del oxígeno. Usted ha explicado que los aplicativos han ayudado, pero parece ser que la velocidad con que se ha presentado la carencia de oxígeno ganó a la predicción. Para todos los que somos profesionales de salud sabemos que oxígeno es vida y, cuando lo recetamos o indicamos oxígeno a un paciente, es porque realmente está mal y su vida peligra. Realmente uno no puede dejar de tener pena de ver a la gente haciendo cola para buscar oxígeno, es algo que esta pandemia nos ha demostrado por primera vez. Realmente es triste. Yo quisiera que usted comentara nuevamente las formas a través de las cuales la deficiencia del oxígeno tendrá que disminuir muy rápidamente y muy marcadamente. Esa es mi penúltima pregunta.

#### **Dra. Pilar Mazzetti**

Sobre el oxígeno se empezó a trabajar en realidad varias semanas atrás, antes de que apareciera el decreto de urgencia. El gran problema que ha habido es encontrar el cálculo y la cifra, porque al principio todos estábamos holgados y las empresas que contratan con el Estado para proporcionar el oxígeno estaban todavía con capacidad de poder surtir y aumentar más la cantidad de oxígeno de tipo medicinal. Posteriormente a eso, se dictó una serie de medidas que permitían que las empresas pudieran trabajar más horas al día.

Normalmente trabajan 8 horas y se les autorizó para que pudieran trabajar el doble. No pueden trabajar las 24 horas porque los equipos se malogran. Luego, se procedió también a facilitar la concentración de oxígeno, porque el oxígeno medicinal en muchos países tiene una concentración de 93% en adelante, y nuestra norma era muy estricta, en 95%. Con eso también se logró compensar. Pero efectivamente, tal como está mencionando, no teníamos una cifra por ningún lado y empezamos a elaborar el sistema para reportar el consumo de oxígeno que también ha sido complejo, porque cada uno reporta de diferentes maneras, y ponernos de acuerdo nos tomó prácticamente entre 3 y 5 semanas. Junto con esto las autoridades a cargo de este sistema han participado y han sido un gran apoyo. PCM ha sido un gran apoyo, el Ministerio de la Producción y otros ministerios que tienen que ver con las empresas que fabrican oxígeno para uso de este tipo en diferentes empresas de minería y de otras cosas. Todos han participado y el Ministerio de Salud ha ido reuniendo la información y se ha logrado obtener un financiamiento, lo que nos permite autorizar la compra de oxígeno en el extranjero, si fuera necesario. En segundo lugar, ha permitido también que se puedan comprar los concentradores y los generadores. Se ha destinado presupuesto para hacer los sistemas de almacenamiento, los cilindros que puedan ser necesarios, porque lo óptimo no es el cilindro, lo óptimo es tener una red; ella es más eficiente y regula mejor el consumo, además de que así se surte de una sola vez para varios días y con eso estamos mucho mejor. Pero también se ha previsto la compra de cilindros de oxígeno para los lugares que puedan necesitarlos, y se ha previsto la construcción de plantas de oxígeno. En esto varios gobiernos regionales han reaccionado con mucha rapidez, han hecho reparar plantas de oxígeno, han comprado plantas de oxígeno. Se están inaugurando varias plantas de oxígeno en algunas regiones, ya que ha habido una respuesta hasta cierto punto rápida. Pero creo que nos han ganado las circunstancias y ha sido mucho más rápido lo que ha avanzado la necesidad. El decreto de urgencia nos permite la adquisición en el extranjero, nos permite reparar los sistemas que estén malogrados, ya sean redes o tanques o plantas y nos permite también comprar los mismos sistemas y, además, generadores y concentradores de oxígeno donde sea necesario.

### **Moderador Dr. Agustín Iza**

En vez de una van a ser dos preguntas. El Hospital 2 de Mayo es un hospital emblemático en la medicina peruana, donde muchos de nosotros pasamos nuestros años estudiantiles, algunos hicieron su residency y hemos tenido profesores de mucha calidad; y además, históricamente, es uno de los sitios donde comenzó la medicina. Ha sido triste ver, en una página de un diario local, que la letalidad en el Perú puede ser 2.8, 2.7% pero la letalidad del Hospital 2 de Mayo es más de 30%. ¿Qué ha ocurrido en el hospital 2 de Mayo, para que eso tenga lugar? Usted ha mencionado que el Hospital 2 de Mayo es un Hospital COVID y, entonces, los pacientes del 2 de Mayo que tenían otras patologías fueron a otros hospitales -en algunos con éxito y en otros con una dificultad-; pero ahí hay médicos capacitados, ahí hay médicos que conocen de medicina, que tienen cariño y amor por la medicina, y estoy seguro de que han puesto sus mejores esfuerzos. ¿Cuál es la explicación para que esto suceda en un hospital que todos estimamos y que no queremos que pierda imagen, diciéndose que en ese hospital mueren muchos más que en otras partes del país? Yo creo que es deber nuestro como médicos conocer y saber en qué podemos ayudar todos para que esto no suceda, si es que realmente esto está sucediendo. Esa es la primera pregunta, y la segunda y última es: ¿Vamos a tener confinamiento local? ¿Vamos a tener algo que se viene pidiendo desde hace un tiempo, incluso en el Colegio Médico, de hacer confinamientos en lugares donde la epidemia o la pandemia es mucho más seria y no tener confinamiento en los sitios donde prácticamente no hay enfermedad? ¿Está previsto algo de esto en el plazo corto?

### **Dra. Pilar Mazzetti**

Sobre la primera pregunta, yo creo que es un poco ilógica la comparación. Una cosa es una tasa cruda, una cifra de mortalidad que se relaciona con la cantidad de casos positivos, que es una tasa de 2.8%, y otra cosa es hablar de cuántos pacientes ingresaron a un establecimiento, a la UCI u hospitalización y decir que el 30% de ellos falleció. No es comparable la información bajo ningún punto de vista, no hay forma técnica de comparar lo uno con el otro. No olviden que la tasa tiene un denominador que es la cantidad de casos positivos,

por eso sale el 2.8%. No es lo mismo que decir entraron 50 pacientes y perdimos 20 pacientes. Es totalmente diferente. Esto en primer lugar.

En segundo lugar, es curiosa una observación de este tipo, un poco distorsionada. Por ejemplo, el Hospital 2 de Mayo ha sido uno de los primeros establecimientos que empezó a atender pacientes COVID, es un establecimiento que recibe los casos más difíciles, recibe a las personas que se han puesto mal en lugares muy alejados y que llegan al Hospital 2 de Mayo con saturaciones por debajo de 80. Por consiguiente, son los casos mucho más difíciles. Sería comparable con otro establecimiento que también se dedicara solamente o mayoritariamente a COVID, y donde se recibieran también los casos tan avanzados.

Si una persona llega tempranamente al establecimiento y recibe oxígeno tempranamente, sus chances de salir adelante son mucho mejores, pero si las personas llegan tardíamente ya con saturaciones muy bajas, el sistema no va a poder ayudarlas mucho, porque el pulmón ya se daña. Cuando el pulmón ya se engruesa es muy difícil que puedan salir adelante, aun usando equipos de ventilación asistida. Por eso es tan importante la atención inicial en casa y que la persona llegue al establecimiento de salud cuando recién está comenzando la falta de aire. De ahí la utilidad, por ejemplo, de los oxímetros, porque, si uno en casa recibe su tratamiento y tiene un oxímetro, esto le permite ver cuánto hay de oxígeno en su sangre. Si yo veo que he bajado de 92 a 91, me pongo en estado de alerta; y, si estoy en 86 -que ahí termina la hipoxia feliz- ya debo estar teniendo la posibilidad de atenderme más rápidamente. Muchas de las personas que llegan a los hospitales del centro de Lima están con 60%, 50% en el oxímetro que es lo que tienen a mano, y eso hace que sus cuerpos estén dañados y sean muy difíciles de salir adelante. Yo creo que habría que analizar con calma. En primer lugar, es absurdo comparar la tasa acumulada con el porcentaje de fallecidos, eso no tiene lógica. Los que se dedican a hacer estos cálculos en el CDC y en epidemiología deben analizar, comparar la mortalidad de los casos que son comparables en los diferentes establecimientos. Yo creo que casi todos los establecimientos complejos, grandes, reciben casos

también bastante avanzados, y todos muestran una mortalidad inclusive superior a la que estamos nosotros mencionando.

La segunda pregunta. Dicho sea de paso, el Hospital 2 de Mayo es un ejemplo. Esa gente es un ejemplo de capacidad de atención. Hemos visto que se dedican al mantenimiento, enferman por estar al pie de los equipos y sacarlos adelante; hemos visto a personas que atienden paciente tras paciente, y se pasan de la hora de salida y siguen atendiendo por ayudar. Yo creo que tenemos que pensar bien las cosas que decimos, y habría que reflexionar sobre esa cifra, porque me parece muy primaria. Creo que hay que buscar lo que está sucediendo en todas partes en cuanto al tipo de paciente que estamos atendiendo: 2.8% es una tasa, y 30% de fallecidos no es comparable con esa tasa bajo ningún punto de vista. Los que sabemos de salud sabemos que es así.

Con respecto a la posibilidad de hacer medidas locales, en lo personal a mí me parece un asunto interesante. Hay que tener mucho cuidado, porque el hecho de que yo tenga poca presencia del virus en mi zona no puede darme la idea triunfalista y no cuidarme, porque el que más camina más se contagia, el que más circula más se contagia. Pero hay zonas que podrían ser aisladas, y hacer una contención en una determinada zona es una idea interesante. Estuve tratando de reflexionar sobre esto, por ejemplo, en los distritos de Lima. San Juan de Lurigancho es un distrito complicado. ¿Cómo haríamos para aislar San Juan de Lurigancho? Porque las personas que viven ahí salen a trabajar y luego regresan. Entonces, es un poco difícil que podamos aislarlo porque los dejaríamos sin trabajo. ¿Cómo sobreviven? Muchas de las personas tienen un trabajo ambulatorio, y miren la desesperación de la gente por empezar a trabajar. Lo interesante es que les busquemos alternativas, porque tienen familia, tienen que alimentarlos, tienen que pagar una serie de cosas.

Lo que en realidad debemos buscar no solamente es perseguirlos y quitarles sus cosas, sino buscar una forma

de organizarlos para que puedan trabajar. Me parece que, en las regiones, por ejemplo, tenemos tasas por provincias y tasas por distritos. Sería muy interesante que los alcaldes, que son uno de los mejores brazos armados en estas circunstancias, vean la tasa de su distrito, y de repente sí se puede organizar en algunos distritos un aislamiento. Recuerdo una experiencia en Tacna. En Tacna, al principio de la pandemia, hicieron realmente una contención los epidemiólogos. Rápidamente encontraron las zonas, hablaron con los alcaldes distritales, pusieron barreras y empezaron a llevar alimentos a esos distritos. Empezaron a hacer una serie de técnicas que permitieron proteger a la población y mantener la contención aislando en forma selectiva una zona. Para algunos lugares me parece una muy buena idea, para lugares muy complejos, como los distritos con mucha población. En los distritos donde las personas caminan todo el día fuera del distrito sería un poco difícil, pero creo que es algo que nuestras autoridades están analizando y probablemente va a ser importante la participación de los gobiernos regionales y los alcaldes provinciales y distritales para tener una idea de cómo tomar medidas un poco más selectivas.

#### **Moderador Dr. Agustín Iza**

Queremos agradecer a la Dra. Pilar Mazzetti la gentileza de haber aceptado la invitación de nuestra Academia, lo que ha permitido que de primera mano conozcamos los retos, las dificultades, los éxitos del Comando de Operaciones desde su inicio. Esta, como ha dicho muy bien la Dra. Mazzetti, es una oportunidad de cambios, es una oportunidad de aprender, de recordar lo aprendido y de tomar decisiones que mejoren la salud del Perú. Ojalá que en estos instantes no se olviden -esperemos que no- de que, en este partido entre el COVID-19 y el Perú, todos los peruanos vamos a construir para ganar el partido. Le agradezco nuevamente a la Dra. Pilar Mazzetti por su clara exposición. Les quiero agradecer a nombre de la Academia por su presencia y su colaboración en este evento importante; obviamente agradecer al Ministerio por su plataforma y a la Dra. Pilar por su exposición y su claridad en responder a las preguntas del auditorio.