

## La atención primaria frente a la pandemia del Covid en los establecimientos de salud

---

*Dr. Luis Huamaní Palomino <sup>1</sup>*

Muchas gracias, Dra. Lucy. Quiero saludar por este medio a los miembros de la Academia que están en esta plataforma y a los organizadores de este evento que me permite participar para exponer la experiencia que tengo como director frente a la pandemia del Covid. La experiencia que les voy a transmitir es la que he tenido en la Región Ancash donde fui director regional desde junio del año 2019 hasta diciembre del año 2020.

Pero antes de iniciar la exposición quisiera felicitar al Dr. Saco por su exposición. Me hace retroceder en el tiempo 32 años atrás cuando salí a hacer mi internado. Y considero que, si hubiera tenido la oportunidad de hacer internado rural o externado rural, quizás habría estado en mejores condiciones para enfrentar los problemas de salud pública que tuve en la primera etapa de salud o en los primeros años que tuve en mi vida profesional que comencé en Chupaca en el año 1991.

De hecho, considero que la atención primaria es aún una agenda pendiente en el país. Hay pocos

esfuerzos en las regiones donde se implementen estas estrategias de atención primaria y la pregunta es por qué tanto tiempo está pasando en nuestro país para que estas constituyan una política de Estado que sea obligatoria para todos los gobiernos regionales y para que el mismo Ministerio de Salud implemente dichas estrategias. Esto mejoraría las alternativas que tenemos para enfrentar los problemas de salud, que no solamente es la provisión de servicios -como lo han señalado- sino también son los determinantes sociales, económicos, políticos, de educación que tienen mucho que ver con la salud de la población. Y de hecho, cuando hay una voluntad política, tiene también que haber una voluntad de asignación de recursos financieros para implementarla. El tema de recursos humanos es crítico, como lo han señalado. ¿Cuánto tiempo más esperaremos a que las universidades cambien su currículo para preparar no solamente al médico sino también el tema de la salud pública y la atención primaria? Así todos sabremos que gran parte de los problemas de salud se reducen al primer nivel de atención.

---

<sup>1</sup> Médico cirujano especialista en epidemiología en el campo, con estudios en economía y salud. Exdirector regional en intervenciones estratégicas en salud pública en el Ministerio de Salud, ex director regional de salud de Junín y de la Región de salud de Ancash, ex director general de la Ex Disa en Lima ciudad, director general de la Ex Disa 2 en Lima Sur, gerente macro regional centro medio del SIS.

Seguramente, cuando hagamos un análisis de los hospitales, advertiremos que el 60% o más de la patología que atienden corresponde al primer nivel de atención. La gente acude al hospital porque no hay otra capacidad instalada del primer nivel de atención, como atención de partos, prevención del cáncer del cuello uterino, todas esas enfermedades infectocontagiosas que deben ser manejadas para evitar complicaciones y todo lo demás.

Si no hay financiamiento la atención primaria va a ser postergada. Yo he señalado siempre en muchas reuniones que tanto el Ministerio de Salud como otros organismos emiten tantas normas técnicas que con el tiempo se vuelven inaplicables, pierden vigencia y nuevamente tienen que dar nuevas normas, como ocurre con el MAIS. Yo recuerdo que en 1997 la primera experiencia de esquematización la hizo el Programa Nacional de Nutrición Básica, el MAIS, tomando en cuenta la experiencia de Cajamarca, Huancavelica, y otros departamentos. Después salió una norma del MAIS mismo como tal. Hace como 11 años atrás el MAIS se centró en la familia y la comunidad, y ahora tenemos un modelo de atención por curso de vida.

Yo creo que son decisiones que se toman, pero hay que tomarlas con la correspondiente asignación de recursos; de lo contrario, será una norma más que se implementa parcialmente y no cambia las condiciones –digamos- sanitarias.

Dicho esto preliminarmente, voy a pasar a la exposición de la experiencia que tuve en Ancash como director regional de salud en una pandemia que afecta a nuestro país.

Esos son los cuatro exponentes que voy a explicar. Para mí ha sido un poco difícil decidir cómo preparo la presentación y qué cosa debo explicar a tan distinguidos participantes. Pero probablemente lo que voy a explicar va a ser más de la experiencia propia que tengo, porque de hecho mi primera experiencia fue –digamos- de control de una pandemia durante el primer trimestre del año 1991 cuando ingresé al sector público con la epidemia del cólera. Allí se mostró, y se demostró al mundo, que en el primer nivel de atención es donde se ganan las batallas de las epidemias. Trabajando en Chupaca donde fue mi sede inicial, tuvimos solamente una muerte extra hospitalaria o fuera del centro de salud.

Las demás personas fueron atendidas en el primer nivel con educación para evitar las complicaciones.

Después también fui participe en la erradicación de poliomiélitis aguda, porque el último caso fue en Pichanaqui el año 1991. Hubo trece barridos sanitarios en todo el corredor. Allí hay binomio A y B. Pienso que me marcó para seguir epidemiología. Igualmente se demostró que el primer nivel de atención juega un rol importantísimo en el control de esta enfermedad. Igual con los brotes de sarampión, dengue, o fiebre amarilla que teníamos en la selva central. Siempre se va a demostrar que, si el primer nivel no está fortalecido, los sistemas de salud del segundo nivel van a colapsar porque va a venir una contención de esta demanda que tenemos de fortalecer la prevención.

Igual ocurre en esta pandemia del Covid. Mucho se ha comentado que se gana la batalla en el primer nivel de atención, pero ¿qué hemos hecho para que este primer nivel de atención no colapse o se reactive como debería ser paralelamente a la atención de los hospitales? Realmente sí era necesario porque, como ustedes saben, con el sistema de salud tan precario que tenemos a nivel nacional, no podemos combatir la pandemia con éxito. Además, aun en países desarrollados, la pandemia sobrepasó su capacidad de oferta hospitalaria o sanitaria; por lo tanto, eso es parte del panorama que tenemos a nivel de nuestra Región.

El primer caso de Ancash se diagnosticó el 15 de marzo de 2020. Fue en un ciudadano chimbotano procedente de Italia. Fue entonces cuando la alerta comenzó. Creo que en Lima el primer caso fue el 6 de marzo, y una semana después tuvimos este en Chimbote.

¿Que teníamos como sistema de salud en Ancash? Lo dije: un sistema precario a todo nivel, infraestructura, equipamiento, recursos humanos. No había inversión en salud en más de 50 años, no obstante ser un centro minero tan importantísimo los últimos 15 años atrás. No había inversión ni desarrollo, con excepción de la compra de 150 ambulancias más de 12 años atrás. Los hospitales del nivel II-1 no tenían capacidad resolutoria para su categoría. Yo señalaba -y en muchos sitios ocurre esto, también en la Región Junín- que los hospitales II-1 funcionaban a partir de las 8 de la mañana hasta las 2 de la tarde. Después pasaban a ser I-4, sin capacidad instalada para atender. Este es un

tema crítico que tiene que ser resuelto por la autoridad sanitaria nacional. La carencia de recursos humanos, de los que tanto hablamos en la atención primaria, fue algo que afectó mucho la pandemia; más aún, se cerraron muchos establecimientos de salud desde el 15 de marzo hasta octubre. Solamente comentarles que en la Región de Ancash trabajaban más de 320 personas. El 16 de marzo estuve en Chimbote hasta el día 19-20. Cuando llegó el día 21, trabajamos solamente 20 personas en toda la Región por el tema de la pandemia. El pánico generó el aislamiento de las comunidades. Inicialmente no teníamos presupuesto, teníamos que vivir con el presupuesto que teníamos nosotros como DIRESA, como red o como Gobierno Regional.

Esto es lo que teníamos en la Región como establecimiento de salud. Solamente 3 hospitales II-2, nueve hospitales II-1 que no cumplían según la conformidad con la categoría que les señaló, 12 centros I-4 que tampoco tenían la capacidad resolutive instalada. La mayor parte eran I-3, I-2 y I-1 y solamente 4 establecimientos de salud contaban con la categoría vigente.

Cuando hicimos un diagnóstico en la primera y la última semana de marzo, nos dijimos ¿qué cosa tenemos para enfrentar la pandemia en todo Ancash? Como se ve aquí, teníamos solamente 117 camas para toda la Región que cuenta con una población de 1 millón 200 mil habitantes. Camas UCI y ventilación mecánica solamente 14; cuatro en el Hospital Regional de Chimbote para pacientes SIS, 4 en el Hospital General Víctor Ramos Guardia en la zona de sierra, y 6 camas en el Laderas EsSalud. Proyectamos de inmediato cómo podíamos ampliar -y tenía que ser en forma rápida- el número de camas y camas UCI. Al final teníamos 12 camas UCI en el hospital Regional de Chimbote, 4 en el Hospital General Víctor Ramos Guardia, 6 en el Laderas. Veintidós camas UCI para toda la Región era algo insuficiente, como lo era el tener menos de 200 camas. Por lo tanto, estábamos simplemente enfrentando esta pandemia con muchas limitaciones.

La primera respuesta que tuvimos como Región fue preparar un plan. El primer plan que tuvimos fue en febrero del año 2019. Lo llamamos "Plan para prevenir la introducción del COVID 19". El 15 de marzo fue el primer caso. Hemos hecho 4 planes, porque inicialmente los hicimos con un pronóstico de

escenarios que simplemente nos rebasó, por lo tanto tuvimos que ir cambiando. El primer plan más o menos era de 30 millones, el segundo plan de 49, el tercer plan de 54 y el último plan de 75 millones.

Con este total de presupuesto el GORE se comprometió y aportó cerca de 35 millones de soles financiando – digamos- la respuesta institucional. Se han comprado ventiladores mecánicos y camas clínicas; se han habilitando ambientes, ambulancias y todo lo demás. Hubo un financiamiento de Antamina y logramos un compromiso de más o menos 16 millones de soles. La diferencia fue financiada por el Ministerio de Salud. Acá quiero comentarles. Cuando nos acercamos a la empresa privada a través del Dr. Aníbal Velásquez, firmaron un convenio financiero y logramos 15 millones de soles. Ese financiamiento ha sido para el primer nivel de atención, no ha sido para un segundo ni tercer nivel. Por lo tanto, ese fue nuestro compromiso para que lográramos la capacidad operativa en el primer nivel de atención y contuviéramos esta pandemia que tanto daño nos ha causado.

Estas son las líneas de acción. La primera línea, primer nivel de atención, 418 establecimientos de salud. Segunda línea, 9 hospitales. Tercera línea, 3 hospitales: 2 en la costa, EsSalud y Guzmán Barrón, y 1 en la sierra, y el Víctor Ramos Guardia para atender a 600 mil personas en toda la sierra de Ancash.

En los planes subsiguientes se incorporaban otras necesidades implicadas frente a la pandemia. Las líneas de acción planteadas en ese momento eran: la primera línea fundamentalmente la vigilancia epidemiológica, diagnóstico precoz también, seguimiento de los casos y contactos y aislamiento temporal. Yo quiero decir que el aislamiento temporal en la Región Ancash lo hicimos desde el mes de mayo y junio, mucho antes que el Ministerio de Salud asumiera esa responsabilidad de financiar estos centros de aislamiento temporal. Entre el período de mayo-junio y parte de julio recluímos cerca de 700 personas en cuatro hoteles contratados. Ninguno de los pacientes con diagnóstico positivo, con síntomas leves, adultos mayores y con comorbilidad se complicaron. Todos salieron de alta. Por lo tanto, fue algo muy importante para nosotros, porque nos permitió aislar de la familia a los positivos para evitar que se contagiaran. Pero lamentablemente esta pandemia sobrepasó nuestra capacidad, como verán más

adelante. Desde el inicio instalamos teléfonos en cada red para que las familias pudieran llamar a esos teléfonos y se estableciera contacto inicial con los pacientes que tenían síntomas respiratorios para de inmediato poder hacer el diagnóstico. Lamentablemente, ustedes saben, las pruebas rápidas eran las únicas que teníamos en el mercado, y ellas no confirman la positividad sino después del octavo o noveno día. Pero, cuando había sospecha, se manejaba como caso positivo, se tenía que aislar y de nuevo tomar la prueba rápida 5 o 7 días después.

Estas cuatro actividades son las más relevantes que hemos hecho en la Región, sin descuidar la segunda línea, que son los hospitales II-1 que eran para atender los casos leves y moderados. En los hospitales II-1 planteamos la ampliación de la oferta hospitalaria a 210 camas en total. Lo dejamos en curso para su construcción. Los hospitales II-2 fueron aptos solamente para casos moderados o complicados. Es más, si la pandemia sobrepasaba la capacidad instalada, simplemente el hospital Regional de Chimbote, que tiene más de 160 camas, se convertía en hospital Covid, y otro hospital solamente atendía los “casos no Covid” entre comillas. Se manejaban los casos que, pudiendo ser asintomáticos, llegaban como casos positivos o con sospecha para evitar que los trabajadores se pudieran infectar.

Después explicaremos cómo entramos al tema de financiamiento y cómo organizamos los municipios, las redes y el plan, conformando el Comando Covid-19. Como ustedes saben, un Comando Covid integraba todas las instituciones públicas y privadas para informar semanalmente de lo que pasaba sobre el comportamiento de la pandemia y cuáles eran nuestras necesidades. Inicialmente tuvimos problemas con el Comando Covid, porque muchas veces, con la intención de ganar protagonismo, se hacían cosas que, en vez de aportar, cuestionaban las decisiones que se tomaban y no avanzábamos. Se formaron comités en cada red de salud. El plan de reforzamiento se difundió en todos los niveles: en redes, municipios, hospitales provinciales, tanto en forma presencial como virtual. Había reuniones diarias con equipos de redes y hospitales para evaluación de la pandemia y del financiamiento, gestión del financiamiento ante el GORE y Ministerio de Salud.

El financiamiento fue asunto muy crítico. Felizmente el Gobierno Regional de Ancash desde el primer momento señaló que iba a invertir dinero del canon minero para la atención de la pandemia. Es un Gobierno Regional que ha invertido más de 35 millones de soles de sus fuentes de canon minero. Lamentablemente esto fue observado por muchos ciudadanos y está en investigación, lo cual palia un poco el esfuerzo institucional de mejorar la salud para enfrentar esta pandemia.

Producto de esta cooperación, que hemos hecho mediante convenio entre GORE-OPS-PMA-Antamina, se pudo fortalecer el primer nivel de atención. Se hizo un proyecto que puede leerse así: medidas urgentes para contener la propagación del Covid-19 en Ancash y fortalecimiento de capacidades del Gobierno Regional para enfrentar la emergencia sanitaria. Todo ello con varios componentes importantes: fortalecimiento de capacidades para enfrentar la epidemia a nivel regional, a nivel de redes y a nivel de Gobierno Regional; intervenciones en salud pública, lo que tiene que ver con la vigilancia que les digo; la introducción de la prueba de antígenos y pruebas moleculares, el aislamiento y medidas para proteger el acceso a los alimentos de los casos en cuarentena.

En consecuencia esto es lo que más o menos hicimos con este proyecto: el primer nivel de atención, seguimiento clínico de los casos, identificación de los casos, pruebas moleculares, equipos de protección personal y el *call center*. Y acá también va el aislamiento de los pacientes positivos.

La seguridad alimentaria. ¿Qué pasaba en Ancash y en muchas regiones? Muchas personas viven del día a día con su trabajo informal y, si un día no trabajan, no se alimentan. Con este convenio que hicimos, a todas las personas clasificadas de alta vulnerabilidad social se les daba primero aislamiento en el hotel, pagándose el hotel 14 días; además de eso les dábamos un subsidio económico para la manutención de la familia que está en aislamiento, en cuarentena. Esto nos ayudó muchísimo, porque mucha gente se alojó en los hoteles o quedó confinada en sus domicilios, pero con esta subvención económica para que no se preocuparan y salieran a la calle a tener que buscar los recursos para poder alimentarse.

Sistema de información. Desarrollamos un aplicativo de rastreo de contactos con el Ministerio de Salud, conforme se creó este aplicativo a nivel internacional. Se desarrolló en Ancash, estaba listo para la primera semana de diciembre y se podía complementar. Mucho se ha cuestionado sobre este aplicativo de rastreo de contactos, porque decían que esto se aplicaba solamente para la primera etapa de la pandemia, o la segunda cuando se pueden identificar aún los casos sin los contagios, pero ya no en la fase comunitaria; sin embargo, eso lo desarrollamos y pensamos que nos iba a ser útil como explicaré más adelante.

El tablero de gestión, problema crítico: cómo encarar la base del Sinadef, de SIS-Covid, de vigilancia epidemiológica, la información de la oferta sanitaria, la disponibilidad de oxígeno y todo lo que necesitábamos para enfrentar la pandemia, incluidas las encuestas serológicas. Este tablero integraba todos los indicadores de tal forma que cualquier ciudadano, o cualquier gestor de la Región, del Gobierno Regional, de Redes o Centros de Salud podía entrar al tablero y encontrar las zonas “calientes” por así decir, intervenciones de tamizaje por cuadradas o por zonas para identificar los casos y también para ayudar a la población a descubrir en qué lugares existía mayor riesgo.

¿Qué tenemos a diciembre de 2020 cuando dejo el cargo de director general? Fue una experiencia extraordinaria en Ancash, una Región tan difícil, un desafío enorme para mi persona, pero lo hicimos con la mejor intención y creo que hemos dejado buenos recuerdos y resultados.

El primero que dejamos para fortalecer la capacidad del primer nivel de atención, un *Call Center* Regional para atención de llamadas en los casos sospechosos, para atender las quejas y cuestiones psicológicas. Era un *Call Center* que tenía 6 personas atendiendo por turno durante 24 horas. Fueron ochenta los equipos de intervención, para investigar y hacer seguimiento a los casos de contacto, contratados por el Ministerio de Salud y la OPS. Estaban instalados en lugares estratégicos. Cuando la llamada al *Call Center* ingresaba decíamos “el equipo X tiene que ir a tal lugar porque hay una llamada de una persona que tiene síntomas respiratorios. Hay que tomarle la muestra y hacerle la evaluación respectiva”.

Se implementaron 4 centros de aislamiento temporal, ya con financiamiento del Ministerio de Salud. Esto fue una experiencia bastante interesante que, en la primera etapa, hicimos entre el mes de abril, mayo, junio y hasta parte de julio. Teníamos buena afluencia de personas en el hotel. La Contraloría General de la República nos observó porque, si contratábamos un hotel para 60 personas y alojábamos solamente a 50, no teníamos por qué pagar por las 10 restantes. Lo que le dijimos al contralor fue “¿usted cree que un empresario contrataría un hotel para personas Covid y no Covid?”. Nos han entendido, porque el contrato era por todo el hotel y tuvimos buenos resultados en la primera etapa. En la segunda etapa, en el segundo momento cuando al final se metió el Ministerio de Salud, como comenzaron a caer los casos positivos y ya no había tantos fallecidos, teníamos que rogarles para que entraran. Lamentablemente, hubo personas que no entendieron lo que significa aislamiento de los casos positivos para evitar que contagien a la familia, a la comunidad en general.

La Región Ancash fue la primera en el país que introdujo la prueba de detección de antígenos, con la cooperación de OPS, el Programa Mundial de Alimentos y Antamina en particular, porque ellos financiaron. Dejamos cerca de 120 mil pruebas de detección de antígenos para ser utilizadas. Así se hacía el diagnóstico precoz de los 7 primeros días y comenzamos a tomar decisiones fundamentalmente para el aislamiento y para el tratamiento de estos casos.

El aplicativo móvil de trazadores de contactos está operativo a partir de diciembre. Se dejó instalado, ha sido aplicable, ha sido útil, igual que el tablero de gestión. Comenzamos el censo de adultos mayores en cada centro de salud, en cada puesto para que cuando llegue la vacuna tengamos a la población identificada, sepamos dónde viven y cómo están para vacunarlos en ese momento.

Dotación de Equipos de Protección Personal (EPP). La OPS financió el 100% de los EPPs para el primer nivel de atención, además de pulsioxímetros, ecógrafos, termómetros y lo demás. Capacitamos a 900 promotores con financiamiento y el apoyo de la OPS y Antamina. Estos 900 promotores fueron facilitadores para que fueran, además, cerca de 3 mil promotores al primer trimestre del año 2021. También capacitamos al personal para el transporte de las muestras de PCR.

Esto ya lo repetí. La OPS no solamente contrató equipos de intervención sino 40 vehículos para que el equipo de respuesta tuviera movilidad disponible las 24 horas para atender en el lugar de donde llamaban los pacientes que tenían un síntoma respiratorio. Esto nos permitió que, cuando el *Call Center* recibía la primera llamada telefónica, avisara al personal de turno para que fuera a hacer la visita inmediatamente al paciente que presentaba síntomas respiratorios. Dotación de EPPs fue el *Call Center*, ecógrafos, adquisición de alimentos, 50 mil insumos comprados para hacer las pruebas moleculares estándar. Estas inicialmente se fueron al Instituto Nacional de Salud, en tanto se terminara la construcción de nuestro laboratorio de la Región Ancash.

Inicialmente, como les digo, esto lo hacemos en el mes de abril. Tenemos la necesidad de instalar teléfonos en cada red para que la ciudadanía que tenga síntomas respiratorios pueda llamar a ese teléfono y comenzar a coordinar la intervención de control de ese caso mediante las pruebas rápidas o para el aislamiento respectivo en su domicilio, y después pasar al hotel del que estábamos hablando. Eso fue resultado de una voluntad propia de cada red.

Son 33 los teléfonos que comenzaron a funcionar a partir del mes de abril, hasta que se instaló el *Call Center* Regional en el mes de agosto. Por lo tanto, eso nos ayudó muchísimo para hacer las intervenciones preventivas oportunas. Este es el *Call Center*. Lo inauguramos en agosto del año 2020 para estas tres cosas: atención de los casos Covid, orientaciones psicológicas, quejas y reclamos. En corto período de tiempo tuvimos cerca de 1209 llamadas, más de la mitad fueron relacionadas a sospechas de Covid y la otra mitad más que todo para orientaciones psicológicas, quejas y reclamos.

El financiamiento. Nos daban apoyo temporal y, después del mes de setiembre, en octubre, la Región asumió la responsabilidad del mantenimiento, de la operatividad de este *Call Center* Regional.

Esta es la intervención por respuestas rápidas, el acumulado desde marzo hasta el mes de noviembre. Se ha hecho esto con los equipos contratados y con los equipos nombrados de las redes hemos hecho cerca de 20 mil visitas domiciliarias, más de 160 mil entrevistas personales y más de 150 mil llamadas telefónicas

para hacer seguimiento a los casos. La política era que a aquella persona que no tenía factor de riesgo o comorbilidad se le hacía el monitoreo por llamada telefónica; pero a la persona que tenía comorbilidad o era adulta mayor, se le tenía que hacer cada 3 días la visita domiciliaria y los demás días el monitoreo telefónico para ver su condición.

También hemos hecho intervenciones en zonas calientes con la población Tayta y otras. Se tamizaron más de 40 mil personas, se encontraron 10 mil casos positivos con pruebas rápidas y algunas con pruebas moleculares, pero más con pruebas rápidas. Eso nos permitió –digamos- ver más o menos la prevalencia que podría ocurrir en estas personas que demandaban y a las que les hacíamos el tamizaje, y era bastante elevado.

Este es el aplicativo de rastreo de contactos, como les digo, desarrollado por el Ministerio de Salud, la OPS, y la Dirección Regional de Salud. Es un aplicativo que se instaló y entró en operación en diciembre. En resumen, teniendo instalado este aplicativo, y si hay una reunión 'X' y todos tienen el aplicativo aperturado, puede ser que el día de mañana se detecte un caso positivo por prueba. Inmediatamente este aplicativo les va a dar una alerta a su teléfono celular indicando que tuvo contacto con un caso positivo y, además, pasa automáticamente al *Call Center* para que el *Call Center* llame a la persona que tuvo contacto con una persona diagnosticada para hacerle el tamizaje telefónico. Si es sospechosa, el *Call Center* dirá en qué fecha y a qué hora irá el equipo de respuesta rápida para hacerle seguimiento, hacerle su diagnóstico y una entrevista inicial. Este aplicativo es tan importante que fue utilizado en Corea y otros países asiáticos donde dio buenos resultados. Lo que pasa es que el costo de mantenimiento de la nube es de mil dólares y lo tendría que asumir el Gobierno Regional en tanto tengamos la pandemia. En mi opinión personal esto sí es válido hasta ahora porque nos permite identificar a las personas que son contacto de casos positivos de manera rápida y automática sin necesidad de que la persona me diga si tuvo o no contacto.

Para el soporte alimentario, como les señalaba, nuestra meta era de 3500 personas. Avanzamos hasta 1520 y estaba orientado fundamentalmente a las personas de alta vulnerabilidad social, que dependían de su salario

y que también salían a trabajar aun estando enfermas. Por lo tanto, dijimos NO. A estas personas que tienen alta vulnerabilidad las aislamos en su domicilio y, si no se puede en su domicilio, en el hotel. Si van al hotel, se les pagan los 14 días más su alimentación; quedan bajo vigilancia médica y, además, les damos una subvención económica para que sus familiares no tengan problemas para su alimentación y estén también aislados en su casa durante los 14 días. Como les digo, fue interesante esta propuesta, hubo aceptación, pero lamentablemente la población a veces, porque baja el número de casos y el número de fallecidos, comienza a hacer resistencia para ser internada en el hotel o hacer aislamiento en su domicilio.

En el segundo nivel de atención -porque tenemos que hacer la continuidad de atención de primer nivel hasta su último nivel- también se intervino. Esa es la intervención del Hospital Víctor Ramos Guardia, son ampliaciones que ha hecho el Gobierno Regional con su presupuesto. Se han añadido 12 camas UCI exclusivamente para Covid, 12 en adultos y 12 en pediatría, y 20 camas para atención especializada, que se convirtieron en UCI finalmente. Antamina donó una planta de oxígeno. El Hospital Guzmán Barrón, con ambientes preparados por el Gobierno Regional, fue habilitado para poder atender entre marzo, abril y mayo hasta junio que se ampliaron estos ambientes. Estos son los ambientes habilitados en el Hospital Regional de Chimbote Guzmán Barrón. Son 11 camas clínicas y un ambiente mejor de hospitalización. También hemos readecuado los hospitales a nivel de toda la Región, pero acá funcionan solamente 4: el hospital de Caraz, el de Carhuaz, el de Pomabamba y el de Casma. También con los recursos que teníamos nosotros, de las 160 ambulancias disponibles solamente 41 ambulancias cumplían ciertas condiciones mínimas para transporte exclusivo de pacientes que pudieran ser hospitalizados en el Hospital Ramos Guardia, Caraz, y el Regional de Chimbote. Incluso se han hecho cambios en el transporte para evitar los contagios. Eso nos va a servir muchísimo para el transporte de estas personas que están infectadas y que requieren atención hospitalaria. Con recursos del Gobierno Regional fueron comprados cerca de 500 equipos. También para el Hospital Regional de Chimbote, con su propio presupuesto, fueron comprados 320 equipos con las modificaciones adecuadas para atender. Antamina también colaboró

con el Hospital Ramos Guardia, entregó 18 ventiladores mecánicos y 2 camillas telescópicas. Lo demás fue también donado por el Ministerio de Salud.

Esto sólo para mencionar que el trabajo ha sido en todos los niveles con los alcaldes. En la primera lámina estamos con el alcalde provincial, con los medios de comunicación, exponiendo el plan de reforzamiento y recibiendo sugerencias, porque creo que el compromiso que tenemos todos los ciudadanos para enfrentar la pandemia es un compromiso compartido. El alcalde de Huaraz y el de Carhuaz, el alcalde de Wari, el alcalde de Santa, de Huarmey y de Casma son personas que participaron activamente financiando, por ejemplo, las muestras de PCR que teníamos que llevar al Ministerio de Salud. Como no tenemos los laboratorios en Huaraz, todos los días salía una camioneta exclusivamente llevando las muestras vía Chimbote a Lima, todos los días hasta el mes de mayo de este año cuando recién se ha inaugurado la planta del laboratorio de referencia de biología molecular. Fue una decisión que tomamos nosotros. Otras regiones esperaban que el aporte existiera, pero acá nos dijimos "tenemos que llevar las muestras diarias y tener los resultados por lo menos al tercero o al cuarto día. Hay que hacerlo".

En la primera lámina van a ver ustedes la instalación del Hospital de Campaña Víctor Ramos Guardia. En la segunda lámina aparecen los equipos de laboratorio de biología molecular que llegaron en julio, pero no los instalaron porque la infraestructura física no se terminó. En la tercera lámina tenemos ventiladores mecánicos. Y en el lado izquierdo tenemos las gestiones que hemos hecho ante el municipio de Huaraz para habilitar espacios y ampliar las fosas para los posibles muertos que pudiera haber. Felizmente no hubo tantos muertos como para poder utilizarlas. También hicimos capacitación. La Región implementó los hoteles de aislamiento antes de que lo hiciera el Ministerio de Salud con una disposición de financiamiento, y hay más de 600 personas alojadas en el hotel que salieron sin ningún problema de salud. Incluso hubo una anciana de 89 años. Tuvimos temor de que le pasara algo porque era adulta mayor y todavía con comorbilidad. Felizmente ha salido bien. También hemos hecho rastreo en muchos terminales pesqueros.

Ya a fines de julio llegan los hospitales temporales financiados por el Ministerio de Salud. Estamos hablando de 120 camas en Huaraz, con 5 camas para casos complicados. En Chimbote 100 camas y EsSalud tuvo allí 100 camas más. Solamente a fines de julio tuvimos 320 camas adicionales para atender la demanda. Comenzó a bajar la pandemia a partir de julio. Comienza el descenso sostenido con las intervenciones que se han hecho de forma conjunta y también con el comportamiento que tiene la pandemia. Esta lámina es bastante ilustrativa, como lo señalaba antes. Teníamos al inicio solamente 12 camas UCI en toda la Región para atender a más de 1 millón 200 mil personas y no más de 187 camas para atender los casos Covid. Había que atender también la demanda usual, porque eso nunca se dejó de atender. Para el mes de agosto teníamos esta cantidad: 720 camas para hospitalizar, 24 en UCIN y 42 camas en UCI. Un crecimiento bastante considerable: De 139 camas que teníamos para hospitalizar, pasamos a 729 camas disponibles. De cero camas en UCIN a 27 camas. Y, en UCI, de 18 camas a 42 camas. De esta forma, al 22 de noviembre teníamos disponibles 658 camas, 617 para hospitalizar, 14 para UCIN y 27 en UCI. Esto es un crecimiento bastante importante con el financiamiento del Gobierno Regional, el Ministerio de Salud y la empresa privada que nos ayudó muchísimo para prepararnos para la segunda ola.

Las ambulancias compradas también llegaron a fines de julio y, en agosto, comenzaron a trabajar 9 ambulancias tipo III y 2 ambulancias tipo II. Yo dejé el laboratorio al 95% de término de la obra física, faltaba un pequeño porcentaje para que se completaran los equipos que ya estaban en el almacén de la Diresa para implementar. Sin embargo, como hemos señalado, todas las muestras de laboratorio se iban a Lima para que el diagnóstico no se demorara demasiado. Hubo entrega de balones del Ministerio de Salud, de EPPs. Hicimos propaganda a todo nivel para ello. Y acá es importante el compromiso de los alcaldes. Entre los meses de abril-mayo-junio hasta agosto-setiembre, todos los mercados de los distritos -de la zona de sierra más que de la costa- tenían grifos de agua para que se lavaran las manos al entrar al mercado o el alcohol gel y, al interior, tenían el distanciamiento debido entre el expendedor y el que compraba el producto. Pero después, como los casos comenzaron a disminuir, se dejó ese tema del lavadero de manos y no se continuó.

En muestras de laboratorio también hicimos un buen trabajo, porque las pruebas disponibles que teníamos en aquel momento en el mercado eran las pruebas rápidas. A pesar de que estaban cuestionadas, nos ayudaron muchísimo para poder detectar los casos positivos y aquellos que son negativos. El kit que toma la muestra no era para la positividad, así que lo manejábamos como casos positivos en aislamiento, sea en hotel o domicilio, pero debidamente orientado para que no contagiara a sus contactos familiares. La mayor parte de esto, como les digo, fue con pruebas rápidas.

Y este más o menos es nuestro comportamiento durante la pandemia. El pico máximo fue en julio, como lo señalaba, y comienza a descender progresivamente hasta diciembre en que llegó a 535, cifra que comienza desde entonces prácticamente a no descender. En enero comienza la segunda ola en Áncash de manera progresiva y lenta. Afectó muchísimo, de tal forma que, en 4 meses, fallecieron más personas que en los 9 primeros meses de la pandemia que tuvimos en el año 2020.

La mortalidad en igual forma afectó muchísimo a la población, pero comienza a descender hasta diciembre en que tuvimos solamente 45 casos. Les presento una lámina más para decirles que en la Región Ancash nos preocupamos no sólo por el problema del Covid sino también por los otros temas de salud que estaban embalsados. En las grandes jornadas de vacunación que se programaron a nivel nacional, la Región Ancash, como otras regiones, cumplió con la meta programada. La brecha de vacunación era altísima porque en los primeros meses estaba cerrado el establecimiento de salud y no se podían atender.

Con esta última lámina termino, y quiero decir que siempre está en la agenda pendiente el tema de la atención primaria. Yo creo que es un tema de decisión política, debe ser el Estado el que obligue a todas las Regiones a implementarla, pero con financiamiento respectivo. De nada sirve el discurso político si no va alineado a la asignación de recursos, como ha ocurrido en la pandemia. Esperamos que el esfuerzo del Ministerio de Salud en la primera ola haya sido intenso también en las regiones, aunque creo que tiene que cambiar porque estamos en mejores condiciones para atender la tercera ola.



Tenemos una capacidad instalada para atender a los enfermos. La vacunación está progresivamente avanzando, y esperamos que toda la población mayor de 40 años quede vacunada para que la demanda de hospitalización sea menor, como también la demanda de UCI, y que haya menos mortalidad. Es un tema crítico para el ejercicio de la autoridad sanitaria nacional. Una muestra es el tema de la vacunación. Hay un plan nacional en cuya elaboración yo he participado; progresivamente se incrementa el avance respecto a los grupos etarios más vulnerables o no vulnerables. Pero las regiones a veces vacunan a quien quiere porque dicen que no hay personas a vacunar y están bajando a grupos etarios que aún son autorizados por el Gobierno nacional. Hay un desorden y es necesario que tengamos una orientación; la idea era vacunar a los centros poblados grandes, porque la transmisión es en zonas densamente pobladas. El Dr. Lanata ayer lo explicaba, y falta que alguien investigue por qué las zonas altoandinas más alejadas tienen pocos casos positivos y poca mortalidad. Esto se explica probablemente porque la transmisión se da más en zonas densamente pobladas, como también ocurre en la sierra de Ancash. Hay zonas alejadas, como Yanalín y Piscobamba, o zonas en donde la transmisión es lenta o se infectan todos, pero son asintomáticos o de sintomatología leve.

Otra cosa importante que hemos de reconocer es que, en el MINSa, se emiten tantas normas técnicas que se aplican parcialmente, pierden vigencia y por último se modifican. Creo que acá debe haber una decisión política para que la atención primaria sea no solamente la provisión del servicio sino actuar en los otros determinantes. Por ejemplo, fomentar en Ancash la atención en casos de anemia. Necesitamos suplementación al que no tiene anemia y tratamiento al que tiene anemia. ¿Y qué hacemos con el agua que están consumiendo los niños en las comunidades? Hemos logrado en algunos lugares que los alcaldes se comprometan a comprar o instalar una fuente de captación que tenga cloro suficiente en el agua que está consumiendo el niño o la familia; así por lo menos disminuirán los riesgos de transmisión de enfermedades diarreicas por bacterias. Si nos comunicamos con ellos es importante convencerlos de invertir en salud. Últimamente, en la Región Junín, estamos reuniéndonos con los alcaldes para lograr que puedan

modificar sus presupuestos para entregar su programa nutricional y el programa materno natal. Ya un alcalde en Carhuacayanga, por ejemplo, decía “¿qué hago yo reuniendo 5 mil soles para implementar una casa materna en el Ministerio? ¿Cuántas gestantes tiene el distrito? Más o menos, una por mes. Y le hemos recomendado al alcalde que, en su establecimiento de salud, habilite ambientes para que la gestante se aloje allí y, cuando vaya a tener el parto, la atiendan; y, si no, tener una ambulancia disponible para transferirla a Junín o a La Oroya para que sea atendida. O sea, nuestros alcaldes están prestos a intervenir, y creo que es parte de lo que tenemos que hacer, porque los determinantes de la salud también los pueden manejar ellos: el tema del agua y saneamiento básico, proyectos de inversión que nos permitan tener agua, desagüe y agua segura para consumo de las personas.

El otro aspecto importante que debe estar en la agenda es la designación de funcionarios que no son de acuerdo al perfil del puesto. En todo el ámbito regional y también en el Ministerio de Salud probablemente está ocurriendo lo mismo. Yo creo que esto tiene que ver con la meritocracia. Ojalá que todos los cargos de funcionarios sean por concurso público, que la elección del candidato en la región sea lo más imparcial, y no se les impongan funcionarios de segundo nivel que finalmente son los que manejan el aparato presupuestal. Yo tengo una experiencia bastante ingrata en Ancash. En mi condición de director regional, por ejemplo, una parte del reforzamiento de lo que yo he hecho con mi equipo técnico es formular el plan con las universidades que tenemos para atender la pandemia. Lo aprueban con una resolución de gerencia y eso pasa luego a los que hacen el perfil de inversión. La fiscalía ha intervenido y ha señalado que es responsable de colusión agravada y yo estoy metido en ese cuento. Felizmente estoy saliendo, porque lo que he hecho yo como director es proponer la necesidad; la forma cómo compraron es un tema aparte. Sin embargo, hasta la fecha actual hay una serie de indicios y pareciera que no hay delito. ¿Pero se imaginan ustedes las consecuencias de intervenir una dirección regional? Se paraliza toda la implementación de estas políticas de prevención y control de la pandemia, lo cual ha afectado a la población. Esperamos que el problema termine pronto. Pero los puestos son así y esperamos seguir avanzando.

Terminaré señalando que sí es necesario e importante implementar la atención primaria con una política obligatoria desde el alto nivel hasta todos los gobiernos regionales, pero asignando los recursos. El recurso humano es el más importante que tenemos. Que los formadores de recursos humanos enseñen, pues, a los que están egresando y no hacer curso de atención primaria para recibir el bono de 3 semanas, 4 semanas; al final eso me parece que no está bien.

Con esas palabras termino. Gracias por la invitación, espero absolver las consultas que quisieran hacer. Muchas gracias a todos.

**AN. Dra. Lucy López Reyes**

**Moderadora**

Bien, muchísimas gracias, Dr. Huamaní, por su presentación. Sin duda, lo que se necesita es hacer la

atención primaria en el primer nivel de atención, como usted bien ha señalado. Conforme a la experiencia de la Región Ancash, no se puede estar desligados de lo que pasa en el segundo y tercer nivel. La atención primaria se hace preferentemente en el primer nivel de atención; sin embargo, como usted bien ha señalado, debe hacerse también en el segundo y tercer nivel, donde la coordinación intersectorial, la empresa privada y sobre todo la gestión, el liderazgo del equipo de salud -tan válido y substancial en el primer nivel de atención- no deja de tener la importancia en el segundo y tercero. Todo eso es el sistema de salud. La pandemia nos ha enseñado que no puede haber actividades aisladas, no puede seguir habiendo un sistema fragmentado de salud, como nosotros tenemos no solamente en diferentes tipos de prestaciones sino también en la forma cómo se organizan los niveles. Muchas gracias. Probablemente las preguntas van a venir.