

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD
CATÓLICA DEL PERÚ
Escuela de Posgrado**



**SITUACIÓN DE LA SALUD PÚBLICA EN EL HOSPITAL
REGIONAL DE AYACUCHO, ANTES, DURANTE Y
DESPUÉS DE LA PANDEMIA**

Tesis para obtener el grado académico de Maestro en Gerencia Social con mención en Gerencia de Prevención y Mitigación de Riesgos de Desastres que presenta:

Pedro Yaranga Quispe

Asesora:

Dra. María Teresa Tovar Samanez

Lima, 2023

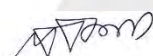
Informe de Similitud

Yo, María Teresa Tovar Samanez, docente de la Escuela de Posgrado de la Pontificia Universidad Católica del Perú, asesora de la tesis titulado "Situación de la salud pública en el Hospital Regional de Ayacucho, antes, durante y después de la pandemia", del autor de Pedro Yaranga Quispe, dejo constancia de lo siguiente:

- El mencionado documento tiene un índice de puntuación de similitud de 15%. Así lo consigna el reporte de similitud emitido por el software *Turnitin* el 15/10/2023.
- He revisado con detalle dicho reporte y la Tesis o Trabajo de Suficiencia Profesional, y no se advierte indicios de plagio.
- Las citas a otros autores y sus respectivas referencias cumplen con las pautas académicas.

Lugar y fecha:

San Miguel, 26 de octubre del 2023.

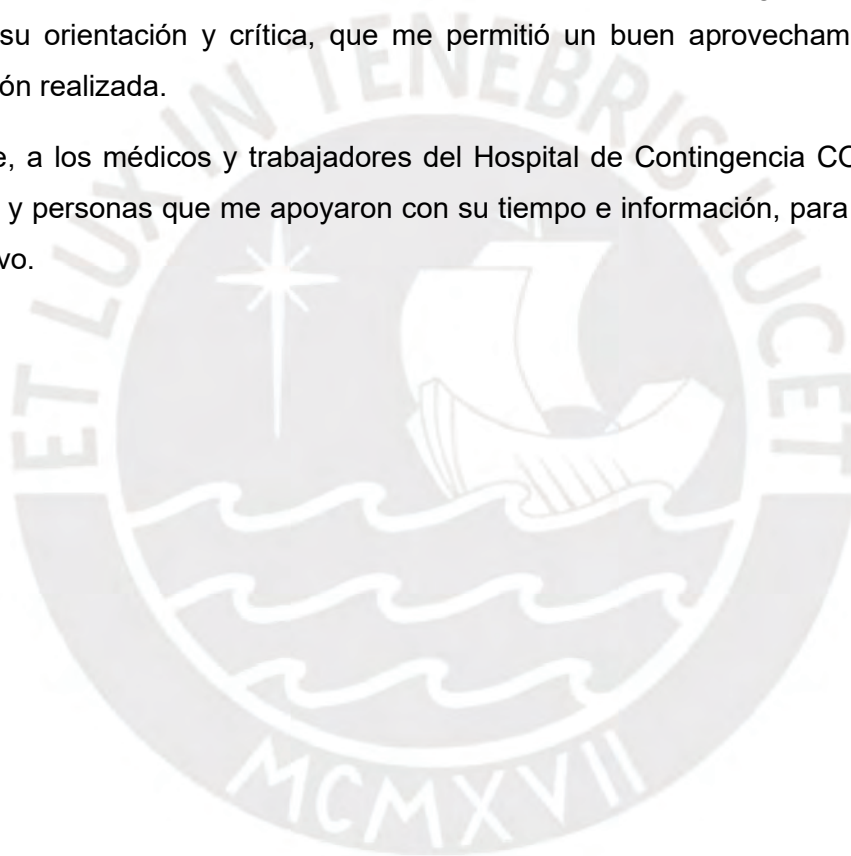
Apellidos y nombres de la asesora: Tovar Samanez, Maria Teresa	
DNI: 07938272	Firma 
ORCID: 0000-0002-3759-6042	

Agradecimientos

Al concluir esta etapa de mi vida profesional, quiero extender un profundo agradecimiento y gratitud a la PUCP, institución que me brindó la oportunidad -a través de la Escuela de posgrado en Gerencia Social- de consolidar mi formación profesional con conocimientos, habilidades y principios, en la gestión de programas y planes sociales, lo que me consentirá aportar para optimizar el bienestar de la población, en cuanto a la reducción de la pobreza y la desigualdad, con equidad y articulación.

A mis docentes, por haber compartido sus sabios conocimientos, rigurosos y precisos; a mi asesora de tesis, Dra. María Teresa Tovar Samanez, por su guía, sus valiosos consejos, su orientación y crítica, que me permitió un buen aprovechamiento en la investigación realizada.

Finalmente, a los médicos y trabajadores del Hospital de Contingencia COVID-19 de Ayacucho; y personas que me apoyaron con su tiempo e información, para el logro de este objetivo.



Resumen

La presente investigación de Gerencia Social, analiza las marcadas brechas de la salud pública, expuestas por el impacto de la pandemia del COVID-19, y que ha puesto al descubierto, la cruda y real terrible situación sanitaria en el país. Desde un enfoque de derechos, la salud se vio afectada seriamente. En especial, es relevante la situación del Hospital Regional de Ayacucho (HRA), antes, durante y después de la pandemia; cuya capacidad fue sobrepasada por las necesidades de atención de la población desde los inicios de la pandemia, y obligó adecuar- sobre la marcha - un Hospital de Contingencia COVID-19.

Al examinar la situación del HRA, se logró identificar los problemas centrales. La evidencia fue recogida a través de seis técnicas de recolección de información que proporcionaron data cualitativa para concebir la situación de la salud pública en Ayacucho. Una de las técnicas consistió en entrevistas semiestructuradas a funcionarios y médicos del Hospital de Contingencia COVID-19; entrevistas a pacientes que superaron la enfermedad; observaciones de la página fanpage del HRA y atenciones hospitalarias; análisis de los documentos internos; así como análisis e interpretación del contenido de fotografías relacionada a las atenciones por COVID-19.

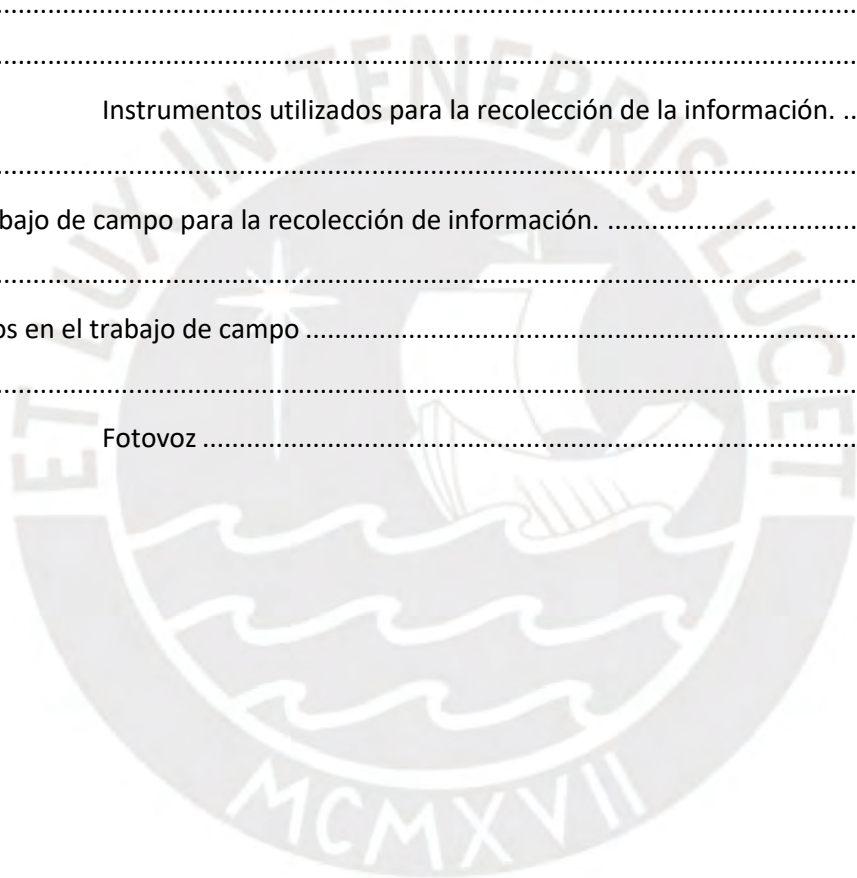
El marco teórico presenta conceptos centrales de investigación como el derecho a la salud, salud de calidad, y salud e igualdad de género. Igualmente, está relacionada a los dilemas de desarrollo de justicia y derechos humanos. Mientras como resultado de la presente investigación se logró los siguientes hallazgos: respuesta oportuna para asegurar cobertura de salud; desafíos en la continuidad de atención durante la pandemia COVID-19; y dilemas en las decisiones en la atención en salud pública durante ese periodo de emergencia sanitaria.

La investigación presenta conclusiones y recomendaciones, para mejorar y fortalecer el sistema de salud en la región de Ayacucho; con miras para alcanzar una verdadera transformación que asegure el bienestar de las personas, mediante una real cobertura universal.

Índice

Introducción	6
1.1 La salud pública en Ayacucho.....	8
1.2 Brecha de personal de salud	9
CAPÍTULO I	13
1.1 Diseño Metodológico de la Investigación	13
1.2 Consistencia de las estrategias de investigación	14
1.3 Definición operacional de las variables.....	17
CAPÍTULO II	18
2.1 Marco Contextual.....	18
2.1.1 Contexto social.....	18
2.1.2 Reflexiones sobre la salud pública	22
2.1.3 La salud pública en período de pandemia	24
2.1.4 Contexto normativo	26
2.1.5 Legislación internacional.....	27
2.1.6 Legislación nacional	29
2.1.7 Legislación regional.....	31
2.1.8 Información sobre el proyecto o programa analizado.....	31
CAPÍTULO III	33
3.1 Marco Conceptual.....	33
3.1.1 Conceptos teóricos claves.....	34
3.1.2 Derecho a la salud y salud de calidad	35
3.1.3 Salud e igualdad de género.....	37
CAPÍTULO IV	40
4.1 Resultados o Hallazgos de la Investigación	40
4.2 Hallazgo 1: Respuesta oportuna para asegurar cobertura de salud	41
4.2.1 La salud en pandemia: equipamiento del Hospital de Contingencia COVID-19	42
4.2.2 La calidad de atención a pacientes con COVID-19 y los límites al derecho a la salud.....	44
4.2.3 Protección del personal de salud y la respuesta a la precariedad de atención.....	47
4.3 Hallazgo 2: Desafíos en la continuidad de atención, durante la pandemia COVID-19	52
4.3.1 Personal de salud descentralizado en provincias: Lecciones y desafíos en la sensibilización de la población rural	56
4.3.2 El arte en pandemia como ondas sensibilización de resiliencia	58
4.2.3 Mecanismos de atención en el primer nivel y seguridad en tiempos de pandemia	60

4.4 Hallazgos 3. Dilemas en las decisiones en la atención en salud pública durante la pandemia COVID-19.....	63
4.4.1 Criterios y decisiones para el acceso a una cama UCI.....	66
4.4.2 Mecanismos de información a familiares de pacientes mayores, contagiados con COVID-19.....	69
4.4.3 Atención y seguimiento de los casos de COVID-19 por edad, tras el primer contacto con los servicios de salud.....	71
Conclusiones	74
Recomendaciones	77
Bibliografía	79
ANEXOS	83
Anexo 1.....	83
1.1 Instrumentos utilizados para la recolección de la información.	83
Anexo 2.....	83
2.1 Trabajo de campo para la recolección de información.	83
Anexo 3.....	85
3.1 Hallazgos en el trabajo de campo	85
Anexo 4.....	86
4.1 Fotovoz	86



Introducción

Al mundo, y particularmente al Perú, la pandemia del COVID-19 ha puesto de descubierto la cruel realidad y las marcadas inequidades en cuando al acceso a la atención de la salud. Según la Organización Mundial de la Salud (2021), hoy más que nunca se requiere “objetivos claros y ambiciosos para movilizar y orientar las inversiones en la salud, ya que considera la financiación de la salud como una inversión a largo plazo y no como un costo a corto plazo” (WHO 2021: 3).

En el caso de Perú, desde la primera fase (15 de marzo del 2020), “el Gobierno decretó el estado de emergencia a nivel nacional, con un aislamiento social obligatorio o cuarentena general; luego se fue prolongando hasta por más de 100 días” (indec 2020: 2). Al mismo tiempo, ordenó cerrar “las fronteras, quedando suspendido los transportes aéreos, terrestres y marítimos nacionales e internacionales” (indec 2020: 3).

En ese sentido, la presente investigación es destacable y oportuna para la Gerencia Social; porque permite asemejar las marcadas brechas de la salud pública que, en el caso del hospital Regional de Ayacucho, sufrió el impacto de la pandemia, al igual que otros hospitales del país. Esta letal enfermedad ha sobrepasado la capacidad del estado para afrontar, en un sistema de salud históricamente fragmentada - principalmente - por falta de mecanismos de articulación entre los tres niveles de gobierno: nacional, regionales y locales. Estas características se exteriorizaron con mayor claridad, en lejanas y pequeñas postas sanitarias al interior de la región Ayacucho, afectando directamente a ciudadanos más pobres y relegados del país.

Así, la orientación central de la presente investigación de tesis, es –precisamente– la situación sanitaria que exteriorizó el nuevo coronavirus, y que guarda relación con la pregunta central: **¿Cuál fue la capacidad resolutive del Hospital Regional de Ayacucho, antes, durante y después de la pandemia COVID-19?** Esta pregunta central de investigación, concuerda perfectamente con lo planteado por el médico infectólogo Ciro Maguiña Vargas (2020), quien a través de un editorial en la revista Scielo Perú (2020), exhorta sobre “la terrible situación sanitaria en el Perú; con hospitales desfasados, médicos mal remunerados y sin seguro; sin laboratorios especializados, camas, ventiladores, especialistas; así como una población geriátrica abandonada. Además, como nunca, falta de equipos de bioseguridad para combatir a esta pandemia del nuevo coronavirus” (Maguiña 2020: 2).

Esta pregunta, igualmente responde al planteamiento del problema formulado previamente y busca identificar las marcadas brechas de la salud pública en la región de Ayacucho, que según el INEI (2018), junto a Cajamarca, “cuenta con algunos distritos con mayor pobreza en el país y en condición de mayor vulnerabilidad” (INEI 2018). Además, según la CVR (2003), “Ayacucho es una de las regiones más golpeada por el conflicto armado interno” (CVR 2003: 83).

Pero, hasta estas alturas del siglo XXI Ayacucho, continúa siendo una de las regiones, donde la precariedad de la salud, coincide con las cifras de pobreza alta. Según el INEI (2021), “las 11 provincias que constituyen la región, representan una incidencia de pobreza mayor al 50%. La provincia con la mayor incidencia de pobreza es La Mar (72.2%) y la que presenta la menor incidencia es la de Parinacochas (50.6%). Pero al interior de estas provincias hay distritos con patrones distintos en lo referente a la incidencia de pobreza” (MEF 2021: 12).

Además, la investigación pudo determinar que, al inicio de la pandemia, el deterioro e insuficiencia de la capacidad de atención en el Hospital Regional de Ayacucho (HRA), se debió a la escasés en la disposición de equipos y la disponibilidad de las camas en las unidades de cuidados intensivos (UCI). Por ello, para evitar la propagación del virus, se tuvo que forzar para convertir el local antiguo del HRA, en un Hospital de Contingencia COVID-19. Igualmente, para evitar mayor concentración de pacientes de otras enfermedades en el Hospital Regional de Ayacucho, se tomó la decisión de no cerrar los establecimientos de primer y segundo nivel de atención a nivel regional. A su vez, una campaña intensiva en la ciudad y las zonas rurales, sobre el distanciamiento social; además de normas básicas de higiene, y el uso adecuado de las mascarillas.

Al mismo tiempo se localizó como objetivo central: **Examinar y analizar sobre la capacidad resolutive del Hospital Regional de Ayacucho, antes, durante y después de la pandemia COVID-19.** Este objetivo se planteó, con la finalidad de identificar los problemas con las opiniones de los distintos actores; para formular algunas recomendaciones que conlleve a mejorar la cobertura, eficiencia y eficacia en la gestión se salud en la región Ayacucho.

Luego, para detallar los procesos metodológicos necesarios para la completa realización del trabajo, se han localizado los siguientes **objetivos específicos**:

- a) Examinar y analizar si el hospital Regional de Ayacucho, cuenta con instalaciones de garantía y equipos óptimos, para atender pacientes con COVID-19;

- b) Evaluar si los servicios de atención a los pacientes con sospechas o infección confirmada por COVID-19, son de calidad y se atiende sin discriminación;
- c) Identificar y analizar cuál es la valoración que tienen los pacientes dados de alta con COVID-19 y familiares, sobre la calidad de atención en el hospital Regional de Ayacucho.

1.1 La salud pública en Ayacucho

Ayacucho pasó por una situación mucho más alarmante, porque al inicio de la pandemia ni siquiera se contaba con un Hospital COVID-19. Todos los pacientes por diversas enfermedades se atendían en el mismo Hospital Regional “Miguel Ángel Mariscal Llerena”, tampoco se contaba con médicos especialistas; porque “ningún hospital en el país estaba preparado para enfrentar a esta pandemia, menos se contaba con los equipos necesarios” (Díaz 2021: 23), como dijo el director regional de salud de Ayacucho, Elvyn Díaz Tello.

Según el director regional de salud, la pandemia llegó de un momento a otro, por lo que tuvieron que realizar “una serie de cambios” (2021: 23), para controlar. Es más, en Ayacucho – como en toda la sierra y Amazonía - todo el tiempo siempre se carece de especialistas; mientras la demanda es, cada vez más alta.

Figura 1

Director regional de salud de Ayacucho, Elvyn Díaz Tello



“Ningún hospital en el país estaba preparado para enfrentar a esta pandemia, menos se contaba con los equipos necesarios”

Fuente: foto Hospital Regional de Ayacucho (2021). Edición propia

Pero no solo eso, sino las veces que convocan a plazas de especialistas, nadie se presenta a los concursos; “porque todos los especialistas prefieren quedarse en Lima, justamente porque existe bastante demanda” (2021: 24). Lo importante es que - por suerte - en Ayacucho, no se llegó a extremos como en otras ciudades; pues se tuvo suerte y “una capacidad de reacción” (2021: 24).

Todo esto tiene que ver con la capacidad de resiliencia, que según Bowlby (2021), “es la capacidad del ser humano de superar situaciones adversas, saliendo fortalecido de ella” (Bowlby 2021: 23). Mientras para Nieuwenhuijsen (2020), “la resiliencia comunitaria es la capacidad sostenida, por parte de una comunidad, de utilizar los recursos disponibles (por ejemplo, la planificación urbana, el transporte, la alimentación, etc.)” (Nieuwenhuijsen 2020: 45) todo ello, para poder enfrentar a los acontecimientos hostiles, resistir y luego recobrar de sus efectos.

Por consiguiente, la pregunta ¿cuál fue la capacidad resolutive del Hospital Regional de Ayacucho, antes, durante y después de la pandemia COVID-19?, está relacionada al enfoque general de los derechos humanos, y la búsqueda de soluciones, superando desigualdades y algunas prácticas discriminatorias.

1.2 Brecha de personal de salud

“La salud es un derecho fundamental, por lo tanto, es obligación del Estado garantizar la protección de la salud para todos y sin ninguna discriminación” (OMS 2020). Sin embargo, en el Perú ocurre lo contrario. Según Salmón F. (2020), “el acceso insuficiente y desigual a servicios de salud, es un tema de permanente preocupación y de reclamos” (Salmón 2020: 1). Además, “ha cobrado una notoriedad especial en estos últimos meses por la pandemia de COVID-19. De pronto, ante sistemas de salud saturados y al borde del colapso, y ante la insuficiencia de las medidas de prevención, se ha hecho necesario recordar que la salud es un derecho y que garantizar ese derecho es una obligación jurídica de los Estados” (Salmón 2020: 2).

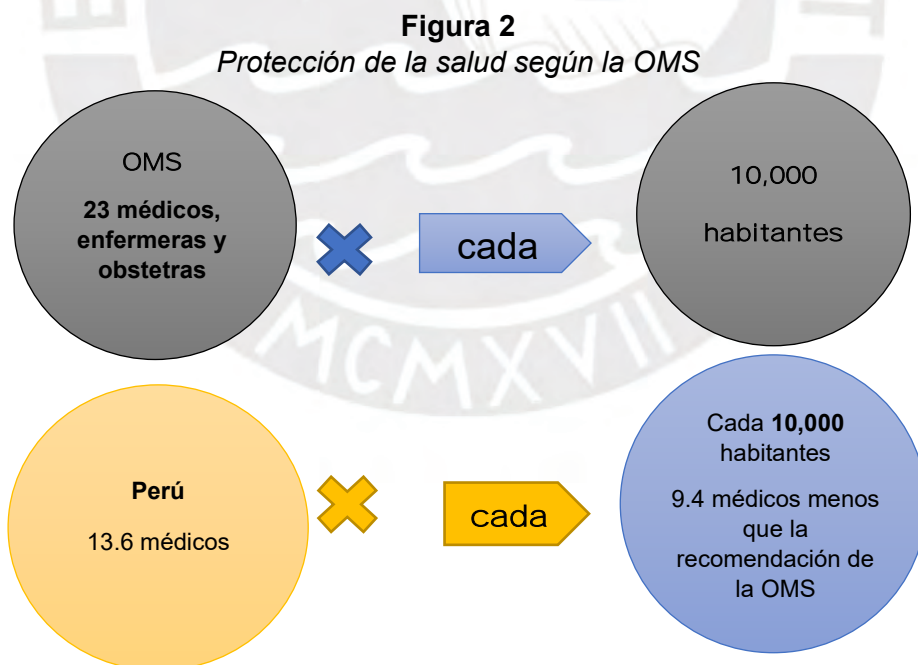
Al mismo tiempo, la Organización Mundial de la Salud (2020), señala que “la salud puede ser definida como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades¹” (OMS 2020: 3). Igualmente, recomienda “un mínimo de 23 médicos, enfermeros y obstetras por cada 10 000

¹ Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946.

habitantes para garantizar una prestación adecuada del servicio” (2020: 3). Sin embargo, según el último reporte del Ministerio de Salud (Minsa) el Perú se mantiene bastante lejos de esta cifra.

El reporte Información de Recursos Humanos del Sector Salud, (2013 - 2018), da cuenta, que el país cuenta con apenas 13.6 médicos por cada 10 000 habitantes, 9.4 menos que lo recomendado por la OMS. “A este panorama se suma la inadecuada distribución de médicos, enfermeros y obstetras a nivel nacional. Las regiones más rezagadas son Cajamarca y Huánuco, que ni siquiera llegan a 7 médicos, seguidos por Piura, Puno y Loreto, con 7.2, y San Martín, con 8.4; es decir, aquellos con mayor incidencia de pobreza monetaria” (gestion 2020: 2).

Según Daniel Daniele Ingratoci (2020), coordinador del Programa de Asistencia Técnica al Ministerio de Salud de Perú (Minsa) de la Cooperación Italiana, en el Perú, el tema de “mejorar la brecha de médicos y su distribución, sigue siendo un reto pendiente” (Daniele 2020: 1), donde un grueso sector de la población, en especial de extrema pobreza y rurales, siguen recibiendo atención a cargo de limitado número de médicos. “Si a esta cifra le sumamos que existe una inadecuada distribución de médicos en Perú, llegamos a cifras bastante inferiores en algunas regiones, como las de la amazónica Loreto, donde solo hay 6,2 médicos por cada 10 000 habitantes” (Español 2021: 1).



Fuente: elaboración propia con información de la OMS, 2021.

Empero, de acuerdo a las cifras reveladas por el Minsa (2021), “solo el 11 % de médicos atiende a los sectores de extrema pobreza, mientras que el 40 % de médicos, atiende a las poblaciones de mayores recursos” (Minsa 2021: 3). Una alerta evidente, que los sectores menos atendidos, son las poblaciones más alejadas del país; aquellos sectores marginales ubicados en la sierra y la Amazonía, y forman parte del enorme reto por resolver.

Figura 3

Según Minsa (2021), los sectores de extrema pobreza y rurales, tienen limitado número de médicos.



Fuente: elaboración propia con información de Minsa, 2021.

Según Mujica y Pachas (2021), ambos médicos especialistas en epidemiología de campo, la “marcada desigualdad en la mortalidad general entre los quintiles extremos de pobreza monetaria distritales de las provincias de Lima y Callao” (Mujica 2021; Pachas 2021), fue más que evidente después del encierro domiciliario, pero también durante el periodo alto de la pandemia. Para los especialistas, “la marcada desigualdad social en el Perú y el resto del continente americano, aunada a la falta de acceso universal a la salud, determina la profunda desigualdad en salud y en sus resultados de más alto costo social, como es la mortalidad” (Mujica 2021; Pachas 2021).

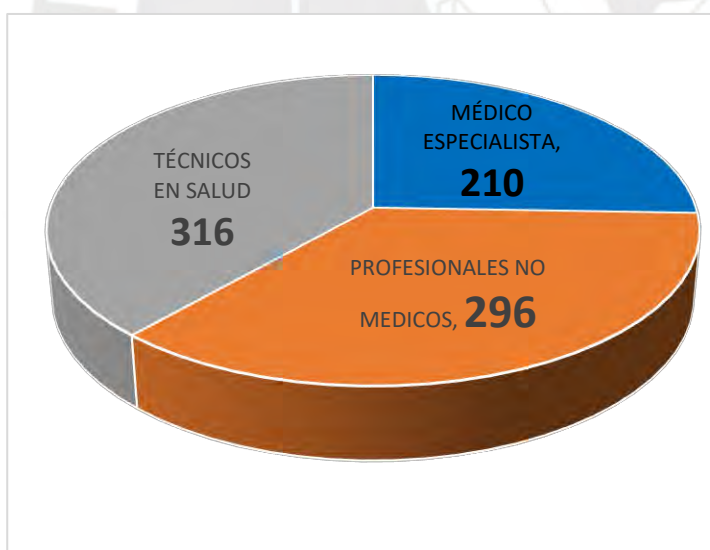
La figura 3, toma vigencia en relación a la opinión de los médicos epidemiólogos Mujica & Pachas (2021); porque en la región Ayacucho, existen zonas alejadas, de extrema pobreza y rurales, especialmente en las fronteras con las regiones de Huancavelica, Cusco y Apurímac. En esos lugares de marcada desigualdad, existen postas sanitarias habilitadas en pequeñas casas rústicas, con limitadas medicinas, y atendidas por una enfermera o personal técnico; mientras la presencia de un médico es solo temporal a

través de brigadas de personal itinerante², especialmente integrado por médicos serumistas.

Igualmente, los profesionales de salud, (Mujica & E. Pachas, 2021), plantean que, en este “escenario pandémico, se hace necesario diseñar políticas públicas y poner en práctica estrategias e intervenciones sensibles a la equidad” (Mujica 2021; Pachas 2021: 4); con la finalidad de restituir “el principio de justicia social e igualdad de oportunidades, para atenuar la pandemia COVID-19 y sus consecuencias de corto, mediano y largo plazos” (Mujica 2021; Pachas 2021).

El siguiente cuadro, elaborado por el personal del Hospital Regional de Ayacucho (HRA, 2020), muestra que en el caso de esta región “faltan 210 médicos especialistas, 296 no médicos y 316 técnicos en salud” (HRA 2020). Esta brecha fue validada por el Minsa. Sin embargo, hay que tener en cuenta, que este documento fue aprobado semanas antes del inicio de la pandemia. Luego, durante la primera ola, en Ayacucho fallecieron dos médicos de EsSALUD; pero ningunos del sistema del Minsa, a pesar que varios formaban parte del personal vulnerable por ser casi de tercera edad.

Tabla 1
Muestra la brecha de personal de salud en la región de Ayacucho



Fuente: Hospital Regional de Ayacucho (2020).

² Médicos itinerantes, forman parte de los equipos itinerantes de salud del Minsa, quienes se desplazan rompiendo las barreras geográficas para el acceso a los servicios de salud. En el caso de Ayacucho, generalmente lo hacen caminando a pie.

CAPÍTULO I

1.1 Diseño Metodológico de la Investigación

La presente investigación tiene una estrategia metodológica mixta, por ser “una metodología de investigación que consiste en recopilar, analizar e integrar tanto los datos cuantitativos como cualitativos. Este enfoque se utiliza cuando se requiere una mejor comprensión del problema de investigación” (QuestionPro 2021: 1). Es decir, que se trata de “un proceso de recolección, análisis y vinculación de datos cuantitativos y cualitativos en un mismo estudio, para responder a un planteamiento del problema” (2021: 1).

Al respecto, los autores Hernández Sampieri y Mendoza (2008), señalan que:

Los métodos mixtos representan un conjunto de procesos sistemáticos, empíricos y críticos de investigación e implican la recolección y el análisis de datos cuantitativos y cualitativos, así como su integración y discusión conjunta, para realizar inferencias producto de cada información recabada (metainferencias) y lograr un mayor entendimiento del fenómeno bajo estudio (Hernández 2008; Sampieri 2008; Mendoza 2008: 8).

En este caso, esta metodología nos permitió evaluar el grado de afectación del fenómeno de la pandemia del nuevo coronavirus en diversos sectores de la región Ayacucho, y probar las hipótesis planteadas, estableciendo algunas medidas básicas de control de higiene, para evitar más contagios.

En realidad - en un momento de zozobra - todo se hizo sobre la marcha, con el fin de evitar mayor cantidad de fallecidos. Una de aquellas acciones acertadas, fue la habilitación de un Hospital de Contingencia COVID-19, que evitó el colapso del Hospital Regional. Al mismo tiempo la gestión oportuna de camas de hospitalización, camas UCI y el abastecimiento del oxígeno medicinal. Tanto en la primera y segunda etapa de la pandemia. En general, fue una dura batalla contra el coronavirus; incluso exponiendo la vida de los médicos, así como del personal de salud.

Es de precisar que la recolección de información para esta investigación, se hizo en forma presencial en la ciudad de Ayacucho y durante la época alta de la pandemia (segunda ola), utilizando como instrumentos de recolección de información, entrevistas semiestructuradas, observaciones de las atenciones hospitalarias, análisis de documentos, observación y análisis del fanpage del Hospital Regional, e interpretación y narración de contenido de fotografías.

Así durante las entrevistas semiestructuradas a los médicos y algunas conversaciones con trabajadores antiguos, se constató que a diferencia de Lima y otras ciudades del país, en Ayacucho, desde el primer día de la alerta de la pandemia; todos los establecimientos de primer y segundo nivel (postas sanitarias y centros de salud) continuaron atendiendo en las 11 provincias. Esta determinación evitó la concentración de todos los pacientes en el Hospital Regional. Igualmente, eso fue fundamental para que las comunidades de las zonas altas, no bajen a las ciudades en busca de atención por otros males.

Otro hecho importante a destacar en la recolección de información; es que, durante la primera ola, en el Hospital de Contingencia COVID-19, recibieron más pacientes de tercera edad, como tal, los médicos se esmeraron por brindar la atención personal; aunque, a pesar de tanto esfuerzo, más del 90 por ciento de los hospitalizados fallecieron. Sin embargo, en la segunda ola esa realidad cambió drásticamente; porque ya llegaban más pacientes menores de 40 años. Entonces, ahí vino el dilema a quien dar preferencia para hacer uso de las 12 camas UCI.

Finalmente, tomando lo ocurrido en casos de algunos conflictos armados externos, la junta médica decidió dar mayor prioridad a los jóvenes; porque los que superan los 70 años, ya cumplieron su ciclo de vida. Así tan cruda y real fue la situación del Hospital de Contingencia COVID-19 de Ayacucho durante la segunda ola, vista solo en casos de guerra.

DISEÑO METODOLÓGICO DE ENTREVISTAS SEMIESTRUCTURADAS	
Entrevistas	código
Director Regional del Hospital Regional de Ayacucho, Elvyn Díaz Tello	DR
Director del Hospital de Contingencia COVID-19 Jimmy Ango	DHC
Médico Rodrigo Quispe Pérez	Médico
Médico Antonio Sulca Báez	Médico
Walter Aguilar Olano	Paciente
Juana Berrocal Ordaya	Paciente
David Huamán García	Paciente

1.2 Consistencia de las estrategias de investigación

Durante el trabajo de investigación de campo –en plena ola alta de la pandemia– y en forma presencial, se logró conversar con los mismos actores centrales, como el director regional de Salud; responsable del Hospital de Contingencia COVID-19; tres médicos e igual número de pacientes que superaron la enfermedad; cuyas opiniones, como del director regional de salud, Elvyn Díaz Tello (2021) ayudaron a conocer todos los esfuerzos que se hicieron para atender tantos pacientes y realizar “una serie de cambios” (Díaz 2021: 47), con la finalidad de aplacar la masificación de la pandemia. Mientras por el lado de los pacientes que superaron la enfermedad, nos ayudaron a conocer la calidad de atención que recibieron los enfermos durante su estadía en el Hospital de Contingencia.

Igualmente, se hicieron cinco observaciones sobre las atenciones hospitalarias; proceso donde se constataron los espantosos escenarios protagonizados por los familiares, en la puerta principal del nosocomio, ansiosos por conseguir camas UCI para sus familiares. Aunque en la contienda por conseguir camas UCI, muchos familiares de pacientes, preocupados por preservar la vida de sus Familiares, apelaron a todo, incluida “presiones a las autoridades regionales, para dar cama o cama UCI a tal o cual paciente recomendado” (Ango 2021: 32), conforme detalla durante una entrevista semiestructurada el jefe del Hospital de Contingencia COVID-19, Dr. Jimmy Ango Bedrillana.

También se analizaron algunos documentos internos del Hospital de Contingencia COVID-19 y del HRA; donde se constataron todos los esfuerzos realizados para convertir el antiguo local del Hospital Regional, en un Hospital de Contingencia COVID-19; igualmente la aprobación de varios documentos, para adecuar a la atención virtual de los usuarios, así como para agilizar el propio desempeño de los trabajadores administrativos.

La investigación, igualmente incluye una observación y un análisis a la página *fanpage* del HRA durante una semana, asociada a nivel cuantitativo y cualitativo, como técnicas de investigación. Además de una interpretación y narración del contenido de fotografías relacionado con las atenciones a enfermos por COVID-19, como una herramienta participativa para plasmar una realidad comunitaria a través de la fotografía y la actuación directa de los familiares de los pacientes enfermos.

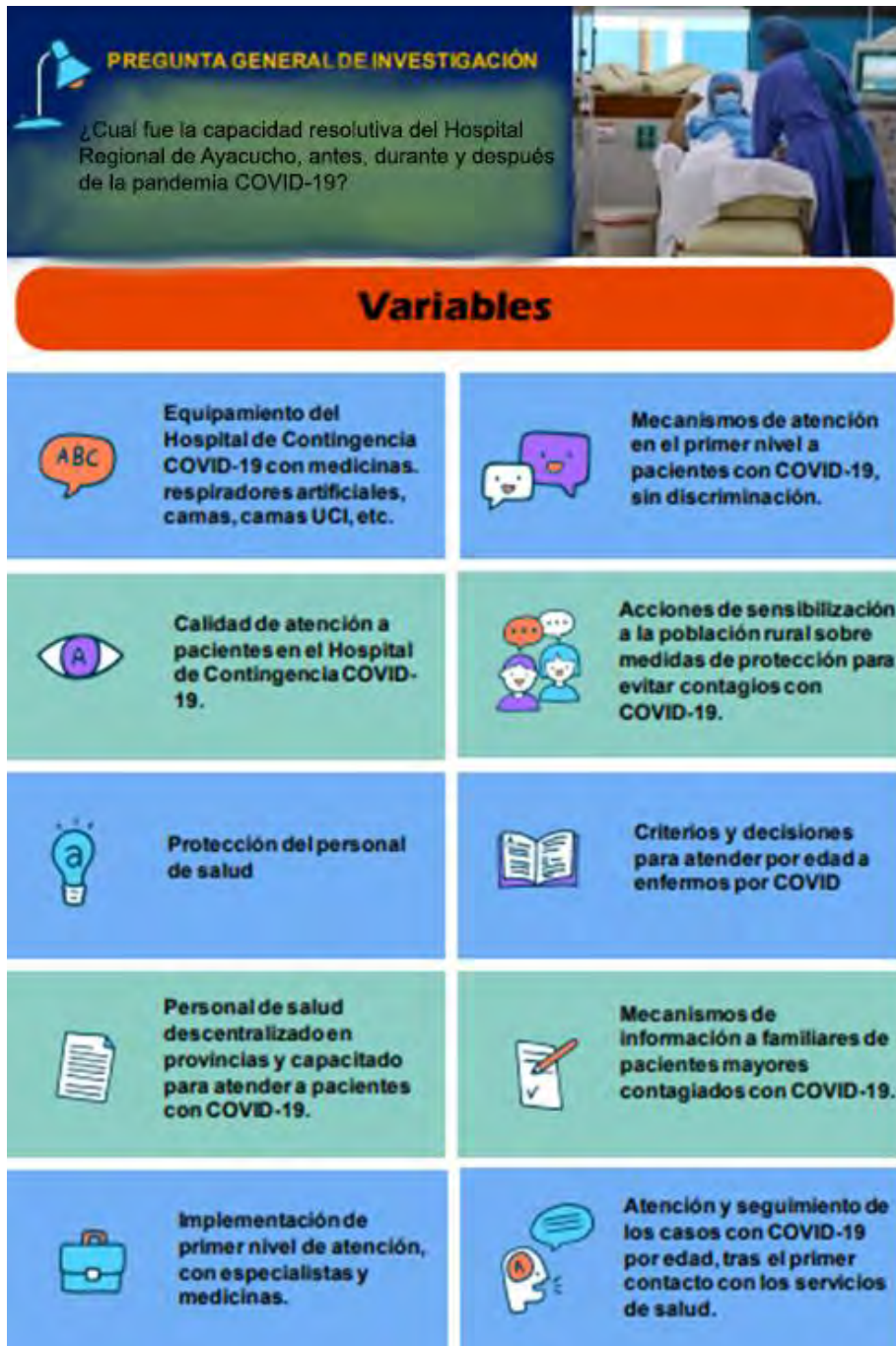
Así, al transitar por diferentes calles de la ciudad de Ayacucho, se recopiló más percepciones y tipos de opiniones en relación a la lucha contra el COVID-19. Por ejemplo, cada persona, recomendaba beber determinadas yerbas; al mismo tiempo sugería encomendarse al Patrón de Huamanga: Jesús Nazareno. Esto último

demuestra que Ayacucho - tras los siglos - sigue siendo un pueblo apegado a su fe católica, cuyos habitantes - incluso durante la pandemia - no han dejado esa fe cristiana, que representa la adoración ferviente a Cristo, quien se entregó a la muerte para ofrecer la vida eterna a su pueblo. En realidad, todas estas percepciones, adquieren especial relevancia en términos valorativos y cualitativos; porque la fe es creencia y esperanza en una dimensión trascendente de la existencia humana; pero también son normas de comportamiento social e individual.

En la presente investigación se utilizaron las siguientes técnicas para la recolección de información:

LISTA DE TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN
3 entrevistas semiestructuradas a médicos del Hospital Regional de Ayacucho
3 entrevistas semiestructuradas a personas que superaron el nuevo coronavirus
1 entrevista semiestructurada al responsable del Hospital de Contingencia COVID-19
1 entrevista semiestructurada con el director regional de Salud
2 análisis de los documentos internos del hospital COVID-19 y del HRA
4 observaciones de las atenciones hospitalarias en el hospital COVID - abril.
Análisis del <i>fanpage</i> del Hospital Regional de Ayacucho
Fotovoz, interpretación y narración del contenido de la fotografía.

Al mismo tiempo, teniendo en cuenta que la presente investigación es de tipo mixta y analiza la **Situación de la salud pública en el Hospital Regional de Ayacucho**; se ubicaron diez variables, como factores de causa y efecto, para evaluar todo lo acontecido en el Hospital Regional de Ayacucho y en el Hospital de Contingencia COVID-19, antes, durante y después de la pandemia.



1.3 Definición operacional de las variables

Las diez variables localizadas en la presente investigación, constituyen la columna vertebral de esta investigación y se encuentran compuestas por una serie de procesos o instrucciones para realizar la medición de cada de ellas, las que sirvieron para construir el instrumento de estudio; así como identificar y traducir todo el caos que generó la pandemia COVID-19, especialmente en los sectores marginales y las comunidades campesinas de la región de Ayacucho.

CAPÍTULO II

2.1 Marco Contextual

2.1.1 Contexto social

Como en la mayoría de las regiones del país y gran parte del mundo, el COVID-19 desató una de las execrables crisis en el país, a pesar de ser uno de los países en imponer medidas de aislamiento rígido y distanciamiento social, desde el primer caso de COVID-19, detectado el 6 de marzo de 2020. La finalidad fue “controlar a la pandemia, por lo que la medida de confinamiento se extendió hasta por 106 días hasta el 30 de junio 2020. Desde ese momento, el país ingresó a una cuarentena focalizada” (Minsa, 2020).

Pero durante la pandemia, toda la atención se centró más en las ciudades, para contener los contagios y fortalecer la capacidad hospitalaria del sistema de salud; sin embargo, pese a la severidad de los mandatos de confinamiento nacional, hacia fines de junio del 2020 (primera ola), la pandemia alcanzó su primer pico en la curva epidemiológica. Luego hacia Julio, la estrategia ingresó a una etapa de apertura de la economía. Paulatinamente se levantó el confinamiento social obligatorio nacional y se ingresó a un esquema de confinamiento focalizado en regiones y provincias con mayor reporte de casos. No obstante, según El Comercio (2020), “la estrategia focalizada no dio los frutos esperados provocando el segundo pico de la curva epidemiológica hacia la tercera semana de agosto” (El Comercio 2020: 3), llegando a reportarse más de 10 mil casos en un solo día.

Posteriormente a finales del 2020, los ajustes a la estrategia se han enfocado en la denominada “Operación Tayta” y la nueva estrategia comunicacional “El virus no mata solo: No seamos cómplices” (Operación Tayta 2020). Esta singular estrategia, tuvo como finalidad, una atención temprana de casos que evite saturar la capacidad de atención del sistema de salud. Se trataba de una táctica de comunicación, dirigida a la población con comportamiento de riesgo, empleando mensajes directos, crudos y hasta fuertes; mensajes, que también merecieron diversas críticas de sectores de la población.

En ese sentido, el interés por investigar sobre la salud pública en la región de Ayacucho, antes y después de la pandemia, entiende porque el coronavirus rápidamente pasó a ser un problema global, donde cada país y región se ha visto obligado a asistir con sus propias medidas luego de la evaluación de los riesgos de cada caso. Además, la

pandemia demostró que Ayacucho sigue siendo una de las regiones más precarias en cuanto a establecimientos de salud, carencia del personal médico especializado para la atención de pacientes, hecho que cada año es corroborada por los informes de la Contraloría General de la República (2020). Además, en pleno siglo XXI - en la región de Ayacucho - todavía existen puestos de salud unipersonales, donde un solo enfermero se encarga de atender a toda una población, como ocurren en zonas de frontera con las regiones de Huancavelica, Apurímac y Cusco; situación que se hace imposible para responder ante cualquier emergencia.

Un caso especial es la situación de las postas sanitarias ubicadas en los distritos de Pucacolpa, en la provincia de Huanta (frontera con Huancavelica) y Oroncoy en la provincia de La Mar (frontera con las regiones de Cusco y Apurímac). En el primer caso, se trata de un corredor de narcotráfico y terrorismo, donde algunas postas sanitarias de frontera, temporalmente son presas de incursiones armadas por remanentes terroristas³, quienes obligatoriamente se apoderan de todo el stock de medicinas, bajo la justificación que ellos “luchan en beneficio de todos” (Aguirre 2021), tal como ocurrió el 26 de mayo de 2021, en la comunidad campesina de Huarcatán, del distrito de Pucacolpa, provincia de Huanta. Los armados irrumpieron de día, luego imputaron a cuatro integrantes de una familia, de ser “soplones⁴”. Al tercer día aparecieron sus cadáveres, en las alturas del pueblo, entre caminos de herradura y presentaban signos de tortura.

El segundo caso se trata del distrito de Oroncoy, ubicado en la zona denominada “Oreja de perro⁵”, colindante con las regiones de Cusco y Apurímac; a la vez uno de los corredores del narcotráfico. Para llegar a las postas sanitarias de este distrito, hay que caminar –al menos– un par de días; cruzando ríos, escalando empinadas montañas y por un camino con menos de un metro de ancho. Es el distrito con menos carreteras; pero es una de las mejores reservas naturales del país.

Incluso para llevar las vacunas –como refleja la siguiente fotografía- decenas de comuneros tuvieron que descender hasta el límite con la región Apurímac, luego cargar

³ Los remanentes terroristas se autodenominan como el Militarizado Partido Comunista del Perú; pero en la práctica son los mismos integrantes de la organización PCP-SL, fundada por Abimael Guzmán en 1980.

⁴ Soplón en lenguaje senderista, significa ser informante de la Policía o las Fuerzas Armadas.

⁵ Oreja de Perro: durante la época del conflicto armado interno, cuando los militares sobrevolaban en helicópteros, desde el aire, la zona que une los ríos del Pampas con el Apurímac, se veía similar a la oreja de un perro; por lo que fue bautizado de esa manera.

en “chakanas⁶” o camillas artesanales construidas a base de palos resistentes. Lo mismo también hacen para referenciar a los pacientes graves.

Figura 4

Pobladores del distrito de Oronccoy (Ayacucho) trasladan vacunas por caminos de herradura.



Fuente: Ojo Público (2021). Edición: propia

Mientras, de acuerdo al índice elaborado por la Universidad de Oxford (2020), “el Perú es uno de los países del mundo que ha impuesto medidas de distanciamiento social más estrictas para hacer frente a la pandemia” (Díaz-Cassou; Deza, Moreno 2020: 4). Sin embargo, a pesar que la mayor parte de la población respetó las reglas de inmovilización; “la situación económica de los sectores marginales, flexibilizó el manejo de la crisis” (2020: 4). A ello se sumó el hacinamiento habitacional y la informalidad, que obligó salir a las calles, buscando algún ingreso para seguir alimentando a la familia, así tenga que transgredir las medidas de confinamiento.

⁶ Chakanas, son camillas construidas a base de palos de la zona y sirve para cargar a un herido o paciente.

Según Hugo Ñopo⁷ (2020), “las condiciones económicas y la obligación de tener que ir a lugares con aglomeración, entre otras circunstancias, impidieron que se cumpliera con el objetivo más importante de la lucha contra el nuevo coronavirus: maximizar la distancia social” (Ñopo 2020: 3).

Era casi imposible controlar, porque según el INEI (2020) “alrededor del 71% de la población activa en Perú vive de la economía informal o se desempeña en oficios en los que obtienen sus ingresos día a día” (INEI 2020: 4).

Figura 5
Línea de tiempo de la pandemia en Ayacucho.



Fuente: elaboración propia con información del Minsa y el HRA (2021).

Pero, también el COVID-19 ha puesto en evidencia todas las secuelas de la depredación de la naturaleza, y la imperiosa necesidad de sustituir nuestras maneras de vida. El Perú, según Quijandría (2021) “es un país megadiverso, donde los bienes y servicios de los ecosistemas como nuestro mar, bosques, ecosistemas altoandinos y otros contribuyen en más del 15 % del PBI. Esto es más del doble del promedio mundial” (Quijandría 2021: 2).

El Perú cuenta con 154 medidas identificadas para el logro de sus NDC⁸. De estas, 92 corresponden a medidas de adaptación en las áreas temáticas priorizadas de agua; agricultura; bosques; pesca y acuicultura; y salud. Adicionalmente, en el marco de la

⁷ Hugo Ñopo: investigador del Centro Peruano de Investigaciones GRADE.

⁸ NDC: nuestro desarrollo climático.

actualización de las NDC presentadas el 2020 se han añadido las áreas temáticas priorizadas de turismo y transporte. En tanto, las medidas de mitigación comprenden 62 acciones en los sectores de energía (combustión estacionaria y móvil); procesos industriales y uso de productos; agricultura; uso de suelo, cambio de uso de suelo y silvicultura; y desechos (Quijandría 2021: 5).

Del mismo modo, la meta país, es “reducir su vulnerabilidad ante los efectos del cambio climático y sus emisiones de gases de efecto invernadero en un 40% al año 2030” (Quijandría 2021: 5). Al respecto, más de un analista del área ambiental señala que esta pandemia, exteriorizó todo el maltrato a la naturaleza; por lo que el reto inmediato debería ser “cambiar nuestro estilo de vida” (2021: 6). Al mismo tiempo, nuestro país “es un país megadiverso, donde los bienes y servicios de los ecosistemas como nuestro mar, bosques, ecosistemas altoandinos y otros contribuyen en más del 15 % del PBI. Esto es más del doble del promedio mundial” (2021: 6).

Por lo tanto, los principales retos no solo se deberían reducir los impactos humanos sobre la naturaleza; sino tomarla como prioritario el tema del calentamiento global. Eso significa un esfuerzo común, desde el Estado en sus tres niveles de gobierno, las empresas privadas, la cooperación internacional, incluida las comunidades alejadas de la costa, sierra y selva; lugares donde se continúan utilizando algunos agroquímicos letales en diversos cultivos, en especial en los de coca y papa. Al mismo tiempo, es hora de involucrar al sector privado, para priorizar proyectos que conlleven hacia una transición a prácticas más sostenibles. Aunque el mayor reto seguirá siendo la ansiada sensibilización a gran sector de los productores de coca, que continúan utilizando agroquímicos letales.

2.1.2 Reflexiones sobre la salud pública

El médico infectólogo *Ciro Maguiña Vargas*⁹ (2020), a través de un editorial en la revista *Scielo Perú*, reflexiona sobre la “terrible situación sanitaria” en el Perú; “con hospitales desfasados, médicos mal remunerados y sin seguro; sin laboratorios especializados, camas, ventiladores, especialistas; así como una población geriátrica abandonada” (Maguiña 2020: 9). Además, refiere que casi siempre, en nuestro país, “falta de equipos de bioseguridad para combatir a esta pandemia del nuevo coronavirus” (2020:9).

Hoy como nunca, se habla de salud, cuarentena de brotes, epidemias, pruebas moleculares, inmunidad, propiedades de la lejía, bondades del jabón, ventiladores, entre

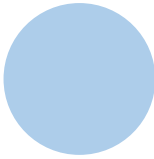
⁹ Dr. *Ciro Maguiña Vargas*: Médico Cirujano graduado en la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH), con grados académicos de Maestría y Doctorado en Medicina de la UPCH. Es especialista en Enfermedades Infecciosas y Tropicales y de Dermatología.

otros temas. El Colegio Médico del Perú, desde el inicio de esta pandemia, asumió su rol histórico y exigió a las autoridades sanitarias peruanas y al Primer Ministro que se otorgue un mayor presupuesto, que se realicen pruebas de diagnóstico para el COVID-19 en todo el Perú, que se apoye a los recursos humanos, un control comunitario, y ante la gravedad de la situación se pidió optar por la cuarentena, el toque de queda y la prolongación del tiempo del aislamiento social (Maguiña 2020: 3).

Según el mismo infectólogo, este preocupante escenario, una vez superada la pandemia, requerirá del “Estado Peruano (*sic*), el inicio de una profunda reforma sanitaria, que apunte a un sistema único y universal de la salud, integrado y coordinado, donde se retome el rol rector del Ministerio de Salud” (Maguiña 2020: 3). Al mismo tiempo, urge la habilitación de mayores recursos económicos, para habilitar toda una “red nacional de laboratorios modernos, integrada y de excelente calidad en beneficio de toda la Sociedad Peruana” (2020: 3).

Mientras según el Registro Nacional de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRES), de la Superintendencia Nacional de Salud, hasta fines de 2018 “existían 540 hospitales de categoría II y III, de los cuales 151 son administrados por las Direcciones Regionales de Salud (dependientes de los gobiernos regionales), 70 son administrados por EsSalud, 26 son hospitales administrados por el Ministerio de Salud (Minsa) y 276 son centros de salud privados” (susalud 2020: 1).

Sin embargo, la situación de los hospitales del país es más que preocupante. Según un informe de la Contraloría General de la República (2019), en los hospitales administrados por el Minsa, gobiernos regionales, EsSalud, Fuerzas Armadas y la Policía Nacional, “se halló que el 26,5% de los establecimientos que debían atender casos de alta y mediana complejidad, no contaban con el número suficiente de personal calificado para la atención en los Servicios de Emergencia, y el 30% no tenía ningún plan de emergencias y desastres” (Contraloría, 2020: 10).



"En el 2018 existían 540 hospitales de categoría II y III, de los cuales 151 administrados por los gobiernos regionales, 70 son administrados por EsSalud, 26 son hospitales administrados por el Ministerio de Salud (Minsa) y 276 son centros de salud privados"

2.1.3 La salud pública en período de pandemia

En el país, cada región respondió de diferentes maneras a los desafíos de la pandemia; en el caso de Ayacucho, a pesar que al inicio se cometieron una serie de errores, como el caso del primer responsable del Comando COVID-19 que más se preocupaba por publicitar el consumo de medicinas caseras. Por suerte, en Ayacucho “no se llegó a un extremo como en otras ciudades” (Díaz 2021: 25), porque hubo capacidad de reacción, a pesar de ser un “hospital estrictamente recuperativo” (Ango 2021: 29).

Sin duda alguna, esta investigación es destacable y oportuna para la Gerencia Social, porque permitió examinar las marcadas brechas de la salud pública en el ámbito del Hospital Regional de Ayacucho, que sufrió el impacto de la pandemia del nuevo coronavirus, al igual que otros hospitales del país. La letal enfermedad ha sobrepasado la capacidad de equipos de bioseguridad para el personal, camas UCI [Unidades de Cuidados Intensivos], ventiladores mecánicos, oxígeno, entre otros recursos.

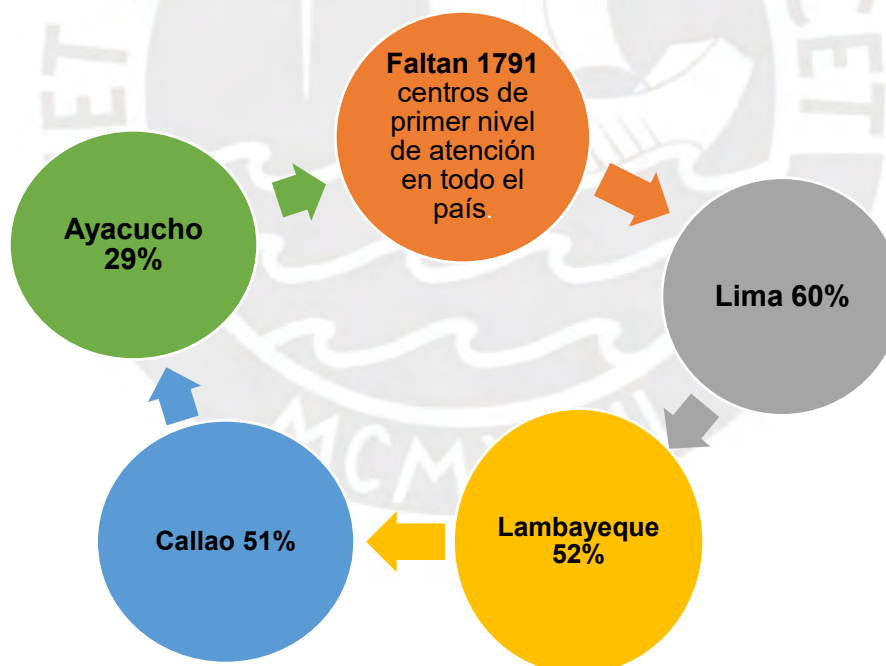
“El sistema de salud ha respondido deficientemente a los desafíos de la pandemia, de allí que el Perú sea uno de los países con más muertes por número de contagiados: por cada 30 personas contagiadas, una falleció, al 31 de marzo de 2021” (Worldometer 2021: 5). Este escenario “no se puede entender sin considerar el fracaso de la reforma de salud implementada en nuestro país desde el 2009. Las medidas llevadas a cabo en los últimos años no han logrado mejorar la capacidad de nuestro sistema de salud de manera sustancial” (Ponce de León 2021: 2).

La misma autora considera que, en nuestro país:

No hubo un proceso de debate exhaustivo sobre la reforma de salud; porque se dejaron de lado temas claves como el financiamiento, la viabilidad del proyecto dada la escasez de recursos humanos e infraestructura, los cuales definen su sostenibilidad. Esta falta de compromiso político ha impactado negativamente la implementación de la reforma (2021: 4).

Según ComexPerú (2021), el “Perú presenta una brecha de 1791 centros del primer nivel de atención, es decir, un 44% para contar con el óptimo de 4041 requeridos” (comexPerú 2021: 1). Dentro de esta brecha y en forma proporcional, se ubican las regiones que demandan de nuevos establecimientos en el siguiente orden: Lima (60%), Lambayeque (52%) y Callao (51%), Ayacucho (29%). Todas estas regiones a la fecha cuentan con menos de la mitad de establecimientos requeridos para brindar un servicio apropiado. “De igual forma, por el lado de los hospitales, el país requiere 156 para alcanzar la cantidad óptima estimada de 383 y los departamentos con mayor brecha respecto del óptimo son Piura (70%), Cajamarca (65%) y Huancavelica (58%)” (ComexPerú 2021: 1).

Figura 6
Establecimientos de primer nivel de atención por implementar al 2020



Fuente: Elaboración propia con información de ComexPerú (2021).

Este argumento muestra la preocupante realidad de los hospitales del Ministerio de Salud (Minsa) al 2020, se relaciona centralmente con el reto Justicia y Derechos Humanos, y con los objetivos 3 y 9 de los Objetivos del Desarrollo Sostenible (ODS):

“Garantizar una vida saludable y promover el bienestar para todos y todas en todas las edades” (PNUD 2021); además “desarrollar infraestructuras resilientes, promover la industrialización inclusiva y sostenible, y fomentar la innovación” (PNUD 2021).

2.1.4 Contexto normativo

“La salud no lo es todo, pero sin ella todo lo demás es nada” (humanium 2021: 2). Respecto al derecho de la salud, la Constitución de la OMS (2020), señala que “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano” (OMS 2020: 1) Al mismo tiempo añade que el derecho a la salud “incluye el acceso oportuno, aceptable y asequible a servicios de atención de salud de calidad suficiente” (2020: 2); porque la salud es lo más importante para todos los seres vivos; pues “una persona con una salud deteriorada, no podrá desarrollarse adecuadamente” (2020: 3).

Según la OMS (2021), “el derecho a la salud incluye el acceso oportuno, aceptable y asequible a servicios de atención de salud de calidad suficiente” (OMS 2021: 4); pero la situación de pueblos tan distantes y postergados, como los distritos de frontera de la región Ayacucho, es totalmente diferente; peor en tiempos de pandemia. En esos pueblos, casi nunca llega un médico; salvo en forma ocasional con médicos serumistas¹⁰, quienes – antes de la pandemia – viajaban al menos un par de veces al mes, hasta aquellas zonas inhóspitas y de difícil acceso, para completar su formación académica. De esta manera, estos profesionales contribuyen para llevar salud de calidad a las poblaciones más necesitadas.

En el ámbito nacional, la Constitución Política del Perú en su artículo 7.º propone que: “Todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad, así como el deber de contribuir a su promoción y defensa y el Estado determina la política nacional de salud” (JusticiaPerú 2021: 2); por consiguiente, el derecho a la salud configura un derecho fundamental de todos los seres humanos.

Las normas internacionales, frente a la pandemia del COVID-19, contienen orientaciones específicas para proteger a las personas en el contexto de la respuesta a la crisis; mientras en cuanto a Perú, la mayoría de especialistas señalan que “fue uno de los primeros países de América Latina en poner a sus ciudadanos en cuarentena para intentar contener la propagación del coronavirus” (JusticiaPerú 2021: 3). Como es

¹⁰ SERUMS, es el servicio rural y urbano marginal en salud. Se trata de una actividad que realizan solo los profesionales de salud, como un requisito obligatorio para optar por la segunda especialidad o para trabajar en un centro de salud público, así como obtener becas del gobierno para una futura capacitación.

de conocimiento general, a partir del 16 de marzo del 2020, el gobierno “decretó un estado de emergencia sanitaria, cerró las fronteras del país, ordenó que la gente saliera solo para cosas imprescindibles como comprar alimentos y medicamentos, y decretó toques de queda en distintos horarios en todas las ciudades” (2021: 3). Esta norma fue saludada a nivel internacional; sin embargo, la situación económica precaria de muchos peruanos obligó a salir a las calles a sectores marginales de la población. Según el INEI (2021), “más de 12 millones de peruanos tienen empleos informales” (INEI 2021). Según la misma institución estatal, “antes del 2019, el 72,7% tenía empleos informales; mientras que, a marzo del 2021, el porcentaje remontó a 77,3%” (INEI 2021).

Esta es una muestra que, a pesar de las buenas decisiones normativas, esta pandemia nos llevó a una crisis económica casi nunca antes vista. Para el INEI (2021), “solo desde abril del 2020 a octubre del 2021, la pandemia hizo que el empleo se volviera catastrófico; debido a que, en el pico más alto de la pandemia, la población ocupada se redujo en 35% y se perdieron casi 6 millones de puestos de trabajo” (INEI 2021: 2).

A nivel regional, si bien Ayacucho, no tuvo la misma reacción que otras regiones y a pesar de no haber sido incluidos en el Plan COVID-19, los Comités de Autodefensa (CAD) – como en épocas de guerra - se autoconvocaron y activaron a nivel regional, cerrando las carreteras y toda comunicación con otros pueblos. De esa forma, las comunidades campesinas se aislaron completamente, durante la primera ola. Como resultado solo dos comuneros fallecieron a nivel regional. Uno por contagiarse con el virus en el mismo Hospital, y otro por visitar a uno de sus familiares en la ciudad.

A continuación, se detalla la regulación actual, dispuesta en las siguientes normas, a nivel internacional, nacional y regional, con el único deseo de controlar el avance de la pandemia COVID-19.

2.1.5 Legislación internacional

El derecho a la salud fue instituido desde 1946 por la Constitución de la OMS, como: “El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr como derechos fundamentales de todo ser humano” (OMS 1964: 5). Luego en la introducción de la indicada Constitución define a la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (1964: 5).

Al mismo tiempo, define como “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr como uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social” (OMS 2014: 1).

Igualmente, la misma OMS (2020), “se ha comprometido a incorporar los derechos humanos en los programas y políticas de atención de salud, tanto en los ámbitos nacional como regional” (OMS 2020: 2); para ese fin la OMS se comprometió tener en cuenta todo un enfoque integral de la salud y los derechos humanos; porque el derecho a la salud, supone:

- a) fortalecer la capacidad de la OMS y de sus Estados miembros para adoptar un enfoque de la salud basado en los derechos humanos;
- b) promover el derecho a la salud en el derecho internacional y en los procesos de desarrollo internacionales;
- c) promover los derechos humanos relacionados con la salud, incluido el derecho a la salud.

Por su parte, la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948), en su artículo 25 alude “a la salud como parte del derecho a un nivel de vida adecuado” (wma 2020: 1). Luego en 1966, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en su artículo 12, nuevamente reconoce como derecho humano; por lo que los Estados Partes del mencionado Pacto, “reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental” (wma 2020: 2).

Sin embargo, tener derecho a la salud, también tiene que ver con determinados factores básicos de la salud, como:

- Agua potable y condiciones sanitarias adecuadas;
- Alimentos aptos para el consumo;
- Nutrición y vivienda adecuadas;
- Condiciones de trabajo y un medio ambiente salubres;
- Educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud; e
- Igualdad de género.

Mientras el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que complementa el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, aceptados por 170

países, como “ley internacional vinculante que garantiza el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental” (PIDESC 2020: 2).

2.1.6 Legislación nacional

En la legislación nacional, el derecho a la salud, al igual que otros derechos, es considerado como un derecho humano, y tiene su fundamento en la dignidad de la persona. Dentro de la legislación nacional, el artículo 7 de la **Constitución Política del Estado**, instituye que “todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad, así como el deber de contribuir a su promoción y defensa” (JustiaPerú 2021: 1). Además, en el año 2013, el Perú dispuso reformular el sistema de protección de la salud, en beneficio del paciente, con la finalidad de “mejorar el estado de salud, para reducir las restricciones que le impiden ejercer plenamente este derecho” (2021: 2).

Esta reforma, faculta al Ministerio de Salud (Minsa), intervenir ante emergencias sanitarias, en “caso de detectar casos de riesgos o discontinuidad de los servicios por falta de cumplimiento de las funciones de salud pública de los gobiernos regionales o locales” (2021: 2).

Mientras la décimo tercera política de Estado del **Acuerdo Nacional**¹¹ (2021), plantea el “acceso universal a los servicios de salud, con el objetivo de universalizar los recursos y servicios, buscando la equidad para una mejor calidad de vida en la población sin que exista impedimento alguno, de forma: gratuita, continua, oportuna y de calidad, con prioridad en las zonas de concentración de pobreza y en las poblaciones más vulnerables” (Acuerdo Nacional 2021: 1).

A su vez, la Ley N.º 26842 (1997), Ley General de Salud y sus modificatorias, en su artículo primero, garantiza “que toda persona tiene el derecho al libre acceso a prestaciones de salud y a elegir el sistema previsional de su preferencia” (Minsa 1997: 5). Además, el artículo dos, señala que “toda persona tiene derecho a exigir que los bienes destinados a la atención de su salud correspondan a las características y atributos indicados en su presentación y a todas aquellas que se acreditaron para su autorización” (Minsa 1997: 8). Incluso, el reglamento de la referida Ley, insta las razones para la calificación de una situación de emergencia, “las condiciones de

¹¹ Acuerdo Nacional: es un espacio de concertación de un conjunto de políticas de Estado, trabajadas y definidas mediante el diálogo de todas las fuerzas políticas, gubernamentales y no gubernamentales, gremios empresariales y sindicales, y otras organizaciones de la sociedad civil.

reembolso de gastos y las responsabilidades de los conductores de los establecimientos” (Digemid 1997: 5).

Ley N.º 27658 (2002), Ley de Modernización de la Gestión del Estado, y sus modificatorias, “declara al Estado peruano en proceso de modernización en sus diferentes instancias, dependencias, entidades, organizaciones y procedimientos; con la finalidad de mejorar la gestión pública y construir un Estado democrático, descentralizado y al servicio del ciudadano” (Congreso 2002). Igualmente demanda que esta modernización será regulada entre el “Poder Ejecutivo a través de la Dirección General de Gestión Pública de la Presidencia del Consejo de Ministros y el Poder Legislativo a través de la Comisión de Modernización de la Gestión del Estado, con la participación de otras entidades cuando por la materia a desarrollar sea ello necesario” (congreso 2002: 1).

Ley N.º 29414 (2009), establece los “derechos de las personas usuarias de los servicios de salud, en atención de emergencia médica, quirúrgica y psiquiátrica en cualquier establecimiento de salud público o privado” (Congreso 2009: 1). Luego a “elegir libremente al médico o el establecimiento de salud, según disponibilidad y estructura de éste, con excepción de los servicios de emergencia” (2009: 2). Incluso con facultad de “solicitar la opinión de otro médico, distinto a los que la institución ofrece, en cualquier momento o etapa de su atención o tratamiento, sin que afecte el presupuesto de la institución, bajo responsabilidad del usuario y con conocimiento de su médico tratante” (2009: 2).

Ley N.º 29344 (2009), Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, que tiene como propósito “establecer el marco normativo del aseguramiento universal en salud, a fin de garantizar el derecho pleno y progresivo de toda persona a la seguridad social en salud, así como normar el acceso y las funciones de regulación, financiamiento, prestación y supervisión del aseguramiento” (Congreso 2009: 2). La norma legal, además establece que es “aplicable a todas las instituciones públicas y privadas vinculadas al proceso de aseguramiento universal” (2009: 3), y a nivel de “todo el territorio nacional” (2009: 3).

Decreto Supremo N.º 044-2020-SA (2020), que “declara Estado de Emergencia Nacional por las graves circunstancias que afectan la vida de la Nación a consecuencia del brote del COVID-19, y dispone el aislamiento social obligatorio (cuarentena). Asimismo, se garantiza la adecuada prestación y acceso a los servicios y bienes esenciales” (Peruano 2020: 1).

Decreto Supremo N.º 025-2020-SA, (2020). “Dictan Medidas urgentes y excepcionales destinadas a reforzar el Sistema de Vigilancia y Respuesta Sanitaria frente al COVID-19” (El Peruano 2020: 1) a nivel nacional y tiene como propósito:

Dictar medidas urgentes destinadas a reforzar el sistema de vigilancia y respuesta sanitaria frente al grave peligro de la propagación de la enfermedad causada por un nuevo coronavirus, en el territorio nacional, a efectos de establecer mecanismos inmediatos para la protección de la salud de la población y minimizar el impacto sanitario de situaciones de afectación a ésta (Peruano 2020: 2).

Resolución Ministerial N.º 040-2020/MINSA, que aprueba el “Protocolo para la atención de personas con sospecha o infección confirmada por coronavirus” (Minsa 2020), cuya implementación, supervisión y aplicación, queda a cargo de las “direcciones regionales de Salud o las que hagan sus veces a nivel regional, así como las direcciones de Redes Integrales de Salud en Lima Metropolitana” (Peruano 2020: 1).

2.1.7 Legislación regional

Decreto Regional 002-2020-GRA/GR, del 17 de marzo del 2020, que decreta conformar una “Comisión Multisectorial de Autoridades de la región Ayacucho, integrado por el gobernador regional, prefecto regional, alcaldes provinciales, alcaldes distritales, Dirección Regional de Salud de Ayacucho, representante del Ministerio de Defensa, representante del Ministerio del Interior, y directores regionales” (Decreto Regional 2020: 2); con la finalidad de “conducir las labores de coordinación de articulación orientadas a la prevención, protección y control del COVID-19” (2020: 2).

Decreto Regional 003-2020-GRA/GR, del 27 de marzo del 2020, que establece el cierre de puntos de entrada a la ciudad de Ayacucho, para cuyo control “se encarga a la Policía Nacional, los Comités de Autodefensa, y juntas vecinales; en el marco de la emergencia sanitaria por la pandemia COVID-19, orientadas a garantizar la salud de la población” (Decreto Regional 2020).

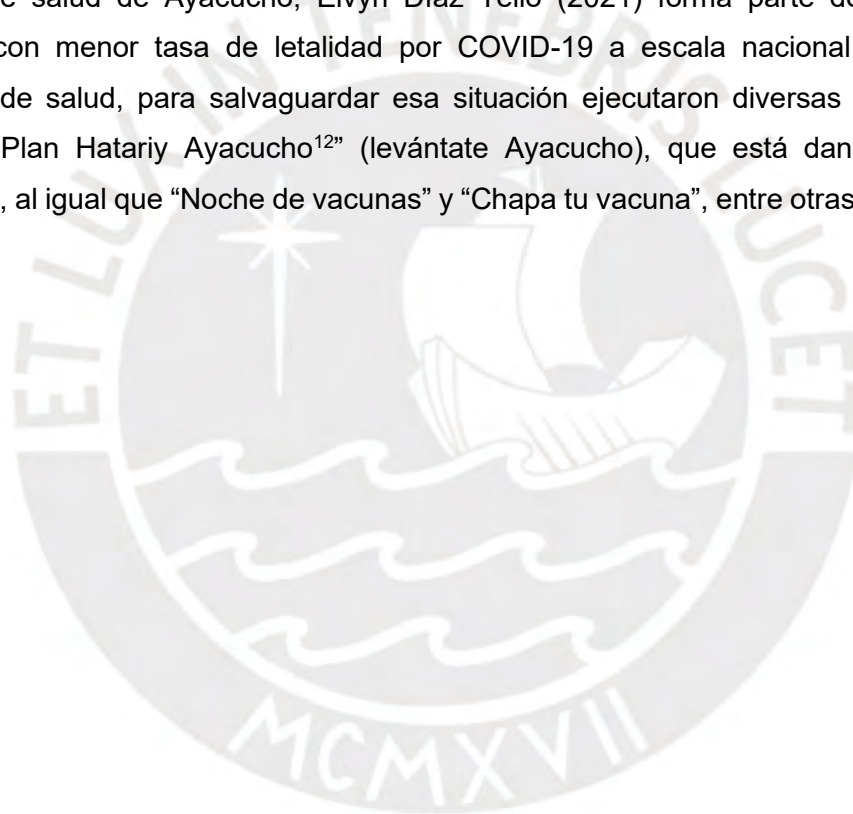
2.1.8 Información sobre el proyecto o programa analizado

Esta investigación es importante y oportuna para la Gerencia Social, porque consentirá identificar las marcadas brechas de la salud pública, especialmente la situación del hospital Regional de Ayacucho, que sufrió el impacto de la pandemia del nuevo coronavirus, al igual que otros hospitales del país. La letal enfermedad ha sobrepasado

la capacidad de equipos de bioseguridad para el personal, camas UCI [Unidades de Cuidados Intensivos], ventiladores mecánicos, oxígeno, entre otros recursos.

Este contexto que muestra la preocupante realidad de los hospitales del Ministerio de Salud (Minsa), se relaciona centralmente con el reto Justicia y Derechos Humanos, y con los objetivos 3 y 9 de los Objetivos del Desarrollo Sostenible (ODS): “Garantizar una vida saludable y promover el bienestar para todos y todas en todas las edades” (ODS 2021); y “Desarrollar infraestructuras resilientes, promover la industrialización inclusiva y sostenible, y fomentar la innovación” (ODS 2021).

Igualmente, siendo el tema de la pandemia del nuevo coronavirus, un problema mundial, la capacidad de respuesta del país y especialmente en Ayacucho, según el director regional de salud de Ayacucho, Elvyn Díaz Tello (2021) forma parte de las cinco regiones con menor tasa de letalidad por COVID-19 a escala nacional. Según la autoridad de salud, para salvaguardar esa situación ejecutaron diversas estrategias como el “Plan Hatariy Ayacucho¹²” (levántate Ayacucho), que está dando buenos resultados, al igual que “Noche de vacunas” y “Chapa tu vacuna”, entre otras destrezas.



¹² Hatariy Ayacucho: se trata de una búsqueda activa casa por casa, para detectar casos sospechosos, efectuar el tamizaje respectivo y establecer el cerco farmacológico.

CAPÍTULO III

3.1 Marco Conceptual

El presente trabajo plantea como objeto de investigación, **examinar y analizar sobre la capacidad resolutive del Hospital Regional de Ayacucho, antes y después de la pandemia COVID-19**; identificando los problemas con las opiniones de los distintos actores; para formular algunas recomendaciones que conlleve a mejorar la eficiencia y eficacia en la gestión de salud. Igualmente, como derechos fundamentales de todo ser humano, el marco teórico presenta como conceptos centrales de investigación el derecho a la salud y la salud de calidad y además la salud e igualdad de género; mientras que la investigación está relacionada a los dilemas de desarrollo de justicia y derechos humanos.

Al mismo tiempo -concordante con lo que define la Organización Mundial de la Salud (OMS)- “el goce del derecho a la salud, está estrechamente relacionado con el de otros derechos humanos, tales como los derechos a la alimentación, la vivienda, el trabajo, la educación, la no discriminación, el acceso a la información y la participación” (OMS: 2021). Por consiguiente, la pregunta **¿cuál fue la capacidad resolutive del Hospital Regional de Ayacucho, antes, durante y después de la pandemia COVID-19?**, está relacionada al enfoque general de los derechos humanos, y la búsqueda de soluciones, superando desigualdades y algunas prácticas discriminatorias.

En ese sentido, el derecho a la salud es fundamental y está reconocido por la Constitución de 1979, bajo el término "derecho a la protección de la salud" (El Peruano 1979), junto a los demás derechos constitucionales. De manera que, no existe razón alguna para especular que se trata solo de alguna mera aspiración y no de un derecho; porque el derecho a la salud, es una obligación del Estado, tal cual ratifica la OMS.

En cuanto a los conceptos teóricos, “son necesarios para descubrir leyes generales, pero deben aplicarse a la realidad” (Arias 2021: 1); en tanto que los conceptos de gestión, se refiere “a los datos generados en el ciclo de vida de una investigación como de sus resultados, a fin de hacerlos visibles, disponibles, seguros, compartibles y útiles” (Cepal 2016: 2).

En lo referente a la **Situación de la salud pública en el Hospital Regional de Ayacucho, antes, durante y después de la pandemia COVID-19**, los conceptos teóricos y de gestión, fueron aportes concluyentes en el presente estudio exploratorio sobre la crisis generada por la pandemia del coronavirus COVID-19 en la región

Ayacucho, dejando suficiente evidencia de su fragilidad; máxime, teniendo en cuenta que, Ayacucho sigue siendo una región con altos niveles de pobreza y extrema pobreza, donde los impactos generados por este virus, terminó profundizando mucho más las desigualdades preexistentes, sobre todo en grupos marginales y vulnerables, con un sistema de salud muy precaria, limitados niveles de acceso a una educación de calidad, y con una brecha alta en desnutrición y mortalidad infantil.

3.1.1 Conceptos teóricos claves

Los conceptos teóricos claves para la presente investigación, tienen que ver con el Reto Justicia y Derechos Humanos; porque sin la exigencia del cumplimiento de este derecho, el cumplimiento del resto de los derechos consagrados en la Constitución, las leyes y los tratados internacionales, pierde toda viabilidad. Los otros conceptos centrales son el objetivo 3 ODS: “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades” (ODS 2020); objetivo 9 ODS: “Construir infraestructura resiliente, promover la industrialización inclusiva y sostenible y fomentar la innovación” (ODS 2020).

Estos conceptos centrales del marco lógico, el derecho a la salud y salud de calidad; y salud e igualdad de género, forman parte del concepto central de investigación, y se relacionan con la pregunta central. Además, apoyan a conceptualizar y planificar el enfoque basado en la pregunta central de investigación: **¿Cuál fue la capacidad resolutive del Hospital Regional de Ayacucho, antes, durante y después de la pandemia COVID-19?**

Al mismo tiempo, el acceso del derecho a la salud, “está estrechamente relacionado con el de otros derechos humanos, tales como los derechos a la alimentación, la vivienda, el trabajo, la educación, la no discriminación, el acceso a la información y la participación” (OMS 2020: 2). Por consiguiente, la pregunta **¿cuál fue la capacidad resolutive del Hospital Regional de Ayacucho, antes, durante y después de la pandemia COVID-19?**, está relacionada al enfoque general de los derechos humanos, y la búsqueda de soluciones, superando desigualdades y algunas prácticas discriminatorias.

A su vez, el objetivo 3 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) al 2030, “garantiza una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades” (un.org 2021: 1), porque, “actualmente el mundo se enfrenta a una crisis sanitaria mundial sin precedentes; de sufrimiento humano, desestabilizando la economía mundial

y cambiando drásticamente las vidas de miles de millones de personas en todo el mundo” (un.org 2021: 2).

Según el citado portal, antes de la pandemia se lograron “grandes avances en la mejora de la salud de millones de personas” (2021: 3); pero ahora el enemigo mayor es el COVID-19, y se requieren más esfuerzos para “erradicar por completo” (2021: 3) toda una diversidad de males, financiando con mayor eficiencia “a los sistemas sanitarios, un mayor saneamiento e higiene, y un mayor acceso al personal médico, se podrán conseguir avances significativos a la hora de ayudar a salvar las vidas de millones de personas” (2021: 3).

Figura 7

Los 17 objetivos del Desarrollo Sostenible, donde resalta el objetivo 3 sobre Salud y Bienestar



Fuente: PAHO/WHO (2021).

3.1.2 Derecho a la salud y salud de calidad

Entendemos el derecho a la salud, como un derecho humano fundamental de todos los seres humanos; incluso algunos especialistas llaman como la “piedra angular de las políticas sociales” (OMS 2017); porque sin este derecho es muy difícil tener acceso a otros derechos más complejos, como el social o el político. En ese sentido, asumimos en lo fundamental lo planteado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), cuando asevera que es “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano” (OMS 2017: 5). Igualmente sintetiza

como “el acceso oportuno, aceptable y asequible a servicios de atención de salud de calidad suficiente” (2017: 6).

“El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social” (OMS 2020: 10).

Así, para la OMS (2020), el “derecho a la salud para todas las personas significa que todo el mundo debe tener acceso a los servicios de salud que necesita, cuando y donde los necesite, sin tener que hacer frente a dificultades financieras” (OMS 2020: 1). De ser así, significa que ninguna persona debería enfermarse o morir tan solo por su condición de pobre, o por no tener acceso a los servicios de salud que requiere. Al mismo tiempo, para la OMS, “toda persona tiene derecho a la intimidad y a ser tratada con respeto y dignidad” (2020: 1). En consecuencia, “nadie debería ser sometido a los experimentos médicos, contra su voluntad o también a algún tratamiento sin previo consentimiento informado” (OMS, 2020: 10).

En ese sentido, la OMS:

Defiende la idea de la atención centrada en la persona, que es la materialización de los derechos humanos en la práctica clínica. Igualmente, alerta que la marginación, la estigmatización y la discriminación tienen consecuencias nefastas para la salud física y mental del individuo. La discriminación en el contexto de la atención de salud es inaceptable y constituye un obstáculo importante para el desarrollo (OMS, 2020: 11).

Sin embargo, para la OMS (2017), al menos “100 millones de personas de todo el mundo son empujadas cada año a vivir por debajo del umbral de pobreza como consecuencia de los gastos sanitarios” (OMS 2017: 2). Pero esta situación en tiempos del nuevo coronavirus, en medio del miedo y pánico, el mundo se vio obligado a recurrir a medidas políticas restrictivas como las cuarentenas, los toques de queda, que en el caso peruano se le denominó como la “inmovilización social”, o el “pico y placa” (un día salen hombres, otro día solo mujeres); además de las restricciones obligatorias de viajes.

Por ello el derecho a la salud está relacionada conceptualmente con la igualdad; aunque esta pandemia desnudó el endeble y inestable sistema de salud pública, sobre todo en el caso de las regiones, donde las infraestructuras son obsoletas – como el caso de Ayacucho – además, es constante la falta de equipamiento médico y medicamentos. A todo ello se suma un deficiente servicio de agua y desagüe, con mayor injerencia en los sectores marginales; lugar de concentración de personas pobres, en su mayoría procedentes de la sierra o selva.

Pero ¿Qué generó toda esta consecuencia? En la misma línea conceptual, tanto el Dr. Ciro Maguiña, y el exministro de Salud Víctor Zamora (2021), entre otros analistas, plantean que “la precariedad sanitaria, es producto de la desigualdad social (económico, social, educativo, etc.), que, a lo largo de los años, generó consecuencias extremadamente dispares” (Zamora 2021: 5). Así, en las circunstancias actuales, “ni siquiera podemos estar a la altura de nuestros vecinos como Bolivia, Chile, Colombia o Argentina. Quizás eso sea el motivo por el cual Perú se perfila como el país con mayor cantidad de fallecidos por millón de habitantes en el mundo por COVID-19” (Zamora 2021: 8).

Actualmente, el debate internacional plantea que esta es una crisis que afecta principalmente a la vida. Se trata de una crisis humanitaria que exige entender el derecho a la salud. En este marco conceptual, es una crisis que enluta a tantas familias, por la muerte de amigos, familiares y tantos seres queridos. Todos se van, sin que pudiéramos despedirlos como antes. Es decir que esta pandemia, cambió totalmente nuestras formas de convivencia, incluida las formas de despedirnos de quienes dejan este mundo. Ejemplo, antes condenábamos la existencia de algunas fosas comunes; pero hoy las circunstancias lo han legalizado, porque no hay lugar donde enterrar tantos fallecidos. ¿Dónde más ocurre algo similar? Hasta donde tenemos conocimiento solo en guerra, y eso es lo que muchos no quieren reconocer. Hoy estamos en guerra, pero contra un enemigo invisible, que al menor descuido asesta con emboscadas y con resultados fatales.

3.1.3 Salud e igualdad de género

Para nuestra investigación asumimos entonces que la salud es un derecho fundamental y la igualdad de género, es ejercer nuestros derechos; pero en igualdad de condiciones, sin que ninguna inequidad obstruya. Al respecto, por ejemplo, la Organización Panamericana de la Salud (2019), recoge y conviene con las convenciones y protocolos de derechos humanos de las Naciones Unidas y el sistema interamericano, y fundamenta en que:

los acuerdos en materia de derechos humanos exigen que los programas de salud reconozcan y aborden las necesidades diferentes de las mujeres y los hombres y de los niños y las niñas, y su acceso desigual a los recursos y al control de los mismos. En el 2008, la Organización de los Estados Americanos exigió la protección de los derechos humanos sin distinción de la orientación sexual o la identidad de género (PHO 2019: 7).

Pero también la Organización Panamericana de la Salud (OPS) coincide en mantener la igualdad de condiciones tanto de mujeres y hombres, por lo que plantea lo siguiente:

La igualdad de género en la salud, significa que las mujeres y los hombres se encuentran en igualdad de condiciones para ejercer plenamente sus derechos y su potencial para estar sanos, contribuir al desarrollo sanitario y beneficiarse de los resultados. El logro de la igualdad de género exige medidas concretas destinadas a eliminar las inequidades por razón de género (OPS 2020: 2).

Por su parte el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), determina que también, “la salud y los derechos sexuales y reproductivos, son un aspecto significativo de la salud pública que requiere gran atención durante las pandemias. Los embarazos y partos seguros dependen de sistemas sanitarios funcionales y de una adherencia estricta a la prevención de infecciones” (NNUU 2020: 12).

Igualmente, el secretario general de las Organización de las Naciones Unidas (NNUU), António Guterres, dijo que “debemos combatir el virus por el bien de la humanidad, centrándonos en las personas. Particularmente, en las más afectadas: mujeres, personas mayores, jóvenes, trabajadores precarios, pequeñas y medianas empresas, el sector informal y los grupos de riesgo” (Guterres 2020: 1).

Entonces, debemos entender que el derecho a la salud, es inseparable de los conceptos de igualdad e igualdad de género. La igualdad entendida como “trato homogéneo para todas las personas, independientemente de sus características o circunstancias” (Unesco 2020: 1); e igualdad de género, como “iguales derechos, beneficios, obligaciones, oportunidades, e igual valoración a pesar de diferencias y roles distintos” (2020: 2), tanto en las mujeres, hombres, niñas y los niños. Esta reflexión conceptual mantiene fuerza en el marco de la crisis humanitaria; porque – a nivel mundial - desde el estallido de la pandemia, la violencia contra las mujeres, niñas y los niños se ha intensificado.

Igualmente, esta reflexión conceptual toma especial certeza en las zonas marginales de la región de Ayacucho, así como en la mayoría de las comunidades campesinas, puesto que durante la primera y segunda ola de la pandemia – por seguridad - los comités de autodefensa (CAD) cerraron las entradas y salidas en cada comunidad; sin embargo, existen evidencias sobre la masificación del consumo de bebidas alcohólicas (caña o aguardiente¹³) de parte de los hombres; con el consiguiente maltrato a las mujeres, niños y niñas. Sobre estos maltratos no existe denuncia alguna, salvo versiones de

¹³ Caña o aguardiente: jugo de caña de azúcar destilado en trapiches artesanales en diferentes quebradas o selva alta.

autoridades comunales recogidas para esta investigación, quienes si bien constataron; pero procedieron a reconciliarlos, todo “porque en un matrimonio se debe superar esos problemas y todo debe quedar en casa” (Jiménez 2021).

Pero esta pandemia, no solo viene generando pérdida de vidas y una profunda crisis de salud; aquellos pueblos históricamente relegados, como las zonas altoandinas de la región Ayacucho, son testigos de un colapso económico que viene afectando de manera cruda el bienestar de grandes sectores de la población campesina, porque al golpe de la pandemia, también se han sumado los efectos del cambio climático; ocasionando lluvias persistentes, granizadas y heladas, que afectan directamente los sembríos temporales, lo que afectará la seguridad alimentaria de las familias menos pudientes en lo que va este y el siguiente año.

Con todos estos antecedentes, es de conocimiento general que el nuevo coronavirus - a nivel mundial - ha generado una inaudita crisis sanitaria; pero en el caso de Perú y pueblos del interior del país como Ayacucho, la situación fue mucho más compleja. Hasta en las mismas comunidades, comentan que este virus hasta ha generado algunas mutaciones culturales, por lo que, en los siguientes años, posiblemente las organizaciones, familias y personas, no seamos las mismas. A este nuevo escenario algunos estudiosos llaman como la transformación cultural o simplemente un cambio de escenario.

CAPÍTULO IV

4.1 Resultados o Hallazgos de la Investigación

Para este trabajo de investigación, se escogieron como conceptos centrales del marco lógico, el derecho a la salud y salud de calidad; y salud e igualdad de género; porque ambos conceptos centrales se relacionan con la pregunta central de la investigación. Además, apoyan a conceptualizar y planificar el enfoque basado en la pregunta central de investigación: ¿Cuál fue la capacidad resolutive del Hospital Regional de Ayacucho, antes, durante y después de la pandemia COVID-19?

Para responder a la pregunta central de investigación, producto de las entrevistas semiestructuradas a funcionarios y personal médico de salud, revisión de documentos, observaciones, y exploraciones tanto en el Hospital de Contingencia COVID-19 y zonas aledañas de la región de Ayacucho, se localizó los siguientes hallazgos:

- a) Respuesta oportuna para asegurar cobertura de salud;
- b) Desafíos en la continuidad de atención, durante la pandemia COVID-19; y
- c) Dilemas en las decisiones en la atención de salud pública durante la pandemia COVID-19.

Estos tres hallazgos, permitieron identificar las marcadas brechas de la salud pública en la región de Ayacucho, que según cifras del INEI (2020), junto a Cajamarca, hasta ahora cuenta con algunos distritos con mayor pobreza en el país y en condición de mayor exclusión, frente a otras regiones.

En síntesis, los hallazgos de la presente investigación, nos permitieron describir y explicar los cambios súbditos que ocasionó esta pandemia en la región de Ayacucho, y hasta nos permitió hallar nuevas formas y métodos que los médicos del Hospital de Contingencia COVID-19 utilizaron para frenar el avance del virus, como la habilitación de los centros de primer y segundo nivel de atención, durante toda la pandemia y a nivel de toda la región.

Figura 8

Hallazgos de investigación



Fuente: elaboración propia (2021).

RESPUESTA OPORTUNA PARA ASEGURAR COBERTURA DE SALUD.

DESAFÍOS EN LA CONTINUIDAD DE ATENCIÓN, DURANTE LA PANDEMIA COVID-19

DILEMAS EN LAS DECISIONES EN LA ATENCIÓN EN SALUD PÚBLICA DURANTE LA PANDEMIA COVID-19.

4.2 Hallazgo 1: Respuesta oportuna para asegurar cobertura de salud

Al inicio de la pandemia, la provisión de salud y de infraestructura hospitalaria presentaba serios déficits a nivel nacional; aunque los centros de salud de las zonas rurales y de menores recursos, presentaban mayor precariedad. Por lo tanto, “limitando el ejercicio efectivo del derecho a la salud por diversas razones, como el número insuficiente de establecimientos y servicios públicos de salud accesibles y de calidad, así como la posibilidad de contar con mayor abastecimiento de medicamentos e insumos” (Minsa 2021).

Para el presente hallazgo: “respuesta oportuna para asegurar cobertura de salud”, se recogió información de tres variables, las que estructuran la exposición de la evidencia, formulando relaciones descriptivas, explicativas o predictivas sobre el comportamiento del COVID-19 y la respuesta tomada desde el Gobierno Regional de Ayacucho, en coordinación con funcionarios de la Dirección Regional de Salud, y son las siguientes:

- a) Equipamiento del Hospital de Contingencia COVID-19 con medicinas, respiradores artificiales, camas, camas UCI, etc.
- b) Calidad de atención a pacientes en el Hospital de Contingencia COVID-19.
- c) Protección del personal de salud.

4.2.1 La salud en pandemia: equipamiento del Hospital de Contingencia COVID-19

El presente hallazgo se sustenta en las observaciones de las atenciones hospitalarias en el Hospital de Contingencia COVID_19; análisis de documentos internos del Hospital de Contingencia COVID-19 y del HRA. Igualmente, en la observación y análisis de la página fanpage del HRA; así como una interpretación y narración del contenido de fotografías relacionada a las atenciones a enfermos por COVID-19.

Siguiendo estos hallazgos, se desprende que, en Ayacucho, desde el 27 de marzo del 2020 - fecha en que aparece el primer caso de COVID-19, en una persona de sexo masculino de 46 años de edad con residencia en la provincia de Huamanga - la Dirección Regional de Salud de Ayacucho (DIRESA), encargó la elaboración de un “Plan de reforzamiento de servicios de salud y contención COVID-19, región Ayacucho 2020” (DIRESA 2020: 9). En este documento oficial, se elaboró una propuesta de “reorganización y readecuación de la oferta de servicios de salud” (2020: 10), “centralizando el flujo de atención en el Hospital Regional de Ayacucho, de la ciudad del mismo nombre, por contar con mayor capacidad resolutive” (2020: 14).

Igualmente se estableció que los demás hospitales y establecimientos de salud al interior de la región, adecúen “sus unidades productoras de servicios de salud, para asegurar el proceso de atención de los pacientes COVID-19” (2020: 14). Se debe precisar que la región de Ayacucho, aparte del Hospital Regional, cuenta con otros siete hospitales: Huamanga, Huanta, Ayacucho centro, San Miguel, San Francisco, Lucanas Puquio, y Coracora.

De esta manera, se fue implementando diferentes destrezas para optimizar los servicios de salud, “con gran énfasis en la respuesta hospitalaria. Mientras a manera de promoción de la salud, se realizaron acciones en salud orientados al aislamiento social, así como medidas preventivas, medidas de apoyo en fortalecimiento de alimentación saludable y otras que favorezcan la buena salud de la población” (DIRESA 2020: 13).

En tanto, los responsables de los hospitales de las redes de salud del interior de la región, en caso de detectar pacientes con COVID-19, hicieron las coordinaciones respectivas, para referir al Hospital de Contingencia COVID-19. Mientras para los pacientes con otras enfermedades – igual - tomando todas las precauciones, se coordinó acorde a la capacidad instalada del Hospital Regional de Ayacucho.

Sin embargo, las evidencias recogidas, permite reflexionar que los servicios de salud en el ámbito de la región de Ayacucho, aun es bastante deficiente, no solo por la precaria infraestructura, en especial en los establecimientos de primer y segundo nivel de atención; sino el común denominador es la escasez de médicos y enfermeras; como muestra las postas sanitarias de pueblos tan alejados funciona solo con uno o dos técnicos en salud. Mientras hasta en el mismo Hospital Regional, los médicos especialistas solo tienen permanencia temporal, a excepción de un neurocirujano, que al mes tiene una permanencia de una semana. Lo hace a solicitud de su señora madre, quien es ayacuchana y como retribución a su pueblo, exige que su hijo atienda temporalmente en el Hospital Regional de Ayacucho.

Esta situación pone en cuestión el ejercicio del derecho a la salud, que constituye una de las 10 condiciones fundamentales para alcanzar una vida digna, porque según Amartya Sen y Martha Nussbaum, son “elementos a favor de la protección de la salud y su goce efectivo como parte de los derechos que deben reconocerse por la sociedad, como respuesta a cuestiones de justicia social” (Velez 2014: 4)¹⁴. Más adelante Nussbaum (2014) “justifica una lista de diez capacidades, dentro de las cuales incluye la vida, la salud física y la integridad física; todas relacionadas directamente con la salud. Así la tutela en salud se torna en condición necesaria de justicia social” (2014: 5).

En Ayacucho, es posible comprobar como estas condiciones de salud, la evidencia nos muestra cuando las autoridades del sector salud y los funcionarios del Gobierno Regional, desde el inicio de la pandemia, vieron una gran debilidad, porque el Hospital Regional de Ayacucho (HRA), estaba a punto de colapsar; porque en el mismo establecimiento se atendía a los enfermos por COVID-19 y también a los pacientes por otras enfermedades. En esas circunstancias hasta se corría el riesgo que los pacientes por otras enfermedades, puedan infectarse con COVID-19.

Según el director regional de Salud, Elvyn Díaz Tello (2021), desde los primeros días de marzo del 2020, Ayacucho cuenta con:

una hermosa infraestructura nueva de reciente inauguración; sin embargo (...), cuando inicia la pandemia algunos pocos pacientes por COVID-19, hemos estado atendiendo en el nuevo Hospital, a veces junto a pacientes con otros males. Pero luego evaluamos con el Gobierno Regional, y decidimos tomar los ambientes del antiguo hospital para equiparla y convertirla en un Hospital de Contingencia COVID-19 (Díaz 2021: 21).

¹⁴ Enfermera, abogada, Enfermera, magíster en Filosofía. Profesora Titular. Departamento de Salud Pública. Facultad de Ciencias para la Salud. Universidad de Caldas.

Como bien dice Díaz Tello, en el momento, cuando la pandemia comienza a golpear a los ayacuchanos, inmediatamente se inicia un debate sobre la capacidad resolutoria del Hospital Regional de Ayacucho; por lo que se vieron forzados a preparar un Plan COVID-19, como un primer documento, “para reorientar las estrategias sanitarias frente al COVID-19 en la región Ayacucho, a partir de la fase de transmisión sostenida mediante el diagnóstico situacional, las dificultades y limitaciones sanitarias en los establecimientos de primer y segundo nivel de atención” (Díaz 2021: 19).

El testimonio recogido de la máxima autoridad en salud en la región Ayacucho - en una entrevista semiestructurada - refleja la situación espantosa que se vivió en Ayacucho al iniciarse de la pandemia. Sin embargo, es de resaltar el oportuno equipamiento del Hospital de Contingencia COVID-19, especialmente con la instalación de oxígeno líquido, lo que permitió tener mayor capacidad de soporte para atender a los pacientes y salvar muchas vidas. En última instancia, la instalación del oxígeno líquido, significó una mejor calidad de atención y servicio.

4.2.2 La calidad de atención a pacientes con COVID-19 y los límites al derecho a la salud

Casi a mitad del siglo pasado, en el documento de Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS), dada por la Conferencia Sanitaria Internacional, en la ciudad de Nueva York en 1946, los representantes de 61 estados, establecieron los criterios de lo que se entendía como Derecho a la Salud. Como primer enunciado, señala: "La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades" (OMS 2021). Líneas abajo puntualiza: “El goce del grado máximo de salud que se puede lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social” (OMS 2021: 1).

Al respecto, hay quienes consideran que el derecho a la salud “figura entre los derechos humanos fundamentales” (2021: 1). Sin embargo, y sobre todo en el país, es sabido que históricamente, el Estado no ofrece salud de calidad; menos un servicio aceptable en los pueblos apartados de la capital, en especial entre la sierra y la Amazonía. La justificación “por razones presupuestarias”, otras veces por la lejanía; como resultado atravesamos en medio de la precariedad de atención y los límites del acceso al derecho a la salud. Entonces, en pleno siglo XXI, los habitantes del interior del país, siguen pensando que, ser pobre significa vivir menos y morir en cualquier momento; enfermarse más, tener peores servicios sanitarios y una menor calidad de vida.

Figura 9

Límites de acceso al derecho a la salud



"Ser pobre significa vivir menos y morir en cualquier momento; enfermarse más, tener peores servicios sanitarios y una menor calidad de vida"

Fuente: elaboración propia. Foto: Andina (2020).

Esta situación se complica más, en un escenario de una pandemia cada vez mutable, en el que la salud y la vida se encuentran amenazadas, se hace indispensable respuestas urgentes y articuladas a nivel local, nacional, regional y global, con el propósito de impedir la propagación de la enfermedad. En este escenario, es primordial mitigarla y proteger la vida y salud colectiva; pero con mayor incidencia de sectores excluidos y alejados, donde no cuentan con personal especializado de salud, como los establecimientos de salud ubicados en las fronteras de Ayacucho con Huancavelica, Apurímac y Cusco.

Lo mismo ocurre con algunos establecimientos ubicados en las zonas altas de las provincias de Huanta y La Mar, jurisdicción del Valle de los ríos Apurímac, Ene y Mantaro (VRAEM), donde a la presencia del narcotráfico, se suma la amenaza de los remanentes del terrorismo, los autodenominados como el Militarizado Partido Comunista el Perú (MPCP); cuyos dirigentes atendiendo nuestra llamada, pero pidiéndonos mantener en reserva sus identidades, testifican que los terroristas condicionan a los habitantes de los pequeños poblados; al mismo tiempo mantienen bajo amenaza a los trabajadores de las pequeñas postas sanitarias.

Pero, lo más sombrío, es que cuando tienen alguna necesidad, incursionan en aquellas pequeñas poblaciones, luego se apoderan de todos los medicamentos y algunos

equipos médicos, tal como ocurrió con el pequeño distrito de Ayahuanco, provincia de Huanta¹⁵ que, según reporte policial, en el 2021 sufrió hasta dos incursiones armadas y el respectivo saqueo de la pequeña posta sanitaria.

Pero a pesar de estos problemas que acarrearán por más de 40 años; en el Hospital de Contingencia COVID-19, los profesionales de salud (médicos y enfermeras), pusieron en práctica todos sus conocimientos, conforme dijo el responsable del Hospital COVID-19, Jimmy Ango Bedrillana (2021). A pesar de no contar con tiempo suficiente, debido a la cantidad de pacientes contagiados; establecieron algunas estrategias, como “para comunicarse con sus seres queridos a través de videollamadas, por un programa a través de las asistentas sociales que ingresan a los pabellones, para comunicar a los pacientes con sus familiares” (Ango 2021: 14).

Sin embargo, el joven médico Ango Bedrillana, describe que como no todos disponen de un teléfono inteligente, entonces “se ha implementado otra estrategia; especialmente para los pacientes de las zonas alejadas, me refiero al ‘buzón del amor’, por ejemplo, donde dejan paneles, pancartas, cartas dirigidas a sus seres queridos y se les entrega como parte de su proceso de recuperación” (Ando 2021: 16). Una meritoria forma de comunicación, incluido para aquellas personas desahuciadas, que, al superar los momentos críticos, el respectivo personal responsable, les repartían la sorpresa de cada ‘buzón del amor’.

Otro aspecto puntual, es que en la admisión para el Hospital de Contingencia COVID-19, no hubo un aspecto diferenciado respecto de si el paciente es rural o urbano. De este hecho, también ratifican los pacientes Walter Aguilar y David Huamán García, quienes señalan haber sido atendidos “con tanta amabilidad”. Al respecto, David Huamán (2021) precisa: “A lo mejor sea porque todos los profesionales [médicos y enfermeras] eran jóvenes y muy amables. A todos ellos estamos muy agradecidos” (Huamán 2021: 11).

Al respecto, durante el proceso de investigación, se pudo recorrer parte de las zonas altas de las provincias más pobladas de la región Ayacucho: Huamanga, Huanta y La Mar. Durante este periplo, se logró constatar que, durante la primera ola de la pandemia, ningún campesino de la zona alta fue afectado; a excepción de dos pobladores que en forma negligente bajaron a la ciudad.

¹⁵ El distrito de Ayahuanco se encuentra en plena frontera con la selva alta, zona controlada por los remanentes terroristas.

Pero respecto a la forma de admisión al Hospital de Contingencia COVID-19, familiares de algunos pacientes criticaron sobre la injerencia del Gobernador Regional y algunos consejeros regionales, para favorecer a ciertos pacientes. Sobre este caso, igualmente el responsable del Hospital de Contingencia COVID-19, reconoce que “hubo presión de todo tipo”; pero que los profesionales de salud, se “pusieron fuertes para poner orden”.

En esas condiciones hablar de calidad de atención y los límites al derecho a la salud - siendo un derecho fundamental - se vuelve discriminatorio, porque no todos reciben una atención de calidad; menos aquellos peruanos que habitan en pequeños pueblos dispersos del ande. Sin embargo, los pacientes dados de alta, valoran la calidad de atención de los profesionales de salud en el Hospital de Contingencia COVID-19:

“La atención fue de primera, incluso mejor que en nuestras casas. Ni qué decir de la calidad de la comida. Para nosotros era como un hotel de cinco estrellas. Nuestro reconocimiento a todos esos profesionales, todos jóvenes” (Huamán 2021: 13). Se trata de un paciente y exdocente de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga (UNSCH), quien después de 20 días superó la enfermedad.

Además, hay que considerar que toda la serranía de Ayacucho, y desde hace más de 40 años, el terrorismo desestabilizó y socavó la sociedad civil, al poner en peligro la paz, la seguridad; además de amenazar y poner en riesgo el desarrollo social y económico de todo ese corredor productor de cultivos orgánicos y zonas de protección ambiental.

4.2.3 Protección del personal de salud y la respuesta a la precariedad de atención

Si bien desde el Estado hubo el esfuerzo de gestionar una respuesta oportuna y efectiva para atender la emergencia de salud y así tratar de solucionar la brecha de acceso a este servicio que, constituye un derecho fundamental de los seres humanos; sin embargo, la pandemia puso en evidencia la precariedad del sistema de salud peruano. Además, se suma toda una diversidad de intereses en la adquisición de equipos y medicamentos, en diferentes instancias de este sistema de salud, lo que terminó perjudicando en forma directa toda posibilidad de acceso a una atención sanitaria de los usuarios.

En medio de ese torbellino de problemas, en Ayacucho, a exigencia de la población y trabajadores del sector salud, el Gobierno Regional de Ayacucho formó una comisión promovida desde la Gerencia de Desarrollo Social, integrada por técnicos del área de ingeniería y de la Dirección Regional de Salud (Diresa), incluido el responsable del Comando COVID-19. Producto de aquella evaluación técnica, desde ese momento se

toma la decisión de convertir el antiguo local del Hospital Regional, en un Hospital de Contingencia COVID-19.

Después de esta decisión, “inmediatamente coordinamos con el Gobierno Regional, luego hemos planteado los requerimientos. Posteriormente tuvimos que hacer la sustentación presupuestaria, luego hacer la debida adquisición, cumpliendo todo el trámite que el caso amerita” (Díaz 2021: 22). En el caso Díaz Tello, se desempeñó como director regional de salud, durante toda la pandemia; y en cuyo período se realizó todo el proceso de implementación del Hospital de Contingencia COVID-19.

Está claro que, dentro de la ejecución de implementación de este nuevo Hospital de Contingencia, hubo algunas denuncias por presunta corrupción, ya sea en la adquisición de equipos o medicinas. La denuncia llegó a la Contraloría General de la República, cuyo informe técnico, fue puesto en conocimiento del Ministerio Público.

Pero al inicio de la pandemia, se adolecía de todo. Por ejemplo, oficialmente solo se contaba con seis respiradores artificiales; aunque según el director regional de salud, Elvyn Díaz Tello, se contaba con siete. Pero luego que estalló la pandemia, comenzaron los problemas. “Nosotros, al inicio solo teníamos siete respiradores artificiales, pero luego tuvimos que realizar una serie de gestiones. Al momento tenemos 22 respiradores artificiales; aunque no es suficiente para tantos pacientes que están en espera hasta en los pasadizos” (Díaz 2021: 22). El testimonio de Díaz Tello, coincide con la realidad imperante durante la segunda etapa de la pandemia, fecha en que se hicieron las observaciones sobre la situación de la atención. Durante todo ese proceso, se constató la existencia de pacientes en los pasadizos, en espera de alguna cama UCI.

Este caso hasta desató especial distinción por parte del responsable del Hospital de Contingencia COVID-19 Jimmy Ango (2021). El profesional dijo que actualmente cuentan “con 18 respiradores artificiales: 12 respiradores exclusivamente para los pacientes con COVID-19 y seis para los pacientes con otras enfermedades” (Ango 2021: 16). Además, el especialista añade, que “el problema no está en la cantidad de respiradores artificiales; sino en la disponibilidad de profesionales médicos especializados” (2021: 17). Según estándares internacionales, cada médico solo debería encargarse de cuatro pacientes; pero actualmente –por la escasez– cada profesional ve por seis pacientes, y si cuenta con algún personal de apoyo, llegan a atender hasta ocho pacientes.

Figura 10

Atención a pacientes por COVID-19 según estándares internacionales



“Según estándares internacionales, cada médico solo debería encargarse de cuatro pacientes; pero actualmente –por la escasez– cada profesional ve por seis pacientes. Si cuenta con algún personal de apoyo, llegan a atender hasta ocho pacientes”.

Fuente: elaboración propia (2021).

Todos los cambios se hicieron sobre la marcha, hasta que, en el mes de mayo, **al día 64 de cuarentena**, la región de Ayacucho **hizo realidad la habilitación de un Hospital de Contingencia para tratar a pacientes con COVID-19**, debidamente implementada con equipamiento y con recursos humanos principalmente jóvenes. En ese entonces, el gobernador regional de Ayacucho, Carlos Rúa Carbajal, autorizó el funcionamiento paulatino del nuevo Hospital de Contingencia Covid-19, que fue adecuado en los ambientes del ex Hospital Regional de Ayacucho, ubicado en la Av. Independencia s/n, donde especialistas de la salud iniciaron a brindar atenciones oportunas a todos los pacientes contagiados por el coronavirus.

Estos renovados ambientes quedaron habilitados para la atención de la salud de la población, proyectada para 100 camas de hospitalización y 12 camas para la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) con ventilador mecánico por cama. Al mismo tiempo, cuenta con ambientes del laboratorio especializado, como un termociclador y aparatos utilizados en biología molecular, para el procesamiento oportuno de muestras que permite detectar en forma rápida posibles casos de coronavirus en la región.

“Todas las acciones que venimos desarrollando contribuyen a mitigar el avance de este virus. Afortunadamente en Ayacucho, por el momento está casi controlado, pero eso no implica bajar la guardia, sino seguir haciendo el trabajo que nos corresponde”, dijo Carlos Rúa, en declaraciones a la agencia Andina (Andina 2020: 1).

En esa fecha, igualmente se masificó la campaña a nivel nacional #YoMeQuedoEnCasa; que fue un “movimiento de ciberactivismo para promover la inmovilización social y el confinamiento, con el objetivo de detener la expansión de la pandemia COVID-19” (HRA 2020). Al mismo tiempo, desde el Ministerio de Salud (Minsa), se promovió una masiva sensibilización en cuanto a la higiene personal, utilizando, agua, jabón y lejía.

Figura 11

Hábito de higiene para hacer frente al coronavirus



Fuente: Minsa. Ilustraciones: Carlos Castellanos (2021).

Pero también, como refirió el director regional de salud de Ayacucho, Elvyn Díaz Tello (2021): “Ningún hospital en el país estaba preparado para enfrentar esta pandemia, y todos presentaron carencia de equipamiento, de especialistas, medicinas, camas UCI, etc.” (Díaz 2021: 16) Todo ello como consecuencia del abandono, corrupción y asignación de un exiguo presupuesto. Además, los cambios se hicieron sobre la marcha, para convertir un antiguo local en Hospital de Contingencia COVID-19, y que forma parte de una resiliencia indispensable ante una situación de carencia. Además, es concordante con nuestro marco conceptual, por estar relacionada al enfoque general de los derechos humanos, y la búsqueda de soluciones, superando desigualdades y algunas prácticas discriminatorias.

El presente hallazgo, “Protección del personal de salud y la respuesta a la precariedad de atención”, se sustenta en las entrevistas semiestructuradas con el director regional de Salud, el responsable del Hospital de Contingencia COVID-19, tres médicos del Hospital Regional, igual número de pacientes que superaron la enfermedad; que proporcionaron importante información sobre los esfuerzos del personal médico y trabajadores en general, para salvar la vida de los pacientes con COVID-19.

Pero, esta pandemia, además de los riesgos físicos; también ha ejercido sorprendentes niveles de estrés psicológico hasta sobre los mismos trabajadores de la salud, quienes

permanecían expuestos a entornos de gran demanda durante largas horas, y separados de sus familiares; además de una estigmatización social.

En Ayacucho, desde el inicio de la pandemia, para proteger al personal de salud y responder oportunamente a la precariedad de la atención, todos los establecimientos de primer nivel atendieron a nivel regional; además el personal de salud, hizo el sacrificio de permanecer en sus respectivos centros de trabajo, incluida en las postas sanitarias. “De lo contrario hubiéramos colapsado, porque se nos venían todos los pacientes transferidos de provincias. Pero, los establecimientos de primer nivel nos apoyaron mucho; ahí estuvieron nuestro personal, hasta en los pueblos más alejados” (Díaz 2021: 19).

Asimismo, todo el personal de salud, con cierta restricción, recibió los equipos de protección personal (EPP); aunque en el caso de algunos médicos y enfermeras, por propio esfuerzo, mejoraron para evitar efectos adversos para la salud. Al mismo tiempo, hubo médicos que, a pesar de ser vulnerables a la pandemia, no se apartaron de sus pacientes, porque según el médico Antonio Sulca Báez, “los médicos estamos preparados para enfrentar este tipo de dificultades. Se veía algo difícil, luego encontramos el camino para poder controlar. Es cierto que también, en este Hospital nos costó perder a varios compañeros de trabajo” (Sulca 2021: 18).

Es de precisar que el médico Sulca Báez (2021), es uno de los médicos más experimentados del Hospital Regional de Ayacucho. Deportista, religioso, quechuablante y amante de las fiestas patronales. Como él, muchos galenos, antes de enfrentar a esta pandemia, se encomendaron a Jesús Nazareno, patrón de Huamanga: “En mi caso soy muy creyente, entonces me encomendé al Jesús Nazareno. Le dije, señor, pongo mi vida en sus manos. Si usted cree que todavía puedo seguir viviendo más, para prestar ayuda a las personas necesitadas; entonces deme fuerzas y ánimo. Pero si usted cree que ya debo partir, igual, estoy preparado” (Sulca 2021: 20).

La mayoría de los médicos experimentados son ayacuchanos o iqueños, para quienes, el caso de la pandemia COVID-19 no fue la más devastadora. “Para nosotros que bordeamos los 70 años, el terrorismo fue mucho más devastador que esta pandemia”, dijo Rodrigo Quispe Pérez (Quispe 2021: 15). El galeno, recuerda que entre los años 1982 a 1990, en cada guardia, le tocaba dar asistencia médica a decenas de personas baleadas, acuchilladas, o con miembros mutilados como consecuencia de la explosión de las dinamitas. Agrega que con toda esa experiencia enfrentaron a esta pandemia; pero más que todo a la precariedad. “Es penoso ver morir a una persona. Por eso, cuando faltan medicinas, hasta tenemos que sacrificar lo que tenemos en casa. Eso es

lo que hicimos en esta pandemia; nuestro gran objetivo es salvar vidas” (Quispe 2021: 17).

Durante las observaciones, igualmente se constató lo dicho por el médico Quispe Pérez. En la segunda ola, escaseaban las camas UCI, por lo tanto, muchos prefirieron quedarse en casa y atendidos por algún médico solidario; otros hasta solo recetados y aconsejados por línea telefónica. Esa era una forma de superar la precariedad de atención en los hospitales.

4.3 Hallazgo 2: Desafíos en la continuidad de atención, durante la pandemia COVID-19

En el transcurso de la primera y segunda ola de la pandemia de COVID-19, los sistemas de salud del país, enfrentaron diversas dificultades para “brindar acceso, cobertura y respuesta oportuna y continua a las necesidades de la población en el primer nivel de atención” (OMS 2020); en particular, en las zonas rurales, como las zonas altas de la región Ayacucho, lugares remotos o desatendidos. Pero ni qué decir de las zonas fronterizas con regiones colindantes, como Huancavelica, Apurímac y Cusco; donde – por suerte – no se han registrado mayor número elevado de casos de COVID-19.

El presente hallazgo: “Desafíos en la continuidad de atención, durante la pandemia COVID-19”, se sustenta en las videncias de las siguientes cuatro variables:

- a) Personal de salud descentralizado en provincias: lecciones y desafíos en la sensibilización de la población rural;
- b) El arte en pandemia como ondas de sensibilización de resiliencia; y
- c) Mecanismos de atención en el primer nivel y seguridad en tiempos de pandemia.

Estas variables están sustentadas en la información recogida mediante entrevistas semiestructuradas con el Director Regional de Salud, el responsable del Hospital de Contingencia COVID-19, tres médicos del Hospital Regional, igual número de pacientes que superaron la enfermedad; y que nos permitieron concebir la situación del personal de salud en el interior de la región Ayacucho, la implementación de los centros de atención primaria, los mecanismos de sensibilización sobre medidas de protección.

Al mismo tiempo, se hicieron observaciones de las atenciones hospitalarias en el Hospital de Contingencia COVID_19; análisis de documentos internos del Hospital de Contingencia COVID-19 y del HRA. También observación y análisis del fanpage del HRA durante una semana; y una interpretación y narración del contenido de fotografías relacionada a las atenciones a enfermos por COVID-19; lo que nos permitió hacer todo el seguimiento a la forma como el personal de salud se desplazó por lugares tan

alejados, y el arduo trabajo de sensibilización para las vacunas, debido a la presencia de algunos grupos religiosos de antivacunas, quienes predicaban confusión entre diversas comunidades campesinas, invocando mensajes divinos, como que “nadie más que Dios puede controlar y curar contra este virus”.

Además, para saber detalles sobre el funcionamiento de los establecimientos de primer de atención (PNA) en comunidades lejanas, se tuvo conversaciones prolongadas con personal de salud que trabaja en comunidades lejanas de las provincias de Huanta y La Mar; igualmente diálogos con algunas autoridades locales, así como dirigentes de los Comités de Autodefensa.

Luego de haber recogido valiosos testimonios, una vez más, certificamos que la esencia de los pobladores del ande, históricamente sella una lucha permanente por su resistencia y la eventualidad de reescribir su propia tradición. Los efectos de la pandemia, no fueron la excepción; porque estos hombres y mujeres, enfrentaron con el mismo coraje y decisión a este virus, tan igual que lo hicieron con otros males a lo largo de la historia, a pesar de contar con su sistema de salud colapsado.

Sin duda alguna, esta pandemia ha generado condiciones dolorosas, donde la población se ha visto forzada a indagar por distintos recursos para superar la enfermedad. Aunque el éxito por controlar el virus la tienen las comunidades campesinas de zonas altas. Lo hicieron a su manera, empleando sus valiosos conocimientos ancestrales; porque saben que las medicinas no abastecen ni para los pobladores de la zona urbana; entonces menos habrá para ellos. Aquí la resiliencia pasó a jugar un papel trascendental, como estrategia de resistencia a situaciones tan difíciles. Es parte de los estilos de vida de la zona andina; pero a la vez todo un desafío para los investigadores; porque después de tantos golpes, estos peruanos siguen de pie, sanos y salvos, gracias a las bondades de la naturaleza y una disciplina estratégica.

Entonces, a diferencia de Lima y otras regiones del país, en el caso de Ayacucho, todos los establecimientos del primer nivel de atención (PNA), no pararon ni un día durante todo el proceso de la pandemia, incluida las postas sanitarias ubicadas en zonas de frontera, donde solo es posible llegar por caminos de herradura, como los diversos poblados del distrito de Pucacolpa, en la provincia de Huanta, colindante con la zona caliente¹⁶ de la región Huancavelica.

¹⁶ Se considera zona caliente, porque Pucacolpa colinda con la provincia de Tayacaja (Huancavelica), zona de dominio de los remanentes del terrorismo que se autodenominan como el Militarizado Partido Comunista del Perú (MPCP).

Como corolario, a pocos días antes de la primera vuelta de las Elecciones Generales, el 26 de marzo de este año (2021), los remanentes terroristas incursionaron en la comunidad de Huarcatán, un pequeño poblado del distrito de Pucacolpa, en la provincia de Huanta. Los armados, tras irrumpir en el pequeño poblado, obligaron a reunirse a toda la comunidad, luego los despojaron de sus equipos celulares; posteriormente, en plena reunión escogieron a cuatro integrantes de una familia, a quienes los acusaron de ser “soplones”¹⁷. Acto seguido se los llevaron por caminos de herradura con dirección a la selva alta; mientras que al tercer día hallaron sus cadáveres, con signos de tortura en diversos tramos del camino. También a la hora de la incursión, los senderistas preguntaron por la responsable de la posta sanitaria, quien por suerte no se hallaba en el lugar. Pero, igual saquearon la posta sanitaria y se llevaron todas las medicinas.

Lo importante es que, en el caso de Ayacucho, las autoridades de la Dirección Regional de Salud (Diresa), desde el primer caso reportado por el nuevo coronavirus, implementaron distintas estrategias para mejorar los servicios de salud, una de estas fue la implementación del Hospital de Contingencia COVID-19. Igualmente, para evitar que las personas de zonas altas, bajen a la ciudad, se equiparon con medicamentos básicos; mientras que los trabajadores tampoco bajaron toda la primera ola de la pandemia, salvo para llevar provisión de medicamentos u otra logística.

Conforme se dialogó con algunos trabajadores de zonas alejadas de la sede de la región, señalan que tomaron la decisión de evitar cualquier transferencia de pacientes con otras enfermedades hacia la ciudad, por temor que se puedan contagiar con COVID-19, como ocurrió con el poblador Pablo Soto Ayala de la comunidad de Uchuraccay, quien en agosto del 2020 fue transferido de Huanta, al Hospital Regional de Ayacucho, para una intervención quirúrgica. Sin embargo, a los pocos días de haber sido dado de alta, presentó presión alta, resfrío y tos continua; por lo que fue sometido a una prueba de detección de COVID-19, que confirmó estar infectado con el virus. En ese estado fue internado en el Hospital de Contingencia COVID-19; pero a la segunda semana falleció.

¹⁷ Soplón, en lenguaje senderista es ser informante de la Policía o las Fuerzas Armadas.

Figura 12

Pobladores toman precauciones para evitar contagios por COVID-19



Foto: Correo (2020).

Durante la primera ola de la pandemia, letreros como estos abundaron en la mayoría de las comunidades campesinas; porque a la declaratoria de la inamovilidad a nivel nacional, los Comités de Autodefensa¹⁸ (CAD), se declararon en alerta permanente y paralizaron todas las vías de comunicación, especialmente la principal carretera que comunica con el valle de los ríos Apurímac, Ene y Mantaro (Vraem).

La disciplina urgida en un momento de impaciencia de los campesinos de Ayacucho, forma parte del capital social de los comuneros, porque gracias a esa capacidad, estos grupos humanos activaron a los Comités de Autodefensa, para emprender acciones colectivas de seguridad, para evitar contagios con el virus COVID-19. Además, guarda relación con el marco teórico de esta investigación; porque forma parte del derecho a la salud, salud de calidad, y salud e igualdad de género; por ser conceptos centrales del marco lógico de esta investigación. Al mismo tiempo, refuerza a conceptualizar y planificar el enfoque basado en la pregunta central de esta investigación: ¿Cuál fue la capacidad resolutoria del Hospital Regional de Ayacucho, antes, durante y después de la pandemia COVID-19?

De esta manera, los campesinos, prácticamente se declararon en guerra y ni siquiera permitieron el funcionamiento de las ferias. Durante toda la cuarentena solo consumieron lo que producía en cada comunidad, y en cuanto a escasez de sal o azúcar, aplicaron una economía de solidaridad; es decir los que tenían más, compartían con aquellos que tenían poco o nada. Aquellos lazos de solidaridad también fueron

¹⁸ Comités de Autodefensa (CAD), es una organización campesina, que nació desde mediados de 1982, para defenderse de la matanza de los terroristas contra campesinos pobres.

activados, para acoger a los retornantes de las ciudades; pero guardando el distanciamiento social o personal, la cuarentena, y los mecanismos de bioseguridad

4.3.1 Personal de salud descentralizado en provincias: Lecciones y desafíos en la sensibilización de la población rural

Seguramente nadie imaginó que la expansión de la pandemia termine golpeando a sectores mucho más vulnerables de la sociedad, como los sectores marginales; aquellos grupos conceptuados por los economistas, como los sectores informales de la economía, esferas sociales afectados con la pérdida de ingresos laborales. Según CEPAL (2021), “los sectores más afectados fueron el comercio mayorista y minorista; las actividades comunitarias sociales y personales; hoteles y restaurantes; actividades inmobiliarias, empresariales y de alquiler, y las manufacturas” (CEPAL 2021).

En el caso de Perú, de acuerdo con las cifras publicadas recientemente por el INEI (2021), durante el segundo trimestre del 2020, “la población ocupada del país alcanzó las 10 millones 272 mil 400 personas, cifra menor en -39,6% (-6 millones 720 mil personas) en relación con el igual trimestre del año anterior, ante la vigencia de la cuarentena establecida debido a la COVID-19” (RPP 2021: 1)

Según la misma institución de estadística e informática, la tasa de desempleo a nivel nacional fue de 8,8% en el II Trimestre del 2020. A esa fecha se estimó que 994 mil 300 personas buscaban trabajo en forma muy activa. Sin embargo, hacia el segundo trimestre del mismo año la tasa de desempleo del área urbana del país creció al 12,4%.

En Ayacucho también la pandemia afectó ocasionando enormes pérdidas en “diferentes actividades económicas como: turismo, construcción, manufactura, comercio, transportes, etc. (Seminario, 2020). Y, según el Gobierno Regional (2020), “se proyecta una caída en 90% en construcción, restaurantes, cines, comercio, manufactura y las exportaciones no tradicionales en 50%” (Seminario, 2020).

Según estudios económicos del BCR, (2020) sucursal Huancayo, a mayo del 2020 revela paradójicamente la agricultura de la zona sierra, más bien sufrió un ligero incremento en plena pandemia. “El sector agropecuario aumentó 65,2 por ciento en marzo de 2020, por la mayor producción agrícola; (106,9 por ciento) y pecuaria (0,3 por ciento)” (BCR 2020).

Sin embargo, en la misma fecha, la producción del cacao y el café tuvo una caída en 31.4 y 15.2 respectivamente. Esta particularidad se explica, porque a la declaratoria de emergencia e inmovilización, la mayoría de las personas asentadas en el Valle del río

Apurímac, Ene y Mantaro (Vraem), inmediatamente abandonaron y optaron por salir a la sierra, donde existe abundante oxígeno. Lo mismo también ocurrió en las grandes ciudades, como Lima, Callao y capitales de regiones y provincias del país.

De noche a la mañana aparecieron cientos de caravanas de retornantes¹⁹, porque no había empleo en las ciudades, por lo tanto, menos posibilidades para sustentar la alimentación de la familia. Todas esas personas, de diferentes formas llegaron hasta las mismas comunidades, donde previa cuarentena fueron incorporados a la comunidad. A este proceso algunos sociólogos denominaron como el proceso de recomunalización²⁰.

Pero también fue todo un gesto de solidaridad con grupos vulnerables que perdieron el empleo en las ciudades por el problema de la pandemia, o los estudiantes provincianos que no tenían que comer o donde dormir. Es el paisano que, al haber perdido oportunidades en diversas ciudades, decide retornar a su pueblo de origen, en busca de alguna oportunidad para alimentarse. Se trata de un sector de los provincianos pobres, que forman parte de los grupos discriminados étnica o religiosamente, y que casi siempre son los sectores marginales que pagan el precio más alto ante el golpe de la pandemia. Según CEPAL (2019), “en América Latina los pobres representan más del 30% de la población total, es decir más de 185 millones de personas; entre los cuales 10% (62 millones) se encuentra en condiciones de extrema pobreza” (CEPAL 2019).

Hay que considerar que, a esa fecha, por medidas de seguridad, las mismas comunidades campesinas, ya habían cerrado la comunicación vial con otros pueblos; por lo tanto, los retornantes llegaron caminando, como hicieron sus antepasados hace muchos años, cuando todavía no llegaban las carreteras.

Al respecto, no existe una estadística real, de cuantas personas retornaron a las comunidades de la costa, sierra y selva. Según Carlos Paredes Gonzáles (2020), Coordinador Nacional Sierra Productiva, hasta la primera semana de setiembre del 2020, ya habían retornado al menos 2 millones de personas a sus comunidades de origen a nivel nacional; considerando que no solo retornaron desde Lima, sino también desde otras ciudades intermedias del país. “Hay aproximadamente 2 millones de retornantes, y que la mayor producción de papa ha ayudado a alimentarlos” (lampadía 2020: 2).

En el caso de Ayacucho, tampoco existe alguna estadística real. En el Gobierno Regional se habla que la gerencia de Desarrollo Social, atendió algo más de 100 mil

¹⁹ Retornantes: otros llamaron como desplazados; pero todos optaron por abandonar las ciudades, porque no había nada para alimentarse.

²⁰ Recomunalización, significa volver a la comunidad campesina de donde salieron hace años.

retornantes; aunque también es cierto que otros tantos retornaron a su manera, tanto a la sierra, como a la selva. Lo cierto es que en el campo sí recibieron la esperada solidaridad. Pues si bien los campesinos no tenían dinero para comprar más alimentos; pero es sabido que en el campo se maneja una reserva de alimentos como en guerra, para épocas de escasez; las que se guardan bajo tierra y cubiertas de ichu²¹, o en ambientes especiales en un rincón de la casa. Por eso, las familias en enero o febrero del siguiente año, siguen consumiendo las papas de la cosecha del año anterior.

Figura 13

Lecciones de solidaridad con los retornantes que perdieron trabajo por problemas de la pandemia



"Si bien los campesinos no tenían dinero para comprar más alimentos; pero es sabido que en el campo se maneja una reserva de alimentos como en guerra, para épocas de escasez"

Fuente: elaboración propia.

4.3.2 El arte en pandemia como ondas sensibilización de resiliencia

Es conocido que esta pandemia del COVID-19 tuvo un efecto catastrófico en la salud pública y en la economía del mundo y del país. En cuanto al arte, a nivel mundial, los medios de subsistencia de los artistas y profesionales orientados a la cultura, se han visto gravemente afectados, no solo por las medidas de confinamiento; sino también porque muchos no pudieron lograr capital en el proceso de la reactivación económica.

Ayacucho por antonomasia es tierra de artistas. De ahí viene el dicho: "Ayacuchano que no toca guitarra, canta, pinta o encanta" (autor desconocido 1980). Entre la línea de artistas se encuentra el retablo ayacuchano -declarado desde el 2019- como Patrimonio

²¹ Guardar tubérculos bajo tierra, es una técnica utilizada por los incas. Las paredes de los hoyos eran cubiertas por una capa de ichu, luego algunas ramas de plantas, para evitar que los tubérculos se pudran.

Cultural de la Nación, y “representa una de las mayores expresiones del sincretismo cultural y religioso andino en nuestro país” (Andina 2021: 1).

Según Andina (2021), los retablos ayacuchanos trascienden desde la época de la colonia, “cuando los sacerdotes españoles en pleno proceso de evangelización a todos los pueblos de la sierra peruana, llevaban unas cajas de madera, con imágenes de santos católicos, para que sean reconocidos por los pobladores. Las denominaron como las ‘Cajas de San Marcos’” (Andina 2021: 2). Posteriormente algunos artesanos ayacuchanos tomaron para dar paso a los primeros retablos. Luego fueron añadiendo otras escenas “temáticas distintas relacionadas con motivos costumbristas, como las corridas de toros, peleas de gallos, fiestas y danzas tradicionales, escenas rurales y labores agrícolas” (2021: 2).

Pero conforme transcurrían los años, también representa todo el proceso de cambio de la historia. Por ejemplo, durante el conflicto armado interno, a través de los retablos se denunciaban casos de los secuestros, incursiones armadas del grupo Sendero Luminoso, violaciones sexuales contra mujeres, etc. Luego también fueron plasmadas, el proceso de pacificación, los retornos a las comunidades campesinas, así como el “proceso de reconciliación y resiliencia, como enmienda para superar el dolor, la injusticia y el estrés posviolencia” (Andina 2021).

Pero como toda crisis representa también una oportunidad; luego de la primera ola del COVID-19, salieron a la luz, diversos trabajos relatando todo el sufrimiento durante la cuarentena, así como la cantidad de muertes y desolación que dejó la pandemia. En este caso, recogemos el trabajo de los retablistas, los hermanos Luis y Reynaldo Quispe Flores, dos artistas ayacuchanos, que decidieron rendir una conmovedora distinción a los héroes de primera línea: los trabajadores de salud que luchan en forma insistente contra el nuevo coronavirus. “Se trata de uno de los ejemplares que inauguran la temática COVID-19 con la que ambos retablistas huamanguinos han innovado en este arte que identifica y llena de orgullo al pueblo ayacuchano. Y se convierten también en los primeros que incluyen la temática COVID-19 en la artesanía regional” (Andina 2021: 1).

Los artistas ayacuchanos, a través del retablo plasmaron toda la resistencia empleada por la población principalmente marginal en el control de esta temible pandemia, que “reúne un conjunto de vivencias y sentimientos que podían representarse en las imágenes que parecen cobrar vida en los retablos” (2021: 1). Por lo mismo, se trata de uno de los ejemplares, con la que los hermanos Quispe Flores, actualizaron el mensaje

social del retablo, acumulando todo el esfuerzo y la lucha de todos aquellos profesionales que enfrentaron en primera línea a la temible pandemia.

El siguiente retablo, simboliza toda la angustia que se vivió para afrontar durante la época alta de la pandemia. El médico asistiendo a su joven paciente por COVID_19; mientras el padre de la joven - en estado crítico y bajo la cubierta de un árbol - es trasladado por un bombero. En tanto, al lado izquierdo, un miembro de las Fuerzas Armadas – en un estado semi caído – sigue levantando la bandera peruana; mientras una enfermera y un policía, hacen los últimos esfuerzos para ahuyentan al virus, que paulatinamente va huyendo del lugar. Este emotivo emblema transmite todo un vigoroso mensaje de expectativa en esta larga lucha para salvar la vida de más peruanos, contra este enemigo común.

Figura 14

Mensaje resiliente como esperanza de lucha contra la pandemia



Fuente: fotografía de Andina (2021)

4.2.3 Mecanismos de atención en el primer nivel y seguridad en tiempos de pandemia

Para la OMS (2021), sigue siendo “una realidad preocupante” (OMS 2021), el riesgo de un posible contagio para los profesionales que integran los equipos de salud en primera línea de la pandemia por COVID-19. Pero no solo para los equipos de salud; sino todas aquellas personas que actuaron en primera línea, como la Policía Nacional, integrantes

de la Compañía de Bomberos, miembros de las Fuerzas Armadas, personal de limpieza, y de Seguridad Ciudadana.

Sin embargo, si este panorama lo trasladamos hacia el interior del país, encontramos una realidad mucho más alarmante; a la luz de la verdad, la pandemia no llegó a causar mayores estragos, a pesar que existen zonas muy alejadas, cuyas postas sanitarias, apenas cuentan con un técnico de salud. Uno de esos éxitos se debe a que los pobladores de la zona rural son más disciplinados que los pobladores de las zonas urbanas; porque ellos enfrentaron a los peores males que la pandemia, como el caso del conflicto armado interno.

Lo más destacable, es que guardaron el distanciamiento personal real, evitando concentraciones, incluso en el momento de la actividad agrícola. Para quienes se atrevieron a transgredir las normas de conducta, los sancionaron con la mayor drasticidad, empleando la justicia comunal ancestral. La autoridad indicada para hacer cumplir estas normas de seguridad fueron los Comités de Autodefensa (CAD)²², con amplia experiencia, cuyo origen data a los primeros años del conflicto armado interno, fecha en que surgieron por voluntad propia, para evitar ser asesinados por integrantes de la organización PCP- Sendero Luminoso.

En ese sentido, durante la primera ola de la pandemia, cuando se anunció la reactivación económica, Los CAD, paulatinamente permitieron entradas y salidas de vehículos, pero totalmente controlados y respetando normas de bioseguridad, para evitar que se masifique el virus. En caso de detectar algún exceso o violación de normas de seguridad, los CAD emplearon normas ancestrales, de castigar con chicotes de puntas, o la realización de ejercicios forzados.

Pero en cuanto a los mecanismos de atención – durante la primera ola de la pandemia – en el Hospital de Contingencia COVID-19, dieron mayor preferencia a las personas mayores de 70 y 80 años; mientras durante la segunda ola, ese procedimiento cambió, porque se contagiaron más jóvenes menores de 35 años. En esta etapa, igualmente decenas de pacientes fueron confinados en los pasadizos del Hospital, en espera para tener acceso a una cama UCI.

Mientras en aquellas poblaciones dispersas y alejadas, todo quedó solo en manos del personal técnico, responsable de cada posta sanitaria. Por suerte, en aquellas poblaciones alejadas, al menos durante la primera ola, no se presentó ningún caso de

²² Los CAD, surgieron aproximadamente desde mediados de julio de 1982. Luego provistos de armas rudimentarias, pero de gran conocimiento táctico- estratégico, lograron vencer la guerra a Sendero Luminoso.

COVID-19. Sin embargo, sí hubo casos por otros males, como ocurrió en el poblado de Pucacolpa, colindante con la región Huancavelica.

En ese caso, como dijo el responsable del Hospital de Contingencia COVID-19, Jimmy Ango Bedrillana (2021), “la responsable de la posta sanitaria, prestó la primera atención; luego, vía teléfono coordinó con un médico del Hospital de la ciudad de Huanta (provincia), quien se encargó de asistir para que la técnica pueda atender al paciente, al mismo tiempo administrar los medicamentos adecuados” (Ango 2021: 23). Este procedimiento se justifica, porque era imposible referenciar hasta el hospital en la capital de la provincia de Huanta, en previsión que el paciente pueda contagiarse con COVID-19.

La siguiente fotografía corresponde a los CAD de San Francisco en la provincia de La Mar, castigando con chicotes de tres puntas a una persona que en forma subrepticia ingresaba a una comunidad, sin haber cumplido con la debida cuarentena. Igualmente, los CAD, vigilaron a los trabajadores de cada posta sanitaria, para que cumplan con sus horarios de trabajo; pero guardando normas de transparencia y bioseguridad. Las veces que tenían necesidad de viajar a la ciudad, para traer mayor cantidad de medicinas, solicitaban permiso, ante el presidente de la comunidad, y el comando responsable del CAD, indicando fecha de retorno.

Figura 15

Integrantes de los Comités de Autodefensa (CAD), impartiendo sanción a quienes violan normas de seguridad



Foto: El Comercio (2020).

4.4 Hallazgos 3. Dilemas en las decisiones en la atención en salud pública durante la pandemia COVID-19

Ayacucho, fue una de las regiones donde la mayor letalidad de la pandemia se percibió durante la segunda ola; pero también durante esta etapa, se registró mayor desidia de parte de los jóvenes en el uso adecuado de las mascarillas, seguida de asistencias continuas en las denominadas “fiestas COVID”. Como efecto, en el Hospital de Contingencia COVID-19, se recibieron más pacientes jóvenes que los de tercera edad. Ese momento para los profesionales de salud se presentó el dilema, a qué tipo de pacientes dar prioridad para tener acceso a las camas UCI. Tomar esta decisión no fue fácil para los médicos; sin embargo, la situación exigía. Si en la primera ola, la prioridad tenía los mayores de 70 años; pero esta vez – según la junta médica – era salvar la vida de los menores de 40 años.

Se trata de un derecho humano fundamental, porque “el derecho a la salud surge como derecho universal de segunda generación, un derecho social de carácter programático; los cuales son derechos económicos y sociales guardando coherencia con lo establecido en la Constitución” (Caballero y Garcia 2016: 4). Además, hay que tener en cuenta que, como un derecho humano fundamental, que tienen relación con otros derechos como a la alimentación, la vivienda adecuada, al trabajo, la educación, acceso a la información, etc.

Entonces, el presente hallazgo sobre: “Dilemas en las decisiones en la atención en salud pública durante la pandemia COVID-19”, se sustenta en las siguientes tres variables:

- a) Criterios y decisiones para atender por edad a enfermos por COVID.
- b) Mecanismos de información a familiares de pacientes mayores contagiados con COVID-19.
- c) Atención y seguimiento de los casos con COVID-19 por edad, tras el primer contacto con los servicios de salud.

La información sobre las tres variables, se muestra en las entrevistas semiestructuradas con el director regional de Salud, responsable del Hospital de Contingencia COVID-19, tres médicos del Hospital Regional, igual número de pacientes que superaron la enfermedad; que nos permitieron conocer todo el dilema que se presentó durante la segunda ola de la pandemia, cuando en el Hospital de Contingencia COVID-19, recibieron más pacientes jóvenes menores de 40 años, y en menor cantidad pacientes de tercera edad.

Esta misma situación se corroboró al momento de realizar las observaciones de las atenciones hospitalarias en el Hospital de Contingencia COVID-19; así como al momento de realizar los análisis a los documentos internos del Hospital de Contingencia COVID-19 y del HRA.

En cuanto a la observación y análisis de la página fanpage del HRA, y la interpretación y narración del contenido de fotografías relacionada a las atenciones a enfermos por COVID-19, nos proporcionaron valiosas informaciones, sobre los seguimientos que el personal de salud hizo a los pacientes con COVID-19, y los mecanismos de información a familiares de pacientes mayores contagiados con el virus, sea de procedencia urbana o rural.

Sin embargo, la realidad de los pueblos excluidos, es otra; donde el acceso insuficiente y desigual a los servicios de salud, se vuelve en un tema de permanente preocupación y de reclamos. Pero si a esto le sumamos todas las brechas abiertas como consecuencia de los afectos que dejó la pandemia del COVID-19, las inequidades se vuelven mucho más distante, y garantizar ese derecho se vuelve irresoluble a nivel de los tres niveles de gobierno. Es decir que no solo se tratan de meras diferencias en salud; sino son diferencias injustas, sistemáticas y evitables de toda una vida.

En América Latina, México en abril del 2020²³, se convirtió en un país donde se tuvo que tomar decisiones complejas en torno al control de la pandemia por COVID-19. “Por ello, un documento fue subido al sitio del gobierno federal titulado 'Guía Bioética²⁴ de Asignación de Recursos de Medicina Crítica', que establece, entre otras cosas, los criterios por los cuales se elegirá a algunos pacientes para que reciban insumos médicos escasos, como respiradores, en caso de sobresaturación de hospitales” (Steve 2020: 5).

Según este polémico documento, el objetivo era “salvar la mayor cantidad de vidas por completarse” (2020: 5). Además, establecía “que los recursos escasos deben ser asignados sin tomar en cuenta afiliación política, religión, valores sociales, nacionalidad, género, raza, preferencia sexual y discapacidad” (2020: 7). Sin embargo, se tenía que tomar en cuenta “la presencia de comorbilidades (enfermedades que agravan la

²³ Durante la primera ola de la pandemia, México estaba a punto de colapsar en cuanto a la capacidad resolutive de sus hospitales, por lo que las autoridades de salud, tuvieron que tomar decisiones muy difíciles.

²⁴ La bioética, es la rama de la ética encargada de promover los principios para una conducta más apropiada del ser humano, respecto a la vida; tanto de la vida humana como del resto de seres vivos.

condición del paciente, como diabetes y obesidad)” (2020: 7), así como el “pronóstico de supervivencia de corto y largo plazo” (2020: 8).

Igualmente, el plan “incluye una tabla de puntos, donde pacientes con menores puntos tienen más posibilidad de supervivencia, y por lo tanto deberán recibir insumos médicos escasos” (2020: 8). En otras palabras, según esta polémica propuesta de bioética los “jóvenes tendrán prioridad sobre adultos mayores, si el sistema de salud en México colapsa por COVID-19” (2020: 9).

Obviamente, el documento tuvo serios cuestionamientos, tanto por la Universidad Nacional Autónoma de México, señalando que “el rector de la institución, Enrique Graue, es vocal del Consejo de Salubridad y no fue consultado para la aprobación del texto” (2020: 9). Por su parte la Comisión Nacional de Bioética, cuestionó que el indicado instrumento tenga “diversas deficiencias argumentativas en su redacción”, por lo que llama a revisarlo para tener una versión que sea “incluyente” (2020: 9).

Pero lo que no se puede ocultar, es que esta pandemia tiene efectos diferenciados entre los grupos de personas que pasan por una situación de vulnerabilidad y exclusión, como las personas adultas mayores, también las que se encuentran privadas de su libertad. igualmente, las personas con discapacidad, las mujeres, personas indigentes, pueblos indígenas, niños, niñas y adolescentes. Sin embargo, en medio de toda esta dificultad, los pueblos indígenas (comunidades campesinas) siempre han ratificado ser enormemente resistentes, y así lo han demostrado durante siglos.

Por ejemplo, frente a la ola de contagios, principalmente durante la primera ola, todas las comunidades campesinas del ámbito de la región de Ayacucho, activaron la organización social más dinámica que son los Comités de Autodefensa. Así optaron por aislarse e impedir el ingreso de visitantes. Al mismo tiempo, de manera preventiva hicieron macerar diversas plantas andinas curativas en botellas de caña o cañazo, luego hacían gárgaras y beber de manera permanente una copa diaria.

¿Por qué los campesinos optaron por acudir a la medicina natural y ancestral? Porque saben que, si el virus los ataca, no habrá medicinas u hospitales para ellos; debido a la lejanía de sus pueblos y vivir de manera permanente en situación de exclusión y vulnerabilidad.

Figura 16



"Los jóvenes tendrán prioridad sobre adultos mayores, si el sistema de salud colapsa por COVID-19"

Fuente: Elaboración propia. Foto: BBC (2020).

4.4.1 Criterios y decisiones para el acceso a una cama UCI

Hasta ahora el coronavirus, continúa con la capacidad de agobiar los hospitales y las unidades de cuidados intensivos, debido a su gran impacto con los equipamientos, las camas de UCI, el equipo de oxígeno, incluido los profesionales de salud. Pero todo esto ha generado una serie de problemas éticos; además serios inconvenientes en cuanto a la cantidad de médicos especialistas que un Hospital debería contar.

El dilema llegó – a nivel nacional - durante el pico más alto de la pandemia. Era el momento para tomar una decisión sobre a quién otorgar camas de UCI. Este mismo problema se presentó en el Hospital de Contingencia COVID-19 de la ciudad de Ayacucho, cuando durante la segunda ola recibieron más pacientes jóvenes a comparación con la primera ola. Entonces, ahí vino el dilema a quien asignar una cama de UCI; a los jóvenes o a las personas de edad que son más vulnerables.

Aunque desde la primera ola de la pandemia, las camas de hospitalización, camas de UCI, oxígeno, ya estaban totalmente colapsadas. En ese momento para cientos de pacientes, el mayor problema fue conseguir una cama de UCI; entonces muchos familiares buscaban recomendarse con algún médico del mismo hospital, o indagando por alguna presión política desde las esferas del Gobierno Regional o la Municipalidad provincial de Huamanga.

Llegan a la puerta del nosocomio local, indagando por sus familiares internos. Sigilosamente se acercan y preguntan al personal de seguridad si los médicos ya se encuentran en el interior del hospital; a lo que la seguridad responde que todos los médicos están adentro, porque han llegado más pacientes contagiados por la pandemia (Observación1 2021: 17), detalla parte de la observación realizaba en la puerta del Hospital de Contingencia COVID-19.

La OMS (2020) en uno de sus instrumentos de directrices en torno al control de las gripes pandémicas, dispone que “el principio de utilidad no debe ser la única consideración ética, y habla que deben considerarse tanto beneficios individuales como comunitarios” (OMS 2020). Entre otras medidas recomienda considerar los criterios de justicia y equidad, y “reconoce que este último choca de forma frontal con el concepto de utilidad, puesto que por él se recomienda atender prioritariamente a pacientes que estén más graves, sin importar su edad. También recomienda, bajo el mismo principio, atender prioritariamente a poblaciones vulnerables” (OMS 2020).

A su vez la Organización Mundial de la Salud (2021), no excluye tener presente, también los criterios de edad; aunque propone que ello solo se debe adoptar “después de una consulta pública amplia” (OMS 2021: 2). Claro está que no se trata de un problema de atención a los pacientes, ni de comunicación con sus familiares. Pues tuvieron un adecuado acceso de comunicación con sus seres queridos, mediante singulares estrategias: “... estamos viendo el buzón del amor, por ejemplo, donde dejan paneles, pancartas, cartas dirigidas a sus seres queridos y se les entrega como parte de su proceso de recuperación, no” (Ango 2021: 32).

Según el responsable del Hospital de Contingencia COVID-19, Jimmy H. Ango Bedriñana (2021), durante la primera ola de la pandemia, la mayoría de los pacientes infectados por COVID-19, sobrepasaban los 70 u 80 años de edad. Igualmente, en ese mismo rango de edad, también se registraron el número de fallecidos; pero en la segunda ola, cambió drásticamente esa realidad; porque se enfermaban más jóvenes menores de 40 años, y un número menor de mayores superior a los 60 años de edad.

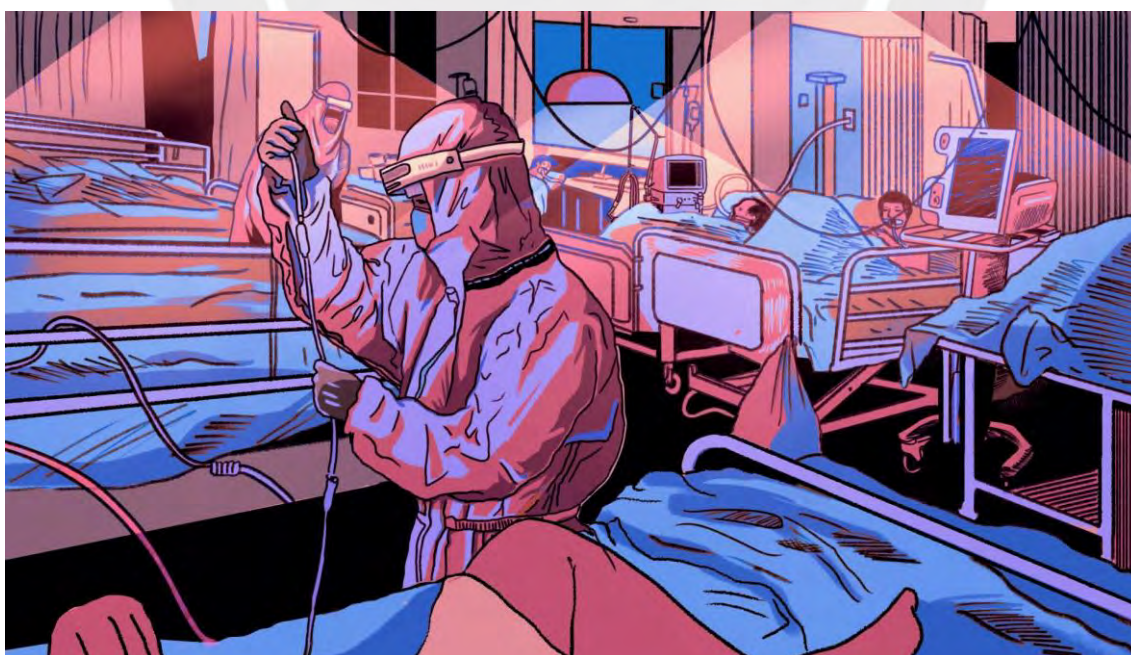
En ese momento, debido a la escasez de camas de UCI, los médicos del Hospital de Contingencia COVID-19, se encontraron frente a dos dilemas: salvar la vida de una persona mayor superior a los 60 años, o salvar la vida de un joven menor de 40 años. Claro que en ese momento tampoco había más tiempo que perder, entonces, como en situación de guerra, decidieron dar la cama de UCI a los jóvenes menores de 40 años; porque los mayores superiores a los 60 años ya cumplieron su ciclo de vida.

Obviamente, fue una decisión muy polémica; aunque también es casi una regla que, en situación de guerra, la prioridad es salvar la vida de los jóvenes, para que continúen combatiendo. Pero en la vida real, los médicos a diario se enfrentan a un cúmulo de dilemas morales en su trabajo; sobre todo en una zona de la sierra, donde los recursos son mucho más limitados que en la capital, y los doctores se ven forzados a elegir cuáles pacientes requieren prioridad para camas de UCI u oxígeno.

Según BBC Mundo (2021), incluso en caso de una eutanasia, “si retiras la financiación, cometes un acto de eutanasia pasiva, pues a través de la inacción o suspensión de una acción ayudas a terminar la vida de alguien. A pesar de que estarías actuando de acuerdo con los deseos del paciente, estarías técnicamente violando la ley en los países en los que no está permitido ayudarle a alguien a suicidarse” (BBC 2021). Es de precisar que el debate ético sobre la eutanasia, es toda una historia de siglos; porque hasta Platón estaba en contra, además el caso se complica más por las doctrinas religiosas.

La siguiente ilustración de Ojo Público (2020), muestra la difícil elección de los médicos intensivistas, que se ven obligados a decidir todos los días, a quién otorgarle una cama de UCI. Muchas veces, tenían que elegir entre 30 o 40 pacientes graves, pero para una sola cama UCI disponible.

Figura 17
Dilemas para elegir a qué paciente designar una cama de UCI



Fuente: ilustración de Ojo Público (2020)

4.4.2 Mecanismos de información a familiares de pacientes mayores, contagiados con COVID-19

En Ayacucho, al momento del pico más alto de la primera ola, las Unidades de Cuidados Intensivos ya estaban colapsadas. Desde ese momento, los médicos cavilaban, todos los días, sobre el dilema a qué pacientes priorizar para otorgarle un espacio en la UCI. A más de esta polémica decisión, también continuamente, el responsable del Hospital de Contingencia COVID_19, recibía presión por parte del gobernador regional o el responsable de la Gerencia Social, para exigirle que tal paciente debe tener prioridad para una cama de UCI disponible.

Ante esa presión, en más de una oportunidad, el joven médico responsable del Hospital de Contingencia COVID-19 – Jimmy Ango Bedrillana - le habría respondido a la máxima autoridad regional, con las siguientes palabras: “señor presidente, no estoy dispuesto para esa presión; en todo caso tiene usted libre decisión a quien encargarle este cargo” (Ango 2021: 17).

Al respecto, Walter Aguilar Córdova (2021), paciente que superó el virus del COVID-19, dijo: “solo quedan palabras de agradecimiento, porque nosotros ni siquiera podíamos abrir los ojos; pero desde el hospital siempre se comunicaban con nuestros familiares, sobre nuestro estado de salud. Todo eso recién me enteré cuando superé la enfermedad” (Aguilar 2021: 22).

Efectivamente, lo dicho por Aguilar Córdova, también ratifica lo dicho por otros pacientes que superaron la terrible enfermedad; porque, en forma diaria los familiares recibían información oportuna de la situación de sus seres queridos hospitalizados. Otras veces, incluso para solicitar la compra de alguna medicina que la farmacia del Hospital no disponía. Incluso, se dispuso a algunos trabajadores con dominio del quechua, para comunicarse con familiares de familiares de pacientes, cuyo idioma era el quechua. Para otros galenos consultados, se trata de trabajo con un enfoque Intercultural, para promover la paridad de trato entre los diferentes grupos culturales.

Según la Organización de Panamericana de la Salud (2021), “el proceso de formulación, implementación, seguimiento y evaluación de las políticas públicas, debe asegurar la participación de las poblaciones involucradas, el respeto de los derechos humanos, la interculturalidad y la igualdad de género” (OPS 2021: 3).

Y es que, en pueblos alejados y dispersos de la sierra central, de alguna manera existen evidencias sobre las desventajas y discriminación sobre el tipo de servicio de salud que

reciben, a comparación de los pobladores de la ciudad. Sobre este caso la OPS (2021), realiza mejor precisión: “el enfoque intercultural promueve la paridad de trato entre los diferentes grupos culturales; considera la Salud como un derecho fundamental y entiende como implícita la capacidad de los profesionales de la salud de poder integrar el conocimiento con las creencias y las prácticas tradicionales al momento de enfrentar una enfermedad” (OPS 2021: 4).

Un documento sobre “Salud y ausencia de discriminación”, elaborado por encargo de la OMS (2001), considera que “sobre los grupos vulnerables y marginados de la sociedad recae una proporción desmedida de problemas de salud” (OMS 2001: 8). Lo que concuerda con la situación de vulnerabilidad de diversos pueblos excluidos del ande. Es increíble que, “hasta ahora las disparidades de salud continúan teniendo sus raíces en las desigualdades estructurales sociales básicas, íntimamente relacionadas con el racismo y otras formas de discriminación en la sociedad” (OMS 2001: 8). Aquella disparidad, desde el año 2001 se intenta enmendar implementando los gobiernos regionales; sin embargo, es penoso decir que, a pesar de los esfuerzos de los primeros gobernantes regionales; en los últimos años es notoria la ineficiente capacidad de gasto, corrupción y centralización en las capitales de región.

Al respecto, se debe preciar que desde el 2007, el entonces presidente de la República Alan García Pérez, en un afán de populismo, decidió incrementar los presupuestos de los gobiernos regionales y locales. Entonces, si antes, tanto alcaldes y gobernadores regionales, se preocupaban más por hacer gestión en busca de presupuestos; pero desde el 2007 ni siquiera tuvieron capacidad para gastar adecuadamente el presupuesto autorizado por el MEF. Paradójicamente, desde ese momento empieza la historia de la corrupción en los gobiernos regionales y locales.

¿Pero en algo ha cambiado la situación de la salud y la educación? Con suma tristeza, tras haber trajinado por la sierra central y las 11 provincias de la región Ayacucho, podemos testificar que la situación de los establecimientos de salud en las ciudades, cambió en algo; pero la situación de pueblos alejados, poco o nada. En medio de esta realidad, queda claro que la mortalidad y la salud en general se apartan rara vez de la economía, especialmente por razones sociales y la insensatez de los gobernantes; lo cual nos conduce a la conclusión, que, para combatir aquellas diferencias en la prestación de salud a pueblos marginales, primero se deben solucionar el problema de las desigualdades sociales subyacentes.

La siguiente ilustración de Expreso (2021), muestra que, en medio de este dilema para salvar vidas, ni siquiera la vacuna por sí sola es la solución total de la pandemia. Es uno de los pilares; pero no la solución total de la enfermedad.

Figura 18

Ni siquiera la vacuna por sí sola es una solución total para acabar con la pandemia



Fuente: Expreso (2021).

4.4.3 Atención y seguimiento de los casos de COVID-19 por edad, tras el primer contacto con los servicios de salud

En octubre del 2020, en plena pandemia alta, tanto Unicef (2020) y el Banco Mundial (2020), advirtieron que la pobreza y la pobreza extrema aumentarían de manera más acentuada en el Perú, especialmente afectando a “niños, niñas y adolescentes que provienen de hogares en los que madres y padres tienen empleos de baja productividad o informales” (Unicef 2020). Al respecto, la representante de UNICEF (2020) Ana de Mendoza advirtió: “Perú puede retroceder una década en la superación de la pobreza si no toma medidas para evitarlo. El análisis de la pobreza en la infancia y la adolescencia, de manera diferenciada, espera contribuir al diseño de políticas públicas orientadas a evitar la transmisión intergeneracional de la pobreza” (Unicef 2020: 2).

A raíz de esta alerta, y en cumplimiento de las sugerencias de la Organización Panamericana de la Salud, y las normas locales, las autoridades del sector salud de Ayacucho, en coordinación con el Gobierno Regional, reorganizaron todos los servicios de salud a nivel regional; al mismo tiempo se vieron obligados a incrementar la fuerza laboral, contratando a profesionales jóvenes. En ese momento, el Hospital Regional de

Ayacucho (HRA) ya estaba a punto de colapsar, por lo que se vieron en la necesidad de agilizar la habilitación del Hospital de Contingencia COVID-19.

El propósito fue salvaguardar la salud de los trabajadores y de la comunidad; entonces varios médicos considerados vulnerables, pasaron a realizar trabajos remotos desde sus viviendas, dirigiendo vía teléfono o computadora a los profesionales jóvenes, que enfrentaban directamente a un enemigo desconocido.

Una de las primeras medidas fue, detectar y aislar casos, rastrear y poner en cuarentena los contactos, simultáneamente otras medidas como de participar de manera activa con la comunidad en medidas de higiene, y el distanciamiento físico. Luego en el momento en que el Hospital de Contingencia COVID-19 ya no disponía de camas UCI; los médicos recomendaron permanecer en casa, pero continuamente monitoreados por un médico vía teléfono, y las pocas veces en forma presencial. Esta forma de atención se comprobó durante las observaciones realizadas entre 21 al 25 de abril del 2021, tanto en la puerta del Hospital de Contingencia COVID-19, así como recorriendo los barrios de la ciudad de Ayacucho, en plena pandemia alta de la segunda ola.

Mientras en el interior de la región, en especial en las comunidades altoandinas, el primer caso emblemático se presentó con los caminantes o retornantes, quienes luego que el Gobierno declarara el primer confinamiento prolongado, a falta de recursos económicos, decidieron a regresar a sus lugares de origen. Lo hicieron organizados en grupos, incluso algunos caminando por tramos.

Al llegar a sus comunidades de origen, sus compueblanos ya los esperaban, pero tomando todas las previsiones, a fin de evitar la masificación del virus. Entonces los grupos de retornantes pasaron a ocupar, temporalmente, pequeñas chozas que los cubijó por dos semanas; luego se incorporaron a la comunidad. Algunos campesinos certifican que por seguridad permanecieron con la misma ropa durante las dos semanas; mientras los alimentos dejaban a cierta distancia. Esa fue una forma excelente forma para impedir la transmisión del virus.

En los meses siguientes, el cumplimiento de todas las medidas de seguridad tuvo una celosa vigilancia por parte de las autoridades comunales, en especial de los Comités de Autodefensa. Así el COVID-19 no llegó a las comunidades altoandinas; pero a manera preventiva, los pobladores bebían brebajes de diversas plantas de los andes macerados en alcohol, otros hasta elaboraron desinfectantes utilizando las hierbas curativas.

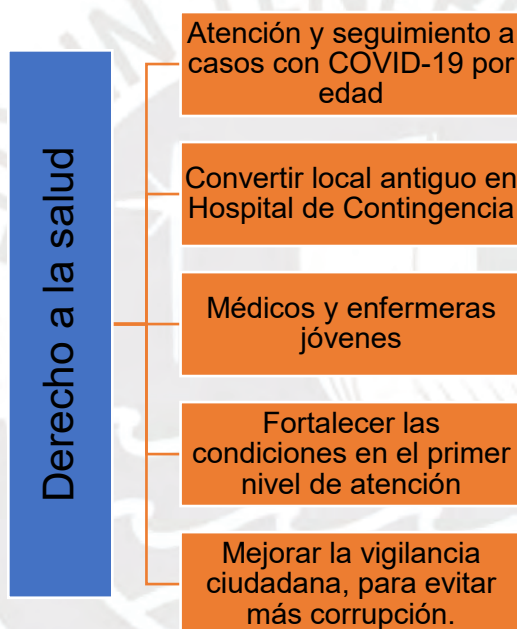
Sin embargo, no solo se trata de hacer seguimiento a los casos de pacientes con COVID-19; sobre todo, después de vencer esta pandemia, se requiere fortalecer las

condiciones de atención a la salud que forma parte de la red más grande de establecimientos de salud del primer nivel de atención, ubicadas - en forma dispersa – en las comunidades campesinas y la Amazonía, funcionando sin la atención de un médico, sino por otros profesionales de salud o técnicos asistenciales.

Al mismo tiempo, se debe mejorar los mecanismos de control ciudadano, para vigilar la eficacia, legalidad y la transparencia de las actividades que realizan las autoridades, en los tres niveles de gobierno. Este mecanismo podría ser una forma para fortalecer la lucha contra la corrupción.

Figura 19

El derecho a la salud y la atención y seguimiento por casos con COVID-19



Fuente: elaboración propia con información resumida de la variable (2020).

Conclusiones

- a) La pandemia de COVID-19 tuvo impactos asimétricamente negativos en poblaciones marginales y desatendidas a nivel del mundo. Pero también esta pandemia, ha visibilizado las vulnerabilidades estructurales preexistentes; a la vez, ha generado otras complicaciones como los altos niveles de estrés individual y colectivo. Los más golpeados fueron personas de sectores marginales, que pasaron por una situación trágica por las pérdidas de sus seres queridos, pérdida de oportunidades de trabajo, de vivienda, y ni qué decir de la salud. Según la OMS (2020), esta situación tiene directa relación con los derechos en salud, porque son principios y normas que promueven el acceso a los servicios de salud, que deberían ser “oportunas, disponibles y aceptables” (OPS 2020), tal como consagra el Derecho internacional; pero, una vez más, la pandemia exteriorizó a la población más necesitada y en situación de pobreza y marginalidad, sigan teniendo acceso limitado a los servicios de salud.
- b) La estrategia de implementar un Hospital de Contingencia COVID-19, en un antiguo local del Hospital Regional, para la atención exclusiva de pacientes contagiados por el COVID-19, fue una acertada decisión en Ayacucho. De lo contrario, el Hospital Regional de Ayacucho, a pesar de funcionar en un local moderno y nuevo, rápidamente pudo haber colapsado; consecuentemente - como presumían algunos médicos de experiencia- los pacientes con otras enfermedades, también pudieron haber sido infectados. Esta decisión pone de manifiesto, que la salud es un derecho y garantizar ese derecho es una obligación de los estados.
- c) Otra estrategia acertada en Ayacucho, fue que los establecimientos de primer y segundo nivel de atención, hayan atendido – incluso – en plena pandemia y en toda la región, incluidos los puestos de salud de los pueblos más alejados donde solo es posible llega por caminos de herradura. De aquellas comunidades tan lejanas, no salieron ni los trabajadores de salud, al menos durante la primera ola, debido al estricto control de los CAD²⁵. Esa férrea disciplina evitó contagios en

²⁵ CAD son los Comités de Autodefensa, campesinos que desde mediados de 1982 se organización para luchar contra el terrorismo.

las comunidades campesinas, a pesar de no usar mascarillas. Esta determinación es parte de la justicia social, que según la OPS²⁶ (2020), la equidad en salud es “un componente fundamental de la justicia social” (OPS 2020).

- d) Algunos podrían denominar como la fuerza telúrica de las comunidades campesinas. Mientras en la ciudad morían tantas personas; pero en las comunidades altoandinas, durante la primera ola solo han fallecido dos comuneros. Uno por haberse contagiado en el mismo Hospital y otro por haber bajado a la ciudad a visitar a sus familiares. Es que históricamente los campesinos han resistido tantas dificultades. Por eso, al anuncio de la primera cuarentena, inmediatamente activaron a los Comités de Autodefensa (CAD), organización con mucha experiencia en guerra interna y seguridad. Ellos se encargaron de cerrar los puntos de contacto con otros pueblos; mientras todos los comuneros optaron por una conducta de guerra: de atrincherarse en los pequeños poblados y consumir solo los productos²⁷ almacenados en casa. En este caso, los CAD se convirtieron en capital social y moral, como la mejor capacidad de este colectivo humano, para empezar acciones conjuntas que motiven en beneficio de toda la comunidad. Es decir, “un activo intangible que se manifiesta en la capacidad de confianza, valores cívicos y asociatividad que pueda lograr la sociedad” (Kliksberg, 2001).
- e) La presente investigación, permitió alcanzar los objetivos planteados para examinar la capacidad resolutive del Hospital Regional de Ayacucho, antes, durante y después de la pandemia; mientras que las valiosas opiniones de los distintos actores, permitió identificar los problemas sobre las situaciones de fragilidad sociodemográfica de la población. Igualmente, la revisión de los documentos internos, de la página de fanpage del HRA, así como las observaciones y los análisis a las fotografías; permitieron localizar la valoración de los pacientes que superaron la enfermedad, sobre la calidad de atención en el Hospital de Contingencia COVID-19. Al mismo tiempo, la estrategia utilizada por las comunidades resilientes de las zonas altoandinas, para evitar el avance de la pandemia. Así, convirtieron la situación de la pandemia en una oportunidad, para reflexionar y estar preparados para enfrentar nuevos desafíos.

²⁶ Organización Panamericana de la Salud.

²⁷ Todos los campesinos siempre manejan una economía de guerra. Luego de cada cosecha, separan los granos para la semilla y otra cantidad para la alimentación durante todo el año; luego venden solo los productos excedentes.

- f) En plena pandemia, el Perú ha ensayado un importante crecimiento económico; no obstante, todavía persisten algunas brechas en distintos sectores de la sociedad, originando injusticias e inequidades. Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), se debe promover una cobertura universal de salud, para todos, incluida las de las comunidades alejadas tengan acceso justo a los servicios integrales garantizados de salud con calidad.



Recomendaciones

- a) Fortalecer el proceso de atención a la salud, de la red más grande de establecimientos de salud del PNA²⁸, administrados por el Minsa y los Gobiernos Regionales, debido a que adolecen de médicos y son atendidos solo por profesionales de otras especialidades o técnicos asistenciales. Por lo tanto, se requiere la implementación de nuevas políticas como el acceso universal a la salud para que todas las familias y las comunidades tengan acceso, sin discriminación alguna y priorizando a los grupos en situación de vulnerabilidad.
- b) Mejorar los mecanismos de control ciudadano, por ser una herramienta de cooperación ciudadana en la fiscalización de la gestión pública, lo que permite vigilar la eficacia, legalidad y la transparencia en las acciones que realizan las autoridades, a nivel de los tres niveles de gobierno, para fortalecer la lucha contra la corrupción. Al mismo tiempo sugerir la necesidad de una articulación real, entre todas las instituciones públicas y privadas, para romper la inercia natural del sector público, de manera tal que ayuden a atender las múltiples necesidades de la población.
- c) Sensibilizar a todos los sectores de la población, para movilizar sobre los beneficios de la vacuna contra el COVID-19, tanto en la ciudad, como en el campo; debido a que en Ayacucho un sector importante de la población rechaza vacunarse, por difusión de mensajes de grupos antivacunas, que ponen en duda sobre la seguridad de la vacuna; otras veces entorpecen la necesidad de vacunarse. Algunos apelan a teorías que simbolizan intrigas secretas para causar daño a la población, y otro sector religioso acude a las determinadas maniobras tomando como base para dar explicaciones religiosos o éticos contra de la vacuna. Otros hasta intentan explicar con argumentos triviales con que las políticas de vacunación atentan sus libertades individuales y civiles.
- d) Concientizar a la población para frenar la contaminación ambiental, como un gran desafío para lograr una vida mucho más saludable. En las ciudades, mayor conciencia y esfuerzo por asumir nuevos comportamientos, como exigencia a nuevas medidas en la gestión de los recursos ambientales. En el campo, menor uso de agroquímicos letales en el cultivo de diversos productos. En general, un

²⁸ PNA: primer nivel de atención.

uso consciente de los recursos naturales, más conciencia de las generaciones futuras sobre la preservación ambiental. Necesitamos convivir de manera digna, para crear un equilibrio entre la naturaleza y los seres humanos.

- e) Fortalecer el proceso de edificación de la salud intercultural, teniendo en cuenta que interculturalidad²⁹ es la interacción entre la medicina tradicional indígena y la occidental; para optimizar en la solución de la problemática de la salud en la zona andina y amazónica, y lograr mayor receptividad por los beneficiarios en la atención proporcionada por personal de salud, articulando la medicina tradicional y la medicina occidental. Una oportunidad para mejorar la calidad en cuanto a los servicios de salud a la población más necesitada, excluida y alejada de la región; toda vez que la pandemia nos mostró como una sociedad muy precaria, desorganizada y excluyente.
- f) Analizar y evaluar sobre la unificación progresiva de los sistemas públicos de salud, que actualmente conviven entre el Seguro Social (EsSALUD) y el Seguro Integral de Salud (SIS), como un Sistema de salud universal, unificado, descentralizado y participativo; porque la salud es un derecho fundamental y el Estado tiene la obligación de garantizar. Según registros del Minsa (2020), existen 8.334 instituciones en el país, incluido los establecimientos que pertenecen al sistema de los gobiernos regionales, con una cobertura del sistema público a 40 establecimientos por cada 100 mil personas. De estas, el 97% corresponden a establecimientos del primer nivel de atención, como centros de salud y postas sanitarias. Mientras EsSALUD, tiene una red de 394 establecimientos, con una cobertura de cuatro establecimientos por cada mil afiliados a dicho sistema. Al mismo tiempo, se debe priorizar la atención médica primaria para consolidar la prevención y aproximar la salud a la población más necesitada.

²⁹ Interculturalidad, es la interacción entre distintas culturas. Es un concepto derivado de las ciencias sociales, en particular la antropología.

Bibliografía

- (s.f.). <https://www.lampadia.com/opiniones/lampadia/comentarios-informativos-sierra-productiva-en-lugar-de-limpieza-de-canales-para-atender-presion-de-2-millones-de-retornantes/>
- Andina. (31 de mayo de 2021). *El Retablo Ayacuchano rinde emotivo homenaje a los héroes de la salud frente al covid-19*. <https://andina.pe/agencia/noticia-el-retablo-ayacuchano-rinde-emotivo-homenaje-a-los-heroes-de-salud-frente-al-covid19-799622.aspx>
- Andina. (14 de junio de 2021). *Retablo ayacuchano: conoce el origen e historia del nuevo Patrimonio Cultural de la Nación*. <https://andina.pe/agencia/noticia-retablo-ayacuchano-conoce-origen-e-historia-del-nuevo-patrimonio-cultural-de-nacion-755535.aspx>
- bbc.com. (1 de julio de 2017). *¿Salvar al anciano paciente terminal o al joven en estado crítico? ¿Cómo resolverías estos 3 tremendos dilemas médicos?*
<https://www.bbc.com/mundo/noticias-40446399>
- Cepal. (5 de octubre de 2016). *Gestión de Datos de Investigación: algunos conceptos básicos*. <https://www.cepal.org/es/notas/gestion-datos-investigacion-algunos-conceptos-basicos>
- CEPAL. (28 de julio de 2020). *Enfrentar los efectos cada vez mayores del COVID-19 para una reactivación con igualdad: nuevas proyecciones*. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/45782-enfrentar-efectos-cada-vez-mayores-covid-19-reactivacion-igualdad-nuevas>
- comexperu.org.pe. (25 de febrero de 2021). *El 97% de los establecimientos de salud del primer nivel de atención cuenta con capacidad instalada inadecuada*. <https://www.comexperu.org.pe/articulo/el-97-de-los-establecimientos-de-salud-del-primer-nivel-de-atencion-cuenta-con-capacidad-instalada-inadecuada>
- congreso.gob.pe. (30 de enero de 2002). *Ley marco de modernización de la gestión del Estado*. [http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/BCE7AB2E6434B55305257B890053B271/\\$FILE/02A08.pdf](http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/BCE7AB2E6434B55305257B890053B271/$FILE/02A08.pdf)
- congreso.gob.pe. (2 de octubre de 2009). *Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud*. <https://leyes.congreso.gob.pe/Documentos/Leyes/29414.pdf>
- Córova Aguilar, A., & Rossani A., G. (10 de setiembre de 2020). Tesis. *COVID-19: Revisión de la literatura y su impacto en la realidad sanitaria peruana*. Lima, Lima, Perú.
- Díaz-Cassou, J., Deza, M., & Moreno, K. (20 de setiembre de 2020). *Perú: Desafíos del desarrollo en el post COVID-19*. <https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Peru-Desafios-del-desarrollo-en-el-post-COVID-19.pdf>
- Digemid.minsa.gob.pe. (15 de julio de 1997). *Ley N° 26842 – Ley General de Salud*. <https://www.digemid.minsa.gob.pe/upload/uploaded/pdf/leyn26842.pdf>

- DIRESA. (2020). *Plan regional de reforzamiento de servicios*. Ayacucho.
- Español, T. (18 de noviembre de 2021). *Perú tiene 12,8 médicos por cada 10.000 habitantes, muy abajo de países OCDE*. <https://www.trt.net.tr/espanol/vida-y-salud/2018/06/19/peru-tiene-12-8-medicos-por-cada-10-000-habitantes-muy-abajo-de-paises-ocde-995479>
- gestion.pe. (23 de febrero de 2020). *Minsa: Faltan incorporar más de 11,000 médicos especialistas en todo el país*. <https://gestion.pe/economia/minsa-solo-una-region-del-peru-supera-el-nivel-de-enfermeros-recomendados-por-la-oms-y-no-es-lima-noticia/>
- gob.pe. (31 de Enero de 2020). *Aprueba el Protocolo para la atención de personas con sospecha o infección confirmada por coronavirus (2019-nCoV)*. <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/505246/resolucion-ministerial-040-2020-MINSA.PDF>
- gob.pe. (15 de marzo de 2020). *Decreto Supremo que declara Estado de Emergencia Nacional por las graves circunstancias que afectan la vida de la Nación a consecuencia del brote del COVID-19*. Obtenido de <https://www.gob.pe/institucion/pcm/normas-legales/460472-044-2020-pcm>
- humanium.org. (14 de setiembre de 2021). *Derecho a la salud*. <https://www.humanium.org/es/derecho-salud/>
- indec.gob.pe. (5 de marzo de 2020). *Casos confirmados de coronavirus en el Perú*. <https://www.indec.gob.pe/wp-content/uploads/2020/03/REPORTE-COMPLEMENTARIO-N-1317-15MAR2020-CASOS-CONFIRMADOS-DE-CORONAVIRUS-EN-EL-PER%C3%9A-4.pdf>
- J. Mujica, O., & E. Pachas, P. (27 de enero de 2021). *Revista peruana de medicina experimental y salud pública*. <https://rpmesp.ins.gob.pe/rpmesp/article/view/6740/4186>
- lampadia.com. (9 de setiembre de 2020). *Sierra Productiva en lugar de limpieza de canales atiende presión de 2 millones de retornantes*. <https://www.lampadia.com/opiniones/lampadia/comentarios-informativos-sierra-productiva-en-lugar-de-limpieza-de-canales-para-atender-presion-de-2-millones-de-retornantes/>
- Maguiña Vargas , C. (2020). Reflexiones sobre el COVID-19, el Colegio Médico del Perú y la Salud Pública. *Scielo Perú*, Editorial.
- Maguiña Vargas, C. (enero/marzo de 2020). *Scielo*. Acta Médica Peruana: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1728-59172020000100008&script=sci_arttext&lng=en
- MEF. (2021). *Análisis territorial: Ayacucho*. Lima: MEF.
- NNUU. (12 de setiembre de 2008). *Los derechos humanos, el terrorismo y la lucha contra el terrorismo*. <https://www.ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet32sp.pdf>
- OMS. (2014). *Documentos básicos 48 edición*. Roma: OMS.

- OMS. (20 de noviembre de 2021). *La OMS mantiene su firme compromiso con los principios establecidos en el preámbulo de la Constitución*.
<https://www.who.int/es/about/governance/constitution>
- OPS. (20 de julio de 2021). *Diversidad cultural y salud*.
https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5585:2011-cultural-diversity-health&Itemid=72495&lang=es
- Perú21. (17 de febrero de 2018). *Ineficiencias del sector salud están afectando a millones de peruanos*. <https://peru21.pe/peru/situacion-salud-peru-ineficiencias-sector-afectando-millones-peruanos-396225-noticia/>
- Ponce de León, Z. (2021). *Sistema de Salud en el Perú y el COVID-19*. Lima: PUCP.
- Quijandría, G. (27 de julio de 2021). *"El Perú del Bicentenario requiere continuar apostando por una reactivación económica verde con un sentido de urgencia"*.
<https://www.pe.undp.org/content/peru/es/home/presscenter/articulos/2021/-el-peru-del-bicentenario-requiere-continuar-apostando-por-una-r.html>
- Quijano Caballero, Ó., & Minaris Garcia, Ó. (julio-agosto de 2016). *Protección de derechos en salud en el Perú: experiencias desde el rol fiscalizador de la Superintendencia Nacional de Salud*. Lima, Perú.
- RPP. (15 de agosto de 2021). *INEI: Más de 6 millones de personas dejaron de trabajar debido a la pandemia*. <https://rpp.pe/economia/economia/coronavirus-en-peru-inei-mas-de-6-millones-de-personas-dejaron-de-trabajar-debido-a-la-pandemia-noticia-1286728>
- Rus Arias, E. (13 de febrero de 2021). *Investigación aplicada*. economipedia.com:
<https://economipedia.com/definiciones/investigacion-aplicada.html>
- Salmón, E. (27 de julio de 2020). *IDEHPUCP*. <https://idehpucp.pucp.edu.pe/notas-informativas/derecho-a-la-salud-y-no-discriminacion/>
- Sánchez, H., Reyes, C., & Matos, P. (16 de Agosto de 2021). *Impacto de la presencia del COVID-19 en las actitudes y comportamientos psicosociales de la población peruana*. Lima, Lima, Perú.
- Sevillano, E. (20 de marzo de 2020). *Las UCI darán prioridad a los enfermos que tengan más esperanza de vida si se colapsan*. <https://elpais.com/sociedad/2020-03-20/las-uci-se-preparan-para-desbordarse-y-tener-que-dar-prioridad-a-unos-enfermos-sobre-otros.html>
- Steve, O. (15 de abril de 2020). *xataxa.com.mx*. Jóvenes tendrán prioridad sobre adultos mayores si el sistema de salud en México colapsa por COVID-19, según propuesta de bioética: <https://www.xataka.com.mx/investigacion/jovenes-tendran-prioridad-adultos-mayores-sistema-salud-mexico-colapsa-covid-19-propuesta-bioetica>
- susalud.gob.pe. (20 de noviembre de 2020). *Listado de establecimientos registrados en el RENIPRESS*. <http://app20.susalud.gob.pe:8080/registro-renipress-webapp/listadoEstablecimientosRegistrados.htm?action=mostrarBuscar#no-back-button>
- un.org. (20 de octubre de 2021). *Objetivos del Desarrollo Sostenible*.
<https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>

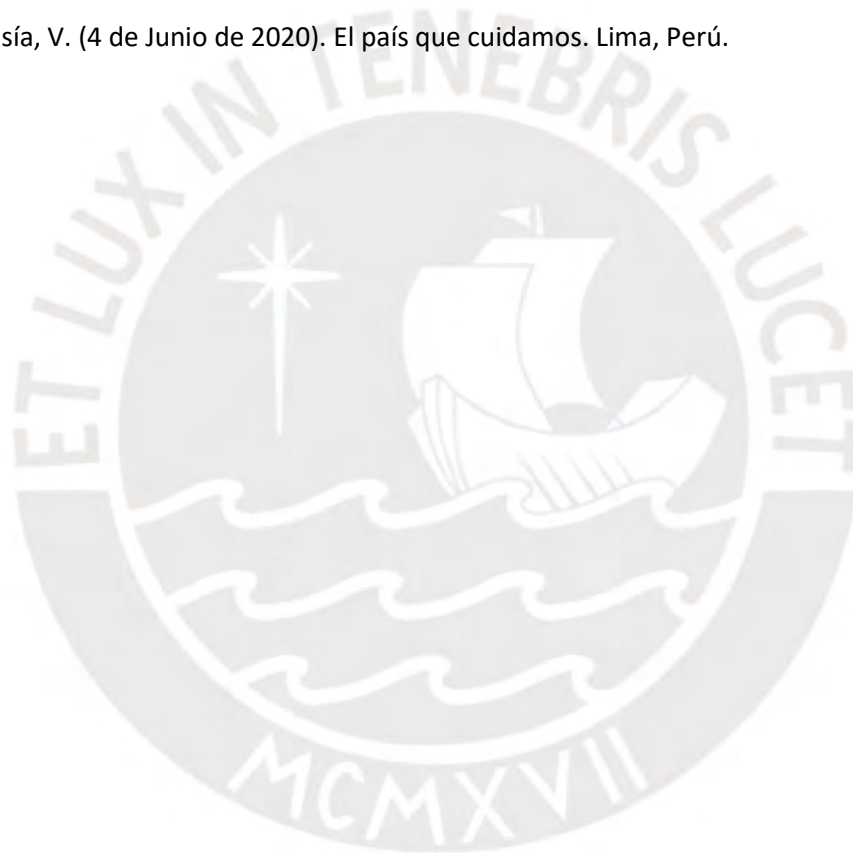
unicef.org. (14 de octubre de 2020). *La COVID-19 ha generado mayor pobreza y desigualdad en la niñez y adolescencia*. <https://www.unicef.org/peru/comunicados-prensa/la-covid-19-ha-generado-mayor-pobreza-y-desigualdad-en-la-ni%C3%B1ez-y-adolescencia-Banco-mundial>

Velez Arango, A. (01 de octubre de 2014). Revista Facultad Nacional de Salud Pública. *El derecho a la salud: una visión a partir del enfoque de capacidades*. Lima, provincia, Perú.

who.int. (26 de octubre de 2021). *Organización Mundial de la Salud OMS*. <https://www.who.int/es/news/item/26-10-2021-top-economists-call-for-radical-redirection-of-the-economy-to-put-health-for-all-at-the-centre-in-the-run-up-to-g20>

wma.net. (15 de agosto de 2020). *Derecho a la salud*. <https://www.wma.net/es/que-hacemos/derechos-humanos/derecho-a-la-salud/>

Zamora Mesía, V. (4 de Junio de 2020). El país que cuidamos. Lima, Perú.



ANEXOS

Anexo 1

1.1 Instrumentos utilizados para la recolección de la información.

Instrumentos de recolección	Planificados Consignar número	Aplicados Consignar número	Por aplicar Consignar número
Entrevista semiestructurada al Director Regional de salud de Ayacucho, Dr. Elvyn Díaz	1	1	0
Entrevista semiestructurada al responsable del Hospital de Contingencia COVID-19, Dr. Jimmy Ango Bedrillana	1	1	0
3 entrevistas semiestructuradas a médicos del Hospital Regional de Ayacucho.	3	3	0
3 entrevistas semiestructuradas a pacientes que superaron el COVID-19	3	2	1
4 observaciones de las atenciones hospitalarias en el hospital COVID_19	4	3	1
2 análisis de documentos internos del hospital COVID-19 y del HRA	2	2	0
1 observación y análisis del fanpage del HRA por una semana (cuanti y cuali).	1	1	0
1 interpretación y narración del contenido de fotografías relacionada a las atenciones a enfermos por COVID-19.	1	1	0

Anexo 2

2.1 Trabajo de campo para la recolección de información.

1. Al inicio de la recolección de información para la presente investigación, lo hice en forma presencial en la ciudad de Ayacucho y en una época alta de la pandemia, utilizando como instrumentos de recolección de información, entrevistas semiestructuradas, observaciones de las atenciones hospitalarias, análisis de documentos, observación y análisis del fanpage

del Hospital Regional, e interpretación y narración de contenido de fotografías.

Así durante las observaciones hospitalarias constaté que, al inicio de la pandemia, el nuevo Hospital Regional de Ayacucho, no se abastecía para atender a todos los enfermos; por lo que tuvieron que implementar los ambientes del antiguo hospital y convertir en el Hospital de Contingencia COVID-19.

2. Una de las dificultades que enfrenté inicialmente, fue si las entrevistas las hacía en forma virtual o presencial. Opté por hacerlo en forma presencial y viajé hasta mi ciudad natal. De hecho, que la siguiente dificultad fue el miedo a contagiarme; aunque también estaba seguro que resistiría por ser un deportista y ser parte de los 12 mil voluntarios de la vacuna Sinopharm; aunque no estaba seguro si había recibido la verdadera vacuna o solo placebo (luego me comunicaron que ya estaba vacunado).

Durante las entrevistas semiestructuradas a los médicos y algunas conversaciones con trabajadores antiguos, me enteré que a diferencia de Lima y otras ciudades del país, en el caso de Ayacucho, al inicio de la pandemia; los establecimientos de primer nivel (postas sanitarias y centros de salud) continuaron atendiendo en las 11 provincias. Por eso, se evitó la concentración de todos los pacientes en el Hospital Regional. Igualmente, eso fue fundamental para que las comunidades de las zonas altas, no bajen a las ciudades en busca de atención por otros males.

3. Durante la recolección de datos, recibí mucha disponibilidad y amabilidad de parte de los médicos y trabajadores del Hospital Regional, a excepción del director regional. Algunos médicos me programaron 15 minutos para la entrevista, pero finalmente nos quedamos conversando hasta más de una hora; porque, por mi condición de especialista en seguridad, también pude aclarar algunos puntos de interés. Ejemplo, les enseñé como se debe respirar adecuadamente y algunos ejercicios para fortalecer los pulmones.

Durante las entrevistas y revisión de los documentos, constaté la forma de cómo enfrentar la pandemia, las zonas altoandinas se llevan todo el premio. En la primera ola de la pandemia, solo fallecieron dos campesinos; mientras en la segunda etapa superan 20 fallecidos; debido a que muchos bajaron a las ciudades, además cometieron el error de recibir a sus visitas (familiares y amigos), sin la vigilancia de la primera etapa.

4. Durante una conversación (off the record), uno de los médicos me dijo que, durante la segunda ola, “ni las recomendaciones de las autoridades tienen efecto”, porque las camas UCI se dispone acorde a la edad del paciente. Los jóvenes tienen mayor prioridad frente a las personas de tercera edad.

Esta particularidad lo constaté durante el proceso de observación y análisis del fanpage del Hospital Regional. Resulta que, en la segunda ola de la pandemia, en el Hospital de Contingencia COVID-19 recibieron más pacientes jóvenes que en la primera ola. De las 12 camas UCI, tienen mayor prioridad los jóvenes; porque los que superan los 70 años, ya cumplieron su ciclo de vida. Así tan cruda y real es la situación en el Hospital de Contingencia COVID-19 de Ayacucho, vista solo en casos de guerra.

Anexo 3

3.1 Hallazgos en el trabajo de campo

<p>1. Según algunos médicos entrevistados, al inicio de la pandemia, el nuevo Hospital Regional de Ayacucho, rápidamente había colapsado; porque en el mismo hospital se atendían a enfermos por diversos males; pero a la vez también a los enfermos por COVID-19. Esta situación, generó la protesta de los médicos y trabajadores de salud en general, para exigir al Gobernador Regional, para implementar los ambientes del antiguo hospital y convertir en un Hospital de Contingencia COVID-19.</p> <p>La gestión no fue inmediata, pero finalmente se llegó a implementar aquellos ambientes. Pero apareció otro problema y tremenda confusión entre los médicos tratantes, respecto qué medicamentos utilizar para curar a los pacientes con COVID-19. A ello se sumó que el primer responsable del Comando COVID-19, generó mayor confusión, porque abiertamente promocionaba el consumo del dióxido de cloro. Este caso se hizo viral por las redes y el funcionario fue cambiado.</p>
<p>2. Si bien ya disponían de un Hospital de Contingencia COVID-19; pero el personal de salud no estaba debidamente protegido, como consecuencia comenzaron a enfermarse algunos médicos, luego fallecieron varios. Así se vieron obligados a seleccionar solo a los médicos jóvenes para atender en el Hospital COVID-19; mientras los médicos mayores absolvían las consultas de los médicos de turno, solo por teléfono. Además, no había protocolos específicos, ni siquiera para comunicarse con los familiares de los pacientes.</p>
<p>3. Según médicos y trabajadores antiguos, a diferencia de Lima y otras ciudades del país, en el caso de Ayacucho, desde el inicio de la pandemia; los establecimientos de primer nivel (postas sanitarias y centros de salud) continuaron atendiendo en las 11 provincias de la región. Por eso, se evitó mayor concentración de pacientes en el Hospital Regional. Igualmente, eso fue fundamental para que las comunidades de las zonas altas, no bajen a las ciudades en busca de atención por otros males.</p>
<p>4. Durante el proceso de recolección de datos y observación, constaté que, en la segunda ola de la pandemia, en el Hospital de Contingencia COVID-19, recibieron más pacientes jóvenes a comparación de la primera ola. De las 12 camas de UCI, esta vez tenían mayor prioridad los jóvenes; porque los que superan los 70 años, ya cumplieron su ciclo de vida. Así tan cruda y era la situación en el Hospital de Contingencia COVID-19 de Ayacucho. Los especialistas del hospital, señalan que para esta decisión tomaron ejemplos de casos de guerra, donde la prioridad tienen los que puedan seguir combatiendo.</p>

Anexo 4

4.1 Fotovoz

Fotovoz
23 al 25 de abril

Fue escenario de una campaña de vacunación, primero para mayores de 80 y 70 años. Algunos acudieron a pie, otros en mototaxis, los demás en unidades vehiculares.

La finalidad fue proteger a las personas mayores y sin discriminación, tanto en la ciudad de Ayacucho, como en el

En Ayacucho, aun existen personas que por algunas creencias, se niegan a vacunarse, con la presunción que la vacuna podría causarles algunos males. Por eso, los trabajadores de primer nivel de la Dirección Regional de Salud – DIRESA- perifonearon por calles y barrios, para sensibilizar a la población.

No solo vacunaron en las ciudades, sino también en pequeños poblados. En toda esta jornada, los protagonistas fueron los trabajadores de primer nivel. Un hecho patético se registró en la comunidad de Colca, en la provincia de Fajardo, donde la anciana Josefina (78), fue cargada por un trabajador de salud y por más de un kilómetro, hasta el centro de vacunación.

En la puerta del Hospital COVID-19, como en sus tiempos mozos, don Julio (76), es recibido por su eterna enamorada (su esposa), quien intenta entregarle los dos globos en forma de corazón; pero las fuerzas del septuagenario son casi nulas, hasta para levantar las manos. Solo dijo: "gracias al personal del hospital".

Margarita (72), sujeta en su inseparable bastón y una trabajadora de salud, también abandona el Hospital de Contingencia COVID-19. Ella apenas permaneció una semana y media internada y rápidamente logró vencer al virus. A su salud todos se sorprendieron, incluido sus familiares (hijos y hermano) que llegaron con algunos minutos de retraso.

Al monseñor Salvador José Miguel Tinero, actual arzobispo de Ayacucho, el personal de salud ofreció al arzobispo para inmunizar con la vacuna anti-COVID-19, pero, el obispo ofreció acudir al centro de vacunación. Fue una excelente forma de sensibilización para otros mayores que se negaban a recibir la vacuna.



Fuente: Elaboración propia con información de los registros del fotovoz del 23 al 25 de abril 2021

