

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD
CATÓLICA DEL PERÚ**

Escuela de Posgrado



Factores contribuyentes a la inadecuada gestión de recursos humanos, logísticos y terapéuticos en el Hospital Essalud II Vitarte, durante el enfrentamiento de la pandemia del COVID-19, en el marco de los derechos humanos y la salud, organizada por el Plan Anual de Calidad de Essalud 2020 - 2021

Tesis para obtener el grado académico de Magíster en Gerencia Social que presenta:

Milko Bobbio Pérez

Asesor:

Luis Alex Alzamora De Los Godos Urcia

Lima, 2020

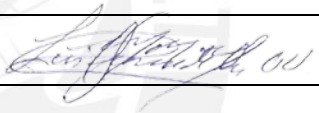
Informe de Similitud

Yo, **Alzamora De Los Godos Urcia, Luis Alex**, docente de la Escuela de Posgrado de la Pontificia Universidad Católica del Perú, asesor de la tesis titulado “Factores contribuyentes a la inadecuada gestión de recursos humanos, logísticos y terapéuticos en el Hospital Essalud II Vitarte, durante el enfrentamiento de la pandemia del COVID-19, en el marco de los derechos humanos y la salud, organizada por el Plan Anual de Calidad de Essalud 2020 – 2021” del autor BOBBIO PEREZ MILKO, dejo constancia de lo siguiente:

- El mencionado documento tiene un índice de puntuación de similitud de 13%. Así lo consigna el reporte de similitud emitido por el software *Turnitin* el 12/10/2022.
- 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, 15 de diciembre del 2022

Apellidos y nombres del asesor: Alzamora De Los Godos Urcia, Luis Alex	
DNI: 18133490	Firma 
ORCID: 0000-0003-1315-102X	

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Dedicatoria	5
Agradecimientos	6
Resumen ejecutivo de la tesis	7
Abstract	8
Relación de tablas del informe de tesis	9
Relación de gráficos del informe de tesis	10
Abreviaturas y siglas	12
I. Introducción	14
1.1 Título de la tesis	15
1.2 Planteamiento y justificación del tema	15
1.2.1 Descripción de la realidad problemática	18
1.2.2 Delimitación de la investigación	21
1.2.2.1 Espacial	21
1.2.2.2 Temporal	25
1.2.2.3 Social	25
1.2.2.4 Conceptual	26
1.3 Pregunta general	29
1.4 Preguntas específicas	29
1.5 Objetivos de la tesis	30
1.5.1 Objetivo general	30
1.5.2 Objetivos específicos	30
II. Marco teórico	31
2.1 Antecedentes relacionados con la investigación	31
2.2 Reseña histórica de Essalud y del hospital de Vitarte	33
2.3 Marco legal y normativo en salud en el Perú y las incidencias a nivel mundial	33
2.4 Marco conceptual	38
2.4.1 Definición de Infección por el virus SARS-CoV2	38
2.5 Derechos humanos, población vulnerable, interculturalidad en pandemia	38
2.5.1 Derechos humanos	41
2.5.2 Población vulnerable	42
2.5.3 Interculturalidad	44
2.6 Estado del arte sobre investigaciones de los procesos de gestión en diversas instituciones de salud en pandemia	46
2.7 Conceptos principales	49
Pandemia	49
Política pública	49
Plan de acción	50
Enfoque de derechos	50

Gestión de políticas públicas

III.	Metodología del estudio	51
3.1.	Estrategia y Tipo de investigación	51
3.2	Forma de investigación	52
3.3.	Variables e indicadores	53
3.4	Fuentes de información	57
3.5	Población y muestra	57
3.6	Técnicas e instrumentos de recolección de información	59
3.6.1	Historia de vida	61
3.6.2	Entrevista semi estructurada	61
3.6.3	Revisión documental y de contenido	62
IV.	Resultados y Discusión	62
4.1	Perspectiva histórica del COVID: vivencias y sensaciones	73
4.2	Análisis general de la investigación	86
4.3	Análisis de los factores vinculados con la gestión durante la pandemia	110
4.3.1	Abandono y rechazo familiar	110
4.3.2.	Disposición de cadáveres en el hospital	118
4.3.3	Gestión de los recursos humanos en los servicios de emergencia y hospitalización	123
4.3.4	Gestión de los recursos logísticos y terapéuticos	131
4.3.5	Alta mortalidad	145
4.3.6	Guías de atención en los niveles de emergencia y Hospitalización	165
4.3.7	Nivel de implementación del PACE a los proveedores de salud y a los usuarios de los servicios de hospitalización y cuidados intensivos del hospital	167
4.3.8	Quejas de pacientes	175
4.3.9	Monto asignado al IPRESS	177
V.	Conclusiones	180
VI.	Recomendaciones	187
VII.	Interés y aporte de la Gerencia Social en la investigación	188

VIII.	Bibliografía	191
IX.	Anexos	204
9.1	Instrumentos: Formatos primarios de entrevistas	204
9.1.1	Director del hospital	204
9.1.2	Jefatura o encargatura de la Unidad de Farmacia y Abastecimiento de equipos médicos	205
9.1.3	Médico Jefe de Departamentos de Medicina y recuperado	205 206
9.1.4	Administrador	208
9.1.5	Personal de seguridad y limpieza	208
9.1.6	Familiar de paciente fallecido y recuperado	209
9.1.7	Médico y enfermera recuperados	210
9.1.8	Médico Jefe de Emergencia	210
9.2	Resumen de Transcripción de entrevistas a los actores	211
9.2.1	Enfermera de emergencia, paciente y recuperada	211
9.2.2	Administrador	211
9.2.3	Personal de Limpieza (SILSA)	211
9.2.4	Agente de Seguridad (ESVICSA)	211
9.2.5	Médico general de emergencia / recuperado de COVID -19	212 212
9.2.6	Médico Jefe de Emergencia	212
9.2.7	Médico Jefe de Departamento de Medicina	212
9.2.8	Médico Sobreviviente de COVID	212
9.2.9	Familiar de paciente fallecido	212
9.3	Ejemplo de protocolo de manejo: HNERM v1.0	213
9.4	Códigos generados por el Atlas ti	214
9.5	Material fotográfico	218
9.6	Autorizaciones y permisos	223



Los amigos, los colegas, los pacientes con y sin nombre y todas las personas que ayudé o que me ayudaron a sobrevivir, física y emocionalmente esta pandemia, para la cual no estuve preparado, pero por la presencia de esos seres humanos aún luchó contra ella, como mis compañeros y colegas del trabajo. Y a mi hermano Giancarlo quien luchó hasta el final sin rendirse contra esta enfermedad.



AGRADECIMIENTOS

A mi esposa por el apoyo y a la PUCP por la oportunidad de culminar un anhelo, esperando aplicarlo en el beneficio de mi país.

RESUMEN EJECUTIVO

La presentación de la pandemia a nivel mundial y su reverberación provocada por la diseminación del virus SARS-CoV2 o COVID-19 que afectó y aún afecta a la población peruana, puso a prueba la totalidad del sistema de salud. El hospital II Essalud Vitarte, antiguo establecimiento de salud del cono este de Lima, es uno de los centros de atención más importantes para la atención de pacientes.

El objetivo principal del estudio fue Identificar cómo funcionan los procesos de gestión de los recursos humanos, logísticos y terapéuticos en el Hospital Essalud II Vitarte, en el marco de los derechos humanos y la salud, organizada por el Plan Anual de Calidad de Essalud 2020-2021.

Este trabajo de investigación es de tipo cualitativo, presentado como un estudio de caso, sobre el manejo de la gestión de la pandemia. El periodo en el que se desarrolló comprendió los meses de marzo a septiembre, ya que en este periodo se implantó la redistribución de la población adscrita durante la pandemia del COVID-19 y lo que se denominó la primera ola de la infección en el Perú.

En el presente trabajo se exponen, testimonios parte de los participantes durante la pandemia de COVID-19 en el hospital II Essalud Vitarte, analizando los factores que influyeron en los procesos de gestión de los recursos humanos, logísticos y terapéuticos, que determinaron el desarrollo positivo o negativo en la vida de las personas que fueron proveedores de salud, así como pacientes y sus familias.

Se investigaron los aspectos sociales vinculados con los procesos de gestión de recursos, las limitantes económicas relacionadas con la gestión de recursos humanos, los alcances de las guías de atención en los niveles de emergencia y hospitalización y su grado de conocimiento y aplicabilidad por el personal de salud entre otros aspectos.

El investigador concluyó una deficiencia en la gestión de los recursos de origen multifactorial, desde una inapropiada designación de autoridades y encargaturas sin la suficiente experiencia, los decretos de urgencia sin fundamento, pasando por un conocimiento científico variable y confuso a nivel internacional desde el inicio de la pandemia y las actitudes de los usuarios internos y externos del hospital.

Es recomendable, independiente de la presencia o continuidad de una pandemia, la real convocatoria de los profesionales y técnicos, presenciales y en remoto, buscando la coordinación en base a la experiencia adquirida en el tiempo.

ABSTRACT

The presentation of the pandemic worldwide and its reverberation caused by the spread of the SARS-CoV2 or COVID-19 virus that affected and still affects the Peruvian population, put the entire health system to the test. Hospital II Essalud Vitarte, a former health facility in the eastern cone of Lima, one of the most important care centers for patient care.

The main objective of the study was to identify how the management processes of human, logistical and therapeutic resources work in the Essalud II Vitarte Hospital, within the framework of human rights and health, organized by the Essalud 2020 Annual Quality Plan- 2021.

This research work is qualitative, presented as a case study, on the management of pandemic management. The period in which it was developed included the months of March to September, since in this period the redistribution of the population assigned during the COVID-19 pandemic was implemented and what was called the first wave of infection in Peru.

In the present work, testimonies from the participants during the COVID-19 pandemic at the II Essalud Vitarte hospital are exposed, analyzing the factors that influenced the management processes of human, logistical and therapeutic resources, which determined positive development or negative in the lives of people who were health providers, as well as patients and their families.

The social aspects related to resource management processes, the economic constraints related to the human resources management, the scope of the care guides at the emergency and hospitalization levels and their degree of knowledge and applicability by health personnel among other aspects.

The researcher concluded a deficiency in the management of resources of multifactorial origin, from an inappropriate appointment of authorities and assignments without sufficient experience, emergency decrees without foundation, passing through a variable and confusing scientific knowledge at an international level since the beginning of the pandemic and the attitudes of internal and external users of the hospital.

It is recommended, regardless of the presence or continuity of a pandemic, the actual convocation of professionals and technicians, face-to-face and remotely, seeking coordination based on the experience acquired over time.

Relación de Tablas y Figuras del informe de la tesis

Número de tabla	Pág.
Tabla N ^a 1 Relación de los Distritos desagregados por grupos de Pobreza monetaria total. 2018	24
Tabla N ^a 2 Total de delitos reportados en el distrito de Ate Vitarte (Data-Crim)	26
Tabla N ^o 3 Necesidades básicas insatisfechas	26
Tabla N ^a 4 Tipo de apoyo brindado por las empresas para enfrentar el COVID-19	49
Tabla N ^a 5 Descripción de las variables	56
Tabla N ^a 6 Características de los actores entrevistados	61
Tabla N ^a 7 Adquisición de EPP a nivel nacional y asignación al Hospital Essalud II Vitarte	71
Tabla N ^a 8 Conclusiones de la Investigación	187
Figura N ^a 1 Mapa de Pobreza Monetaria de Ate.2018	23

Relación de gráficos del informe de la tesis

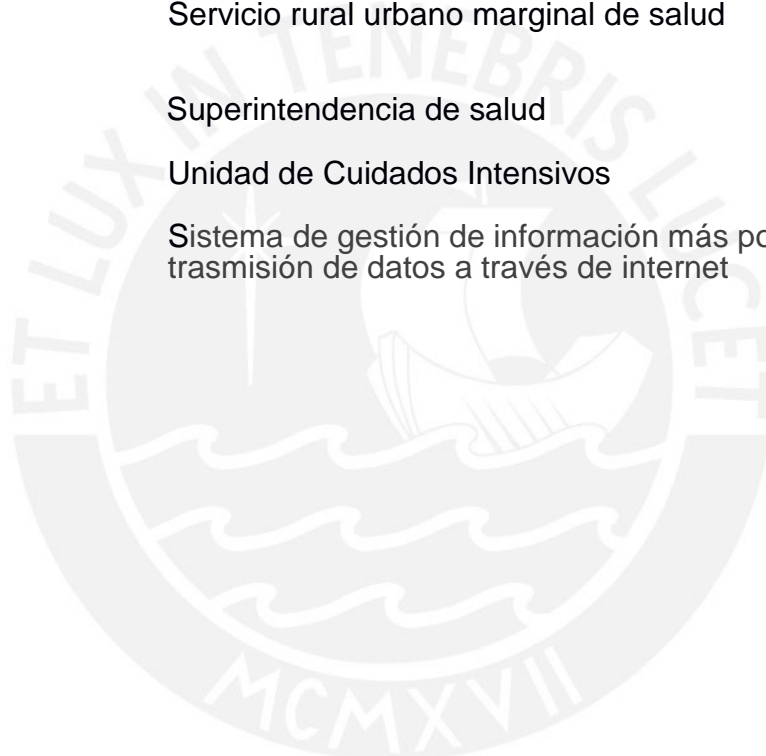
Gráfico N° 1	Red de elementos sobre la capacidad administrativa deficiente la Gerencia Central y de la Red Almenara
Gráfico N° 2	Red de Miedo a morir del personal asistencial y de los familiares
Gráfico N° 3	Red de Bajo nivel y frecuencia de capacitaciones del personal de salud de emergencia y hospitalización
Gráfico N° 4	Red de Capacitaciones de EsSalud y su empresa para el personal de terceros (limpieza y vigilancia)
Gráfico N° 5	Red de Creencias de los proveedores de salud ante el COVID-19
Gráfico N° 6	Red de Uso apropiado de EPP
Gráfico N° 7	Red de cumplimiento de la labor encomendada
Gráfico N° 8	Red de paciente aislado y postrado basados en el diagnóstico de COVID-19
Gráfico N° 9	Red de Abandono y rechazo familiar según la opinión de un agente de seguridad
Gráfico N° 10	Red de Miedo al contagio del personal proveedor, de los pacientes y de la familia
Gráfico N° 11	Red de Gestión logística y administrativa deficiente en general
Gráfico N° 12	Red de Gestión de los recursos humanos
Gráfico N° 13	Red de Gestión logística y administrativa deficiente según el Jefe de Medicina
Gráfico N° 14	Red de Gestión logística y administrativa deficiente según un médico general
Gráfico N° 15	Red de limitantes económicas para la gestión logística y terapéutica
Gráfico N° 16	Red de Falta de ventiladores en el hospital
Gráfico N° 17	Red de Uso incorrecto de EPP según la visión de un personal de limpieza (SILSA)
Gráfico N° 18	Red de Autosuficiencia sobre conceptos del COVID

Gráfico N° 19	Red de Elevada mortalidad según el Administrador del hospital
Gráfico N° 20	Red de Alta mortalidad según un médico general del área de emergencia y recuperado de COVID-19
Gráfico N° 21	Red de Alta mortalidad según el personal de limpieza (SILSA)
Gráfico N° 22	Red de Falta de toma de conciencia de los usuarios del hospital y de parte del personal asistencial del hospital
Gráfico N° 23	Red de Alta Mortalidad
Gráfico N° 24	Red de Pobre importancia del significado de la pandemia según el personal de seguridad.
Gráfico N° 25	Red de Hacinamiento
Gráfico N.º 26	Red de Nivel de implementación del PACE en el hospital
Gráfico N° 27	Red de Viabilidad del PACE en el COVID
Gráfico N.º 28	Red de Recuperación del COVID
Gráfico N° 29	Red de Quejas de pacientes según la visión del administrador
Gráfico N° 30	Red de Monto de dinero asignado mensualmente al IPRESS

ABREVIATURAS Y SIGLAS

AFP	Asociación de Fondo de Pensiones
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
BBC	British Broadcasting Corporation (Corporación Británica de Radiodifusión)
CAS	Contratación administrativo de servicios
CDC	Communicable Disease Center (Centro de Enfermedades Contagiosas)
CENARES	Centro Nacional de Abastecimiento de Recursos Estratégicos
COVID-19	Coronavirus disease 2019
DGSP	Dirección General de Salud de las Personas
DU	Decreto de Urgencia
EPP	Equipo de protección personal
EPS	Entidad Prestadora de Salud
ESSALUD	Seguro social de salud
INEI	Instituto Nacional de Estadística e Informática
IDH	Índice de Desarrollo Humano
IETSI	Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación
INS	Instituto Nacional de Salud
IPSS	Instituto Peruano de Seguridad Social
MIDIS	Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social
MINSA	Ministerio de Salud
MOF	Manual de Organización y Funciones
NBI	Necesidades básicas insatisfechas es un instrumento de medición de la pobreza y focalización de programas.
NT	Norma Técnica
NTS	Norma Técnica de Salud

OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PACE	Programa Anual de Calidad de Essalud
RM	Resolución Ministerial
ROF	Reglamento de Organización y Funciones
SARS-CoV2	Severe acute respiratory syndrome Coronavirus 2
SINADEF	Sistema Informático Nacional de Defunciones
SERUMS	Servicio rural urbano marginal de salud
SUSALUD	Superintendencia de salud
UCI	Unidad de Cuidados Intensivos
Web	Sistema de gestión de información más popular para la transmisión de datos a través de internet



I. INTRODUCCIÓN

La pandemia contextualizada a nivel del hospital II EsSalud Vitarte, es la imagen reflejada de la realidad del sistema de salud a nivel nacional contemplando un desabastecimiento frecuente de medicamentos esenciales, fallas a nivel interno y externo en la distribución de los mismos, sumado a una infraestructura deficiente previa a la aparición del COVID-19, con mala distribución de los ambientes por construcciones antiguas, con un crecimiento desordenado y a factores de comportamiento social considerados habituales pero nocivos, como no respeto a las normas de convivencia y a las medidas, sin consenso dadas por el gobierno; más aún relacionado con el manejo de los recursos humanos, la falta de capacitación constante y continua; donde las normas, decretos y leyes permanecen impávidos ante la cantidad de muertes que se presentaron, no solo por el mortal virus.

En el capítulo I se abordan los aspectos generales de datos de la Investigación y una descripción de la realidad problemática sobre los factores que participaron en la presentación de la pandemia. Planteamos además qué buscamos con este trabajo.

Se escogió este centro hospitalario, porque fue el mayor centro de atención del cono este durante la pandemia, y representó, estadísticamente, lo ocurrido en la Red Prestacional Almenara. En opinión del autor, se constituye como un estudio de caso que reflejó lo ocurrido a nivel de la capital y su proyección, en el análisis, de cómo se dio la situación social y de salud a nivel nacional en muchos otros centros de atención, con sus deficiencias, fortalezas, logros y realidades geográficas y epidemiológicas.

El capítulo II corresponde al marco teórico sobre los orígenes de la enfermedad; de la formación de Essalud y lo antecedentes sobre una pandemia en nuestro país.

En el capítulo III, se presenta el diseño metodológico. Se describe el tipo de estudio, las unidades de análisis, así como las técnicas e instrumento de recojo de información, el plan de análisis y la codificación seguida de

la aplicación de las entrevistas y la definición de las categorías, utilizando la herramienta de análisis cualitativo de Atlas Ti.

El capítulo IV muestra el análisis e interpretación de los resultados obtenidos; y su relación con los objetivos planteados por el trabajo.

Los capítulos V y VI corresponden a las conclusiones y recomendaciones. La investigación nos guió paso a paso para descubrir los factores negativos y positivos presentes para enfrentar la pandemia, desde la óptica de los actores involucrados, a diversos niveles.

1.1 Título de la Tesis

Factores contribuyentes a la inadecuada gestión de recursos humanos, logísticos y terapéuticos en el Hospital Essalud II Vitarte, durante el enfrentamiento de la pandemia del COVID-19, en el marco de los derechos humanos y la salud, organizada por el Plan Anual de Calidad de Essalud 2020 - 2021.

1.2 Planteamiento y Justificación del tema

1.2.1. Justificación del trabajo

Los problemas de salud, que con cierta periodicidad se repiten en países como el nuestro con una realidad epidemiológica variada, con personalidades propias que tienen características como sexo, edad, nivel de educación, tipo de trabajo, ingresos mensuales, por ejemplo, y determinan no solo el comportamiento, sino más importante, la evolución de la conducta social de uno y cada uno de los individuos participantes y concurrentes en el o los problemas que los aquejan, sujetos de derecho, participantes en algún estudio, de forma voluntaria o no. Sumado a esta realidad, poco cambiante y altamente predecible, existe una conjunción de factores para cada individuo y grupo humano, como la sociedad peruana, repartida tácitamente por sus condiciones de vida, presencia o no de servicios básicos (con un déficit global del 9%) (INEI 2017); y para esto, no es lo mismo hablar de personas de ciudades cercanas al mar, como las que viven en las zonas alto andinas y/o aquellas en estado de abandono social, donde el acceso a servicios primarios de atención de salud pasan por variables tan distintas pero confluentes como,

orientación, existencia de medios de transporte, apoyo familiar, interés comunal y local, factores climáticos, factores políticos, entre muchos otros.

La pandemia del COVID-19 solo ha desnudado las serias deficiencias y diferencias entre los pobladores, sobre los diversos grupos étnicos señalados y estudiados por las ciencias sociales, los grupos sociales divididos por siempre por estratos o niveles (**Padrón general de hogares –MIDIS**), donde alrededor del 55% de hogares del Perú vive en ciudades con más de 20 mil habitantes, con hacinamiento familiar y falta de servicios básicos.

A pesar que, en los últimos años, el grupo étnico correspondiente a los mayores de 65 años tiene enfermedades conocidas, prevenibles y tratables, como las de tipo respiratorio (la neumonía es la causa de mayor morbimortalidad en el Perú), sobre quienes, en esta primera ola, causó mayores estragos, con una mortalidad del 70% y una letalidad del 90% hasta fines de septiembre (**Cieza y Uriol 2020**).

Pero el integrar a los actores es otro tema, que sigue, lamentablemente, en desarrollo y mejora, principalmente por no alinear un voz y objetivo común con los planes que propone cada gestión de gobierno nueva, donde ya se conocen los problemas de gestión, mas, sin embargo, no se formulan propuestas eficientes ni efectivas, continuando el círculo vicioso que prolonga la pobreza y falta de desarrollo.

Por tal motivo es necesario conocer y describir la forma en que los diversos actores buscan cambiar los factores intervinientes y sus acciones en favor de la población asegurada más afectada y vulnerable de esta pandemia. Para tal fin, es la idea que cada actor usuario externo e interno, en conjunción, participen de los procesos de gestión necesarios para el enfrentamiento de este grave problema de salud, a nivel distrital, local pero que pueda proyectarse en un ámbito más amplio.

Durkheim (1983), introdujo el concepto de capital social. En el camino de la gerencia social y su aplicación, pensando en esta investigación, el

hecho de agrupar a las redes conformadas de manera formal e informal en el ámbito local de acción del hospital, de las instituciones de la comunidad, la municipalidad con su importante equipo de serenazgo, grupo sacrificado de la pandemia; el personal técnico siempre dispuesto y con actitud positiva, el personal de seguridad, el personal médico; es así que , integrando a estos actores de diversa naturaleza y origen, para lograr los objetivos y metas de la gerencia social, teniendo como centro el ser humano que vive y convive en el distrito o distritos del radio de acción del hospital. Aquí, para ser más específico, nuestro capital social se constituye en comunitario y debe garantizar, como refiere Kliksberg (2007), cuatro características que permite su continuidad: el nivel de confianza entre sus miembros, su grado de asociatividad (en continuo proceso de mejora) donde las relaciones son determinantes; mantenimiento de un adecuado nivel ético y la llamada conciencia cívica, es decir, para que la gerencia social pueda valerse de metodologías e instrumentos y evaluar, monitorizar y seguir los programas sociales, así como resolver los conflictos frecuentes por lo disímil de la naturaleza humana, sus experiencias, vivencias y conocimiento teórico previo; debe ser interiorizado por cada actor social para conocer sus deberes y obligaciones para poder exigir, mediante un plan elaborado, los derechos que le atañen como persona y a sus referidos (Kliksberg y Rivera 2004).

Duque (2018), expresaba con certeza que la inequidad y la pobreza, en todos sus niveles posibles, ha ido destruyendo el capital social, aún en pañales en nuestra realidad latinoamericana. A pesar que existen ejemplos diversos de una buena construcción del capital social en el Perú, es mi deseo como autor, aportar en la consolidación de este concepto y fortalecerlo, pues esta investigación aporta a esta meta, donde a pesar de las deficiencias estructurales, logísticas y/o terapéuticas, se logró finalmente una mejor organización y defensa de la vida de los involucrados, aportando a la gerencia social.

Esto hará que los esfuerzos desplegados en la realización de este estudio consideran la formación de capital social a nivel del hospital, sus proveedores de salud (profesionales de salud), la comunidad organizada

y sus representantes, los pacientes en sí mismos y sus familias, de la mano del Gobierno y sus instancias (Ministerio de Salud) y los gestores directos, permitan la construcción de estas redes de confianza para un accionar constante, continuo, consciente y efectivo.

Con esta tesis, buscamos contribuir a mejorar el nivel de vida de las personas que son usuarios internos y externos del hospital. Aquí revelamos, a lo largo de la tesis, como a pesar del entorno desfavorable y las leyes inconclusas o inexistentes en algunos casos, la incertidumbre fue manejada para poder generar procesos adaptados para la situación de salud cambiante, la falta de equipamiento, entre otros. Veremos también como la iniciativa ciudadana permitió que los procesos gerenciales en el manejo del oxígeno, cambiaran el curso de los acontecimientos, con la presencia de una planta generadora, aliciente moral y tangible, tanto para los trabajadores en labor presencial, como a los enfermos y sus familias y la sensibilización de las autoridades del sector.

1.2.2 Descripción de la realidad problemática

Essalud es un Institución Desconcentrada del Ministerio de Trabajo con marco Jurídico determinado por su Ley de Creación, es de Régimen Privado, cuenta con una estructura orgánica aprobada por Resolución de Presidencia Ejecutiva el 16 de febrero del 2018, que aprueba lo Reglamentos de Organización y Funciones de las Redes Prestacionales Almenara, Rebagliati y Sabogal y un conjunto de centros asistenciales (Hospital II, Hospital I Policlínicos, Postas Médicas) que tienen que coberturar una demanda de 1500000 asegurados y derecho habientes, denominada población adscrita.

El Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, cuenta con una infraestructura fija de material Noble y otra provisional construida sobre 14,361 metros cuadrados y 900 camas para el 2019 (sobre un área de 42,064.37 m²), su última construcción como planta fija data del año 2019 donde se realizó ampliación, inaugurándose los ambientes de Hospitalización de Medicina, Cirugía, Pediatría, Neonatología, Unidad de

Cuidados Intensivos, Sala de Operaciones, Unidad de Cuidados Intensivos, Emergencia y Consultorios Externos así como de Cocina, Lavandería, motivo por la cual se le eleva el nivel de Hospital III a Hospital nivel IV; además cuenta con una población flotante de 5000 pacientes por Referencias, presta atenciones de baja, mediana y alta complejidad a través de sus 40 especialidades médicas y quirúrgicas, así como Unidades de Emergencia, Cuidados Intensivos y Pediátricas, que es cubierta por sus 482 médicos especialistas.

El Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen como establecimiento asistencial tiene los objetivos de Mejorar la salud y calidad de vida de la población asegurada en su ámbito geográfico, garantizando el acceso y oportunidad a las prestaciones con criterio de calidad, eficiencia y equidad; garantizar el uso eficiente de sus recursos; facilitar los diferentes procesos administrativos para una adecuada y oportuna provisión de recursos, el mismo que se halla limitado por un presupuesto exiguo (2016 de 146 millones) y sobrecarga de población adscrita que demanda atenciones de baja complejidad saturando su operatividad en desmedro de los objetivos institucionales.

Siguiendo la línea trazada por la Red Prestacional Almenara, se constituye el Hospital II Essalud Vitarte, con una población regular de 500 000 de personas (donde el 60% tienen más de 60 años y el resto entre 0 y 59 años, con un 35%, que pertenece a la PEA (**INEI 2017**)). Como se puede deducir fácilmente, siendo el presupuesto, pre pandemia del Hospital Almenara exiguo, la distribución de material médico necesario, ante la emergencia nacional no fue del nivel requerido para el hospital de Vitarte. La antigua infraestructura, mayor de 50 años, distribución desordenada y pérdida de profesionales por los decretos de urgencia del gobierno, influyeron negativamente desde el inicio de la pandemia.

Dentro de este contexto se desarrolla una expectativa para su población adscrita, el mismo que debe ser canalizada mediante un Plan de gestión en calidad prestacional, del mismo modo se condiciona en mérito a su crecimiento como hospital una percepción de un establecimiento capaz de satisfacer las demandas posibles de la zona, aunada a la expectativa

de desarrollo de los profesionales. El Hospital II Essalud Vitarte tiene la categorización de establecimiento de salud tipo II-1, siendo el más importante de los 3 existentes y completos por las especialidades que brinda, de un total de 185 establecimientos en el distrito (**INEI 2017**), es decir, cuenta según su organigrama, con muchos médicos especialistas, como el hospital Almenara.

El hospital Essalud II Vitarte, nace como una iniciativa de los trabajadores textiles del Perú, quienes eran 250 en número y donaron el local que desde hace 51 años fue fundado, con mucha esperanza para poder atender a la población de ese distrito que estaba disperso y que contaba con población mayoritariamente joven y obrera. El IPSS, fue invirtiendo, sin mayor planificación, en su construcción, de manera desordenada y con materiales disímiles entre cada uno de los pisos (actualmente 3 versus el inicio con un solo piso, entre cemento, ladrillos y drywall). Pre pandemia el número de camas de hospitalización del primer piso, era como sigue: 25 camas para pacientes adultos, entre hombres y mujeres, con igual número para el segundo piso (asignado al servicio de Medicina) y 8 camas para el servicio de Pediatría. El servicio de Emergencia solo contaba, oficialmente con 5 camas, pero por la gran afluencia de pacientes, aparecían ocupando los corredores y pasadizos, pudiendo aumentar hasta 18 o más, según se necesitara. Existía una unidad de vigilancia intensiva con 3 camas con monitoreo y ventilador mecánico, de mucha antigüedad pero que cumplían su finalidad, por el manejo de los profesionales especialistas que laboraban en esa área.

En cuanto a los aspectos logísticos, el hospital recibe regularmente el 25% del presupuesto asignado a la Red Prestacional (Almenara ocupa el 60% del mismo) (**Boletín interno de gestión 2009 – 2019**). Durante la pandemia, el porcentaje y monto disminuyó, pues se priorizaron otros materiales, como EPP y medicinas requeridas para los pacientes con infección por SARS-CoV2, sobre las enfermedades huérfanas por ejemplo, así como neoplasias y otras enfermedades crónicas.

Acápiteme aparte es la población del distrito de Ate Vitarte. Según el último Compendio Estadístico Provincia de Lima, contaba con más de 661786

habitantes, siendo el tercer distrito más poblado de Lima (INEI 2017). Ostenta la categoría de pueblo y según el último Censo Nacional, la mayor parte de su población consta de adultos, con cerca del 40% constituida de población adulta mayor de 30 años y adultos mayores (INEI 2015). Una de las recomendaciones para evitar la transmisión y propagación del mortal virus es el correcto lavado de manos (**Documento técnico para el manejo ambulatorio de personas afectadas por el COVID-19 en el Perú 2020**) y en el distrito de Ate Vitarte, cerca del 30% de su población no cuenta con el servicio de agua (INEI 2017).

1.2.2 Delimitación de la investigación

Luego de haber descrito la problemática de la investigación, para fines metodológicos se delimitó en los siguientes aspectos:

1.2.2.1 Espacial

El trabajo se realizó en el ámbito de las actividades del Servicio de Emergencia y Medicina COVID del hospital II Essalud Vitarte y comprendió a los usuarios internos y externos, como generadores de la demanda expresada.

El hospital Essalud II Vitarte se ubica en la avenida San Martín de Porres 265, distrito de Ate Vitarte (Gráfico N° 1), a 10°36'48'' de latitud sur y 75°45'63'' de longitud oeste. Se extiende sobre un área de 782 m², con una densidad poblacional de 678,000 habitantes (tercero más poblado de Lima) y con una ruralidad de 0.08; la densidad poblacional en el distrito varía enormemente desde 414 habitantes por Km² en Lurigancho, 999 habitantes por Km² en el distrito de Chaclacayo, en la provincia de Huarochirí de 18 habitantes por Km², por ejemplo (**Boletín INEI Estadístico Indicadores económicos y sociales 2019**).

Existen recursos hidrográficos que favorecen la agricultura. Existe un canal de regadío que viene del río Rímac, que pasa por la parte baja de Vitarte, el cual tiene agua corriente todo el año, por lo que se convierte en un riesgo potencial para la multiplicación de vectores (mosquitos y zancudos) con el riesgo de desarrollo de enfermedades metaxénicas durante todo el año por el clima de la zona.

El patrón caótico de crecimiento de gran parte de la población del distrito de Ate Vitarte (**Bajonero, 2010**), con el antecedente de las llamadas invasiones en diversos focos o bolsones de pobreza, como Huaycán, donde la mayoría de sus pobladores mantienen hasta hoy sus costumbres de origen (zona centro del país: Junín y Huancavelica en su mayoría), fueron organizados por sus comités y han determinado en el tiempo, características epidemiológicas diferentes a las del poblador común de otros distritos de Lima, por los climas y tipo de acceso geográfico. En paralelo, debemos tener presente los tiempos de cambios políticos y sociales que en el contexto del problema social que constituyó el terrorismo, disminuyó muchas las oportunidades de acceso a educación, salud, servicios básicos, entre otros y los programas de proyección social no han disminuido las brechas sociales (**Cotera 2015**).

El mayor desarrollo social se ha dado en los últimos 10 años, con una preocupación mucho mayor de las autoridades políticas y la participación de la comunidad vitartina organizada en zonas, comités y agrupaciones (**León 2017**). Sin embargo, factores como la inseguridad ciudadana, alta tasa de criminalidad, corrupción de autoridades, falta de acceso a tecnologías, poca mejora de la infraestructura e inversión en salud sumado a pocos cambios en el transporte, influyen de manera negativa sobre los procesos de enfermedad, como el que se dio con la infección del SARS-CoV2.

Gráfico N° 1

Plano de ubicación del Hospital Essalud II Vitarte



Fuente: Planos de Vitarte - Google Maps

En la tabla siguiente se observa que en Ate – Vitarte la proporción de hogares pobres es del 77.4%, mayor que el promedio nacional que está en 54.8%. Así resulta colocada en el 5º lugar entre las poblaciones más pobres del Perú (INEI 2017).

Tabla N° 1
RELACIÓN DE LOS DISTRITOS DESAGREGADOS POR GRUPOS DE
POBREZA MONETARIA TOTAL. 2018

Número	Ubigeo	Departamento	Distrito	Número del grupo de pobreza monetaria	Población proyectada 2020	Intervalo de confianza al 95%		CV
						Inferior	Superior	
34	150103	LIMA	ATE	01	10 107	34.5	46.5	7.6
34	150103	LIMA	ATE	02	139462	25.8	35.8	8.3
34	150103	LIMA	ATE	03	173729	17.6	25.2	9.1
34	150103	LIMA	ATE	04	103726	11	16.8	10.7
34	150103	LIMA	ATE	05	148121	7.6	11.9	11.2
34	150103	LIMA	ATE	06	95673	1.6	2.9	14.9

Fuente: Mapa de Pobreza Monetaria. INEI 2018

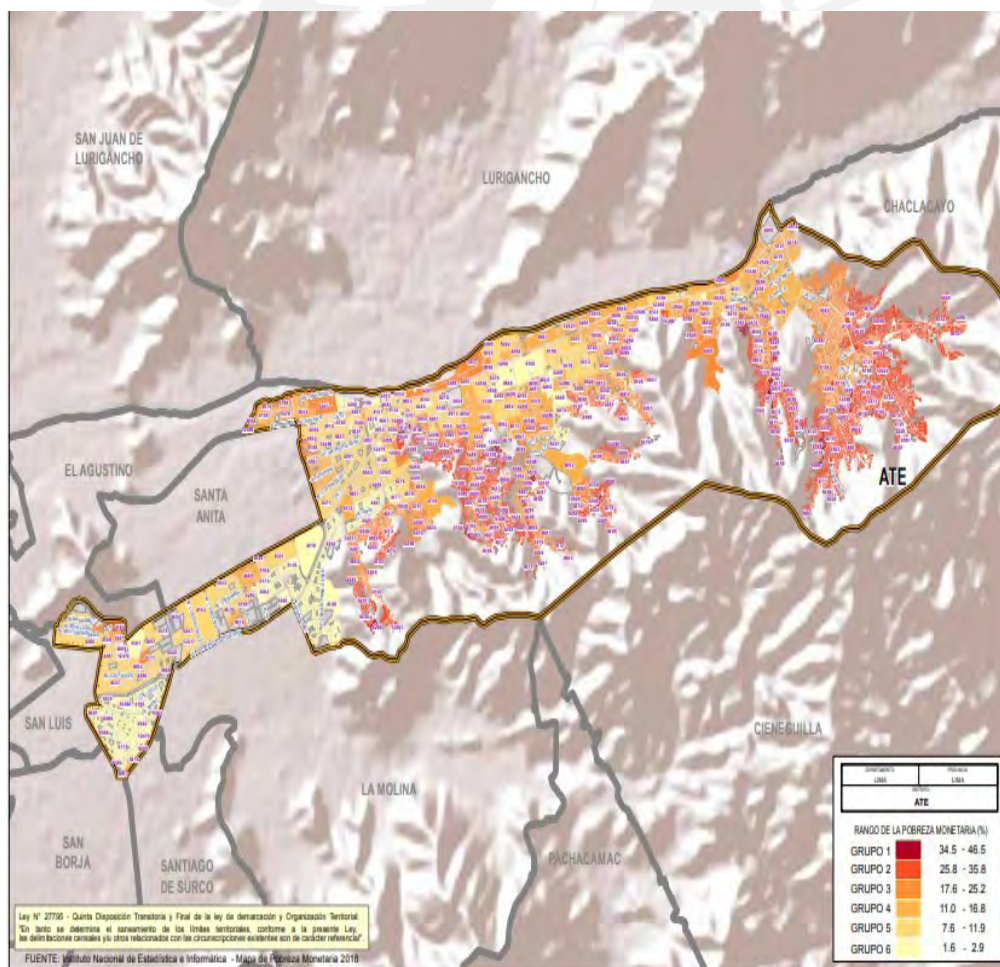


Figura 1. Mapa de Pobreza Monetaria de Ate. 2 018 (Fuente INEI 2018)

La tasa de mortalidad infantil es alta (47 x 1000 nacidos vivos) por encima del promedio nacional debido a las enfermedades infecciosas, las que producen altos porcentajes de mortalidad (**MINSA 2018**); pero la causa más frecuente de muerte en el distrito es la violenta, por la alta tasa de criminalidad versus la de la ciudad capital.

Y recordar que, según el análisis de los perfiles epidemiológicos del área de influenza, las infecciones agudas del aparato respiratorio (IRA) son las predominantes en el distrito, siendo más frecuente en los grupos de 0 a 5 años y en mayores de 60 años (**MINSA 2018**). Dato importante este último, que incidió negativamente en la primera ola de la pandemia, en esta población vulnerable.

1.2.2.2 Temporal

El periodo en el que se desarrolló la presente investigación comprendió los meses de marzo, abril, mayo, junio, julio, agosto y septiembre, ya que en este periodo se implantó la redistribución de la población adscrita durante la pandemia del COVID-19 y lo que se denominó la primera ola de la infección en el Perú.

1.2.2.3 Social

Comprendió como actores sociales a la población usuaria demandante del hospital II Vitarte. Las técnicas destinadas al recojo de la información se aplicaron tanto al proveedor como los clientes o usuarios externos e internos.

En el distrito de Ate – Vitarte el 60.7% de la población vive en pobreza y un 27% de la población en extrema pobreza (ver Tabla N° 3). En el aspecto laboral en su mayoría son empleados, obreros, comerciantes informales, artesanos, empleadas del hogar, profesionales de mando medio y estudiantes universitarios y de institutos. Sin embargo, existe un alto nivel de desocupación y subempleo. Estos factores generan la inconformidad y presencia de pandillaje, prostitución y delincuencia que están en aumento (**Comisaría de Vitarte 2018**). (ver Tabla N° 2).

Tabla N°2

Total de delitos reportados en el distrito de Ate Vitarte (Data-Crim)

Año	Número
2016	7479
2017	6689
2018	8117
2019	4254

Tabla N° 3

Necesidades básicas insatisfechas

POBREZA		SERVICIO BÁSICOS		
% de hogares con 1 o más NBI	% de Hogares en hacinamiento	% de Hogares sin agua potable	% Hogares sin desagüe	% Hogares sin electricidad
60.7	34.5	50.5	31.3	25.2

Fuente: INEI, 2017

1.2.2.4 Conceptual

1.2.2.5 Desarrollo organizacional: Es el esfuerzo planeado que abarca toda la organización, para aumentar la eficiencia a través de nuevos modelos, intervenciones planeadas en los procesos organizacionales, usando conocimientos de las ciencias del comportamiento (**Lozano 1998**).

1.2.2.6 Gestión de calidad: Excelencia en la perfección de un proceso a buenos resultados de una determinada técnica o procedimiento.

1.2.2.7 Conformidad en las especificaciones técnicas: Calidad técnica de servicio como prestación efectiva que se percibe en una sola dimensión de la calidad con la forma como se recibe el servicio con el modo como se experimenta el proceso de producción y consumo en calidad funcional.

Los conceptos arriba mencionados se refieren a una situación ideal donde los pacientes, tanto adscritos como no adscritos al hospital y los proveedores de salud, más el personal de apoyo, llamados terceros participan bajo los lineamientos clásicos de búsqueda de la excelencia en calidad de atención. Tal realidad se vio trastocada por la presentación de la pandemia actual y desnudó factores y actores que con repetitividad siempre arrojaban resultados medianamente aceptables y/o superiores en muchos casos de atención de los pacientes, debido a problemas de gestión tan diversos, que fueron investigados y enumerados con el avance del trabajo de investigación, en lo concerniente a recursos humanos, a la logística y los recursos terapéuticos.

A pesar que para las Naciones Unidas comenzara a publicar el Índice de Desarrollo Humano (IDH); como refiere Amartya Sen, propulsor de este concepto, se debe pasar del desarrollo como crecimiento económico al desarrollo como libertad. El tener un mejor índice de desarrollo humano, no significa un estado de igualdad y equidad, y en casos como la pandemia del COVID-19, caracterizada por una brecha significativa, constituyendo un factor determinante en la gestión de la enfermedad.

Como quedó expresado en la Conferencia de Alma Ata, la salud es un derecho humano fundamental y su búsqueda es un objetivo social sumamente importante a nivel macro, donde participan muchos factores sociales y económicos, no solo los propios de la salud.

La Declaración Universal de los Derechos Humanos, en su artículo 3 señala que “todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona”. En el contexto actual de la pandemia, involucra el derecho a la propia existencia, física y biológica, que es reconocido por los principales instrumentos de derechos humanos y por el Estado **(Donnelly 1994)**.

Georg Hermes, manifiesta: “Al Estado, a través de sus instituciones, corresponde exclusivamente deberes de respeto y de tutela, que presentan los rasgos de un deber negativo (incluye a todos sin excepción) y positivo (hacer todo para lograrlo), respectivamente” **(Romeo 1994)**.

Estos enfoques contrastan con el pensamiento de Avedis Donabedian, buscando la mejora de la estructura, los procesos y los resultados y la relación estrecha de estos conceptos, donde cada elemento debe asumir un rol responsable, autocrítico y pro evaluativo, en base a conocimientos sólidos y actualizados, con la participación activa tanto de los gestores, proveedores de salud y los pacientes y sus familias (**Donabedian 2001: 27-36**).

El Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, cuenta con una infraestructura fija de material Noble y otra provisional construida sobre 14,361 metros cuadrados y 900 camas para el 2019 (sobre un área de 42,064.37 m²), su última construcción como planta fija data del año 2019 y cuenta con una población flotante de 5000 pacientes por Referencias. En contraste, el Hospital II Essalud Vitarte tiene una antigüedad de más de 50 años, obsoleto, infraestructura antigua, falta de dotación e implementación a tiempo de medicamentos, personal, sin dotación de oxígeno. Se extiende en un área de 782 m², entre construcción de cemento, drywall y fierro, desordenado, que ha buscado adaptarse al paso del tiempo y sin ver la luz aún el nuevo local, usado en la pandemia para levantar una construcción de emergencia, que a la fecha ya dejó de funcionar. Su capacidad de gestión es limitada, por decisión propia más que administrativa, y los insumos y personal, deben pasar el filtro de la Gerencia de la Red. Durante la pandemia, el hospital en cuestión asumió la denominación de Hospital COVID, sin preparación previa y con un plan de gestión inapropiado para la situación coyuntural. Esta realidad, se ha repetido en diversos centros de atención a nivel nacional y latinoamericano (**Responsables de la Cooperación en Latinoamérica dialogan sobre el Covid-19: retos y oportunidades 2020**).

Al momento de la investigación no hubo ninguna pesquisa sobre la gestión de la pandemia a nivel micro, sobre las bases macro, con una improvisación sobre la gestión letárgica, que sobrepasó el manejo de los pacientes, de una enfermedad nueva, sin tratamiento específico, con elevada mortalidad, tanto de los proveedores de salud como de población

no solo vulnerable; por este motivo, se analizarán qué factores han actuado a favor y en contra de estos procesos de gestión.

El trabajo se realizó en el ámbito de las actividades del Servicio de Medicina COVID del Hospital II Vitarte y comprenderá los usuarios internos y externos, como generadores de la demanda expresada. Se realizará durante los meses de marzo, abril, mayo, junio, julio, agosto y septiembre; solo población adulta de todas las redes. La investigación, responde a las necesidades de calidad de los servicios de medicina hospitalización COVID del hospital II Vitarte, como resultado de los procesos de gestión logísticos y sus consecuencias bajo los lineamientos del Plan Anual de Calidad 2020-2021. En este contexto del año 2020, "Año de la universalización de la salud", se ha procurado mejorar la calidad, entender que las prestaciones no son aisladas sino sobre la base de un plan de gestión y que es necesario evaluar los servicios por niveles de atención, en la coyuntura actual.

Por lo que se plantea:

13 Pregunta general

¿Cuáles son los factores contribuyentes a la gestión inadecuada de los recursos humanos, logísticos y terapéuticos en el Hospital Essalud II Vitarte, durante el enfrentamiento de la pandemia del COVID-19, en el marco de los derechos humanos y la salud, organizada por el Plan Anual de Calidad de Essalud 2020 - 2021?

14 Preguntas específicas

1. ¿Qué factores participan en la gestión inadecuada de recursos humanos, logísticos y terapéuticos en el Hospital Essalud II Vitarte, durante el enfrentamiento de la pandemia del COVID-19, en el marco de los derechos humanos y la salud, organizada por el Plan Anual de Calidad de Essalud?
2. ¿Qué beneficios sociales se obtienen por la adecuada gestión de recursos humanos, logísticos y terapéuticos en el Hospital Essalud II Vitarte, durante el enfrentamiento de la pandemia del COVID-19, en el marco de

los derechos humanos y la salud, organizada por el Plan Anual de Calidad de Essalud?

3. ¿Qué beneficios económicos se obtienen por la adecuada gestión de recursos humanos, logísticos y terapéuticos en el Hospital Essalud II Vitarte, organizada por el Plan Anual de Calidad de Essalud?
4. ¿Cuál es el grado de conocimiento de los usuarios sobre los recursos terapéuticos disponibles en el Hospital Essalud II Vitarte, según el Plan Anual de Calidad de Essalud?
5. ¿De qué forma se han implementado los procesos de gestión de recursos humanos en el contexto de la pandemia, en el Hospital Essalud II Vitarte, señalada por el Plan Anual de Calidad de Essalud?
6. ¿De qué forma se han implementado los procesos de gestión de recursos logísticos y terapéuticos en el Hospital Essalud II Vitarte, durante el enfrentamiento de la pandemia del COVID-19, en el marco de los derechos humanos y la salud, organizada por el Plan Anual de Calidad de Essalud?

15 Objetivos de la tesis

15.1 Objetivo General

Identificar cómo funcionan los procesos de gestión de los recursos humanos, logísticos y terapéuticos en el Hospital Essalud II Vitarte, durante el enfrentamiento de la pandemia del COVID-19, en el marco de los derechos humanos y la salud, organizada por el Plan Anual de Calidad de Essalud 2020-2021.

15.2 Objetivos específicos

1. Caracterizar los aspectos sociales que están vinculados con los procesos de gestión de los recursos humanos, logísticos y terapéuticos en el Hospital Essalud II Vitarte, durante el enfrentamiento de la pandemia del COVID-19, en el marco de los derechos humanos y la salud, organizada por el Plan Anual de Calidad de Essalud.
2. Examinar las limitantes económicas relacionadas con la gestión de recursos humanos durante la pandemia del COVID-19, en el Hospital II Essalud Vitarte.

3. Determinar el nivel de competencias del personal de salud (médicos, enfermeras, técnicos de enfermería, tecnólogos) para el diseño e implementación de las guías de atención en los niveles de emergencia y hospitalización.
4. Conocer el nivel de implementación del PACE a los proveedores de salud y a los usuarios de los servicios de hospitalización y cuidados intensivos del hospital, durante la pandemia del COVID-19.
5. Determinar la organización del sistema de atención de los pacientes afectados por el COVID-19.
6. Identificar el modelo de gestión de los recursos humanos y logísticos en el Hospital Essalud II Vitarte, durante el enfrentamiento de la pandemia del COVID-19.
7. Identificar cuál es la participación que tienen los usuarios internos y externos sobre la gestión de los RRHH, logísticos y terapéuticos.
8. Caracterizar la planificación, organización, monitoreo y aplicabilidad del PACE, durante la pandemia del COVID-19, en el Hospital II Essalud Vitarte.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes relacionados con la investigación

En 1996 la OPS-OMS, en coordinación con el MINSA, diseñó guías para la aplicación de acreditación de Hospitales mediante RM N° 673-94-SA/BM.

El Seguro Social del Perú crea la Oficina de Mejoramiento de Gestión y Procesos en 1995, aplicando Reingeniería se instituye los lemas de “Calidad con Calidez” y “Avanzando” (**Portal Essalud**).

En 1997, con la Ley N° 27056 de creación del Seguro Social de Salud (Essalud), Modernización de la Seguridad Social en Salud” se diferencia los Servicios en Salud y Pensiones creándose las Entidades Prestadoras de Salud (EPS), y las Administradoras de Fondo de Pensiones (AFP); asimismo se crea el Consejo Nacional de Garantía de la Calidad y la Oficina de Mejoramiento de Gestión y Procesos.

Los centros asistenciales adecuan planes pilotos a través de los círculos de Calidad que significaron un estudio y análisis por buscar la garantía de Calidad de Servicios de Salud, el cual permitió que en el Hospital Nacional Guillermo Almenara se iniciaran Círculos de Calidad, los que contaron con respaldo de las gestiones, y la participación del personal de diferentes servicios, es especial del Departamento de Ayuda al Diagnóstico y Tratamiento cuyos logros fueron disminución de tiempo de espera para la atención del paciente, llamado cliente en dicha época; disminución del rango de citas; disminución de los costos de producción en Servicio de Patología Clínica.

EsSalud es el organismo responsable de brindar atenciones en salud a la población asegurada mediante la Ley N.º. 27056, Ley de creación del Seguro Social de Salud (Essalud) (**Portal Essalud**), con Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 927-2003 el Reglamento de Organizaciones y Funciones se reorganiza la institución, y con ella se crea la Oficina de Gestión de la Calidad. Essalud ha adecuado sus Reglamento de Organizaciones y de Funciones - ROF- a fin involucrarse dentro de la nueva perspectiva de salud, buscando integrarse en el contexto de la atención en redes como una alternativa en el mejoramiento de la Calidad de los Servicios de Salud, a través de la Oficina de la calidad dependiente de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud, realidad repetida de nuestro vecino chileno (**Blanco 2006**).

En el año 2007, el MINSA dio a conocer la Norma Técnica N° 050-MINSA/DGSP-V.02, sobre el proceso y condiciones para la acreditación de establecimientos de salud, y búsqueda de la calidad en la atención, como uno de los primeros esfuerzos de mejorar los procesos de atención y contar con los elementos humanos y logísticos, en una base de mantener las mejores condiciones sobre el estándar en la infraestructura.

A la fecha no se ha realizado un estudio de impacto sobre el análisis de las expectativas y percepciones de las prestaciones en la búsqueda de una respuesta del usuario a estas acciones de gestión, en el contexto de una pandemia o alguna enfermedad con alta mortalidad en corto tiempo. Existen

documentos, a destiempo, llamados coyunturales, que se emitieron de manera tardía por la Gerencia Central y sin mayor impacto en los resultados obtenidos hasta ahora (**Normas para evitar la propagación del nuevo coronavirus en el Perú 2020**).

En la consulta efectuada a nivel de las escuelas de postgrado de las universidades, se ha determinado que no existen investigaciones relacionadas con el tema, por lo cual considero que el presente trabajo reúne las condiciones metodológicas y temáticas necesarias, para ser considerada como una investigación “Inédita”.

2.2 Reseña histórica de Essalud

Durante el segundo gobierno del general Óscar R. Benavides, los doctores Guillermo Almenara Yrigoyen, Edgardo Rebagliati Martins y Juan José Calle, integraron la Comisión encargada del proyecto de la Seguridad Social, que se concretó con la promulgación de la Ley N° 8433 del 12 de agosto de 1936, que creó la Caja Nacional del Seguro Social Obrero, ley que fue ampliada por la Ley N° 8509 de 23 de febrero de 1937.

El 15 de marzo de 1938, Edgardo Rebagliati Martins, ministro de Salud Pública y Asistencia Social, colocó la primera piedra del entonces llamado Hospital Obrero de Lima. Pero fue bajo el primer gobierno de Manuel Prado, el 8 de diciembre de 1940, iniciando sus labores el 10 de febrero de 1941 como Hospital Mixto y Policlínico de Lima. En 1981, con la creación del Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS), cambia a su actual denominación (**Folleto Historia del Seguro Social SSE**) y posteriormente se convierte en uno de los tres grandes hospitales, llamados nacionales, en la ciudad de Lima.

2.3 Marco legal y normativo en salud en el Perú y las incidencias a nivel mundial

La Constitución Política del Perú vigente de 1993 (modificada y publicada el 15 de setiembre del 2020 por la Ley 31043) señala en los siguientes artículos:

Artículo 7°. 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. La persona incapacitada para velar por sí misma a causa de una deficiencia física o mental tiene derecho al respeto de su dignidad y a un régimen legal de protección, atención, readaptación y seguridad.

Artículo 9º. El Estado determina la política nacional de salud. El Poder ejecutivo norma y supervisa su aplicación. Es responsable de diseñarla y conducirla en forma plural y descentralizadora para facilitar a todo el acceso equitativo a los servicios de salud.

Artículo 10º. El Estado reconoce el derecho universal y progresivo de toda persona a la seguridad social, para su protección frente a las contingencias que precise la ley y para la elevación de su calidad de vida.

Artículo 11º. El Estado garantiza el libre acceso a prestaciones de salud y a pensiones, a través de entidades públicas, privadas o mixtas, supervisa asimismo su eficaz funcionamiento.

La Declaratoria de Pandemia del brote de Coronavirus (COVID -19) por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS), fue calificada con fecha 11 de marzo de 2020, como tal al haberse extendido en más de ciento veinte países del mundo de manera simultánea.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) eleva la alerta por el COVID-19 a “nivel muy alto” en todo el mundo tras los casos de brote que se han detectado en más de ciento ochenta (180) países, a inicios del mes de abril de 2020.

Los numerales I y II del Título Preliminar de la **Ley N° 26842**, "Ley General de Salud", señalan que "la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo". Asimismo, "la protección de la salud es de interés público. Por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla".

De acuerdo al **artículo 1 de la Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud**, y el **artículo 39 de la Ley N° 29158, Ley Orgánica del Poder Ejecutivo**, ESSALUD es una entidad administradora de fondos intangibles de la seguridad social adscrita al Sector Trabajo y Promoción del Empleo, que tiene por finalidad dar cobertura a los asegurados y sus derechohabientes, a través del otorgamiento de prestaciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, prestaciones económicas, y

prestaciones sociales que corresponden al régimen contributivo de la Seguridad Social en Salud, así como otros seguros de riesgos humanos.

El artículo I del Título Preliminar de la **Ley N° 29783**, Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo y sus modificatorias, regula el Principio de Prevención, mediante el cual el empleador garantiza, en el centro de trabajo, el establecimiento de los medios y condiciones que protejan la vida, la salud y el bienestar de los trabajadores y aquellos que, no teniendo vínculo laboral, prestan servicios o se encuentren dentro del ámbito del centro de labores, debiendo considerar factores sociales, laborales y biológicos, diferenciados en función del sexo, incorporando la dimensión del género en la evaluación y prevención de los riesgos en la salud laboral (recordando que recientemente se agregó como enfermedad profesional a la infección por el nuevo coronavirus pero aún no está reglamentado claramente) (**Ley 31025**).

Es así que, aparentemente, los aspectos básicos de un proceso de atención de salud adecuado a cualquier tipo de paciente estaban asegurados desde antes del inicio de la pandemia (**Mapa de macroprocesos Essalud 2019**). Sin embargo, esta normativa inicial no preveía, la presentación de una pandemia como ocurrió en otras realidades y mostró deficiencias tanto estructurales como funcionales del hospital, de la Red Prestacional (**Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 125-PE-ESSALUD-2018 sobre el Nuevo ROF y MOF Red Prestacional Almenara**).

Para contrarrestar lo anterior, el Poder Ejecutivo y la Gerencia de Essalud emitieron importantes medidas para el manejo de casos y tratar de manejar los problemas de gestión. Dentro de estas, las más resaltantes fueron:

Decreto Supremo N° 008-2020-SA, por el cual se declara la Emergencia Sanitaria a nivel nacional por el plazo de noventa (90) días calendario, y se dictan medidas para la prevención y control para evitar la propagación del COVID-19, ampliado con **Decreto Supremo N° 020-2020-SA**; y con **Decreto Supremo N° 044-2020-PCM** se declara Estado de Emergencia Nacional por las graves circunstancias que afectan la vida de la Nación a consecuencia del brote del COVID-19, incluida sus precisiones y prórrogas.

Resolución Ministerial N° 265-2020-MINSA (8 de mayo de 2020). Donde se incluyen a los mayores de 60 años como grupo de personas vulnerables, sumado a las condiciones médicas pre existentes.

Resolución Ministerial N°283-2020-MINSA: Documento Técnico: “Lineamientos para la Vigilancia, Prevención y Control de la Salud de los Trabajadores con Riesgo de Exposición a COVID-19” (13 de mayo de 2020). Aquí se amplía a los mayores de 65 años y enfermedades asociadas.

Resolución Ministerial N° 448-2020-MINSA, que incide en los procesos de limpieza y desinfección, que incluyen el lavado de manos, la distancia social y el uso del equipo de protección personal. Pero lo más importante es que inicia el delicado tema de abordar el llamado retorno laboral de los trabajadores abstraídos.

Normatividad sobre el COVID-19:

<https://www.gob.pe/institucion/minsa/colecciones/749-normatividad-sobre-coronavirus-covid-19>

Según lo dispuesto en el **D.U N° 026-2020** y el **D.S N° 044-2020-PCM**, se estableció que los trabajadores realizarán trabajo remoto en su domicilio o lugar de aislamiento domiciliario utilizando cualquier medio o mecanismo que posibilite realizar las labores fuera del centro de trabajo siempre que la naturaleza de las labores lo permita, según normatividad sobre la materia.

El Documento Técnico "Atención y Manejo clínico de casos de COVID-19. Considerado como Documento de Gestión (30 de marzo de 2020). Tuvo por objetivo orientar al personal de salud sobre el reconocimiento, notificación y atención oportuna de casos sospechosos, probables y confirmados de COVID-19, en un escenario nacional de transmisión focalizada. Fue aprobado por la Resolución Ministerial N° 139-2020-MINSA. Este documento fue derogado por la Resolución Ministerial N° 193-2020-MINSA.

DU N° 090-2020, sobre los procesos mínimos requeridos para la contratación de personal médico y extranjero. Se pretende justificar cierre de brechas con estos profesionales.

NTS N° 160-MINSA/2020. NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA ADECUACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD CON ÉNFASIS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE SALUD FRENTE A LA PANDEMIA POR COVID-19 EN EL PERÚ.

DU N° 026-2020: Autoriza modalidad de Trabajo remoto.

Decreto Legislativo N° 1490, Decreto Legislativo que fortalece los alcances de la Telesalud.

Resolución Ministerial N° 751-2004/MINSA, que aprueba la NT N°018-MINSA/DGSP-V.01: “Norma Técnica de Salud del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud”.

Resolución Ministerial N° 039-2020/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: “Plan Nacional de Preparación y Respuesta frente al riesgo de introducción del Coronavirus 2019-nCoV”.

Resolución Ministerial N° 040-2020/MINSA, que aprueba el “Protocolo para la Atención de Personas con Sospecha o Infección Confirmada por Coronavirus (2019- nCoV)”

Resolución Ministerial N° 100-2020-MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 087-MINSA/2020/DIGESA, Directiva Sanitaria para el manejo de cadáveres por COVID-19; y, sus modificatorias.

Resolución Ministerial N° 117-2020-MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N° 285-MINSA/2020/DIGTEL: “Directiva para la implementación y desarrollo de los servicios de telemedicina síncrona y asíncrona”.

Resolución Ministerial N° 248-2020-MINSA, que aprueba el Documento Técnico: Recomendaciones para el uso apropiado de mascarillas y respiradores por el personal de salud en el contexto del COVID-19, y su modificatoria.

DU N° 066-2020: Autoriza el consumo, producción de oxígeno tanto al 93% como al 99%, así como asignar presupuesto para construir plantas generadoras de oxígeno.

Ley Nro. 27056 Ley de creación del Seguro Social de Salud (Essalud).

Ley Nro. 26790 Ley de Modernización de la seguridad Social en Salud y su reglamento aprobado por D.S. Nro. 009-97-SA, D.S. Nro. 001-98-SA.

Ley Nro. 27657 Ley del Ministerio de la Salud.

Ley Nro. 27813 Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud.

Decreto Legislativo 599 - Ley de Trabajo del Médico Cirujano en el Sector Público Nacional.

RM N° 519-2006/MINSA: Documento Técnico: "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".

RM N° 596-2007/MINSA: Plan Nacional del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.

RM N° 727-2009/MINSA: Política Nacional de Calidad en Salud.

Decreto Supremo N° 008-2014-SA. ROF: Aprueban Reglamento de Organización y Funciones de SUSALUD.

NTS N° 029-MINSA/DIGEPRES-VO2. Norma Técnica de salud en auditoría de la calidad de la atención en salud.

2.4 Marco Conceptual

2.4.1 Definición de Infección por el virus SARS-CoV2 a nivel nacional y mundial

A nivel macro o mundial, la pandemia de la infección por el SARS-COV2 o COVID19, inició en China. El 31 de diciembre de 2019, las autoridades de salud de China informaron sobre un agrupamiento de 27 casos de neumonía de etiología desconocida en la provincia de Hubei, con inicio de síntomas el 8 de diciembre, incluyendo siete casos graves, en la ciudad de Wuhan, sin poder

identificar la fuente del brote. Posteriormente el 7 de enero de 2020, las autoridades de ese país, identificaron como agente causante del brote un nuevo tipo de virus de la familia Coronaviridae, que fue denominado inicialmente como “nuevo coronavirus”, 2019-nCoV (**Salzberger y otros 2020**) y posteriormente recibió su denominación oficial como SARS-CoV-2. La enfermedad causada por este virus fue entonces denominada COVID-19.

En el Perú, el 05 de marzo, se confirmó un primer caso importado, en un compatriota con historial de viajes a países de Europa entre ellos España. El 04 de mayo, dos meses después, se han informado 47,372 casos confirmados en el país, 1344 fallecidos, con una tasa de mortalidad de 2.84% (**Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública 2020**). La mayoría de Infectados se encuentra en la ciudad de Lima, seguido del Callao, Lambayeque y Piura. A la fecha de mayor quietud de casos, en noviembre, la cifra ha superado los 30 mil muertos (**Mendoza y otros 2020**).

La prevalencia de la Insuficiencia Respiratoria Aguda en los pacientes COVID-19 es de aproximadamente 19%. La OMS define varios síndromes relacionados con la infección del SARS- COV2 (**Directiva Sanitaria para la vigilancia epidemiológica de la enfermedad por Coronavirus en el Perú 2020**):

ENFERMEDAD LEVE

Fiebre, tos, fatiga, cefalea, anorexia, ocasionalmente náuseas y vómitos. No hay signos de dificultad respiratoria pacientes niega disnea y saturación de oxígeno en valores normales. Manejo ambulatorio con monitoreo de signos de alarma por parte del propio paciente. Aquí había que valorar pase a Villa Panamericana o a las otras Villas creadas para tal fin, como Mongrut, con la salvedad que no existen equipos de ventilación mecánica en estos establecimientos.

NEUMONÍA

Adultos con hallazgos características de neumonía (tomográfico, radiográfico o ecográfico) pero que no tienen necesidad de oxígeno suplementario. El manejo ambulatorio u hospitalario se realiza de acuerdo a criterio clínico.

NEUMONÍA SEVERA

Adultos con fiebre o síntomas de infección de vías respiratorias asociado a: frecuencia respiratoria mayor de 30 por minuto, severa disnea, o saturación de oxígeno menor de 93%. Hospitalización y oxigenoterapia.

Al 4 de diciembre de 2020, según la sala situacional del Despacho Vice ministerial de salud pública del Perú, existen 972,688 casos sintomáticos positivos con un porcentaje de positividad acumulada del 18.9% y 905,696 pacientes en condiciones de alta. De este grupo, 548,259 de casos confirmados pertenecen al grupo etario entre 30 y 59 años con 10 282 defunciones, seguido de los jóvenes, entre 18 y 29 años, con 187,735 pacientes; más el mayor número de muertos pertenecían al grupo total de adulto mayor, con 60 a más años. El número total de defunciones confirmadas asciende a 36,231 peruanos y para este día se informó 36 fallecimientos reportados por COVID-19 (**Despacho Viceministerial de Salud Pública 2020**). Sin embargo, el SINADEF (Sistema Informático Nacional de Defunciones 2020), informó de 49343 muertos, incluyendo casos confirmados y sospechosos, distando largamente de la cifra del MINSA, debido al subregistro de la enfermedad, de etiología multicausal.

Considerando el equipo de protección personal, el Estado, a través de CENARES (Centro Nacional de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud) reportó, hasta el 4 de diciembre de 2020, haber adquirido y distribuido un total de 290 457481 materiales, con 5 035 817 de mascarillas tipo N95. A nivel de Gerencia Central se distribuyó 2,199,964 implementos de EPP y sólo 480 al hospital Almenara (**portal essalud.gob.pe**).

Y a pesar de su pobre sustento técnico sin rasgos propios de medicina basada en evidencias (protectores respiratorios para COVID-19 del IETSI), se adquirieron 2308059 frascos de ivermectina a la fecha; contrastando con la cantidad de azitromicina en tabletas de 582000, quizá porque ya había stock previo al inicio de la pandemia.

Así, quedó determinado el concepto de infección, diferente al de enfermedad, en la práctica, el cual era seguido de una serie de eventos, de muy rápida evolución y que, como se verá en este estudio de caso, involucró un número determinado de factores algunos tan disímiles, que incrementaron la cantidad

de fallecidos y dio paso a muchas teorías sobre el mecanismo o mecanismo de contagios, así como los posibles vectores, incluyendo animales y plantas.

2.5 Derechos humanos, población vulnerable e interculturalidad en pandemia

2.5.1 Derechos humanos

En cuanto al tema de los derechos humanos, **Pautassi y Gamallo (2020)**, enuncian en su libro sobre la pandemia y los derechos de las personas en estos tiempos:

“Pero no es el virus lo que discrimina, sino las personas y la infraestructura social y económica que imponen una (pocas) personas a otras (muchas): el retraimiento de los Estados en áreas profundamente sensibles para los derechos humanos –tales como vivienda, **salud** y educación. Las desigualdades y la consiguiente pobreza se encuentran asociadas a mayores niveles de contagio y letalidad de la Covid-19 así como a la violación de derechos sociales y económicos”.

Y en cuanto a integrar a la población, dentro de las políticas públicas en el marco del respeto a los derechos humanos, estos autores mencionan:

“Es esencial incluir a las comunidades en la lucha contra la pandemia, mediante transparencia, información y participación en lo concerniente al derecho a la salud, los derechos civiles y políticos y las políticas económicas y sociales tendientes a asegurar la realización de los derechos económicos y sociales”
(Pautassi y Gamallo 2020: 56).

Piénsese, por ejemplo, en el grado de participación en la elaboración de las guías para la implementación de triaje (**Rivera López 2020**) de aquellos grupos que serán directamente afectados por los criterios que se establezcan para asignar recursos hospitalarios en contextos límite de escasez, como lo que ocurrió en la primera ola, en el Hospital II EsSalud Vitarte.

Es necesario adoptar políticas sociales para disminuir los efectos tan negativos sobre los pacientes y sus familias. En América Latina, pre pandemia, ya existía

un deterioro del producto bruto interno, los ingresos de cada trabajador (asegurado o no) y un incremento del trabajo informal (62% de incremento a nivel latinoamericano), que agudizó la crisis de manejo ante la falta de políticas públicas apropiadas que limitaron el libre acceso a los servicios de salud y la pérdida tácita de los derechos, ante la escasez de recursos dados por el gobierno y que influyeron en la gestión de los pocos recursos existentes **(BID 2020)**.

En Costa Rica, por ejemplo, se implementó el llamado Bono Proteger, patrocinado por el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social y el Instituto Mixto de Ayuda Social, para los trabajadores que vieron afectados sus empleos y los afectados también por la enfermedad **(Robles 2020)**. Se entendió que existían otros factores que impulsan un mal pronóstico y se encontraban en abandono social y afectaron negativamente la gestión de los recursos, exiguos ya pre pandemia y la infraestructura antigua de muchos centros de atención en Latinoamérica.

Los problemas de gestión han sido más que latentes y actualmente más autores expresan sobre la actuación de las autoridades durante la pandemia en Latinoamérica:

La pandemia del COVID 19, nos ha permitido tener una visión panorámica de las estrategias de los diversos sistemas de salud y de seguridad social; evidenciando las debilidades y fortalezas. Esto implica fortalecer los sistemas de prevención de la salud. No solo se requiere más hospitales, camas o implementos médicos, sino garantizar el cuidado de la totalidad de la población. Dentro de una concepción de salud colectiva en el que se evidencien los distintos tejidos sociales que emergen ante la atención y prevención de cualquier tipo de enfermedad **(Pérez 2020: 31)**.

2.5.2 Población vulnerable

Respecto al tema de las medidas de gestión en los países de Latinoamérica, también se han analizado, tomando en cuenta el respeto de los derechos humanos de los pacientes y sus familias, en conjunción con las políticas públicas y la administración de los recursos, sumado a la certeza en la información brindada a la población en general. En este artículo los autores:

Resaltan cinco aspectos que merecen atención: el subregistro de los impactos de la crisis, la importancia de diferenciar entre medidas de protección 'similar' y medidas de protección 'igualitaria', el cómo prevenir la profundización de procesos de estigmatización, la adopción de un enfoque de derechos humanos al hábitat en el diseño e implementación de respuestas, y la urgencia de actuar haciendo frente a los desafíos postergados del desarrollo (**Allen, Sarmiento y Sandoval 2020**).

Los sujetos de derecho llamados "vulnerables", han sido divididos arbitrariamente, sin tomar en cuenta que tanto los adultos mayores, como la población infantil y los adultos, podían y ocurrió tal, contagiarse, enfermar y morir, durante el curso de la primera ola de la pandemia, en todos los países. Mas, sin embargo, en Latinoamérica, se dieron decretos para los mayores de 60 años en edad laboral y fueron enviados su casa como medida primaria de protección (**RM 265-2020**). A mediados del año 2020, la OPS, se refiere a la población vulnerable, en América Latina y menciona:

La pandemia de COVID-19 no solo ha puesto en evidencia las grandes desigualdades e inequidades que existen en la Región de las Américas, sino que las ha profundizado. Los trabajadores y trabajadoras informales, los migrantes, las personas que viven en hacinamiento, entre otros, han resultado especialmente vulnerables durante la pandemia (**OPS 2020**).

Como vemos, la edad no es sinónimo de vulnerabilidad y más bien vulnera derechos fundamentales de las personas el solo considerar un aspecto, como ocurrió en nuestra realidad, sumado a las deficiencias de la gestión desde los niveles políticos de decisión en la institución y en el ente rector de la salud.

Según el reporte abril del 2021, la Pirámide poblacional del Perú, (**gob.pe**), la población considerada como vulnerable (tomando como factor más importante a la edad) se constituye en cerca del 9% de la población total del país.

La discusión en este punto, es muy conveniente, pues finalizando el año 2020, la PAHO en su Boletín, plantea realizar unas variaciones locales, adaptadas para cada país miembro, respecto a las poblaciones en situaciones vulnerables. Resalta los sujetos de derecho en situación de pobreza, sin acceso a un sistema de seguro y que no cuentan con servicios básicos de agua, luz y

comunicaciones. Estas intervenciones las denominaron “no farmacológicas”, basadas en el confinamiento en el hogar, cierre de escuelas y locales, disminución del aforo laboral o despidos masivos de empresas, con el consiguiente perjuicio económico y social sobre el trabajador y sus familias:

La pandemia ha demostrado que la vulnerabilidad va más allá de las características individuales y biológicas", dijo Gerry Eijkemans, Jefe de la Unidad de Promoción de la Salud y Determinantes Sociales de la OPS. "Más bien, está determinado por el contexto social, económico y político (**OPS 2020**).

Y esto contrasta, por ejemplo, con algunas de las recomendaciones de salud pública, como decirles a las personas que se laven las manos con frecuencia cuando tienen poco o ningún acceso a agua limpia y jabón.

En cuanto a este concepto de vulnerabilidad y las desigualdades sociales preexistentes y la agudización de estos temas sensibles, también han sido señalados por uno de los órganos constitucionales más representativos.

La pandemia por el COVID-19 ha puesto en evidencia la debilidad y precariedad del sistema de salud en el país y ha incrementado las desigualdades preexistentes, afectando a la población más vulnerable. Por su parte, las organizaciones de representación indígena han cuestionado las cifras proporcionadas por las direcciones regionales, argumentando que estas no coinciden con las cifras de los centros de salud de las localidades y no se estaría brindando atención a las comunidades más alejadas. Sostienen que las comunidades nativas carecen de implementos de bioseguridad y artículos de higiene, lo que incrementa la probabilidad de contagio. Y cuestionan la falta de medicinas, oxígeno y pruebas de descarte del COVID-19 en los establecimientos de salud (**Defensoría del Pueblo 2020: 24**).

2.5.3 Interculturalidad

El concepto de interculturalidad expresa las relaciones de intercambio y comunicación igualitarias entre grupos culturales en atención a criterios como etnia, religión, lengua o nacionalidad, entre otros. En relación a la pandemia, intenta expresar una situación de igualdad entre los sujetos de derecho. Como se pudo apreciar, de manera repetida en los distintos artículos y testimonios de

proveedores de salud, como agentes de gestión, esto determinó la vida o la muerte entre los pacientes. Es decir, sin generalizar todos los casos, aparte del grado de virulencia y carga viral, aquel que poseía influencia y acceso a mayor cantidad de recursos, pudo contar con una mejor y más completa “ayuda” para enfrentar la enfermedad (**Cieza y Uriol 2020**). No había ni hubo igualdad entre los pacientes afectados y con suerte, cada uno de ellos pudo tener acceso a una atención con recursos adecuados, dependiendo en qué momento de la gestión estuvieran.

Los conflictos sociales no estuvieron exentos en esta pandemia. Uno de los grupos importantes, frente a la falta de manejo y políticas públicas de salud específicas fue el de salud y su situación sobre la infraestructura y remuneraciones sumado a la preocupación de enfermar y morir:

Las demandas del personal de salud se centran en el limitado equipamiento de protección para el personal, inadecuada infraestructura y logística para atender los casos de coronavirus; pedidos de renuncia de algunos directores de hospital, el pago de un bono extraordinario equivalente a un sueldo. La particularidad de estas demandas es que vienen acompañadas de plantones, mensajes persistentes en las redes sociales, videos testimoniales de médicos o enfermeras, etc. Pero, además, estamos hablando de un colectivo de profesionales que están en la primera línea de atención a las personas infectadas (**Defensoría del Pueblo 2020**).

Las falencias crónicas en el ámbito de la salud, a nivel latinoamericano y en nuestro país, son mencionadas en este informe de la Defensoría del Pueblo y pocas o ninguna institución del Estado mencionó tan claramente el manejo de recursos.

El Estado peruano ha incumplido sistemáticamente su obligación de proveer servicios de salud de calidad, pese a contar con los recursos para hacerlo. Ambos aspectos han quedado demostrados en la actual coyuntura (**Defensoría del Pueblo 2020: 17**).

Y para que no quepa duda señala:

En el 2020, el Presupuesto Inicial Modificado (PIM) de la función salud a nivel nacional se incrementó en 134% en comparación con el 2011. En este punto es

importante señalar que más presupuesto no significa necesariamente mejor servicio de salud. Está condicionado a factores de eficiencia e integridad.

2.6 Estado del arte sobre investigaciones de los procesos de gestión en diversas instituciones de salud en pandemia

Como se detalló previamente, para el momento del desarrollo de la tesis, no existían investigaciones o estudios relacionados a los temas de gestión, su conocimiento, manejo de recursos y los derechos humanos de los usuarios internos y externos. La participación de cada actor social se ha realizado mediante los datos relevantes en esta tesis expresados en artículos que han sido presentados en las referencias. La experiencia latinoamericana, aunque tardía en expresarse, ha sido poco prolífica y generadora de oportunidades para la población más susceptible.

Las intervenciones en países como Argentina, Brasil y Chile, con mejores sistemas de salud que el peruano, no han podido soliviantar los efectos deletéreos de la enfermedad. Las desigualdades sociales, las políticas públicas insuficientes han transgredido las normas básicas de respeto a la vida, a la igualdad, al derecho a la salud, donde los procesos de gestión, en economías previamente en alza pre pandemia, no han hecho más que demostrar las iniquidades y diferencias entre los grupos sociales vulnerables y los esfuerzos por realizar procesos de gestión con la población como miembro activo, no han rendido los frutos esperados. En esta tesis lo que se busca es diferenciar los factores que influyeron directamente en la falla de la gestión y cómo revertirlos.

La participación activa de los actores sociales es determinante, como expresó una investigadora chilena:

La pandemia actual requiere abordajes más allá de lo epidemiológico. No es suficiente información saber cuántos test, muertos, laboratorios o respiradores existen. Se hace indispensable una perspectiva crítica que reflexione los diversos componentes. Que incluya distintas visiones -de género, edad, clase, culturales, sociales y otras-, las necesidades e implique a la población misma (**Avaria 2020**).

Las medidas no farmacológicas no solo tienen que ver con el distanciamiento social, sino con la participación activa de los actores intervinientes en los procesos de decisión, tanto de los modelos de gestión de recursos como la formulación de políticas públicas.

Como refieren **Lavel et al, 2020**, “es posible que el imperativo político y económico para manejar la pandemia de COVID-19 surja de motivaciones similares y que la geografía de la pandemia haya motivado las políticas de gestión de riesgos adoptadas. Una de las políticas de gestión introducida ha sido fortalecer la capacidad del sistema de salud público, ya sea mediante el aumento del número de camas de hospital y unidades de cuidados intensivos, abastecimiento de equipo como ventiladores o reclutar personal médico adicional a través de medidas como acudir a los estudiantes de medicina, al personal retirado o buscando médicos y enfermeras de Cuba”. Este tipo de política de gestión tuvo como objetivo reducir la vulnerabilidad y aborda tanto el riesgo primario de morbilidad y mortalidad de COVID-19 así como el riesgo secundario de saturación y colapso del sistema de salud, que al final fue superado y causó tantas muertes en los diversos países de la región.

Un reporte interesante, nos muestra la situación vivida y replicada a nivel nacional, donde se conjuga la gestión de los recursos humanos y logísticos con las consecuencias e impacto en los grupos sociales más afectados y revela la necesidad de un cambio sustancial en las políticas de salud pública de cara al futuro (**Llerena y Sánchez 2020**). Se debe entender que las políticas y la gestión per se, no llegarán a feliz término si no se cuenta con la participación de los actores intervinientes.

La comunidad o comunidades (refiriéndose a cualquier tipo de agrupación humana organizada) debe tomar activamente su participación en el planeamiento, prevención, realización y control, en la época presente, donde las desigualdades sociales de acceso, territoriales, salariales y políticas; deben ir de la mano con el respeto al medio ambiente. La inteligencia comunitaria, se hará realidad con el concurso, como nuevo enfoque de prevención, de la población y las autoridades, en el sentido más amplio, sobrepasando el término de seguridad

clásico. Ha sido adaptado a la evolución de la pandemia del Covid-19. **(Luján y Faccio 2020)**.

Como idea final sobre el estado del arte, al ser la pandemia, en el momento del estudio, nueva, los estudios referentes a la gestión de recursos han sido exiguos en Iberoamérica. La comparación con países de habla hispana, por ejemplo, España, tiene pocos puntos en común con nuestra realidad. Más, los países como el nuestro y ellos, mantienen coincidencias a pesar de los procesos de transformación. Las investigaciones existentes hablan repetidamente de brechas sociales, programas y políticas públicas, más como muchos temas en Iberoamérica, no existen aún los mecanismos ciudadanos de participación efectiva que actúen directamente en los procesos de gestión. Por lo pronto, de la revisión realizada, se vislumbra un cambio de actitud de ambos lados para operacionalizar estos procesos e incrementar la participación ciudadana tan difícil y técnica en temas de salud, como el de la coyuntura actual.

Se debe entender que este tema es mucho más complejo, donde, según la realidad, las variables aparecen y cambian en el tiempo, como cambios en la terapéutica necesaria, variantes del virus, descentralización real de los procesos de gestión, etcétera.

Y el apoyo de la empresa privada, participante activo, aunque poco señalado en los medios de prensa (lo bueno no vende), ha sido canalizado y ha contribuido positivamente en resolver parte de los problemas sociales de la pandemia.

En nuestro país, varias empresas dedicadas a la extracción de minerales e hidrocarburos que son actores primarios en los conflictos sociales cooperan con las zonas de influencia directamente o a través de las municipalidades, los gobiernos regionales o el gobierno nacional a enfrentar la expansión del COVID-19. Esto viene ocurriendo en Áncash, Apurímac, Arequipa, Cajamarca, Cusco, La Libertad, Moquegua, Pasco, Piura, entre otros. En la siguiente tabla se resume el apoyo **(Defensoría del Pueblo 2020: 38)**.

Tabla Nº 4. Tipo de apoyo brindado por las empresas para enfrentar el COVID-19

TIPO	DESCRIPCION
Salud	Entrega de pruebas rápidas y serológicas Entrega de EPP UCI para la atención de pacientes COVID-19 Carpas de emergencia Oxígeno medicinal Ambulancias de respuesta rápida Desinfección de comunidades
Alimentación	Entrega de paquete o canasta de víveres para las comunidades, transportistas
Transporte	Vuelos humanitarios al interior del país
Trabajo	Convenios con institutos técnicos para la fabricación de mascarillas

Adaptado del cuadro 10 Informe Especial 02-2020 Defensoría del Pueblo

2.7 Conceptos principales

En el interés de la investigación, se incluyen algunas definiciones y conceptos relevantes a la misma.

Pandemia: Se cataloga como epidemia cuando una enfermedad se propaga activamente debido a que el brote se descontrola y se mantiene en el tiempo. De esta forma, aumenta el número de casos en un área geográfica concreta. Para que se declare el estado de pandemia se tienen que cumplir dos criterios: que el brote epidémico (aparición repentina de una enfermedad debida a una infección en un lugar específico y en un momento determinado) afecte a más de un continente y que los casos de cada país ya no sean importados sino provocados por transmisión comunitaria (WORLD HEALTH ORGANIZATION). En contexto, la epidemia de COVID-19 fue declarada por la OMS una emergencia de salud pública de preocupación internacional el 30 de enero y el 11 de marzo de 2020 que la nueva enfermedad por el coronavirus 2019 (COVID-19) puede caracterizarse como una pandemia.

Política pública: Las Políticas Públicas son “el conjunto de actividades de las instituciones de gobierno, actuando directamente o a través de agentes, y que

van dirigidas a tener una influencia determinada sobre la vida de los ciudadanos y tienen que ver con el acceso de las personas a bienes y servicios. Consisten, precisamente, de reglas y acciones que tienen como objetivo resolver y dar respuestas a la multiplicidad de necesidades, intereses y preferencias de grupos y personas que integran una sociedad. Esto es lo que generalmente se conoce como “agregar demandas”, de forma tal que al final, las soluciones encontradas permitan que personas y grupos coexistan a pesar de sus diferencias **(Ruiz y Cádenas 2003: 5)**.

Plan de Acción: Documento técnico que define las acciones a seguir, de manera rápida con eficiencia, eficacia y efectividad, en salud, como parte del contexto social, priorizando al individuo, vinculando diversas propuestas y las intervenciones respectivas, requiriendo responsables, presupuesto y metas para la implementación en el más breve plazo **(Forni 2004: 5)**.

De esta forma, dentro de los lineamientos ante la pandemia, como señala uno de los primeros planes de acción dados por el Ministerio de Salud, refiere la necesidad de destinar y gestionar los recursos financieros necesarios en los presupuestos en el nivel nacional y territorial orientados a fortalecer las estructuras administrativas y el recurso humano dedicado al fomento y gestión de los procesos de participación y en el desarrollo de la Política de Participación Social en Salud contra el COVID-19, así como definir los programas de formación y capacitación al personal del sector salud para la generación de capacidades para el derecho a la participación social, así como, herramientas pedagógicas, didácticas y tecnológicas que permitan la intervención de la comunidad en el sector **(Ministerio de Salud del Perú, 2020)**.

Enfoque de Derechos: Siguiendo los lineamientos de las Naciones Unidas, el enfoque basado en los derechos tiene que ver no solo con los resultados sino también con el modo en que se lograrán estos resultados. Reconoce a las personas como agentes que intervienen en su propio desarrollo, en lugar de como meros receptores pasivos de servicios. Informar, educar y empoderar a estos agentes es fundamental. Por otra parte, su participación es esencial, no

solo para garantizar su titularidad en el programa, sino también para mantener el progreso (**Fondo de Población de las Naciones Unidas 2021**).

Gestión de Políticas públicas

Como indican diversos enfoques a nivel social, dirigido al campo de la salud, la gestión es más importante en el aspecto administrativo que implica la formulación de la política pública. Implica el desarrollo de un conjunto de habilidades y herramientas que faciliten el diseño de una Política Pública de Calidad que busca proteger, promover y mejorar el capital humano (**USAID 2009: 44**).

III. METODOLOGÍA DEL ESTUDIO

3.1 Estrategia de investigación

La estrategia metodológica del presente estudio es de tipo cualitativa, por el motivo que se requiere identificar las causas y razones de implementar un curso de acción necesario ante la presentación de una enfermedad mortal como el COVID-19 y gestionar las políticas con la participación de todos o la mayoría de los actores involucrados en los procesos de planeamiento, decisión y ejecución para el manejo de información, relaciones y recursos, tanto humanos como logísticos, aún más en tiempos de crisis económica, donde las oportunidades y la distribución de los bienes y servicios se ven amenazados, sumado a las trasgresiones propias de la enfermedad y sus actores, con pérdida de derechos fundamentales en la población que acude a un centro hospitalario en busca de mejorar su estado de salud.

Como señala **Flick (2007: 467)**, la elección de la muestra en los estudios cualitativos puede seguir lógicas diferentes y por ejemplo, el número de casos se define por adelantado, incluyendo una distribución de ciertos rasgos. Los criterios de selección de la muestra permiten lograr la obtención de resultados de las preguntas de investigación planteadas. El muestreo en la investigación cualitativa no se guía en la mayoría de los casos por una selección formal de una parte de una población existente o

supuesta; como es la situación del personal de proveedores y personal que trabaja ahí, como agentes de seguridad, personal de limpieza y personal nuevo contratado por la pandemia.

Para esta investigación, se realizarán entrevistas semi estructuradas y estructuradas, mediante la guía de entrevista y así identificar los factores que mejoran o limitan lo investigado, la interrelación de los actores y sus consecuencias, los tipos y características de la asignación de bienes durante la pandemia.

Y centrándonos en lo que plantea para encontrar estas respuestas o factores, por la gerencia social, es decir, las dimensiones subjetivas de cada actor interviniente con fines prácticos y generar así, conocimiento y aptitudes necesarias frente a los procesos de gestión.

3.2 Forma de Investigación

El presente trabajo se enmarca dentro de los de tipo cualitativo, como un *estudio de caso*, dentro de la visión de la gerencia social. Se realiza un análisis profundo y ordenado de la gestión de recursos y la influencia directa sobre el manejo de los servicios clave del hospital. Aquí se indaga sobre datos de capacidades, competencias, los efectos de la gestión del Programa Anual de Calidad de Essalud y la forma de realizar los procesos de evaluación, adquisición, distribución, equipamiento, cambio y rotación, tanto de equipos como de los proveedores de salud, personal de seguridad, personal administrativo, limpieza y jefaturas del hospital. La observación detallada del grupo humano, tanto funcionarios como personal del hospital de Vitarte y los usuarios externos, que participaron directa o indirectamente en esta pandemia durante la primera ola.

Los estudios de caso se focalizan en el desarrollo y la operación de prácticas de gestión y evaluación orientadas, en este estudio a la promoción del desarrollo social de la población usuaria del hospital de Vitarte, en el marco de cumplimiento del PACE y los derechos humanos. Se obtuvo los permisos y autorizaciones necesarias con solicitudes, cartas de compromiso, consentimiento informado, avalados por el Comité de ética del hospital, con la confidencialidad de los datos.

Como refieren **Barzalay y Cortázar (2006)** la base para elegir el estudio cualitativo, como el estudio de caso, es explicado de manera fehaciente aquí.

La propuesta obedece a la necesidad de comprender las prácticas en estudio recuperando la visión de diferentes actores con el propósito de dar cuenta del curso de los procesos gerenciales (**Barzalay y Cortázar 2006: 54**).

En este marco, los casos se orientan a reconstruir el desarrollo de prácticas gerenciales y sirven de base para, en un momento posterior y teniendo en cuenta la práctica analizada, establecer comparaciones y/o construir tipologías de los diferentes cursos de acción. Interesa destacar que cada caso representa un contexto institucional específico – interactivamente construido -- en el que se desenvuelve la acción de los actores; así, los puntos de vista de los actores están influidos por la institución que orienta sus prácticas y percepciones. (**Barzalay y Cortázar 2006: 57**).

3.3 Variables e indicadores

3.3.1 Conceptualización de variables

3.3.1.1 Aspectos sociales vinculados con los procesos de gestión de recursos humanos, logísticos y terapéuticos

- a. Nivel socioeconómico.
- b. Distancia del Establecimiento (accesibilidad).
- c. Características epidemiológicas de los pacientes.
- d. Capacidad de circulación (pase laboral, pase vehicular, pedestre, transporte público).

3.3.1.2 Limitantes económicas relacionadas con la gestión de recursos humanos

- a. Tipo de presupuesto.
- b. Dificultad de uso de recursos para otras partidas.
- c. Monto asignado al IPRESS.

3.3.1.3 Guías de atención en los niveles de emergencia y hospitalización

- a. Cambio de protocolos permanentes.
- b. Acciones improvisadas para la atención.
- c. Uso de EPP sin la seguridad viral. (FFp1,2 y 3).
- d. Protocolo de uso de medicamentos (viral, antibiótico).
- e. Protocolo para el uso de oxígeno.

3.3.1.4 Nivel de implementación del PACE a los proveedores de salud y a los usuarios de los servicios de hospitalización y cuidados intensivos del hospital

- a. Transporte de insumos médicos: EPP.
- b. Ventiladores mecánicos
- c. Distribución de medicamentos
- d. Ambientes y EPP
- e. Recambio de EPP
- f. Uso de EPP según tipo de personal (seguridad, limpieza)
- g. Material para eliminación de desechos, producción de material biodegradable.

3.3.1.5 Organización del sistema de atención de los pacientes afectados

- a. Estructurado,
- b. Temporal (inmediato, tardío, inexistente),
- c. Tipo de Trabajo (presencial, remoto, mixto).

3.3.1.6 Modelo de gestión de los recursos humanos y logísticos

- a. Indicadores de gestión logísticos (rendimiento, rotación, costos, estado de producción).

3.3.1.7 Participación de los usuarios internos y externos sobre la gestión de los RRHH, logísticos y terapéuticos

- a. Compromiso de los pacientes y sus familias
- b. Nivel de compromiso, deserción médica y personal administrativo (permisos, renunciaciones, enfermedad, licencias).

3.3.1.8 Programa anual de calidad de Essalud 2020-2021

- a. Monitoreo semanal
- b. Protección al médico,
- c. Protección al paciente.
- d. Protección al personal de apoyo (seguridad y limpieza).
- e. Políticas de calidad de atención.
- f. Políticas de sobrevivencia.
- g. Conocimientos de los derechos humanos.

3.3.1.9 La adscripción del usuario al establecimiento

- a. Referencia vigente,
- b. Adscrito
- c. Concubinato.

3.3.1.10 Conocimientos de la familia y sus miembros, respecto al enfermo y el hospital.

3.3.1.11 Competencias de los proveedores de salud

- a. Conocimientos sobre los protocolos de atención.
- b. Conocimientos y práctica sobre el uso de equipos biomédicos.
- c. Tipo de trabajo (presencial, remoto, mixto)

3.3.1.12 Competencias y conocimientos de los pacientes sobre la infección del COVID-19:

- a. Seguir tratamientos por parte de los infectados sobre las noticias de los medios e internet.

3.3.1.13 Conocimientos del personal de seguridad, mantenimiento y limpieza del hospital

- a. Conocimiento del Reglamento de Organización y Funciones (ROF) y el Manual de Organización y Funciones (MOF) y el cuadro de asignación de personal (CAP).
- b. Conocimiento de protocolos de desinfección.

TABLA Nº 5. DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES

Nº	VARIABLES	DESCRIPCIÓN
1	Aspectos sociales vinculados con los procesos de gestión de recursos humanos, logísticos y terapéuticos	El nivel socioeconómico de la población usuaria del hospital en su zona de referencia; la capacidad de acceso según la distancia y medios de transporte sumado a las medidas de aislamiento dictadas. Importante son las características epidemiológicas de la población, para descubrir y señalar relaciones entre factores y condiciones vinculadas con la aparición y distribución de las enfermedades.
2	Limitantes económicas relacionadas con la gestión de recursos humanos	La asignación de recursos de la Gerencia de Essalud hacia las desconcentradas en temas de dinero (pago de los trabajadores, contrataciones, bonos) material médico, uso del presupuesto asignado en la situación de emergencia actual, así como del propio asignado al IPRESS como centro de atención importante de la red desconcentrada.
3	Guías de atención en los niveles de emergencia y hospitalización	Una Guía es un conjunto de pasos para el manejo de situaciones de salud. La precariedad inicial y la sobre producción de protocolos sin mayor fundamento científico, a nivel mundial, nacional y dentro de cada servicio del hospital, generó acciones improvisadas en la atención, así como la falta de normativa clara en el uso de medicamentos, incluyendo el oxígeno, referido también al sustento legal vigente.
4	Nivel de implementación del PACE a los proveedores de salud y a los usuarios de los servicios de hospitalización y cuidados intensivos del hospital	El PACE por definición está pensado solo para pacientes crónicos hospitalizados. El PACE debe ser, según su contenido, elaborado y cumplido en función del paciente y su familia y las relaciones de efectividad, eficiencia y eficacia en el tema de calidad de atención, dirigido a las personas de la tercera edad y su riesgo de caídas y aparición de escaras, pero no se enfoca en ningún momento en el personal proveedor de salud.
5	Organización del sistema de atención de los pacientes afectados	La atención de los pacientes tuvo un determinante temporal y de amplitud de la cobertura, de manera tardía luego del inicio de la pandemia, aceptando pacientes de otras redes y del SIS. Esta, por diversos factores fue inmediata, muchas veces tardía o inexistente, por falta de familiares, falta de comunicación, otros problemas de salud y el tipo de trabajo del personal proveedor de salud, donde muchos especialistas lo hacían de manera remota.
6	Modelo de gestión de los recursos humanos y logísticos	Los conceptos clásicos en la gestión administrativa se mantuvieron durante muchos meses de la pandemia, inclusive el rendimiento de atención a los pacientes en los consultorios de atención rápida fue exigido sin tener en cuenta el incremento de contagio entre los proveedores de salud; la rotación de personal fue imposible ante la deserción masiva por los decretos de urgencia.
7	Participación de los usuarios internos y externos sobre la gestión de los RRHH, logísticos y terapéuticos	La participación de la comunidad en la elaboración del PACE y en la gestión de los recursos es inexistente. No existe comunidad organizada y el orden jerárquico en la institución es vertical y para la pandemia, la falta de compromiso del personal médico iniciando la emergencia y ausencias de personal necesario para labores esenciales quedó sin efecto
8	Programa anual de calidad de Essalud 2020-2021	Señala aspectos de atención centrados en personas hospitalizadas y los riesgos de caídas, escaras y otras complicaciones que no se relacionan, por lo agudo de la presentación de la pandemia, en el personal proveedor. La falta de conocimiento de la nueva enfermedad no fue prevista y los conceptos de pandemia a gran escala no tienen registros previos.
9	La adscripción del usuario al establecimiento	El sistema de acreditación fue cambiado abruptamente y muchos asegurados perdieron oportunidad de atenderse; muchos seguros fueron suspendidos y cancelados luego de terminar el periodo de latencia, por la falta de empleo y cese de las empresas. La adscripción no cumplió los requisitos porque muchos asegurados también dieron información falsa de su sitio de residencia.
10	Conocimientos de la familia y sus miembros, respecto al enfermo y el hospital.	Aspectos teórico prácticos relacionados con el proceso de enfermedad del covid. Esta nueva enfermedad y su curso incierto y la falta de comunicación entre el personal proveedor y la familia se hizo más latente, sumado a la falta de compromiso, experiencia y conocimiento del personal no capacitado, pero del cual debió contarse ante las ausencias, permisos, contagios y muerte.
11	Competencias de los proveedores de salud	La institución requiere el desarrollo de competencias como proveedor de salud. Los conocimientos sobre los protocolos de atención, inciertos y cambiantes sumado a los pocos recursos en equipos biomédicos y nuevos medicamentos no probados previamente. A esto se agrega el tipo de trabajo del personal y los horarios extendidos para evitar contagios, el aislamiento social y el horario de toque de queda influyeron en esta variable.
12	Competencias y conocimientos de los pacientes sobre la infección del COVID-19:	Actitudes, aptitudes, conocimientos y competencias inexistentes de los pacientes. Nulos sin periodo de conocimiento y aplicación de conceptos y prácticas estandarizados sobre la enfermedad. El aumento del desempleo, la necesidad de pagar cuentas, alimentación y vestido, sumado a la falta de servicios básicos determinan un efecto negativo en la comprensión y los procesos de atención.
13	Conocimientos del personal de seguridad, mantenimiento y limpieza del hospital	El contrato de personal de apoyo en limpieza y seguridad no se relaciona con su grado de conocimiento sobre técnicas apropiadas en infecciones como el covid. Toda institución cuenta con un manual de organización y funciones y por los cambios propios de la pandemia, se trastocaron y aparecieron nuevas funciones como movilización y transporte de cadáveres, limpieza y desinfección de ambientes por el miedo al contagio, sin la existencia si los protocolos aplicados eran efectivos.

3.4 Fuentes de información

3.3.1 Primarias: Grabaciones de las entrevistas y entrevistas semi estructuradas.

3.3.2 Secundarias: Documentos oficiales del portal de Essalud, web del MINSA, web del INS (Instituto Nacional de Salud) y otras que provean información sobre los procesos de gestión, adquisición y manejo de recursos; reportes estadísticos.

3.5 Población y muestra

Personal del establecimiento (proveedores de salud) con 1432 trabajadores y usuario externo del Hospitales II Vitarte con una población adscrita de 513 352 y como la población concurrente estimado en 2,000 asegurados, 90% asistencial y 10% administrativo (antes de la pandemia), quedando reducido a 603 trabajadores, repartidos en otros centros de atención. Finalmente, el hospital quedó con una población médica de 37 laborando en las áreas COVID (solo 14 especialistas) y 47 en área NO COVID. El grupo de las licenciadas de enfermería y el personal técnico fue siempre muy variable, pues de planta solo quedaron 21 laborando en áreas COVID y 12 en área NO COVID.

Muchos proveedores de salud, se acogieron al aislamiento voluntario domiciliario, tras decretarse la emergencia sanitaria por la pandemia del COVID-19 y una deserción detectada del 25%, según datos de la Oficina Central de Aseguramiento.

Se hospitalizaron a inicios de septiembre, un promedio de 1200 pacientes. Y se escogió como parte de la muestra a las Jefaturas (e) de Logística, Abastecimiento, Farmacia, Director del hospital, Medicina, Emergencia y Cirugía y los sujetos de derecho: proveedores de salud (un médico contagiado y recuperado, una enfermera contagiada y recuperada, un médico general y una enfermera), pacientes y sus familias (uno de cada una).

Debido a las implicancias políticas internas para la autoridad del hospital, su entrevista, a su solicitud no se utilizó y operativamente el resto de testimonios por sí solos, fueron suficientes de acuerdo a la valiosa

información brindada por estos. De igual forma, el jefe (encargado) de la Unidad de Abastecimiento, farmacia y equipamiento médico por negativa de su jefe inmediato y fue reemplazado por el Administrador.

Los actores primarios más importantes dentro de la investigación lo constituyen quienes participaron directamente en la atención de pacientes, quienes fueron atendidos y sus familias, los directamente involucrados en los procesos de planeamiento, organización de la gestión de recursos, contratación de personal asistencial, administrativo, personal clave en almacén, control de personal, conductores de ambulancia, etc.

Criterios de Selección de la muestra del estudio:

1. Personal proveedor de salud PRESENCIAL.
2. Personal con cargo administrativo PRESENCIAL.
3. Paciente, incluyendo usuario externo o interno (incluyendo personal proveedor de salud).
4. Personal de limpieza del hospital.
5. Personal de seguridad del hospital.
6. Familiares de los pacientes con deseos de participar.

La elección de cada participante no fue al azar, pero estuvo determinada por la ausencia de personal asistencial proveedor de salud, así como personal administrativo (ambos con más de 10 años de servicio en la institución). Estas ausencias estuvieron determinadas por los Decretos de Urgencia dados por el Gobierno, que desde el inicio de la pandemia excluyó del trabajo presencial a los mayores de 60 años y otros motivos que serán luego analizados. Por lo tanto, cada médico especialista y general escogido, tenía ese factor en común: ser presencial y haber sido contratado, en el caso de los segundos, solo por la pandemia actual, bajo la modalidad de CAS COVID (contrato administrativo de servicios), válido también para licenciadas de enfermería, personal técnico y tecnólogos. El Gobierno central, bajo la misma modalidad, permitió omitir del servicio de SERUMS a quienes terminaban el internado médico y brindó facilidades para titularse rápidamente, ante la ausencia del personal de salud (médicos, enfermeras, técnicos y tecnólogos médicos), lo que permitió y

obligó a contratar sin mayor criterio de escrutinio a personal, en sí titulado, pero con muy poca experiencia laboral y de atención, sobre todo en casos clínicos como los que se han presentado en la pandemia. Como se aprecia en la Tabla N° 6, la referencia de edades, es algo coyuntural y se muestra para futuras referencias.

En este estudio de caso, es decir, una investigación cualitativa el recojo de la información se realiza a partir de diseños muestrales (sería imposible obtener información de todo el universo poblacional objeto de estudio, es decir, de todo el personal proveedor, contratados por terceros o de todos los pacientes y/o sus familias. Como expresa la teoría de la investigación cualitativa en gerencia social, la información debe ser suficiente y relevante y la muestra significativa debe ser variada y pequeña, pero suficiente; y recordar que la cantidad de la muestra (casos) se han definido para identificar los factores que afectaron la gestión de los recursos humanos, logísticos y terapéuticos, donde más que la cantidad interesan las características de los elementos de la muestra. (Tovar Samanez, 2019).

En un estudio estamos obligados a no ser subjetivos o no perder la objetividad. El proceso de infección, enfermedad y consiguiente muerte de un paciente es muy doloroso. Las entrevistas y testimonios de las familias, por una cuestión de respeto, sin perder la objetividad, serán obviadas debido a que una familiar entrevistada aportó interesante información sobre su apreciación del hospital y el sistema de salud, ejemplificando a las demás familias.

Para esta investigación, el tipo de muestreo fue no probabilístico, intencional o de conveniencia.

3.6 Técnicas e instrumentos de recolección de información

La pandemia atacó en muchos aspectos tanto a usuarios, como proveedores, incluyendo autoridades y a pesar que se consideró los grupos focales; el manejo del tiempo fue muy problemático (horarios y fechas distintas para cada actor), sumado a las normas de aislamiento. La

riqueza del contenido de las entrevistas aportó, como se refirió previamente, permitiendo contrarrestar este hecho.

En la Tabla N^a 6 se presentan las características de los actores entrevistados, considerando edad y tiempo de labor en Essalud, a excepción del entrevistado 9, familiar de un paciente fallecido y su codificación para salvaguardar la identidad de los mismos; además como ya se explicó líneas arriba, la situación de formar parte del personal proveedor de salud, contratado por la pandemia se debió a la necesidad imperiosa de contar, por lo menos, con personal recién graduado y el Estado brindó las facilidades (en exceso o no será analizado) para acelerar su pronta titulación.

Entrevistado 1: Licenciada de enfermería asistente del Servicio de Emergencia y Medicina Hospitalización COVID

Entrevistado 2: Encargado de cargo administrativo estratégico ADMINISTRADOR

Entrevistado 3: Personal de limpieza SILSA

Entrevistado 4: Agente de seguridad ESVICSA

Entrevistado 5: Médico general joven

Entrevistado 6: Médico con cargo administrativo y asistencial

Entrevistado 7: Médico con cargo administrativo y asistencial

Entrevistado 8: Médico asistencial sobreviviente de UCI

Entrevistado 9: Familiar de paciente fallecido y recuperado HIJA

Entrevistado 10: Autoridad administrativa. El último entrevistado optó por solicitar obviar su entrevista por órdenes superiores DIRECTOR

Tabla N° 6 Características de los actores entrevistados

Entrevistados	Codificación	Edad	Tiempo en Essalud (años)
Licenciada de enfermería	1	59	29
Administrador	2	41	11
Personal de limpieza	3	38	5
Agente de seguridad	4	45	6
Médico General joven	5	31	2
Médico con cargo administrativo y asistencial	6	54	14
Médico con cargo administrativo y asistencial	7	47	11
Médico asistencial sobreviviente de UCI	8	54	20
Hija de paciente fallecido y recuperado	9	56	No corresponde
Autoridad administrativa del hospital	10	56	15

Elaboración propia. 2020.

3.6.1 Historia de vida: con la perspectiva histórica de lo vivido en la pandemia del COVID-19 a título personal como médico especialista.

3.6.2 Entrevista semi estructurada. Teniendo en consideración que la investigación se centró en un tema muy poco investigado, sobre el cual existen limitados conocimientos y manejo del tema. Tuvieron una duración de 60 a 90 minutos.

Como señala **Trindade (2009: 45):**

Esta forma de entrevista, denominada no estructurada, de acercarse a los informantes, ayuda al investigador a posicionarse en un rol que permita a los sujetos un nivel de comodidad y relajamiento como para dialogar libremente sobre los temas de su interés y luego, paulatinamente, ir adentrándose en los objetivos de la entrevista.

La metodología cualitativa permite aprovechar, mediante la aplicación de este método de averiguación, el conocer sentimientos, sensaciones y

pensamientos (bajo la subjetividad) junto con datos objetivos y concretos brindados por los encuestados y dictar una línea de acción y solución a la o las preguntas planteadas en un estudio o investigación, facilitando, por tanto, la recopilación de información muy detallada sumado a su experiencia, expresada al entrevistador.

Entrevista no estructurada o abierta

Consiste en un diálogo fluido con el entrevistado sobre un conjunto de aspectos que el entrevistador tiene previamente memorizados y los va planteando sin seguir un orden ni esquema cerrado. Plantea las preguntas buscando motivar una conversación y permite recoger el punto de vista del entrevistado de manera muy natural.

Instrumento: Guía de conversación

Entrevista semiestructurada

Contiene tanto preguntas cerradas como abiertas, estructuradas en una guía que se aplica con cierta flexibilidad tanto en el orden de las preguntas como en la formulación de estas, pudiéndose repreguntar o añadir preguntas durante su aplicación.

Instrumento: Guía de entrevista
(Tovar Samanez, 2019)

3.6.3 Revisión documental y de contenido

Se utilizó esta técnica para conocer el nivel de manejo del tema y la percepción de los formuladores y ejecutores de las mismas. La revisión documentaria se efectuó a los documentos de gestión: ROF, MOF, CAP, Adquisiciones, en el marco del PACE; así como información sobre el marco normativo del proceso de descentralización y la promoción del PACE. Además, se revisó información estadística y documental sobre dotación de medicamentos, compras, asignación de personal, registros de historias clínicas, base de datos de farmacia, almacén, etcétera. Se revisó asimismo documentación sobre propuestas de que surgieron al inicio y al medio de la pandemia, en relación al PACE y lo planificado para el 2020, en cuanto a programas, adquisiciones, contratación de personal, desplazamientos, mejora de infraestructura, entre otros.

IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Teniendo en cuenta las preguntas específicas de la investigación:

1. ¿Qué factores participan en la gestión inadecuada de recursos humanos, logísticos y terapéuticos en el Hospital Essalud II Vitarte,

durante el enfrentamiento de la pandemia del COVID-19, en el marco de los derechos humanos y la salud, organizada por el Plan Anual de Calidad de Essalud?

2. ¿Qué beneficios sociales se obtienen por la adecuada gestión de recursos humanos, logísticos y terapéuticos en el Hospital Essalud II Vitarte, durante el enfrentamiento de la pandemia del COVID-19, en el marco de los derechos humanos y la salud, organizada por el Plan Anual de Calidad de Essalud?

3. ¿Qué beneficios económicos se obtienen por la adecuada gestión de recursos humanos, logísticos y terapéuticos en el Hospital Essalud II Vitarte, organizada por el Plan Anual de Calidad de Essalud?

4. ¿Cuál es el grado de conocimiento de los usuarios sobre los recursos terapéuticos disponibles en el Hospital Essalud II Vitarte, según el Plan Anual de Calidad de Essalud?

5. ¿De qué forma se han implementado los procesos de gestión de recursos humanos en el contexto de la pandemia, en el Hospital Essalud II Vitarte, señalada por el Plan Anual de Calidad de Essalud?

6. ¿De qué forma se han implementado los procesos de gestión de los recursos logísticos y terapéuticos en el Hospital Essalud II Vitarte, durante el enfrentamiento de la pandemia del COVID-19, en el marco de los derechos humanos y la salud, organizada por el Plan Anual de Calidad de Essalud?

El hospital de EsSalud II de Vitarte presenta algunos problemas en la actualidad, esto se da en el campo de gestión de procesos, la calidad de tiempo que el personal médico les brinda a los pacientes, la calidad de respuestas en las ventanillas de atención para solicitar citas, las largas colas al momento de hacer pagos, pérdida de tiempo que ocasionan molestias en general (**Navarro 2017**).

El hospital tiene 51 años de funcionamiento sobre un terreno donado por la fábrica textil, en representación del Sindicato de trabajadores obreros, que viendo la necesidad de contar con un centro asistencial que pudiera

paliar las necesidades de mejora de la salud de su distrito, sus familias y demás miembros de la comunidad; se erigió sobre un piso inicialmente dando servicios básicos de atención de salud, preferentemente como posta médica. En el transcurso de los años ha cambiado mucho, pero todos los vecinos y usuarios conocen de proyectos trancos de construcción de otro hospital en un nuevo local y un grado de hacinamiento tolerado por las autoridades que no hacen más que exigir producción, sin mejorar las condiciones para los proveedores (**Encargado de cargo administrativo estratégico, consignado como entrevistado 2**):

¿Cómo se organizó la distribución del local del hospital durante la pandemia?

En coordinación con la Dirección y los dos jefes que había, que no eran jefes sino apoyaban. En un momento uno, porque el otro enfermó según me dijeron, se redistribuyó las áreas para la atención. Al inicio solo se amplió y esto ocasiono más hacinamiento, del que ya había como siempre. Usted no es de acá, pero para que sepa, aquí viene mucha gente siempre, y ahora con esta enfermedad fue peor. Aun así, cambiamos al inicio los ambientes más por necesidad que por otra cosa. En mayo junio ya pudimos ordenar mucho más los ambientes del hospital, éramos menos, se fueron la mayoría de administrativos y guardamos muchos equipos caros y de tecnología, pero nos pasó por encima de todo cálculo. Aun así, gente, no sé si de acá o de afuera, se dieron maña para robar equipos durante la pandemia, hasta cpus ...

En un análisis previo, el hospital ESSALUD Vitarte, presenta muchas deficiencias en sus procesos de gestión además de problemas en sus instalaciones, es decir que también existe un descuido en lo que respecta a la infraestructura debido al deterioro que presenta, pues no ha sido remodelado desde hace tiempo y por consiguiente existe un riesgo inminente en el caso suceda algún sismo, dado que no existe señalización adecuada y si las hay son muy poco visibles (**Navarro 2017**); hecho comentado por uno de los entrevistados (comentario sobre el INDECI y la

situación de la infraestructura del hospital del entrevistado médico de emergencia recuperado).

En muy pocos estudios, se mencionan algunos de los factores involucrados en la satisfacción de los pacientes y sus familias, en los casos graves de enfermedad, algunos con casos de fallecimiento y mencionan asuntos importantes: el manejo del cadáver del enfermo, la prontitud con la que fue atendido, si recibió o no (en los casos de auditoría), el informe adecuado en tiempo, lugar y oportunidad y el trato percibido (**Podestá y Maceda 2018**).

La observación y cumplimiento de la Declaración Universal de Derechos humanos, mencionada y propugnada repetidamente en los documentos de Gerencia de Essalud durante la pandemia (**Normas de Gerencia Central para el control de la infección por el nuevo Coronavirus**), en la mayoría de casos, según el personal que estamos describiendo, demuestran su conocimiento, por lo menos, de la etapa escolar o durante su periodo de formación.

Es decir, la parte afectiva, emocional y social involucrada en este álgido tema, no es, por lo analizado, subrayado ni repetido por las autoridades como tal. Mucho depende de la formación previa de cada grupo laboral participante de la pandemia, donde se aprecia generalmente que se ignoran los deberes y se ensalzan por lo general solo los derechos, pero ni siquiera considerando la vida del paciente y su consideración como ser humano que es lo que se esperaba en la conducta de un proveedor de salud (**Licenciada de enfermería, consignada como entrevistada 1 y Agente de seguridad, consignado como entrevistado 4**).

Aquí es importante mencionar el artículo 10º del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, "Protocolo de San Salvador", que establece que "toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y

social". Esta pandemia demostró que en muchos momentos estos preceptos fueron dejados de lado (**Agente de seguridad, consignado como entrevistado 4**).

En el tema de la gestión de recursos humanos, generalmente, de acuerdo a la necesidad de personal de diverso tipo y formación (desde proveedores de salud -médicos, enfermeras, tecnólogos y técnicos de enfermería- hasta personal de mantenimiento, administrativo y de servicios como conductores, entre otros) se realizan convocatorias a concurso para cubrir plazas que brindan o no cierta estabilidad laboral (régimen 728, régimen CAS y locadores), una a dos veces al año y para el caso de la Red Desconcentrada Almenara, es ésta quien lleva el proceso de evaluación con duración promedio entre 30 a 45 días hasta la publicación de los resultados oficiales (<http://portal.essalud.gob.pe/>).

Durante la pandemia, el primer "síntoma" que hacía predecir problemas en la gestión de los recursos humanos fue la salida del personal administrativo (quienes sin considerar lo señalado por la Resolución Ministerial N°265-2020-MINSA y la Resolución Ministerial N°283-2020-MINSA) sin tener las enfermedades consideradas como proclives, se fueron a sus casas por miedo al contagio (**DU 044-2020**).

Esto obligó, en el caso del hospital, a evaluar directamente de manera superficial al personal de proveedores principalmente sin examinar a profundidad las hojas de vida y/o currículums vitae. Acto seguido, fueron acogidos, por la permisividad del Gobierno Central, ciudadanos venezolanos y cubanos, sin mayor experiencia que su palabra (**DU N° 090-2020**). Según identifican los entrevistados, este grupo de personal médico extranjero, independientemente de los problemas en la dotación de EPP y oxígeno, causaron más decesos, por sus tratamientos arriesgados y falta de criterio, que la propia enfermedad del COVID-19. Al momento de tomar conocimiento de estas muertes, en plena

reorganización del hospital al tercer mes de la pandemia, fueron retirados de sus puestos de manera justificada.

Es necesario señalar que paralelamente a la presentación de la pandemia, independientemente de ser o no partidario de alguna agrupación política, sumado a la crisis sanitaria y social (más antigua) ocurría una crisis política sin precedente; entre destituciones, acusaciones, vacancias y demás situaciones que tampoco ayudaron en el contexto general del manejo de la pandemia.

Un ejemplo claro fue la presentación de diversos proyectos de ley (PL), que se gestaron en el Congreso de la República del Perú desde junio de 2020 (PL 05567, PL 05612, PL5613, PL 05669), que buscaba terminar con el monopolio de dos empresas importadoras de oxígeno, al disminuir la concentración permitida para su administración a nivel hospitalario y domiciliario, señalado en varios reportes y recomendaciones internacionales (**Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación (IETSI) – Essalud 2017**). Lo curioso del tema estriba en la ligereza de varios representantes del Congreso: presentaron documentos tipo copia y pega en sus proyectos, luego que el primer congresista les ganara. El fondo era lo importante, más los actos de esa institución y Poder del Estado, recién aprobaron lo planteado en los cuatro proyectos de ley, en diciembre, durante el inicio de la segunda ola de contagios, en un ciclo anormal pre electoral (**DU N° 066-2020**), demostrando la poca importancia sobre un tema tan delicado.

La OPS/OMS recomienda fortalecer la respuesta de los servicios de salud con el fin de salvar vidas y garantizar la capacidad de respuesta oportuna mediante medidas de reorganización y ampliación progresiva de los servicios en el contexto de la Pandemia por COVID-19 (**OPS/OMS Recomendaciones para la Reorganización y Ampliación Progresiva de los Servicios de Salud para la respuesta a la Pandemia COVID- 19. V.1.0 marzo, 2020**).

En tal sentido, se crean, ante la falta de personal proveedor de salud, por haberse acogido (en teoría) a la **RM N°283-2020-MINSA** nuevas formas para el manejo de pacientes enfermos en áreas, según cada establecimiento de atención de salud, de triaje, ahora diferenciado y respiratorio (**NTS N° 160-MINSA/2020**). La realidad del hospital demostró, como declararon los entrevistados, que los pocos proveedores de salud de planta que permanecieron en sus puestos, debieron desplegarse en las áreas contaminadas del hospital para este fin, buscando con responsabilidad cubrir los turnos mínimos de 12 horas y atender la mayor cantidad de enfermos durante los mismos. Una vez más, el manejo y valoración del recurso humano, valioso, por su experiencia y especialidad manifestó las falencias de la gestión del personal, elevando desde el inicio de la pandemia el número de contagios entre este grupo y muerte en otro tanto.

A diferencia de lo mencionado por otros autores como **Quispe y col. 2013** y **Contreras y Galarza 2011**, donde es frecuente la sobredemanda o búsqueda inadecuada de atención por emergencia y provocación de hacinamiento de los servicios de emergencia (**Vásquez 2016**), el significado clínico de la infección moderada a severa por COVID-19 resultó en un aumento exponencial del número de pacientes que acudían diariamente a la emergencia del hospital (**Médico con cargo administrativo y asistencial, consignado como entrevistado 6**).

Como claramente exponen Vásquez y otros, citando a Vidal (2009):

Los servicios de emergencia hoy son de primera importancia en el enfoque de gestión en salud. La necesidad de una atención oportuna, el recibir en dicha atención rápidamente elementos diagnósticos y terapéuticos, ha sido uno de los determinantes por los que el uso de Emergencia se incrementa de manera importante. A su vez estos servicios se han ido adaptando a esta creciente demanda, encontrando diversos mecanismos de atención médica, como formación de unidades funcionales y empleo de tecnología de avanzada. Esto ha producido un creciente problema que se repite a nivel mundial, denominado hacinamiento (en inglés, overcrowding) de los

servicios de Emergencia (**Makama y colaboradores 2015**). Ello, aunado al uso inadecuado de las Emergencias (**Contreras 2011**) en la seguridad social y especialmente en los hospitales nacionales de referencia, se refleja al determinar un incremento constante en la demanda de atención en el servicio de emergencia.

En este contexto, uno de los funcionarios declaró lo siguiente (**Médico asistencial de UCI sobreviviente, consignado como entrevistado 8**):

¿Cuál es la diferencia previa a la pandemia en cuanto a infraestructura y logística que es lo que usted me está refiriendo?

El problema de nuestro hospital es que es pequeño, no tiene áreas de ventilación. Es un hospital que si bien es cierto resuelve grandes problemas es un hospital que no está preparado, no tiene un sistema de ventilación adecuada, por lo que produce hacinamiento y produce cualquier tipo de problemas, lamentablemente no es gestión de hoy, este problema viene de tiempo atrás, tanto así que hasta la INDECI la ha catalogado como inhabitable, de emergencia y prácticamente está diciendo que se construya otro y hacen este tipo de evaluaciones.

Para **Vásquez y colaboradores (2016)** los motivos que provocan:

El incremento de la demanda se debe a múltiples factores, asociados a la demanda (envejecimiento de la población, enfermedades más complejas, cultura hospitalocéntrica, educación sanitaria) o factores asociados a la oferta (falta de accesibilidad a la atención primaria de salud, accesibilidad geográfica). Muchas veces, la emergencia es un sustituto de la atención primaria. En países como México e Inglaterra, con buenos sistemas de atención primaria de salud, continúa incrementándose la demanda y se presentan cada vez más superpoblados los servicios y departamentos de urgencias.

Y como ya expresamos este patrón, eco de varias realidades, no fue ajeno a lo ocurrido en el hospital II Essalud Vitarte (**Hernández y otros 2020**). La alta mortalidad de la infección moderada a severa generó un grado tal de zozobra, que obligó a enfermos y sus familias a acudir masivamente a la emergencia (entrevista médico general de emergencia y recuperado) y

a las nuevas formas de atención (**NTS N° 160-MINSA/2020**), aun sabiendo de las deficiencias pre existentes (**Médico con cargo administrativo y asistencial, consignado como entrevistado 7**).

En el marco del DU 050-2020 (16 de abril de 2020), que permitía la adquisición, con una partida adicional, de equipos de protección personal para el uso en diversos estamentos del Estado, así como los hospitales a nivel nacional, el hospital II Essalud de Vitarte, ocurría un desabastecimiento a nivel nacional, regional y mundial, con mucha injerencia política y opiniones diversas como se dio en países europeos como Italia y España que alcanzaron cifras alarmantes y sufrieron también desabastecimiento (**Castillo y otros 2020**).

El abastecimiento de medicamentos, equipos de protección personal (EPP) e insumos necesarios, urgentes y críticos, según el CENARES, y los múltiples Decretos de urgencia, Resoluciones ministeriales, apoyaban las Resoluciones de Gerencia de Essalud en torno a este delicado tema; aunque nuestras fronteras estuvieron cerradas por más de 5 meses, para el transporte normal de personas por vía aérea y terrestre, la adquisición, recepción y posterior distribución de los medicamentos y demás insumos, a nivel de las instituciones usuarias favorecidas por el Estado, no fue como se deseaba (**Cobarsí 2020**).

Las causas empiezan a nivel internacional con el acaparamiento de la producción mundial por las potencias fue informado a lo largo de toda la pandemia por fuentes informativas importantes como la BBC.

Tabla Nª 7 Adquisiciones de EPP a nivel nacional y asignación al hospital EsSalud II Vitarte

Tipo	Cantidad	% Asignación HIIV
Gorro quirúrgico descartable	21,439,160	10.8
Lente de protección	2,948,709	2.7
Mascarillas descartables quirúrgicas	84,647,350	16.6
Chaqueta descartable	7,086,955	3.7
Mascarilla descartable tipo N95	5,035,817	16.3
Guante para examen descartable de nitrilo	59,933,900	1.8
Guante quirúrgico estéril descartable	5,265,208	1.7
Mandil descartable	17,169,230	12.3
Pantalón descartable	5,619,321	6.4
Cubre zapato descartable	14,765	13
Bota	7,375,191	2.9
Careta protectora	1,005,475	0.4
Mameluco	4,882,359	11.4
Total	290,457,481	100

Elaboración personal (al 4 de diciembre de 2020)

Como se puede leer en muchos posts en internet: los gritos en busca de ayuda se escuchan por todos lados: desde enfermeros que acuden a las redes sociales de forma desesperada para pedir apoyo, hasta médicos que crean iniciativas de recogida de dinero para comprar mascarillas y otros equipos que no tienen y que son cruciales ante la embestida del covid-19...

Son escenas que se están produciendo en Estados Unidos, un país que, pese a su riqueza y capacidad, no ha escapado a los problemas de desabastecimiento que se están dando en múltiples partes del globo por la pandemia de coronavirus, que ha puesto al límite los sistemas sanitarios (**BBC NEWS Web**).

Por lo tanto, evaluando de manera objetiva el abastecimiento dependiente de la producción de EPP, con estándares ISO necesarios, todos los países del orbe se vieron afectados. Un tema totalmente diferente es el mal uso por ignorancia, desidia o irresponsabilidad del personal del hospital del EPP y el condicionamiento del aumento de contagios, enfermedad, muerte o sobrevivencia posterior con secuela (entrevista jefe departamento de medicina). A nivel local empezó, en afán comercial e iniciando emprendimientos por la crisis económica secundaria al cierre de fábricas y negocios con encarecimiento del empleo como informa la agencia española de noticias EFE: Perú, Costa Rica y Chile son los países con más empleo perdido por la pandemia (**Agencia EFE 2020**).

Dentro de las características sociales con incidencia epidemiológica, del poblador del distrito de Vitarte, encontramos una falta total de empatía para con el prójimo, un grado de educación y nivel esperado y buscado muy bajo, además de la falta completa de motivación, desconocimiento de las normas sociales y colectivas y hasta abstracción de la realidad; es decir, comportarse como si no hubiera pandemia, es un tema crítico que hasta hoy, empezando la segunda ola de casos en diciembre y siguiendo la corriente a lo que la mayoría de adultos que trabajan, escudan su comportamiento negativo y antisocial so pretexto de referir la necesidad de trabajar (**Médico general joven, consignado como entrevistado 5**).

Y tal como lo mencionó en el vigésimo aniversario del Informe de Desarrollo Humano de las Naciones Unidas, Amartya Sen afirmando que el desarrollo es más que un número (**Sen 2010**) y aquí se refiere, en muchos aspectos no al dinero sino al bienestar total de cada individuo sobre todo teniendo como base la educación para un correcto posicionamiento y definir si este “desarrollo” fue realmente alcanzado y gozando de buena salud. Aquí desde su primer planteamiento, Sen propugna que, por ejemplo, al hablar del tema sanitario, lo central debe ser el ser humano. Y para que esto se cumpla deben presentarse las condiciones en cada gobierno y la voluntad de conciencia de los ciudadanos (**1999 b: 9**).

4.1 Perspectiva histórica del COVID: vivencias y sensaciones

El suscrito, médico anesthesiólogo cardiovascular y oftalmólogo, quien desarrolla esta tesis. Por lo tanto, la perspectiva histórica es de mi autoría.

Al empezar la pandemia, nos dijeron o, mejor dicho, oímos que debíamos seguir atendiendo lo que viniese y según recuerdo no usábamos otra cosa que nuestra ropa de la calle, porque como no venía mucho paciente, a las justas 8 o 9 por turno de mañana y de tarde, ni nos protegíamos. Nuestra ignorancia por la enfermedad era tal que ni pensábamos en lo que llamaban EPP o equipo de protección personal. Y ese problema de la gestión del recurso humano, que nos arriesgaba y exponía, como ellos mismos que ni en el acmé de la pandemia usaban el equipo adecuado; es decir, si la Jefatura no tenía el más mínimo conocimiento del concepto de seguridad en el trabajo, ni ganas de hacer otra cosa que ver si habíamos firmado temprano la entrada o salida al hospital ...

No tenía miedo, seguro porque desconocía lo que significaba esta pandemia. Lo que me llamo la atención es saber que muchos de mis colegas de muchos servicios habían pedido permisos. Luego, tarde, me enteré que eran licencias sin goce de haber. Esto fue a mediados de marzo del 2020. Tenemos una televisión en el servicio y así vimos que en varios sitios de atención la gente iba colmando las emergencias. De nuestro servicio, solo quedamos 4 médicos oftalmólogos. Yo hago generalmente turnos de tarde, junto con un colega y amigo que es el jefe de servicio; él es diabético e hipertenso, pero bien controlado. Nos quedamos los 4, como dije y nuestra comunicación nunca había sido buena, por rencillas de tiempo atrás y otras tonteras que tenemos los seres humanos orgullosos. Ninguno hablaba de la pandemia, hasta que, en el mes de abril, ya era mandatorio usar gorro, mascarilla y demás indumentaria para ver pacientes.

Paralelamente a esto, pasamos de ser médicos especialistas a médicos generales (ni nos avisaron, solo nos enteramos), ya que el 80% del personal se había desaparecido, los menos con alguna razón médica, lo

cual me daba desazón, porque fue sin avisar, aunque eso nos permitía recetar medicamentos para la cantidad inmensa de pacientes que empezaban a llegar. Teníamos cólera, por qué no decirlo, porque solo dos especialistas de urología, tres de oftalmología (uno fue enviado a su casa por tener enfermedades de fondo) y dos doctoras de otorrinolaringología (mis heroínas de la pandemia), quedamos para atender a los pacientes que llegaran por la emergencia.

Como yo hacía los turnos de tarde, la primera semana de abril, fui a sentir el aire acondicionado del ambiente del Cuerpo Médico, ahí estaba un colega de emergencia y también gastroenterólogo, quien me comentaba que la emergencia hacía unos días ya no se daba abasto y no tenían ni gente para atender a tanto enfermo. Yo, al estar mi consultorio en un piso superior vivía abstraído de esa realidad. Conversamos temas de distinta índole hasta que él bajó a seguir con su labor. Como a las 2 horas, cerca de las 4 de la tarde, sube corriendo un técnico de enfermería pues este colega me llamaba con urgencia a la emergencia; grande fue mi sorpresa al llegar, luego de, por primera vez colocarme el llamado equipo de protección personal completo e ingresar y ver a 12 jóvenes, entre 20 y 30 años, calculo, sentados en sillas de plástico blancas, impropias de una hospital, todos con cánulas binasales simples y sólo 3 balones de oxígeno (se entiende que un balón era para 4 pacientes, con una conexión “a la peruana”), todos agitados y jadeando. Al fondo en cada ambiente de la emergencia vi a 3 adultos mayores conectados a un ventilador mecánico cada uno, y sin ver la historia clínica se veían muy mal. Mi amigo me llama alzando la voz, para que lo ayude a intubar a un paciente que se notaba agotado y temeroso.

Valga decir que también tengo otra especialidad, que dejé de practicar a nivel hospitalario hace 5 años, más en la práctica privada aún, de vez en cuando, brindo anestesia a amigos en sus operaciones. En esa sala, me asusté un poco, porque no hay sistema de aire con presión negativa (en 50 años nunca hubo y seamos realistas: no lo habrá nunca) y obvio que me podía contagiar, ya que en ese momento mi hijo pequeño contaba con 6 meses de edad y podía haber llevado el virus a casa, además de

contagiar a mi esposa. Creo que, como muchos, teníamos miedo en hacernos las pruebas rápidas y cosa curiosa, tampoco era que sobranan, al contrario, los 3 primeros meses fueron escasas y ni hablemos del hisopado, pues según los protocolos se debían hacer a un enfermo moderado a grave.

Mi colega me pidió ayudarlo llenando certificados de defunción, virtuales, con su usuario, porque la cantidad de muertos fue tal ese día y siendo el único especialista de guardia ese día, debía llenarlos. Vale decir, que luego de una hora, aún no acabábamos de hacer tal porque en el servicio de hospitalización de medicina, habían fallecido tres pacientes más y los médicos encargados, quienes, dicho sea de paso, se retiraban de su área de trabajo antes de la hora prevista; y pasaban una visita médica, en mi opinión terrible, casi sin ver a los pacientes y obviamente pensaban que no tenían la obligación de hacer estos certificados.

Salí a mi hora ese día, ocho de la noche, porque aún el toque de queda y que yo tuviera carro para movilizarme ayudaba a que no me apure. En esos días, no me bañaba, debo confesarlo, al salir de apoyar el área llamada COVID y no pensaba mucho en lo que vivía, a pesar que por día, era repetida la escena de ver llorar y gritar a un familiar al enterarse de la muerte de su paciente. Pasó una semana y la escena relatada se repitió con frecuencia y cada vez más me emocionaba ingresar a esa zona peligrosa y veía como muchos técnicos, médicos y enfermeras, hacían todo lo posible por no estar ahí. Sentía vergüenza ajena. Claro que muchos de estos eran jovencitas y jovencitas, recién contratados por la pandemia y con expresión de temor escrita en sus rostros.

En mi tercera incursión, le avisé por celular a mi esposa lo que estaba haciendo, “para no aburrirme” por las tardes, así es que lo primero que me dijo fue: “estás loco? ¿para qué te metes donde no te llaman?”. Mi respuesta fue un simple no te preocupes amor. Al llegar a casa la encontré llorando y me abrazó muy fuerte diciéndome que no quería que me enferme ni me pase nada. Le dije que estuviera tranquila que iba a hacerle caso. Hasta ahí no me sentí mal ni nada. Por esos días solo me

comunicaba telefónicamente con mis ancianos padres y mi madre se sentía orgullosa cuando le contaba que veía ya pacientes COVID.

Así es que, pasaba el tiempo y nos asignaron la labor penosa de hacer el llamado triaje diferenciado. Empezaba feliz mi labor día a día, porque, por el toque de queda no había gente ociosa caminando por la calle sin razón. Muy a mi pesar, en ese distrito de Vitarte, muchos y muchas andaban por las calles para ir a comprar pan o la bodega por tonteras y sin usar mascarilla o iban en grupitos de lo más tranquilos. No se veía casi microbuses, que dos meses atrás iban agolpados de pasajeros.

Me encontraba con, imagino, trabajadores esenciales, yendo a pie a sus destinos; sin protectores faciales y pensaba: esos ya se contagiaron y no lo saben aún ... ¿cuántos de esos irán por la emergencia? Y jugaba a calcular el tiempo que enfermarían. Llegaba al hospital y había cerca de 200 personas para ser evaluadas, la mayoría venía ya sintomática. No me sentía asustado como la mayoría de mis colegas (sólo quedamos 12) porque nos embozábamos hasta los dientes y aunque generalmente no nos daban el equipo completo, estábamos hasta contentos porque gente anónima y el cuerpo médico también al menos en dos oportunidades se preocupó por nosotros, había dado mascarillas apropiadas (la famosa N95), que un mes después adquirimos en cantidad y que guardo aún en mi casillero para poder atender a cualquier paciente.

Venían pacientes desfalleciendo en la emergencia y los pasábamos de frente, y muchas veces, según percibí, la familia venía desconsolada pero algo preparada porque muchos de esos pacientes, que al inicio eran adultos mayores, morían máximo a las 2 a 3 horas de haber ingresado al hospital. En una oportunidad, acabando esas tres horas de atención, me tocaba ya ir a mi otra actividad, el consultorio de atención inmediata de emergencia, donde venían pacientes a quienes alegremente y hasta con fe, recetábamos el llamado "protocolo COVID-19": azitromicina, paracetamol e ivermectina. Eso me daba la falsa seguridad de hacer el bien con los demás, incluyendo a colegas que, uno a uno se fue enfermando (éramos pocos y cada vez quedábamos menos). Viendo

hacia atrás, noto que no era consciente de nada. Recuerdo que la mayoría me decía: “yo pensé que nunca me iba a contagiar”. Esa es la razón por la que no me hacía la prueba rápida a cada rato, como otros (querían ser “IgM positivos” para irse a sus casas y no regresar). El miedo es algo humano y creo que dadas las circunstancias era normal sentirlo.

Pasé por la emergencia para ver si podía colaborar en algo y al entrar por el mortuario, vi gritar al personal de limpieza, que, con ayuda de una agente de seguridad, a duras penas podían mover un cadáver envuelto en bolsas negras. Vi el asco y el miedo en sus ojos y me acerqué a ayudarlas, en el preciso instante que un técnico de enfermería muy querido por mí y muy bromista, las ayudaba con ese tema.

En menos de un mes, ese técnico gordito, alto y bonachón, diabético, además, agonizaba en una de las unidades de cuidados intensivos del Almenara, donde con pena ambos nos despedimos, pues él sabía que no iba a sobrevivir. Ese técnico, quien no usaba bien generalmente su Equipo de Protección Personal (EPP) pero siempre derramaba risa y ánimo al encontrarte con él; se sacrificó, según me contó una tarde, previo a enfermarse, porque no había personal en emergencia ni en hospitalización (“doctor, se han fugado”) y tenía que ganar horas extras para poder darle ese dinero a su hija para su nieta de meses de nacida (él había firmado un papel dado por la Jefatura de enfermería, muy discutido, de exoneración de responsabilidad por si enfermaba).

Recuerdo que aquella tarde, los cadáveres se salían del pequeño ambiente que se usó por muchos años como mortuario y las etiquetas se despegaban de las bolsas negras, un espectáculo digno de una película de terror, pues no había cámaras frigoríficas y por esos días, no había mucha decisión sobre cómo eliminar los cuerpos de los fallecidos, ni quien lo debería hacer (no hay nada escrito en el Manual de organización y funciones ni en su Reglamento) y no venían las empresas funerarias. Este problema de infraestructura es tan antiguo como el hospital. Tiempo después ya hasta faltaban las bolsas negras y el espectáculo triste y desolador de un cuerpo que se descomponía con el paso de los días, daba

paso a olores diversos, como reclamando por salir a descansar a un mejor lugar.

Ya las escenas de gritos, llantos, insultos y demás, por parte de la familia, no me sorprendían para nada. Lo habitual era tratar de salvar gente por la mañana, ayudar por la tarde a cuantos se podía y por la noche, apoyar las emergencias y unidades de cuidados intensivos de varios hospitales, ante la ausencia de médicos especialistas y tratar de enseñar algo a tanto médico joven, inexperto y perdido que hacían turnos que otros colegas mayores debieron hacer. Se notaba la desesperación de no saber qué hacer ante esta enfermedad rara y nueva y pocos lo verbalizábamos. Había que ser así, meterle punche como se dice y afrontar al toro por las astas (lucha desigual si me preguntan).

De tanto en tanto, me daba cólera al encontrar algún “dizque médico”, validado no sé cómo por el Colegio Médico, venezolano o cubano, que fuera de ser inexpertos, lo que no es pecado, hacían y deshacían en sus turnos, causando más bajas que el COVID-19, por su ignorancia atrevida y desconocimiento total por un nivel académico totalmente deficiente. Felizmente, las jefaturas nos empezaron a hacer caso a los pocos especialistas que estábamos y los echaban del hospital para contratar a médicos peruanos.

Era curioso ver las tomas de oxígeno que se ingeniaban algunas enfermeras y técnicos para distribuir el poco que había entre los enfermos, para prologar la vida de tanto enfermo, problema álgido de la gestión y causante directo de fallecidos por su ausencia; esto fue generalizado a nivel nacional por la pobre preparación previa de las autoridades, quienes está acostumbrados a que los trabajadores de salud hagamos milagros con lo poco que tenemos: somos ingeniosos pero ingenuos por no reclamar a tiempo también.

Al conversar con colegas y amigos de otros hospitales, hablábamos de los pocos médicos que atendían; así que feliz, con mis colegas, organizábamos turnos que nos distribuíamos en los casi 20 grupos de WhatsApp que habían creado y de los cuales formaba y formo parte aún,

para ir a apoyar a las emergencias y a las UCI. Gracias a Dios, a los gerentes de Essalud se les ocurrió la brillante idea de permitirnos laborar en varios hospitales, por lo que el concepto de Red desapareció y así, como muchos médicos, ocupaba mi tiempo al 85% entre las emergencias y UCI de los tres grandes hospitales y veía con desazón como muchas veces se acababa el oxígeno y morían pacientes por eso o faltaba tal o cual medicamento y se hacían cadenas solidarias para llevar y traer medicinas que pasábamos clandestinamente para tratar de salvar la vida de los pacientes. Duele reconocer como médico, que la gestión de medicamentos también falló, en momentos tan cruciales y los pacientes no tenían responsabilidad, pues eso son: pacientes.

Una muy buena amiga de la Gerencia me llamó por el mes de mayo, no recuerdo la fecha exacta y me preguntó si conocía a algún especialista para traer colegas enfermos, la mayoría graves, del norte del país. Le dije que me ofrecía feliz. Y en esa fecha, mi esposa se enojó conmigo, porque se enteró, al leer mi celular mientras me bañaba antes de salir de casa, que yo seguía entrando a las áreas COVID. Recuerdo que al segundo día de no hablarme y tener yo que prepararme mi desayuno, pues salía de casa 5 de la mañana, la llaman de su casa en provincia y le dicen que su madre primero y horas después su padre, enfermaron gravemente y estaban en la emergencia del hospital allá. A los dos días, viajó con mi pequeño hijo a provincia, porque inexplicablemente, el Gobierno aún permitía los viajes por avión al interior, situación de fastidio para mí, pero que a la postre, viéndola ahora, fue de suma utilidad para mi labor como médico de UCI, pero me invadía una sensación de soledad, por lo que ocupaba mi tiempo trabajando. Se fue llorando, triste por dejarme, sin saber ambos que no regresaría hasta octubre porque ni bien pisó su tierra de origen, el Gobierno canceló los vuelos al interior del país, justo cuando su provincia empezaba con la escalada de casos nuevos y muertos por COVID-19. Era llanto y medio risas las comunicaciones con ella y mi bebe que ni se daba cuenta de lo que pasaba a su alrededor.

Es así que, en coordinación con mi colega, y apoyándome en ella por sus buenas influencias y las mías, venían a recogerme a casa y por suerte,

viajaba en avión para traer colegas enfermos, sin afectar mis turnos en las UCI a las cuales iba. Era un sentimiento de cólera y fastidio sumado con vergüenza, al llegar al sitio para traer a los colegas, porque los pilotos escaseaban (se morían de miedo de contagiarse), ya que más de las veces no contábamos con las cápsulas para el transporte de los pacientes. A veces perdíamos horas valiosas en esperar que buenamente, la cruz roja o el MINSA, previa llamada a alguien importante, nos diera una ayuda. Me siento feliz porque viajé doce veces y ningún colega, de los 72 que ayudé a traer a Lima murió. A diario veo aún mi celular con los nombres de cada uno y cada semana, recibo por lo menos un mensaje o llamada cariñosa, de las esposas o hijos o del propio colega, como agradecimiento por la ayuda recibida y mis ojos se hacen de vidrio y sonrío porque, así como yo, sé que pude salvar a seres humanos valientes que se contagiaron por ayudar a su prójimo.

El viaje más triste que hice fue a la ciudad de Iquitos; días atrás un colega me envió un video corto que más parecía una escena de The Walking Dead, esa serie extraña de zombies: gente desplomándose como moscas en las calles y en las puertas del hospital. La prensa, fiel a su estilo, nunca mostró, hasta donde supe ninguna imagen de éstas, aunque sea para que las autoridades hicieran algo. Llegué allá y fui testigo de horror de esas imágenes que parecían de otra realidad: muertos en la calle y otros muriendo en la puerta de los hospitales, que tenían que cambiar los accesos para que niños y ancianos, que acudían también a los establecimientos de salud no se toparan entre sí. Al ingresar, mi colega, que un mes después, con mucha pena lo digo, enfermó y murió por falta de medicina de soporte y un ventilador mecánico en su propio hospital, ya tenía en su mano, las siete historias de referencia, que como ocurrió horas después, nos jugábamos como cartas de una baraja, para colocar a cada enfermo en una u otra UCI, ya que, si a las 3 pm había una cama, ésta se podía ocupar y al llegar ya no había para el enfermo que se transportaba.

Más cólera daba saber que estos pilotos cobraban 22 mil soles por vuelo, según ellos por el riesgo de volar y contagiarse ... y el Colegio Médico, quien publicaba en las redes sociales que ellos financiaban estos vuelos,

hecho falso pero seguro con alguna ansiedad política posterior. Al ver la inconsciencia de la gente, muchas UCI empezaron a guardar camas para personal de salud y sus familiares directos, y es así que haciendo maniobras de prestidigitador lográbamos ubicar a tal o cual en una unidad especializada de soporte.

La gestión dentro del hospital no daba para más. Los problemas de infraestructura se sumaron a los de siempre: faltaban camas y sobraban pacientes, desde antes de la pandemia, pero también debía guardarse el distanciamiento, así que la destrucción de la parte delantera del hospital para dar paso a lo que en octubre se inauguró con bombos y platillos (tardío creo) al estilo Essalud, permitió, positivamente, ganar un área nueva para poder atender pacientes infectados, con un mejor sistema de ventilación. Estas mejoras se plasmaron en octubre finalmente, pero la vieja emergencia estaba hacinada, tenía pocas líneas de oxígeno, poco personal y las condiciones nunca fueron las mejores. También es nuestra culpa, porque no hacer nada y dejarse maltratar nos hace responsable, negligencia le llaman a eso, o resignación ...

La emergencia más triste y desalentadora fue la del Almenara, porque las autoridades cargaron a Vitarte II, San Isidro Labrador (que se convirtió luego en el fracaso llamada UVI del Este) y el hospital de emergencias Grau como hospitales COVID, sin tomas de oxígeno apropiadas, infraestructuras viejas, inadecuadas, parchadas y mal distribuidas; pero a mediados de junio ya no pudo escapar a la realidad y recuerdo esa tarde de junio cuando no pude estacionarme al llegar a mi guardia nocturna, porque habían designado la cochera como zona de atención en carpas, porque había tal cantidad de pacientes en la emergencia, en silla de ruedas, pocas del hospital y la mayoría comprada por los pacientes y con balones de oxígeno de diversa procedencia (llenados por los familiares) ya que el gran hospital no se daba abasto para siquiera llenarlos de este medicamento.

Eran más o menos, cien sillas en cada ambiente y muchos morían ahí, adentro del hospital, mientras los médicos en las dos emergencias,

trabajaban lo más rápido que podían, aún con deficiencia de muchas medicinas. En cada guardia me enteraba que el personal, de limpieza y de seguridad, había en su mayoría contagiado, enfermado y fallecido con una rapidez única, ya que ni su empresa contratante ni Essalud les proveía del EPP completo, ante el desabastecimiento general a nivel nacional y por órdenes “superiores”, hecho comentado en voz baja pero nunca tratado seriamente. Estos servidores humildes y mayores de 50 años en su mayoría fueron, una vez muertos reemplazados por fuerza joven (pocos nos dimos cuenta de esto).

No teníamos tiempo para sentir algo, éramos autómatas tratando de ayudar a los pacientes, a los médicos (hombres y mujeres) más jóvenes que iban ganando experiencia y a la vez, a nosotros mismos. Y obvio debo recordar que cada tratamiento “internacional” aprobado dos días atrás era descartado con la misma velocidad; me contentaba leer cada día información nueva y recordar viejos conceptos, que de oftalmólogo ya ni toco con mis médicos residentes, y discutir en el almuerzo o los zooms de madrugada, de manera virtual, el curso a seguir ante la sintomatología que se iba presentando y variaba entre paciente y paciente.

Como ex miembro de las fuerzas armadas, aún, como muchos otros, tengo amigos y conocidos en la fuerza militar y policial; de éstos últimos, muchos pertenecen a emergencia y tuve la suerte y oportunidad de poder apoyar a varios de ellos, de los cuales solo falleció uno, porque venían sus pares a buscarme para evaluarlos en sus casas o a sus familiares y eso era una aliciente personal para seguir adelante, como también pena porque muchos de ellos, enfermaban por estar en contacto con pobladores desordenados que salían sin mascarilla o andaban en grupos o en reuniones bebiendo licor. Como a muchos otros, su institución los abandonó. Fueron 27 subalternos de la unidad de emergencia que pude ayudar.

Fue a finales de mayo, en Vitarte, cuando por insistencia de un amigo, ya que en nuestras charlas vespertinas en la consulta COVID de emergencia, contábamos que sentíamos y lo que cada uno pasaba en otros hospitales,

me insiste a que nos realicemos la famosa prueba rápida. Aquellos días, al igual que él, me había sentido un poco agitado al subir las escaleras. Renegando acepté hacerme la prueba y a las dos horas, nos llaman al celular y nos expectoran 14 días a aislarnos en casa, pues éramos “COVID positivos”. Nos dieron lo usual en esos días y mi amigo más asustado que yo, me llamó por la noche y coordinamos con un residente de Grau y nos tomamos en la madrugada una tomografía de tórax: ambos con neumonía con afectación del 30% de ambos pulmones. Me dio risa recuerdo porque nadie del hospital supo de esto hasta nuestro regreso y nos monitoreábamos entre nosotros.

Recuerdo que, en esos 14 días, nunca, excepto mis colegas de lucha de oftalmología y mi amiga de la Gerencia, me llamaron para saber cómo estaba. Eso fue triste creo. Al regresar sí mucha gente, incluyendo el nuevo jefe de emergencia me buscó y estrechó mi mano porque sabía que éramos necesarios y sin decir nada, porque bien pudimos irnos a trabajo remoto (**DU N° 026-2020**), regresamos a atender pacientes como siempre. Hasta hoy me canso un poco al iniciar alguna actividad física, pero luego se me pasa, así que creo que es lo que llamamos nosotros “psicoseo”. Mi esposa, obviamente estaba más preocupada por sus padres enfermos que habían ya mejorado, pero también estaba feliz por mis 14 días y me dijo, ya te veo la otra semana ... le suspendieron el pasaje 8 veces ... así que, con mucha pena, pasaba el tiempo y solo celebraba por llamadas el “mesario” de mi bebe y lo más triste fue no pasar con ellos su primer añito, previa cancelación de su pasaje aéreo a Lima.

El tema de las pruebas era “un tema”. Como muchos colegas, incluyendo a dos capos (nunca se los digo para que no se lo crean) de la emergencia, empezamos una investigación seria sobre las dichas pruebas, y llegamos, como su creador, a la triste conclusión que no servían de mucho. Y hasta donde tengo entendido, la única que se aproxima a orientar seriamente sobre el COVID en nuestro organismo es aquella donde se titula los anticuerpos.

Ya recuperado, fui designado como médico de salud ocupacional y el Gobierno dio luz verde al trabajo de oftalmología presencial a nivel particular, hecho que me puso contento porque empecé a atender en mi consulta privada a mis pacientes. ¿Y por qué contento? Porque Essalud nos prometió un bono de 6 mil soles mensuales por trabajar en áreas COVID, cosa que nunca cumplió. Y por eso, ya tuve dinero para pagar las deudas que, como pasa en países como éste, no le importa si hay lluvia, sol o COVID-19: las hipotecas y demás gastos siguen ahí. Al menos, cuando iba a comprar con mi chaqueta blanca de Essalud, a un centro de abastos o iba por necesidad a un banco, en mi “hora libre” semanal, cuando hacía turno mañana, pasaba primero sin hacer la cola de más de 100 que había y recibía muy buen trato de la gente que no se quejaba. Más bien se sentía bien porque me regalaban agua, gaseosas o quequitos en el camino. Al menos la gente de la calle reconocía nuestra labor, porque esto mismo les pasaba a muchos de mis colegas en varios puntos de la ciudad.

Pasaban los meses en este trajín, sin pensarlo, y ya el desabastecimiento de medicamentos disminuyó (o quizá es que ya no se necesitaban ¿no?) y sobraba el EPP, hecho feliz, aunque tardío. Ocurrió que, de golpe, en agosto, los cirujanos, traumatólogos y pediatras, obvio los poco no abstraídos, a su mismo ambiente de trabajo, y el hospital pasó a ser “no COVID”, según la Gerencia Central, pero los que estábamos nos mirábamos las caras y nos preguntábamos: ¿la pandemia ya acabó?

Y con este retorno se perdió el orden, la limpieza y las ganas de cuidarse. Pasaban por los pasillos y nos miraban con nuestro EPP puesto como a bichos raros. Yo pensaba: ¡que se contagien! Aunque de los que se fueron a ese local alquilado por Essalud, -donde no podían operar a nadie por las propias restricciones impuestas por el director de ese hospital del MINSA- el 100% ya se habían contagiado; era la Clínica San Juan de Dios (ésta, la de la Teletón) ... siendo así, qué le podía pedir o exigir a la gente de la calle si ni los jefes daban el ejemplo, pero frescamente enviaban memorándums sobre “el correcto uso del EPP”. ¿Dónde está el ícono respectivo en Word? ...

Los hombres, la mayoría, nos preocupamos lo mínimo necesario por nuestro aspecto físico, pero siempre, incluyendo a mi colega de oftalmología, nos preguntábamos quién nos pagaría el láser para quitarnos las manchas ocasionadas por el uso constante y largo en tiempo de las 4 mascarillas que nos poníamos a diario. He visto hasta narices que se hicieron aguileñas. Al llegar a casa, aún veo mi maceta con mi sábila, mutilada, como mudo testigo de la preparación casera de mi poción mágica made in YouTube para aliviar el dolor después de 3 días de trabajo.

Las escenas de muertos y expresiones de dolor habían disminuido, pero aún de tanto en tanto llegaban en tropel muchos familiares para saber de sus enfermos. Como muchos otros, yo usaba mi Tablet o el celular para, en algunos casos se “despidan” de su paciente o cuando se recuperaban, pudieran hablar. A estas alturas, entre agosto y setiembre, entre mis colegas de oftalmología que nos habíamos vuelto como hermanos olvidándonos de las rencillas anteriores, nos invadía una desazón porque si bien ya no veíamos muchos pacientes con COVID-19 en la consulta, ya estábamos aburridos y veíamos como la gente, circundante al hospital, andaba o hacía sus actividades como si no hubiera pandemia. Decidimos, por tanto, trabajar en lo que era lo nuestro y para octubre, volvimos, felices a atender pacientes de oftalmología y ellos también venían así y nos contaban su experiencia, muchas de ellas triste, de su madre, padre, hermanos o hijos fallecidos por COVID.

Y llegó el mes de setiembre y la cantidad de casos iba bajando, pero según vi, sin sorpresa, además, eran porque igual se morían en su casa ya que muchos preferían tratarse en su casa o con algún médico conocido o recomendado y se automedicaban a más no poder, vieja costumbre peruana. Ya nada sorprendía. Y obvio, como lo señalaban las estadísticas, el número de muertos no bajaba. Eso de los casos es un cuento para mí, porque tampoco se hacían pruebas ya.

A pesar de todo, creo que nuestro medio, nuestro hospital y nuestro país es más fuerte que muchos que nos rodean geográficamente. Mi prima

hermana, ciudadana americana hace más de 30 años llegó a inicios de noviembre. Me dio vergüenza que allá, en Florida, uno de los lugares con alta tasa de contagios, no realicen siquiera una prueba decente para esta infección. Se demoró una semana en conseguir un laboratorio que no tardara una semana en dar los resultados. Lo que sí envidio y por eso cuento esto, es que, al pasar por el aeropuerto, mediante un escáner, figuraba dónde, cuándo y a qué hora se realizó la prueba. El sistema de gestión de laboratorio funciona cercano a la perfección y en el hospital, aun se entrega (así fue desde marzo a octubre) el reporte a mano ...

El mes de octubre para mí transcurrió sin novedades, porque solo hacía ya pocos turnos en UCI, pero el manejo de los familiares era más fluido, aunque la cantidad de fallecidos era el usual de otros meses. Igual nos alegrábamos cuando salía un paciente de la unidad. Lamentablemente si algo me ha enseñado esta enfermedad es que lo peor viene después y aún no sabemos nada, porque las secuelas neurológicas son tan diversas, tardías e incapacitantes, como he visto en tantos pacientes, amigos y colegas. Me queda la esperanza aún, al menos para los míos, porque la mayoría piensa que esto acabó y para mí es solo el comienzo de algo más terrible. Habrá que estar atento, como dicen por ahí: “Dios es peruano”. Veremos qué pasa.

Perspectiva histórica de un médico de UCI (47 años).

4.2 Análisis general de la investigación

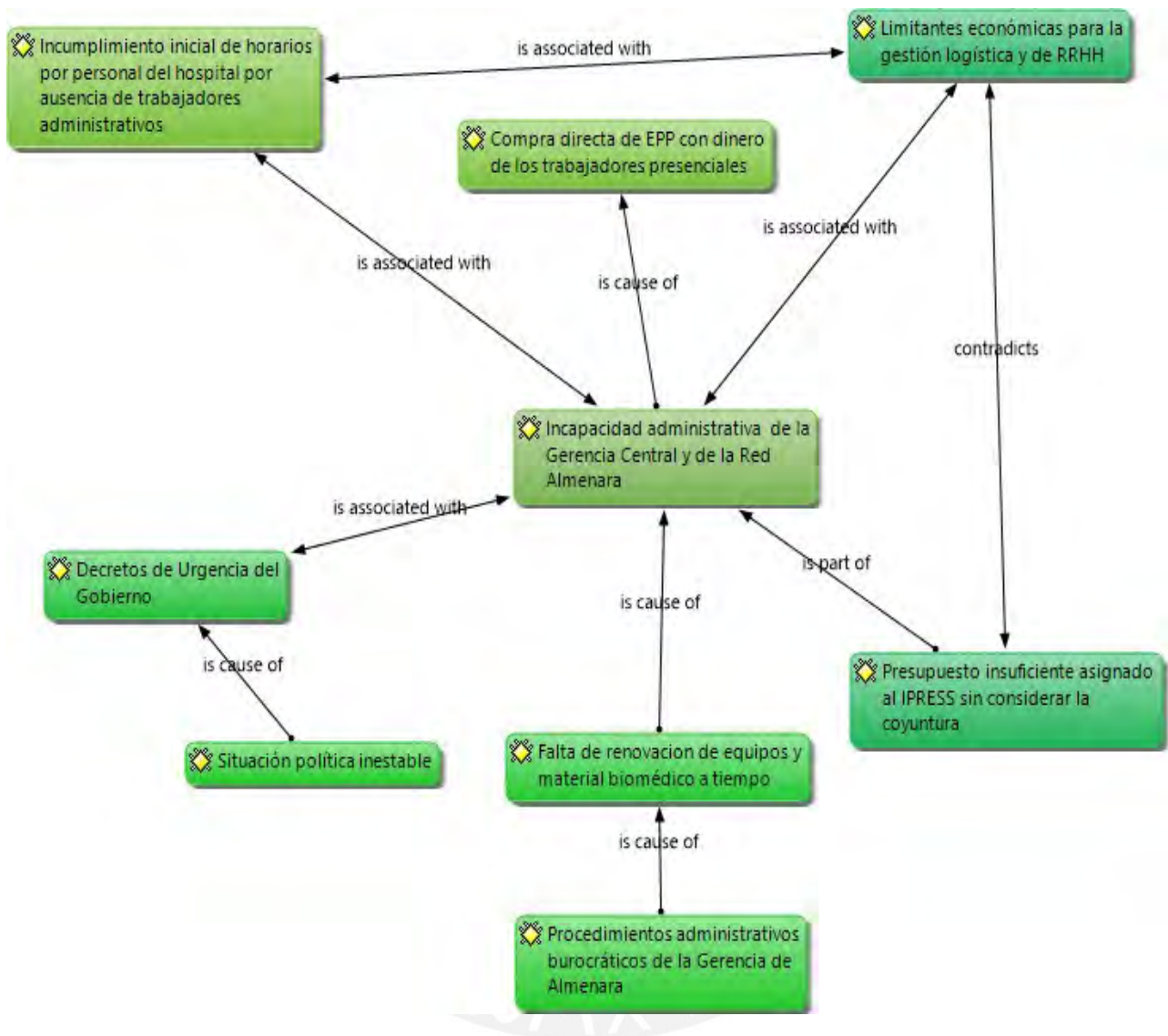
Para los proveedores de salud, el hecho de trabajar en condiciones deficientes, permitió que, desde el inicio de la pandemia, por la falta de organización previa en infraestructura del hospital, la falta de ventiladores mecánicos, sumado al miedo a contagiarse y morir tanto del personal de salud, como por parte de la familia de los enfermos, provocó en estos últimos, un abandono y rechazo familiar de diverso grado que dejó al paciente más aislado y postrado, además de las condiciones propias de la hospitalización, al igual que en su domicilio con muertes reportadas muchos días después de ocurridas por falta de asistencia,

lejanía de los centros de atención hospitalaria y falta de comunicación con sus familiares y las condiciones iniciales del aislamiento.

El análisis realizado a través del AtlasTi, generó diversas redes, que se presentan a continuación en diversos gráficos.

Como se aprecia en el **Gráfico N° 1**, podemos responder la **pregunta 5** sobre la forma de implementación de los procesos de gestión de recursos humanos, donde la novedad de la presentación de la enfermedad, la falta de conocimiento de la misma y de una política pública de salud en el contexto de una pandemia, sin personal calificado, sin jefaturas o gestores adecuados, sino improvisados, aunque con buena intención. A pesar de los intentos con los DU de gestionar recurso humano que cubriera plazas de los profesionales ausentes, y de la aprobación del ente rector y el Colegio Médico para graduar rápidamente y acelerar o abortar el SERUMS, lamentablemente sumó personal proveedor sin experiencia ni capacidad resolutive, con sueldos aparentemente elevados (que en muchos casos no fueron pagados), jugó un papel negativo en el proceso de gestión del recurso humano, todo lo contrario a los planes de contingencia que fueron diseñados y que debían cambiarse continuamente. Además, a diferencia de otros países, ningún personal de salud abstraído (a pesar de tener una enfermedad estable) tuvo la hidalguía o valor de retornar a sus labores, aún con el conocimiento de que sus ausencias, bajo responsabilidad, causarían y causaron muchas muertes, por la inexperiencia del personal contratado que laboraba en áreas de cuidados críticos, fuera del desconocimiento de las normas de bioseguridad, procesos propios de personal en constante práctica y capacitación, otro factor que ni la Gerencia ni los gestores predijeron a tiempo, con una reacción muy tardía, sumado al desabastecimiento de equipos de monitoreo, ventiladores mecánicos, insumos y refacciones, tendido de redes de oxígeno previamente inexistentes como infraestructura antigua y desfasada.

Gráfico N.º 1: Red de elementos sobre la capacidad administrativa deficiente de la Gerencia Central y de la Red Almenara



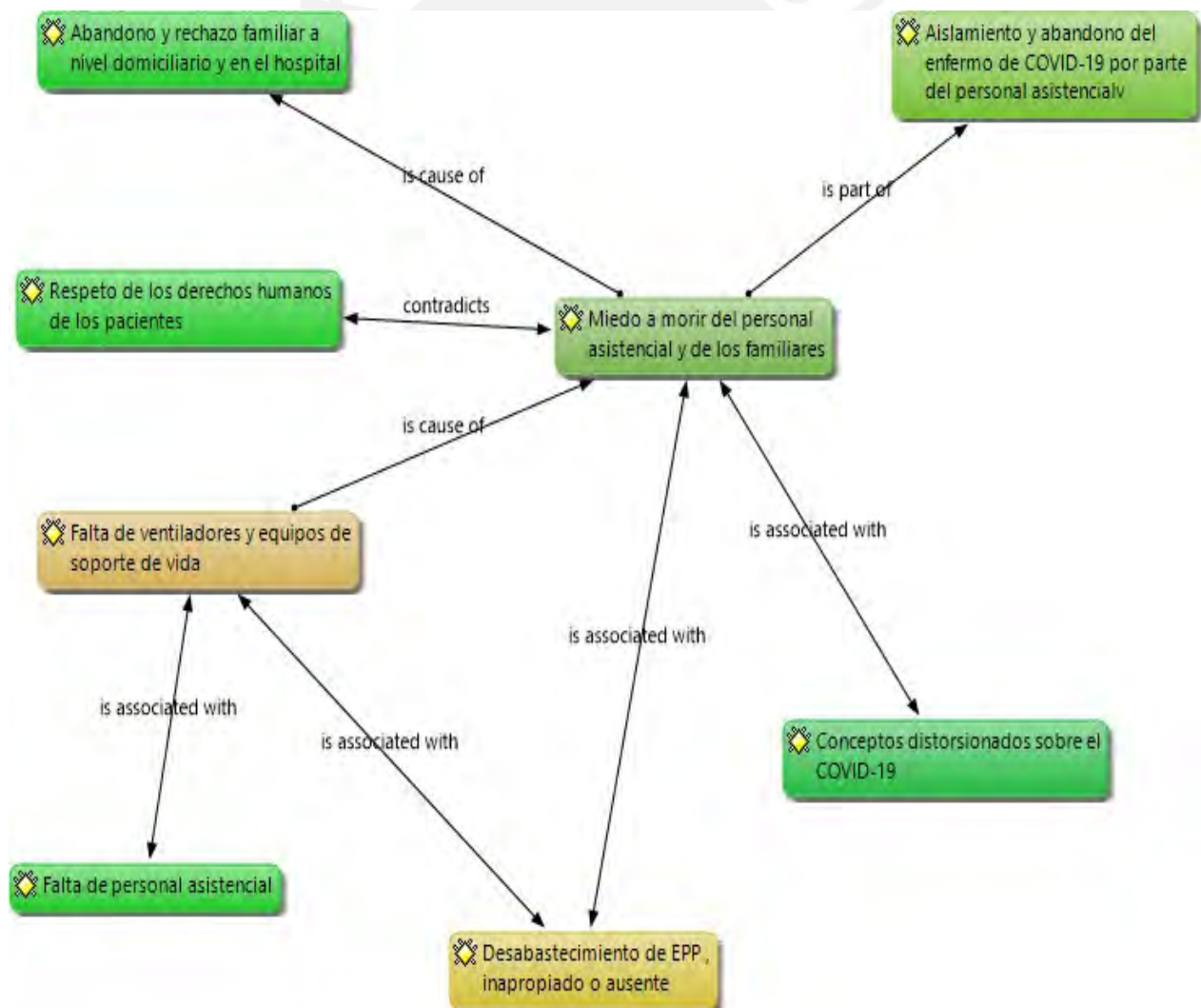
La falta de apoyo inicial de la Gerencia por su incapacidad administrativa, se describe en dos puntos esenciales: no se contó con el apoyo logístico necesario (material biomédico, medicinas, repuestos de las máquinas, personal de salud en calidad y cantidad) hasta *muy avanzada la pandemia del COVID-19*, faltando éste desde el inicio. Existió falta de planeamiento, conocimiento de la realidad, falta de compromiso con los trabajadores que quedaron en labor presencial (cerca del 85% se retiraron por los Decretos

de Urgencia del Gobierno, ante una situación política inestable en ese momento), el cumplimiento de otras metas por una equivocada priorización (gasto en propaganda en televisión, radio e internet minimizando la real dimensión de la nueva enfermedad y sus consecuencias). El personal diezmado en número y calidad, debía acomodarse a trabajar en un entorno inseguro que lo obligó, por la inexistencia de equipos de protección personal, a adquirirlo con su dinero. El segundo punto fue la falta total de equipos de protección personal, que incrementó sobremanera el número de contagios y muertes dentro del personal proveedor (médicos, enfermeras y personal técnico), así como del personal de limpieza y de seguridad; sumado a los horarios, incumplidos, más que por decisión del personal, por las horas tan cambiantes de toque de queda, en relación a la falta de movilidad y problemas de circulación (no existían unidades de transporte público, personal que lo realice y por miedo al propio contagio y de sus familiares). El monto económico contemplado en el presupuesto regular, de octubre del año pasado, se dirigía a las enfermedades crónicas, la atención de las emergencias comunes, pero no a que prontamente iba a ocurrir un desabastecimiento local, regional, nacional y mundial de medicamentos, insumos biomédicos, equipos obsoletos y en espera de reposición (prepandemia un tiempo normal de 4 años demora el trámite administrativo con la Gerencia de la Red Almenara).

Desde el punto de vista de la Gerencia Social, no se tomó en cuenta aplicar los principios de eficacia, eficiencia y/o efectividad, pues no solo no se consideró la mejora de equipos básicos de emergencia para la atención de pacientes críticos (ventiladores mecánicos, infusores, tendido nuevo de la línea de administración de oxígeno, repuestos), fomentar la capacitación del personal, ni convocar a personal capacitado y con experiencia en el manejo de este tipo de situaciones (la Gerencia Social requiere anticipar los cambios por la coyuntura del entorno y las relaciones de los actores). El objetivo de considerar importante, tanto a los pacientes, sus familias, como a los proveedores de salud (asistencial, que atendía pacientes y administrativo, que debían encabezar los procesos de gestión

y comandar de manera ordenada un plan de acción necesario y muy cambiante) fue abandonado. Todo esto generó caos y desorden sobre quién, cómo, cuándo y dónde debía realizar una función específica y/o compartida, perdiendo la dimensión de asociatividad, propugnar las relaciones de confianza, lo que generó grupos dentro de los servicios y desorden para las atenciones, con una falta completa de liderazgo, compañerismo y compromiso, demostrando falta de actitud gerencial desde los niveles superiores de la Red Almenara.

Gráfico N.º 2: Red de Miedo a morir del personal asistencial y de los familiares



En el **Gráfico N° 2**, el miedo manifestado en acciones o actos de todos los actores involucrados, con poco acercamiento (aproximación normal para realizar la atención de un paciente, generalmente en los servicios de hospitalización) como fue el caso de algunas licenciadas de enfermería, que determinó un control clínico deficiente y por momentos inhumano, como lo expresó la **Licenciada de enfermería asistente del servicio de emergencia y medicina, consignada como entrevistada 1:**

Y sus colegas ¿con qué frecuencia la visitaban?

Iban a la hora que me tocaba la medicina y a veces acabando. Quizá por su temor *no se acercaban como debían*. Pero yo les decía: por si acaso no tengo lepra, no quiero que me besen. Le dije eso a la coordinadora, que no venían ...

Hubo que superar las ideas y creencias frente al COVID-19. Hasta las enfermeras, una de ellas sobreviviente a la infección del mortal virus, como ser humano sintió este miedo a morir. Por el lado de enfermería, el miedo al contagio, visto de varios ángulos, ha provocado alejamiento de los miembros de la familia y vecinos; también el mal uso del EPP, incumplimiento de sus funciones en el trabajo, a pesar que éstas no estuvieron determinadas de manera eficiente desde el inicio de la pandemia.

Como expresaron los entrevistados, muchos familiares, por el miedo al contagio y riesgo de muerte posterior, dejaban a sus familiares y sin querer tocarlos siquiera, “delegando” esa función a los agentes de seguridad, quienes en el transcurso de los meses que se desarrolló la pandemia, enfermaron y fallecieron, por cumplir más allá de sus funciones encomendadas (**agente de seguridad entrevistada**).

Los decretos de urgencia (**Normativa sobre estado de emergencia por Coronavirus 2020**), dados por el Gobierno central, tan cambiantes desde marzo, que dejaron sin personal esencial al hospital, como a tantos otros, con proveedores de salud mayores de 60 años primero (**Resolución Ministerial N°283-2020-MINSA**), quedándose abstraídos en sus casas, ganando un sueldo íntegro, con la promesa incierta de devolver turnos al final de la pandemia, que ni la Gerencia, ni sus planificadores teóricos tuvieron en cuenta en ningún momento; y luego se incrementó al personal mayor de 65 años (**Resolución Ministerial N°283-2020-MINSA**), aumentando con esto, la brecha de atención de pacientes, por dejar sin personal asistencial calificado; muchos de estos profesionales, que en total fue un 80% de abstraídos, muchos de los cuales presentaron excusas de salud no comprobadas y mucho menos investigadas o sancionadas por las autoridades de la Gerencia de la Red Prestacional Almenara.

Esto ocurrió en muchos centros de atención en todos los niveles y el hospital, como ya se explicó, no fue la excepción (**Médico asistencial especialista de UCI sobreviviente, consignado como entrevistado 8**):

pero ¿puede dar alguna opinión a lo que siente que le parece a mí este médico no ha tenido hipertensión o no era diabético y por qué no está trabajando?

A eso me refiero porque la cantidad de personal se redujo ostensiblemente y eso determinó, sumado a las deficiencias de estructura de logística que nos dejaran prácticamente sin personal para trabajar.

Pienso yo que un personal para poder ausentarse tiene una base y el personal que se encarga de ese tipo de permisos son los que evalúan si lo merece o no, es a ellos a los que se debe preguntar porque ellos son los que han evaluado a los colegas.

Uno de los aspectos señalados por la Gerencia Social resalta dentro de sus objetivos principales, el respeto a la igualdad de los derechos humanos y el mejorar la calidad de vida de las personas. En este contexto, la opinión, anhelos y capacidad de decisión fueron truncados de plano para los pacientes, pues su aislamiento, necesario por la contagiosidad de la enfermedad del COVID-19, el

grado relativo de abandono familiar (justificado o no), eliminó de manera progresiva esto y generó lo contrario al concepto de justicia social, donde los mal llamados vulnerables no lo eran más y la igualdad (no todos recibieron las mismas oportunidades de atención y tratamiento especializado) se tornó en desigualdad, anulando en muchos casos los derechos humanos de los pacientes. Ahora bien, según lo aportado por los entrevistados, se deja entrever, que la actitud de muchos familiares no fue humana ni acorde con la coyuntura y la necesidad de apoyo (propio de una red social bien constituida donde la familia es el foco principal), demostrando la pérdida común y constante de valores a lo largo del tiempo de nuestra sociedad. Desde el enfoque de derechos, las oportunidades y necesidades de los pacientes, sus familias y de los trabajadores del hospital durante la primera parte de la pandemia quedó fuera de contexto. Aquí, los bienes y servicios en relación con la política social en salud, no se tradujo en la expresión de los derechos de los pacientes y el resto de actores dentro de la investigación realizada.

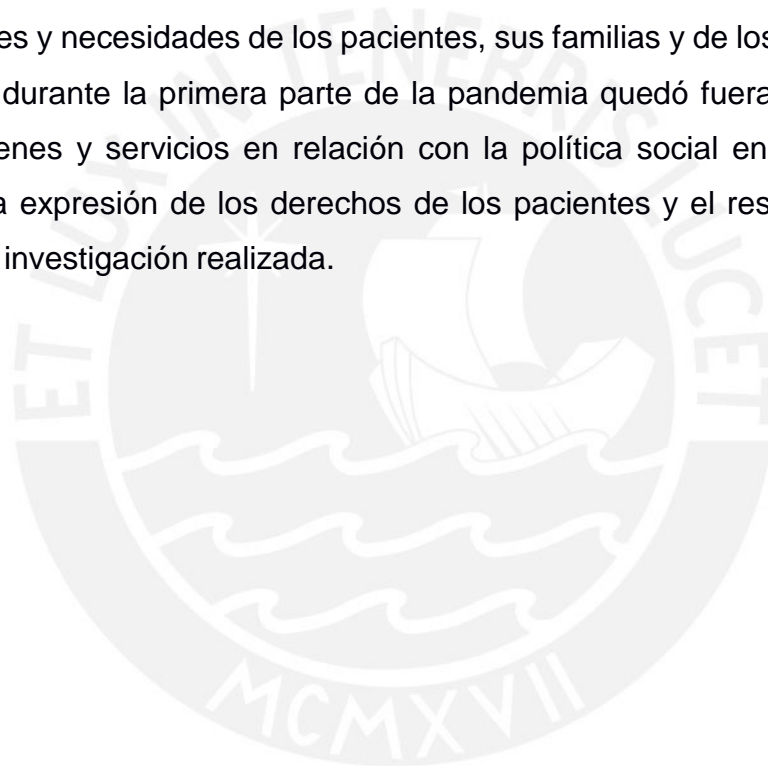
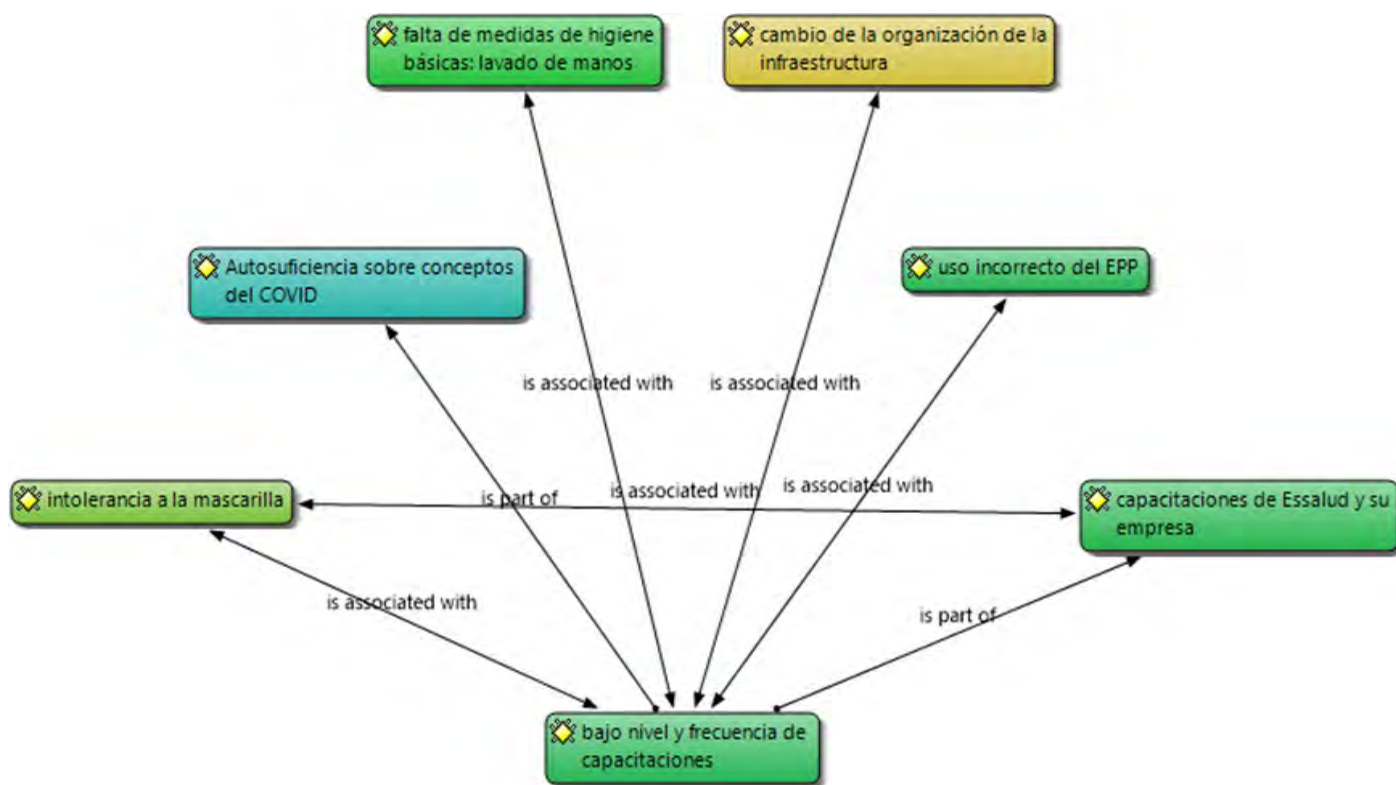


Gráfico N.º 3: Red de bajo nivel y frecuencia de capacitaciones del personal de salud de emergencia y hospitalización



Para construir una propuesta viable como plantea la Gerencia Social, esta debe ser para la gente y con la gente, demostrando las habilidades gerenciales en el manejo de situaciones problemáticas, previniendo acontecimientos inciertos que deben manejar los actores sociales en una realidad cambiante como la nuestra; sobre todo cuando se trata de personas y sus vidas, como en el caso de los enfermos y sus familias, a cargo de otros seres humanos, representados en este caso por el personal de salud presencial. Para su correcto desenvolvimiento, deben reunir condiciones mínimas, como una adecuada preparación académica, experiencia clínica en el campo, manejo de tecnología, resolución de conflictos, empatía, compromiso, entre otras cualidades. La suma de estas y la de sus colegas, bajo el principio de asociatividad, por ejemplo, hacen oportunas y eficientes sus intervenciones cuando el riesgo de vida es el tema en cuestión.

Por tanto, en la óptica de la Gerencia Social, para que estos objetivos se cumplan, el llamado background debió ser una de las preocupaciones principales de los gestores del hospital.

El nivel y frecuencia de capacitaciones fue desde el inicio fue muy desordenado, e identificamos como primera causa: la total ausencia de autoridades y gestores debido a los permisos, enfermedad y sobre todo los Decretos de Urgencia (85% del personal del hospital se fue a su casa a trabajar, no todos, en remoto). No hubo quien llevara el mando, se creó confusión y en cuanto a este tema, cada servicio intentó organizar una serie de capacitaciones, que obviamente eran sobre la marcha, porque desde el uso correcto del EPP sumado a la ignorancia propia del momento, no se sabía ni como dónde usarlo ni por qué tiempo. Las exiguas capacitaciones eran de noche, con personal sin experiencia previa, recién graduado, ante una enfermedad nueva, con turnos de más de 24 horas, pocas horas de sueño y con información internacional tan controvertida, poco confiable y que día a día cambiaba. Este gráfico extraído del Atlas Ti, pretende explicar la pregunta 4 respecto al grado de conocimiento de los usuarios sobre los recursos a su alcance y bajo la visión de la Gerencia Social, señala lo contrario a implementar una estrategia en favor de los actores de una intervención, considerando a los procesos de capacitación del personal de atención de áreas críticas y hospitalización como parte de la formación del capital social comunitario del hospital, en beneficio de los sujetos de derecho (pacientes y sus familias), pero también tomar en cuenta al personal asistencial (médicos, enfermeras y técnicos). Es un aspecto a considerar para mejorar las capacidades y aptitudes de los actores y esto es una arista dentro de los contenidos del respeto de los derechos humanos e insisto, tanto de los pacientes, como del personal de salud que velaba por su estado de salud.

Sin un nivel planificado y adecuado de capacitaciones la única información al alcance de los proveedores de salud y el resto del personal se daba día a día. Aunque es inherente a la formación en salud, no hubo de manera expresa ninguna declaración sobre el manejo de los derechos humanos, tanto de los pacientes como de los que atendían (recibir informar, transportar cadáveres si era el caso) a los afectados. En el transcurso de la primera ola era común escuchar y ver la falta de uso correcto o simplemente su uso les incomodaba.

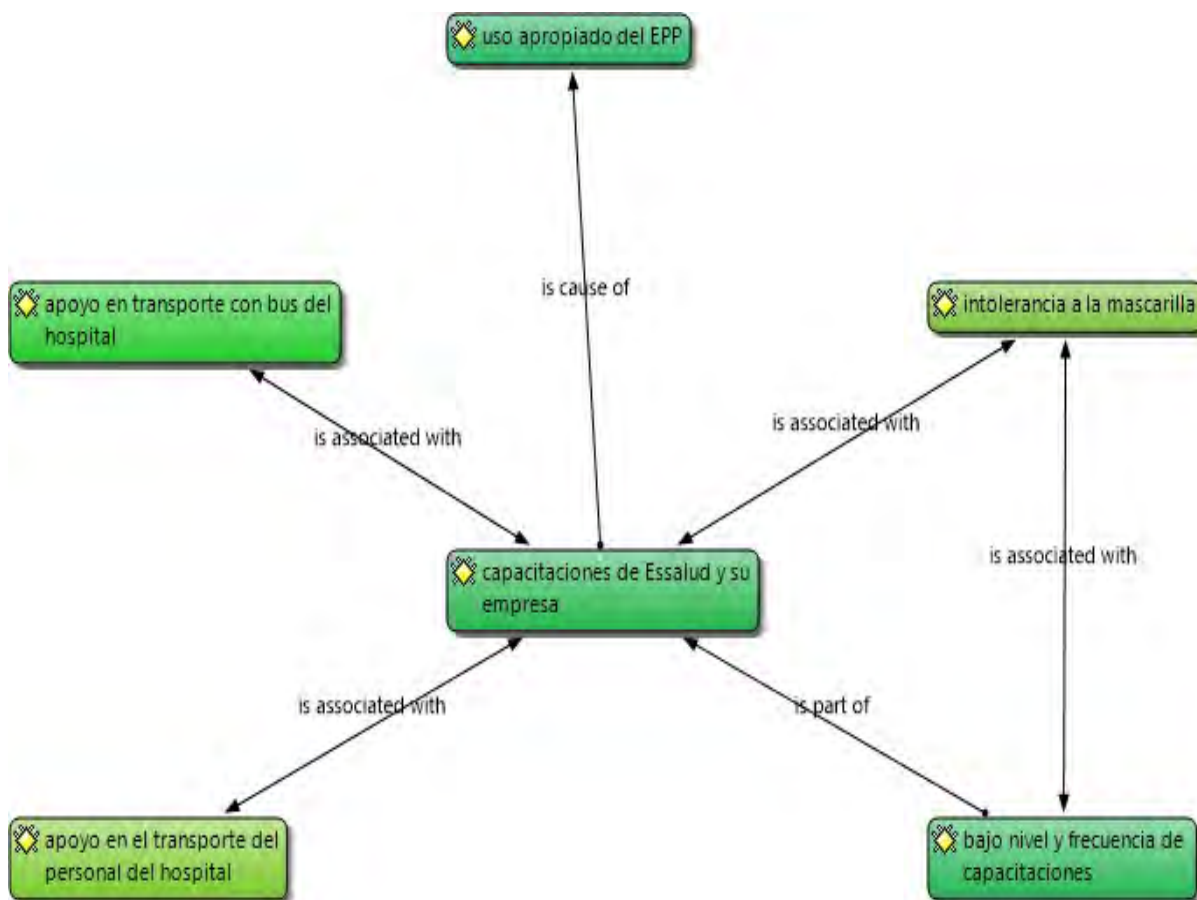
Ahora, si algo tengo que decir sobre si usábamos o no la dichosa mascarilla.... No podía. Mi papito, mis hermanos y yo nos ahogábamos. Allá por donde vivíamos, mis vecinos siempre discutían sobre si servía una de tela o si se podía lavar. Pero muy pocos la usábamos (**familiar entrevistada de paciente fallecido**).

Este hecho, obligó a contratar personal asistencial, bajo diferentes modalidades por la pandemia -algunas sin sentido y que aún están en discusión por casos de nepotismo denunciados en su oportunidad-, para las diferentes áreas, los que, en líneas generales, para el hospital no era calificado, y como lo han expresado los entrevistados directamente contribuyeron en alguna medida al incremento de fallecimientos, sumado a la novedad de la enfermedad, la información científica cambiante sin tratamiento específico, falta de consenso mundial y generación de un protocolo de manejo, permitido libremente por el ente regulador de la salud en Perú, el Ministerio de Salud. Por ejemplo, el **entrevistado N° 7, Médico con cargo administrativo y asistencial**, refirió lo siguiente:

Se contrató personal nuevo con algunas características y me gustaría que me las exprese libremente. ¿Se realizó algún tipo de acreditación o verificación de este personal?

No, no. La calificación de los expedientes fue bastante acelerada. Apurada. Es más, hemos tenido que ser muy flexibles en la calificación de los colegas y los profesionales que venían a trabajar con nosotros. Tanto es así, que en este descanso que nos está dando la situación, es que se están revisando los files, los expedientes. Se exigió lo mínimo, por lo menos tener un colegio médico hábil. Hubo casos, de algunos personales (médicos, personal técnico, administrativo y de farmacia), que aprovecharon relaciones familiares, es decir, nepotismo, y lograron contratos en esta pandemia, con pase a 728 inclusive; y esto es de conocimiento de los que estamos desde el principio en esta lucha. Y esto incluye a esos médicos extranjeros, sobre todo, que causaron un incremento de las muertes en su paso por el hospital...

Gráfico N.º 4: Red de Capacitaciones de EsSalud y su empresa para el personal de terceros (limpieza y vigilancia)



En el **Gráfico N° 4**, apreciamos lo extraído de las entrevistas con el personal no perteneciente a EsSalud, pero que de manera continua y con turnos más prolongados que los proveedores de salud. Es decir, los llamados terceros, debían recibir (y por tanto tener el derecho) sobre el uso correcto del EPP, en qué áreas podían y debían transitar y con qué ropa muchos entraban y salían de áreas consideradas como infectadas y como resultado lógico, muchos enfermaron y murieron.

En cuanto a ese cuidado, tu empresa o el hospital, ¿varió la manera de cuidarse para ustedes? ¿les dio el equipo de protección personal, desde el inicio, durante y ahora; así como alguna charla?

No, siempre nos ha apoyado tanto el hospital como la empresa, siempre nos ha apoyado. La empresa nos ha dado siempre la mascarilla y el hospital también. No puedo decir que no nos han apoyado en ese tema. Pero no hemos recibido charlas sobre dónde limpiar, ya que como usted sabe, muchos de mis compañeros han enfermado y se han muerto, por contagiarse. Nosotros no usábamos la ropa completa porque si para ustedes no había, que iba a ver para nosotras. Y si no trabajamos, no nos pagan y no comemos ¿no? (**entrevistada del personal de limpieza –SILSA**).

En el país, cada institución de salud presentaba y ejecutaba su propio esquema de manejo ante la infección y desarrollo de enfermedad (**Ejemplo de protocolo de manejo**) y el hospital no fue la excepción, guiado por el servicio de emergencia, con el liderazgo de su jefe, con amplia experiencia en su área, quien optó por la capacitación frecuente del personal nuevo a su cargo, siendo ésta la mayor fortaleza del hospital, a consideración de los involucrados, logrando al final de la primera ola de la infección, un personal capacitado y superar los problemas de infraestructura de un hospital antiguo, mal diseñado, en espera de los proyectos de construcción en la Gerencia de Planeamiento dormidos desde el año 2007, mientras se hacen reparaciones y reacondicionamientos, que fueron positivamente favorecidos por la construcción del generador de oxígeno donado por una organización sin fines de lucro y la empresa privada.

Este hecho puso al hospital en una posición expectante ante la posible presentación de nuevos casos, en una segunda ola; los pacientes, que como referían el personal de limpieza, de seguridad, ambos contratados por terceros, así como parte del personal administrativo, quienes no contaron desde el inicio, situación que se regularizó tardíamente, con el equipo de protección personal apropiado y completo, por la definición errónea de área segura en el hospital, y se les retiró por una decisión inconsulta de la administración, ocasionando incremento de infecciones y en algunos casos, enfermedad grave y muertes.

Al existir vasta información, no cruzada ni corroborada, sobre el aforo apropiado en un espacio cerrado, la cantidad y concentración del virus expelido en una conversación, con la tos o si el EPP que se usaba era el correcto. Los comportamientos de los actores, luego de recuperarse de la enfermedad, llevaban a buscar ayuda en otro tipo de enfoques de la medicina tradicional y a

sobre exagerar en cuidados hasta con su propia familia y de la propia reacción natural al tener un paciente hospitalizado y aislado.

Dentro de una de las entrevistas, uno de los médicos refiere sobre las capacitaciones:

Cada dos días llegaba una información nueva y se tenía que contrastar con lo de la CDC, ¿acá se hacía con esa frecuencia?

El único servicio que actualizó sus guías tan frecuentemente era el servicio de emergencia; que las modificaba y tan rápidamente como salían los nuevos avances en el mundo, inclusive contrastábamos información e inclusive están con sustento bibliográfico y fueron presentadas a la Dirección del hospital y fueron elevadas a la jefatura de Departamento, de los cuales fueron rechazadas, a pesar de que ya habían sido socializadas ... **(Médico con cargo administrativo y asistencial, consignado como entrevistado 6).**

Aquí, el nivel y frecuencia de capacitaciones, indirectamente buscaba, no solo estar al día con los últimos conocimientos científicos, sino luchar silenciosamente con prácticas arraigadas de algunos proveedores de salud, sobre manejo y tratamiento de pacientes (médicos y personal de enfermería) y obviar los manejos caseros y revertir de alguna manera la psicología. Las políticas públicas en salud, se basan en la experiencia estudiada de realidades que se presentan en micro para transponerlas a lo macro y la medicina por competencias y basada en evidencias (ergo científicas) deben estar al día con los vacíos y variantes de enfermedades nuevas y cambiantes. El aporte, científico, de los profesionales de la salud, junto con los gestores, busca una meta segura y es un proceso constante y continuo.

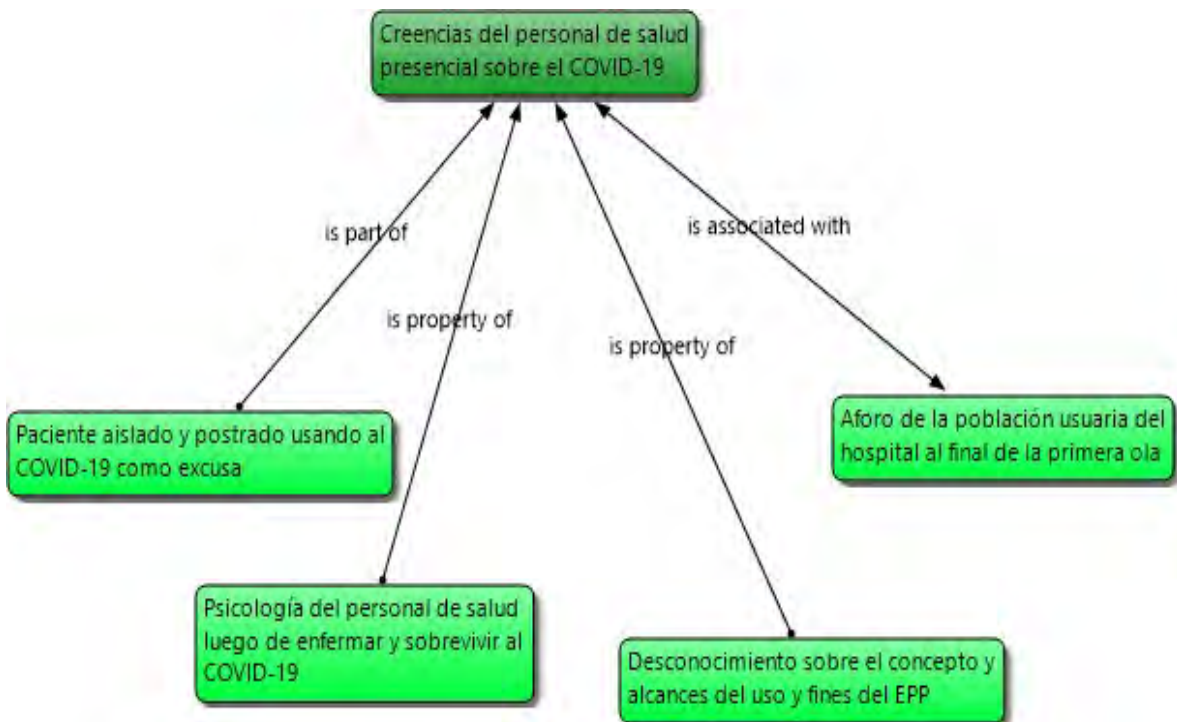
¿Cómo fue el comportamiento de la empresa en el caso de los pacientes infectados?

La empresa se comunicó con ellos. Han estado con descanso médico. Han terminado su descanso médico y no ha habido ningún problema para que ellos regresen a trabajar normal acá. Ahora bien, muchos hemos quedado traumatados y tratamos de cambiar las mascarillas a cada rato, porque el hospital no nos da ni menos la empresa o nos alejamos un poco de nuestras

familias para no enfermarlos. Otros compañeros me han comentado que hasta brujos han visto (**Entrevistada agente de seguridad**).



Gráfico N.º 5: Red de Creencias de los proveedores de salud frente al COVID-19



El término personal asistencial, incluye a todos los proveedores directos de salud (médicos, enfermeras y personal técnico), así como aquellos que tenían contacto inicial y directo con los enfermos y sus familias (el personal de seguridad que los recibía y el de limpieza que ante la incapacidad o falta de empatía con los pacientes de algunos proveedores, les asistían durante su hospitalización). Muchos de estos proveedores, post recuperación de la enfermedad, consolidaron creencias erróneas, que sin mala intención, fueron transmitidos a muchos enfermos y extramuros. Además, con las diferentes informaciones, disímiles con la realidad del proceso de cada paciente, llevó a que cada uno, maneje, por un lado aspectos teóricos básicos sobre la infección y otros “tradicionales” sin base científica o curas milagrosas (uso de brebajes de ajo, por citar alguno) como medio de protección, mejor que el uso correcto del EPP y que el aforo de los usuarios del hospital no fuera respetado al pensar que no se podían contagiar. Debemos recordar que cada médico es en esencia un ser humano, con un conocimiento teórico integrado de la universidad, su carácter y

la experiencia atendiendo pacientes, tuvo una carga psicológica difícil de manejar y que fue desatendida. La Gerencia Social considera al ser humano, como ser social y toma como reto en esta investigación la búsqueda de la justicia social (los médicos y los pacientes la merecen y lucharon a diario por ella) y el respeto de sus derechos humanos, que por las carencias los obligó a asociarse, como un grupo organizado y salir adelante.

Vemos también en el gráfico, que ante estas nuevas creencias arraigadas rápidamente en el personal de salud, incrementó la falta de contacto con el paciente infectado, quien quedaba aislado y postrado, por el exceso de contagiosidad (idea preconcebida) donde ni el EPP protegía al proveedor, sumado a la inexistencia y fiabilidad de pruebas diagnósticas de COVID-19. El Estado, la sociedad científica mundial, los peruanos en general, aún no comprendemos los alcances de nuestros pequeños actos en el éxito de una terapia, una actitud. Para la Gerencia Social, el poseer conocimiento, la experiencia y la actitud proactiva, enfocada en el ser humano, no asegura un final feliz. El elemento faltante en esta ecuación es el aporte de cada actor, pero con una visión de grupo, de comunidad para conseguir lo que preconiza una política pública de salud: que el enfermo no sufra, no sea abandonado, es decir, que reciba “tratamiento” físico y psicológico/afectivo con todas las potencialidades que cada actor, incluyéndolo, pueda ofrecerle.

Un ejemplo de cómo fue percibido por un personal asistencial registra lo siguiente en una de las preguntas de su entrevista:

¿Qué opinión te merece los tratamientos que se propalaron por radio, internet, los médicos que sin criterio alguno salían a expresar tantas cosas?

Yo creo que fue un acto de audacia irresponsable de muchas personas que se pusieron a hablar de productos que no tienen mucha o ninguna evidencia de que realmente tengan efecto. Muchos vinieron tomando dióxido de cloro, tomando súper dosis de ivermectina, hidroxiclороquina por periodos prolongados. Fue negativa. Como todo lo que se difundió. La capacidad de difusión supera al nivel de la cultura chicha, informal que tenemos.

Puedo mencionar esos brebajes famosos durante la primera ola de ajo, por ejemplo... **(Médico con cargo administrativo y asistencial, entrevistado Nº 7)**.

En este punto, el aprovisionamiento del equipo de protección personal, sufrió mucha variación desde el inicio de la pandemia, con el desabastecimiento nacional, primero porque nadie imaginó los alcances de esta pandemia que inició en otro continente y se fue extendiendo en todo el mundo. Las potencias mundiales, como Estados Unidos adquirieron lotes de estos equipos, bajo la modalidad de decomiso basándose en sus leyes, cuando los aviones que provenían de China y otros países del Asia, pasaban por sus espacios aéreos y la segunda forma fue de desviar la producción hacia sus países, pagando mucho más que países como el nuestro.

Toda esta situación descrita fue causa del desabastecimiento generalizado que también fue sentido en los hospitales de la red prestacional Almenara, como el hospital de Il Vítarte, donde la provisión diaria del EPP, fue mermando y en muchos momentos fue incompleta, principalmente en la dotación de mascarillas, brindándose las no apropiadas para el tipo de pacientes que acudían a atenderse por la pandemia, con el propio desconocimiento por los mismos proveedores de salud, hasta el punto que muchos gremios de los proveedores de salud se agruparon y adquirieron con su propio peculio las mascarillas apropiadas y los protectores faciales; los proveedores de salud, de manera individual generalmente, o buscando agruparse por servicios, se capacitaron, hasta que de manera ordenada, por ejemplo, el servicio de emergencia del hospital, propuso, repetidamente reuniones de capacitación y diseñó, en base a terapias internacionales acopladas a nuestros tipos de pacientes, tres guías de manejo de la infección por COVID-19, pero como mencionó uno de los jefes durante su entrevista **(Médico con cargo administrativo y asistencial, consignado como entrevistado 7)**:

Y en cuanto al conocimiento sobre el Plan anual de calidad de Essalud, ¿ustedes lo han modificado o en su calidad de jefe lo ha modificado para que se pueda aplicar en el contexto de la pandemia?

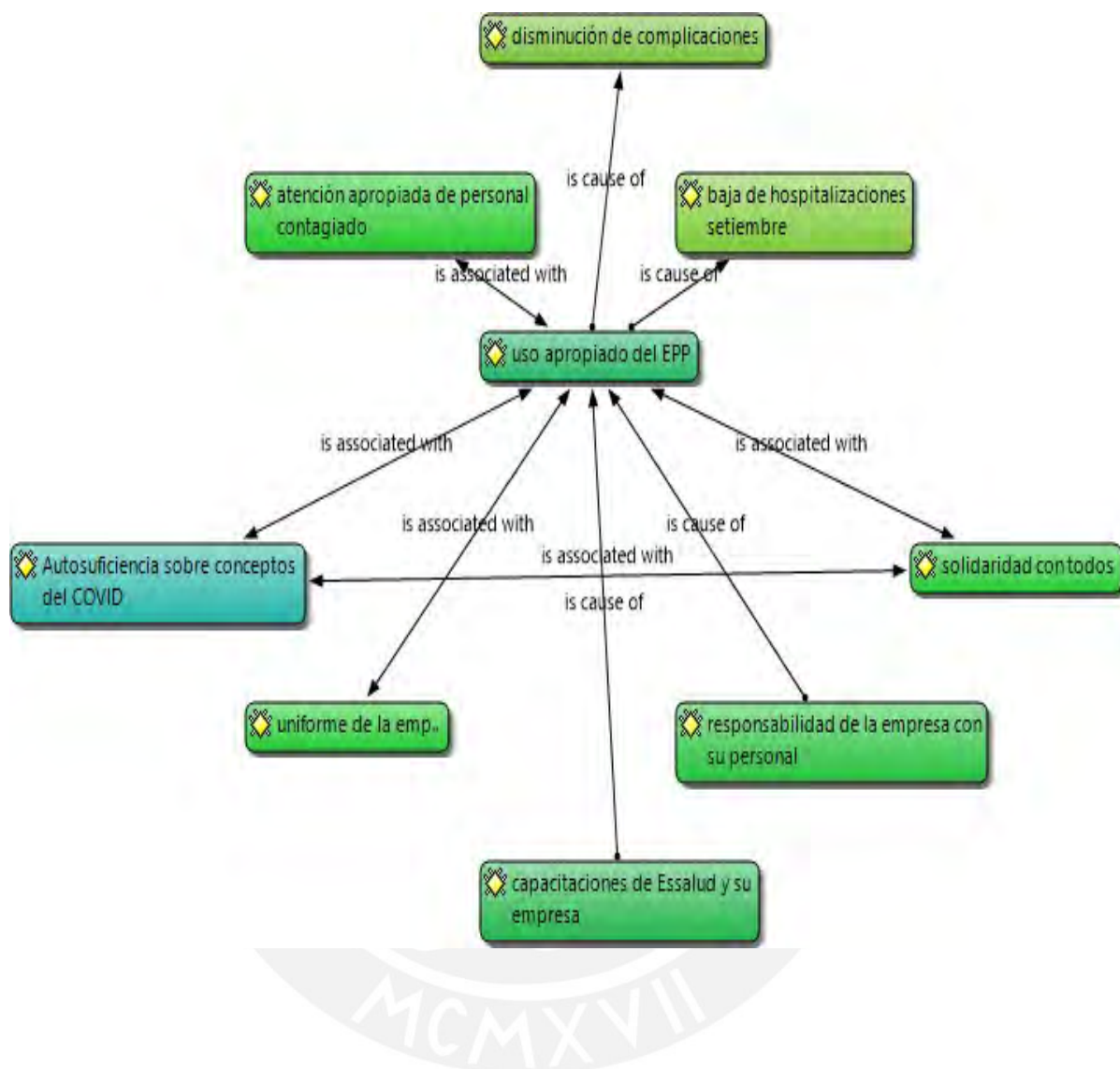
Ahora lo que se está haciendo es mejorar primero mejorar los puntos débiles en la parte anterior ¿cuál era? Primero, capacitar al personal para el manejo de pacientes, eso es lo primero; el personal no estaba capacitado. Fue lo crítico desde el inicio para determinar los fallecimientos.

Segundo, luchar contra las guías enviadas por el MINSA y por la institución que estaban totalmente desfasadas con la realidad científica actual y luchar contra ellas, porque nosotras hicimos un protocolo desde que inicio la pandemia y que lo modificamos cada dos semanas de acuerdo a los avances tecnológicos y científicos y el último fue modificado definitivamente en el mes de mayo donde retiramos medicamentos como hidroxicloroquina, la azitromicina y la ivermectina, en fin, sin embargo, a pesar que hubieron charlas, cursos de capacitación, hubieron charlas del tema porque el MINSA tenía todavía dentro de su protocolo de manejo y en la institución, Essalud tenía entre su protocolo de manejo, no fue retirado por los médicos que seguían utilizándolo. A pesar de las múltiples recomendaciones, al contrario. Entonces eso ha sido una de los puntos más débiles en el manejo de los pacientes (**Médico con cargo administrativo y asistencial, consignado como entrevistado 6**).

En esta respuesta del entrevistado apreciamos la relación con las creencias de los profesionales de la salud, considerando que de forma regular existe, un proceso previo de planificación del manejo de un enfermo hospitalizado, el PACE ya está determinando para qué tipo de enfermo va dirigido y no se basa en lo que el personal proveedor quiera o crea; ya tiene un fundamento científico; y que durante la primera ola, se vio influenciado negativamente por temas y abordajes subjetivos, no ciñéndose a los protocolos ya establecidos y señalados por el PACE. Y además, no se elaboró en la Gerencia, pensando en un tipo de paciente que requería un tipo de aislamiento severo, con mínimo contacto humano y control eficiente de sus funciones como un organismo vivo que requería el uso de equipos de soporte de vida como un ventilador mecánico.

Con lo expresado previamente, respondemos las interrogantes **1, 4 y 6** de la investigación; estas han sido explicadas por los actores involucrados y, además, parte del grupo de gestores, que accedieron a esta función, de manera voluntaria y con mucha responsabilidad a pesar de las circunstancias.

Gráfico N.º 6: Red de Uso apropiado de EPP



El **Gráfico N.º 6**, es una consecuencia de la frecuencia, tipo y grado de capacitaciones, donde claramente se infiere ante la pobre calidad y/o inexistencia de las mismas, llevaba en cuanto a los procedimientos y guías de atención (no propuestos por el PACE) de los pacientes de COVID-19 una atención inapropiada e incompleta, desprotegidos sin saberlo; autosuficientes sobre los conceptos erróneos ante la enfermedad, pero con mucha solidaridad entre todos los que trabajaban de manera presencial. El personal de limpieza y de vigilancia, por parte de sus empresas, refirieron que sus respectivas empresas les brindaron por única vez uniformes para protegerse del COVID-19.

Todo esto se vio reforzado por la aparente disminución de casos en el mes de setiembre.

Lamentablemente, esta enfermedad no tiene un tratamiento específico y aún ahora, el MINSA e inclusive Essalud, a pesar de las recomendaciones internacionales y nacionales (**Lozada 2020**), que han desestimado diversos medicamentos como la azitromicina, hidroxiclороquina e ivermectina, este último medicamento causante de problemas de salud por su exceso de automedicación, donde la prensa radial, escrita y sobre todo utilizando la vía digital, generó más confusión en la población, como refirió uno de los médicos entrevistados:

¿Qué opinión te merece los tratamientos que se propalaron por radio, internet, los médicos que sin criterio alguno salían a expresar tantas cosas?

Yo creo que fue un acto de audacia irresponsable de muchas personas que se pusieron a hablar de productos que no tienen mucha o ninguna evidencia de que realmente tengan efecto. Muchos vinieron tomando dióxido de cloro, tomando súper dosis de ivermectina, hidroxiclороquina por periodos prolongados. Fue negativa. Como todo lo que se difundió. La capacidad de difusión supera al nivel de la cultura chicha, informal que tenemos (**Médico con cargo administrativo y asistencial, consignado como entrevistado 7**).

y provocó un desabastecimiento de estos medicamentos y elevando de manera secundaria el precio de otros; dependiendo también del hecho que las fronteras se encontraban cerradas por la declaración de estado de emergencia sanitaria, con la nulidad en la importación de insumos, medicamentos y accesorios de ventiladores mecánicos, por ejemplo. Estos hechos distaron mucho con los preceptos y normas en relación a la atención de calidad en los servicios de salud (**Del Carmen 2019**).

El bajo nivel y frecuencia de las capacitaciones, influyó, junto con la poca experiencia del personal obligado a contratar, en la evolución de la enfermedad; generar la aplicación de tratamientos inadecuados, no probados, empíricos, reforzados por la automedicación instigada por personalidades de conocimiento dudoso, avalado por medios periodísticos; y que se relacionó con las creencias ante el COVID-19, que incrementaron el miedo al contagio, el miedo a enfermar

gravemente y morir, que afectó directamente a las personas vulnerables, contagiadas por familiares que salían de manera indiscriminada y aquellos que debían salir a cumplir actividades señaladas como esenciales, que a su vez se contagiaron en los medios de transporte urbano o interactuando sin las normas de bioseguridad apropiadas, por ignorancia, falta de capacitación o cansancio de usar mascarillas o protectores faciales, que no cumplían los estándares mínimos para evitar el contagio del mortal virus, en sus trabajos o al llegar su domicilio.

Punto aparte es el de las condiciones para que el contagio se inicie y propague; en el distrito de Ate Vitarte, la mayoría de sus pobladores, desde el inicio y durante la pandemia, no tomaron conciencia real de la enfermedad, pensándose invencibles, pese a que muchas personas vulnerables se abstrajeron, fueron contagiados por los miembros más jóvenes de las familias. **Huamaní y otros** (2020), hablan sobre los factores de conducta de cada poblador, como determinante en la cadena de contagios, para así poder plantear condiciones necesarias para el control de la diseminación.

Esta misma situación, lamentablemente se verificó en los proveedores de salud que se encontraban en sus casas, gozando de una licencia dada por los decretos de urgencia, por edad o enfermedad preexistente de riesgo, según la unidad básica de salud ocupacional en más del 70% de estos profesionales.

Muchos pacientes, asegurados, conforme se incrementaban los casos, llegaban a morir en la puerta del hospital como refieren **Hernández y otros** (2020) ya que esta situación se replicó en otros distritos y establecimientos, y obligaban, en el cumplimiento de su deber, al personal de vigilancia a exponerse, pues no contaban con el EPP completo y/o apropiado, a trasladar a los pacientes, abandonados por sus familiares, quienes evitaban tener todo contacto físico con su enfermo, rechazando a su propia familia; y teniendo en cuenta el trato humanista propugnado siempre en Essalud, buscaron aplicar siempre los principios esenciales de la Declaración Universal de Derechos Humanos (**Donnelly 1994**). (**Gráfico N° 2, N° 3 y acápite de abandono y rechazo familiar**).

El personal de vigilancia, aún con signos vitales, trasladaba a los pacientes a emergencia, donde era recibido ya por un médico, enfermera y técnico para recibir el tratamiento respectivo, espacio físico que, al inicio, no contaba con el

espacio suficiente para albergar a tantos pacientes, por la infraestructura antigua y se acondicionaba sillas, de plástico, sillas de metal y camillas en áreas de tránsito como el corredor que une emergencia y hospitalización, para poder atender la gran cantidad de pacientes, que excedían al número de personal, insumos biomédicos y medicamentos.

¿Cómo influyó la infraestructura hospitalaria en la atención de los pacientes con COVID-19 que tú atendiste o fuiste testigo de la atención brindada? M: bueno, la infraestructura siempre va a ser un limitante, entre comillas; bueno al estar, ni entre comillas, realmente estamos hacinados. La posibilidad de contagiarnos entre nosotros es muy alta. Y a pesar que hemos diseñado una que otra estrategia para evitarlo, no todos tienen la conciencia de que deben de seguirla. Pero los ambientes son muy antiguos, estrechos y seguimos usando, por el diseño desordenado. Los pasadizos aún se ocupan, pero esto ya está cambiando. **(Médico General joven, entrevistado número 5).**

Es de notar que, según las guías y protocolos dados por el Ministerio de Salud y con modificaciones diversas que cada establecimiento proponía (**Guía de Manejo y Tratamiento del COVID-19 HNERM 2020, versión 1.0**), al inicio las pruebas llamadas diagnósticas, escasearon (demostrando por sí mismo la deficiente gestión logística de la Red Prestacional y del hospital) antes de empezar a pretender tratar una enfermedad nueva y de curso incierto como lo fue en los primeros meses. Estos aspectos no fueron considerados en la elaboración y socialización del PACE, en cuanto a la presentación de una enfermedad como la actual, sin considerar las posibles consecuencias de eventos agudos con fallecimientos rápidos como en la pandemia que nos aqueja (**pregunta N° 4 y N° 6**).

La mayoría de pobladores adscritos y los otros pertenecientes al Sistema Integrado de Salud (SIS) y los no asegurados acudían en masa, algunos realmente enfermos y otros solo buscando que les realicen “gratuitamente” la prueba rápida (por información propalada en los medios periodísticos y la web), por el miedo al contagio, a enfermar y morir, como lo expresó uno de los entrevistados:

... Ellos se encargaron de colocar la carpa y las sillas, para organizar a los pacientes ante las colas tan extensas que había. Muchos venían para pedir gratis, porque eran asegurados obviamente, la famosa prueba rápida; se aglomeraban y cada día eran cerca de 200 personas. Casi la cuarta parte estaba enferma y se perdía tiempo esperando por los que pedían su prueba contra los que necesitaban atención urgente y cuando entraban estaban muy mal (**Médico General joven, consignado como entrevistado 5**).

Las **preguntas Nº 5 y Nº 6** son en parte contestadas por diversos testimonios recogidos de los actores entrevistados. Uno de los aspectos implicados dentro de las normas de aislamiento dados por el Gobierno, distó del contenido del PACE. Según las normas coyunturales que se dieron ante el poco beneficio práctico del PACE 2020-2021, existió un orden determinado para lograr el manejo del aforo excesivo de la población al hospital, hecho explicado en una de las entrevistas:

Entrevistador: ¿Me puedes explicar el flujograma de atención de un paciente que venía a la emergencia?

Entrevistado: En las mañanas cuando teníamos el triaje diferenciado, el paciente pasaba por triaje. Si era un paciente que era para emergencia acudía con nosotros, se los atendía, se seguía el protocolo que nos habían indicado para esos entonces. Si era un paciente que tenía todas las sospechas, pasaba con su prueba rápida, se le daba la medicación sintomatológica y también el cubrimiento antibiótico que usábamos en ese entonces. Si era un paciente que venía moderado o grave, pasaba a hospitalización. Si era un paciente leve, se le hacía observación, se le explicaba que tenía que regresar por consultorio de CAI para hacerle los seguimientos y en caso de que tenga mayor sintomatología, regresara por emergencia nuevamente. En las noches, cuando ya no había el diferenciado, paciente entraba, primero pasaba por un triaje, el filtro, por un personal técnico, quien tomaba simplemente las funciones y si estaba todo estable, les explicaban para retirarse y si había alguna pequeña alteración pasaba con nosotros, para nosotros definir si era un paciente para ser atendido o no (**Médico General joven, consignado como entrevistado 5**).

El PACE 2020-2021, como elemento base para el cuidado de una paciente en sus aspectos más importantes, como es el cuidado de lesiones desde su ingreso y complicaciones durante la hospitalización, por la falta de gestión de los recursos exiguos disponibles y los brindados por los gestores en los niveles

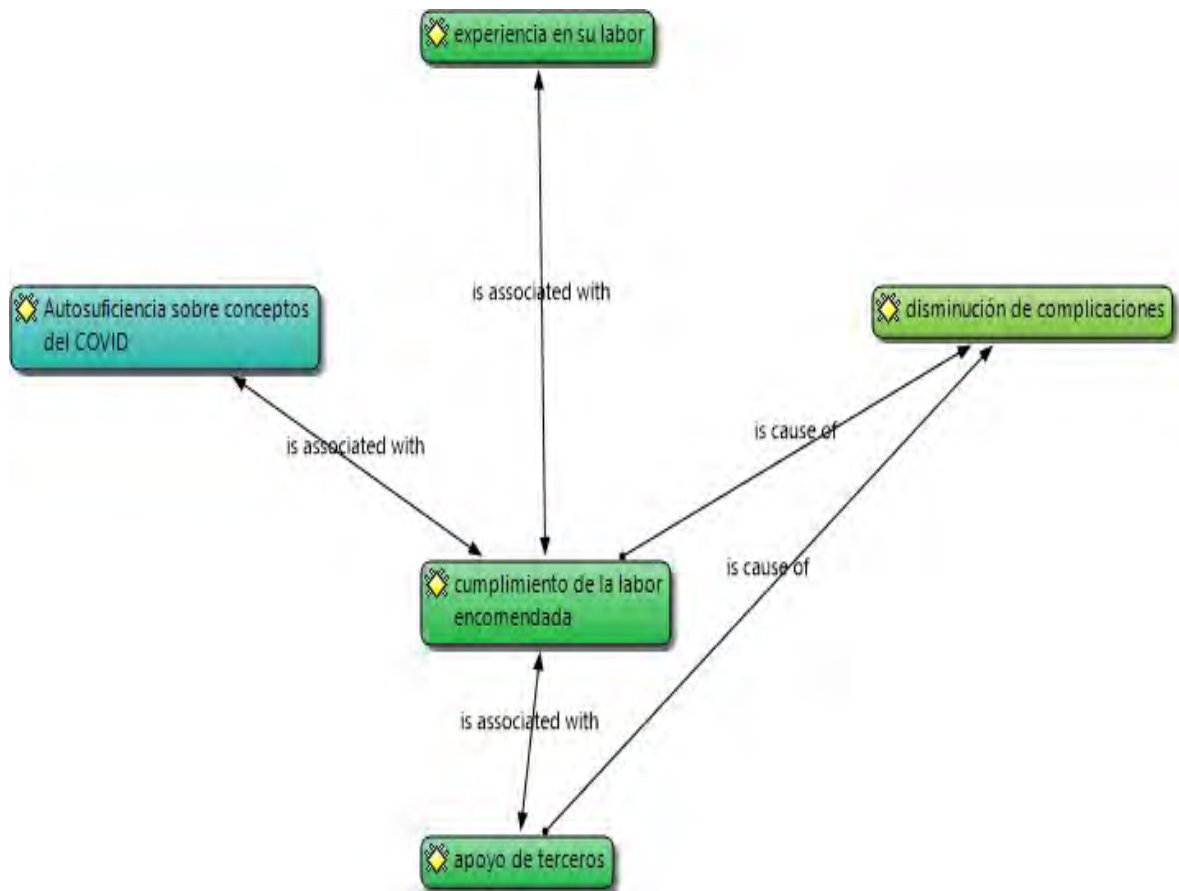
superiores de la Red Desconcentrada; lamentablemente no va más allá de esos asuntos, importantes pero alejados de la realidad de una pandemia, si bien nueva, no relacionados con el proveedor de salud y con quienes interactúan con los pacientes. Su aplicación, implementación y posteriores beneficios sociales no se pueden evidenciar en este contexto. Los sujetos de derecho no han sido considerados en su totalidad y los llamados beneficios, como tales, no existen, pues toman parcialmente la aplicación de los derechos humanos de ambas partes (**pregunta N° 2 de la investigación**).

4.3 Análisis de los factores vinculados con la gestión durante la pandemia

4.3.1 Abandono y rechazo familiar

Cuando analizamos la categoría de abandono y rechazo familiar podemos identificar que la confirmación de los contagios es un elemento que contribuye determinantemente al hecho de que la familia abandone y rechace al paciente que está enfermo de COVID-19; sin embargo, el apoyo de los terceros, como el personal de seguridad y el personal de limpieza y otros que no están involucrados en la atención han contribuido con el apoyo de los pacientes que han sido abandonados y sin embargo, esto ha traído como consecuencia que se contagien. ¿Y esto debido a qué? Quizá al desconocimiento o negación de la realidad por su posición de poder básicamente en el hecho de ser ex militares o ser personal vinculado a la seguridad, pues, no se sentía afectado y además, se creía que, de alguna manera tenían algún mecanismo de protección o una falsa sensación de seguridad; esto incrementó la confirmación de los contagios y básicamente ellos no contaban con una conciencia clara de lo que implicaba la epidemia del COVID, a tal magnitud que nosotros hemos confirmado que el 95% de integrantes del personal de seguridad han sido contagiados, con alta mortalidad de sus pares en el hospital Almenara, con gran número de fallecidos en la misma medida, así como el personal de limpieza, contagiados al 99%, con enfermedad moderada con secuelas tardías propias de la enfermedad durante todo el proceso de la misma.

Gráfico N.º 7: Red de Cumplimiento de la labor encomendada



El **Gráfico N.º 7** nos muestra las sensaciones positivas del personal en cuanto al cumplimiento de las labores y las funciones inherentes a sus cargos, demostrando capacidad en resolución de problemas. Este punto puede ser verificado en aquellos entrevistados con experiencia previa en casos de emergencia y riesgo de vida, mas no en los jóvenes recién graduados. Los de más experiencia trataron de apoyar a los más inexpertos, con el fin de provocar una disminución de las complicaciones propias o provocadas por la enfermedad, experticia desarrollada como proceso, en el tiempo, no vista de inmediato. Esto, a pesar de las buenas intenciones provocó un grado elevado de autosuficiencia en los conceptos de manejo y tratamiento de la enfermedad.

¿Cómo varió la cantidad de médicos de planta de su servicio a lo largo de la pandemia? M: Han aumentado. Han estado contratando médicos generales,

algunos con muy poca experiencia. De alguna manera los médicos especialistas y los médicos de mayor experiencia han quedado pocos. Hemos recurrido en algunas veces a su apoyo para casos especiales y en algunas veces nos hemos sentido de alguna manera desamparados (**entrevistado Médico General joven**).

Y agrega en otra pregunta:

En tu caso personal, porque tú eres un médico joven, pero tienes una enfermedad crónica, que es la diabetes, ¿cómo evalúas o haces una autoevaluación de tu caso, que, aun siendo diabético, con sobrepeso y teniendo a favor que eres un médico joven, con muchas ganas de trabajar; tú sí pudiste laborar y había inexistencia o ausencia concreta de muchos especialistas?

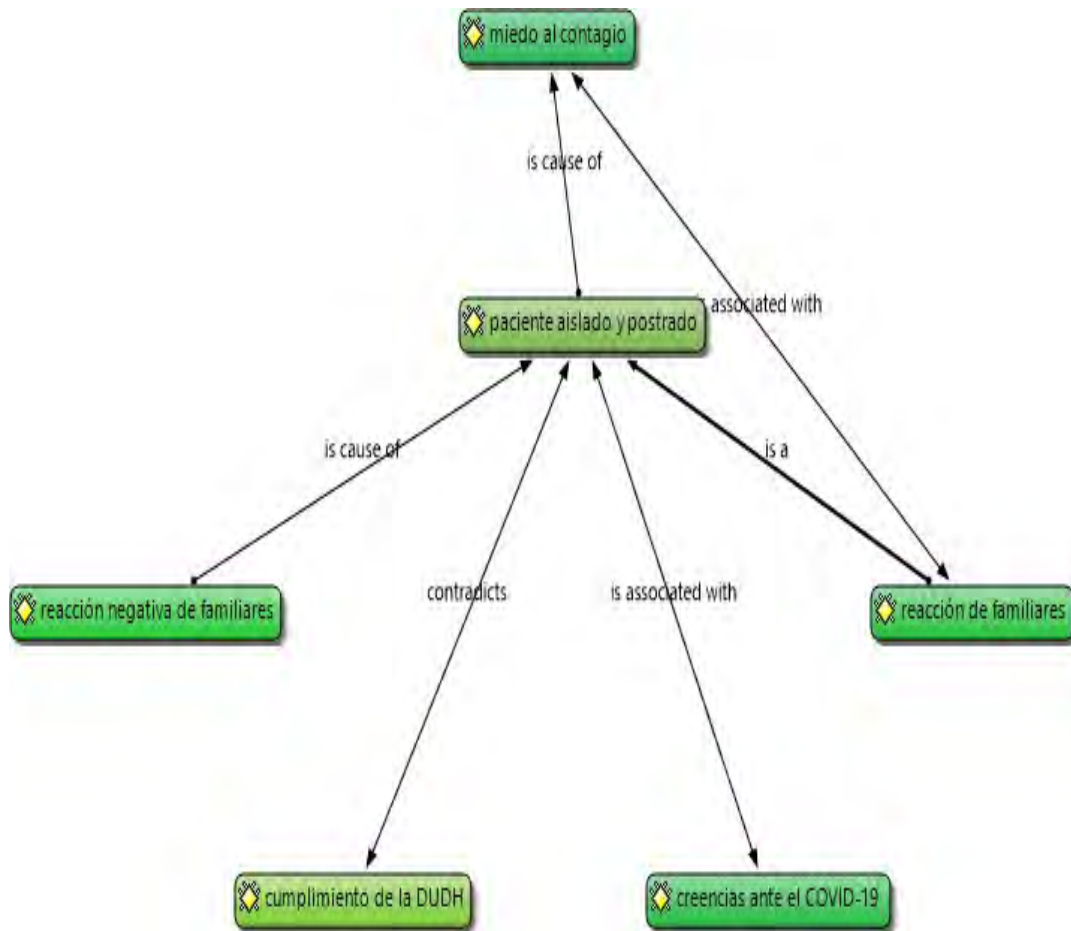
Para mí es una cobardía, porque para comenzar soy diabético, tengo un antecedente de asma, sobrepeso, o sea, tenía muchas cosas en contra. Se supone que los otros médicos, por ser médicos viejos tienen mayor experiencia y tendrían que tener mayores conocimientos para evitar el contagio y no simplemente decir que me puede tocar la enfermedad y me puedo morir. Que es una excusa, porque se ha demostrado que hay médicos que han salido huyendo de los hospitales, pero siguen en las clínicas. O sea entre cobardía y viveza, hay una línea muy delgada (**entrevistado Médico General Joven, entrevistado 5**).

Esto obviamente está influenciado por la pobre importancia y el significado que le dan a la pandemia, que poco a poco se ha ido contemplando y considerando al hecho de que ya, esta falta de toma de conciencia ha ido cambiando. Y esta pobre importancia al significado de la pandemia, obviamente vino asociada a la confirmación de los casos positivos, no solo del personal de seguridad y limpieza, sino de todo el personal o los pacientes, incluso la gente que estuvo involucrada y se contagió y llegó al hospital de Vitarte. Como consecuencia se ha obtenido que el paciente se encuentre aislado y postrado hasta la muerte incluso sin ser atendido por algunos miembros del personal de salud, como enfermeras, médicos y técnicos, debido que al inicio hubo una serie de desconocimiento, donde se le intubaba, cuando había esa posibilidad, se le ponía en UCI, primero no guardando la distancia social requerida, y/o permanecía en una cama de hospitalización; luego nadie quería tener un contacto con él. Obviamente el paciente quedaba completamente aislado y postrado. Las reacciones de

los familiares han sido contribuyentes también porque no querían visitar a su familia, incluso lo dejaban morir afuera de su casa o hasta en las propias calles, con lo cual el aislamiento y el postramiento de los pacientes con COVID reflejaron un gran abandono por parte de todo el personal, lo cual quiere decir que la atención del cliente externo fue un elemento totalmente retrógrado y descuidado con todos los servicios de salud y obviamente esta fue una reacción que se observó generalizada en casi todos los familiares que venían a transportar los pacientes con COVID o a dejarlos internados en el hospital cuando ellos se retiraban.



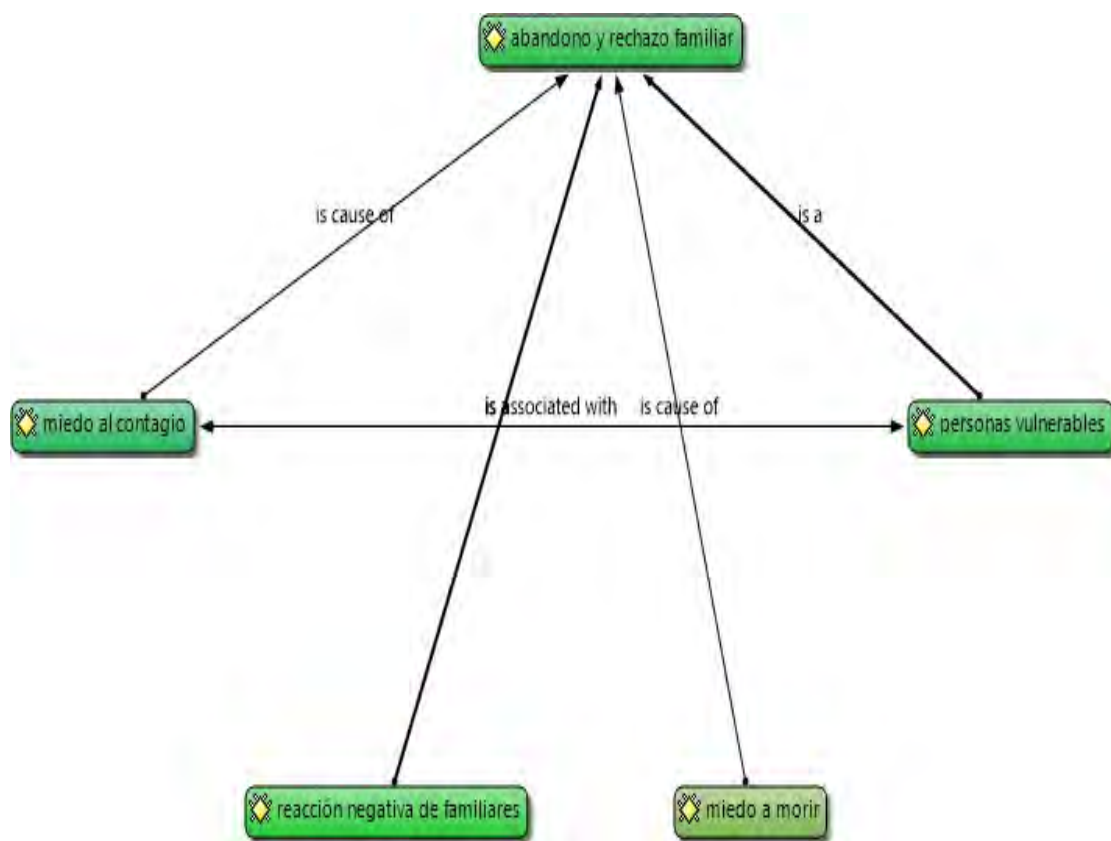
Gráfico N.º 8: Red de paciente aislado y postrado basados en el diagnóstico de COVID-19



La Red generada y mostrada en el **Gráfico N.º 8**, muestra y explica lo sucedido y analizado previamente, respecto a la actitud de la familia y algunos proveedores de salud, con su miedo al contagio y a la muerte. El cumplimiento de los preceptos implicados en la Declaración Universal de Derechos Humanos y superar las creencias sobre esta nueva enfermedad, aspectos relacionados entre sí, porque teniéndolos presentes siempre, el ser humano, cualquiera sea su condición merece la mejor atención de salud, incluyendo esto el trato adecuado a su dolencia y respecto a su vida; como se ha visto, las condiciones de aislamiento, siguiendo ejemplos de otros países y la elevada mortalidad, confluyeron como factores decisivos en un aparente olvido de estos derechos. Sigue siendo aún tema de debate con

detractores y defensores, pero ante la nueva patología, como ocurrió con las garantías personales, se presentaron casos, en el estricto de definir un derecho, que no fueron respetados.

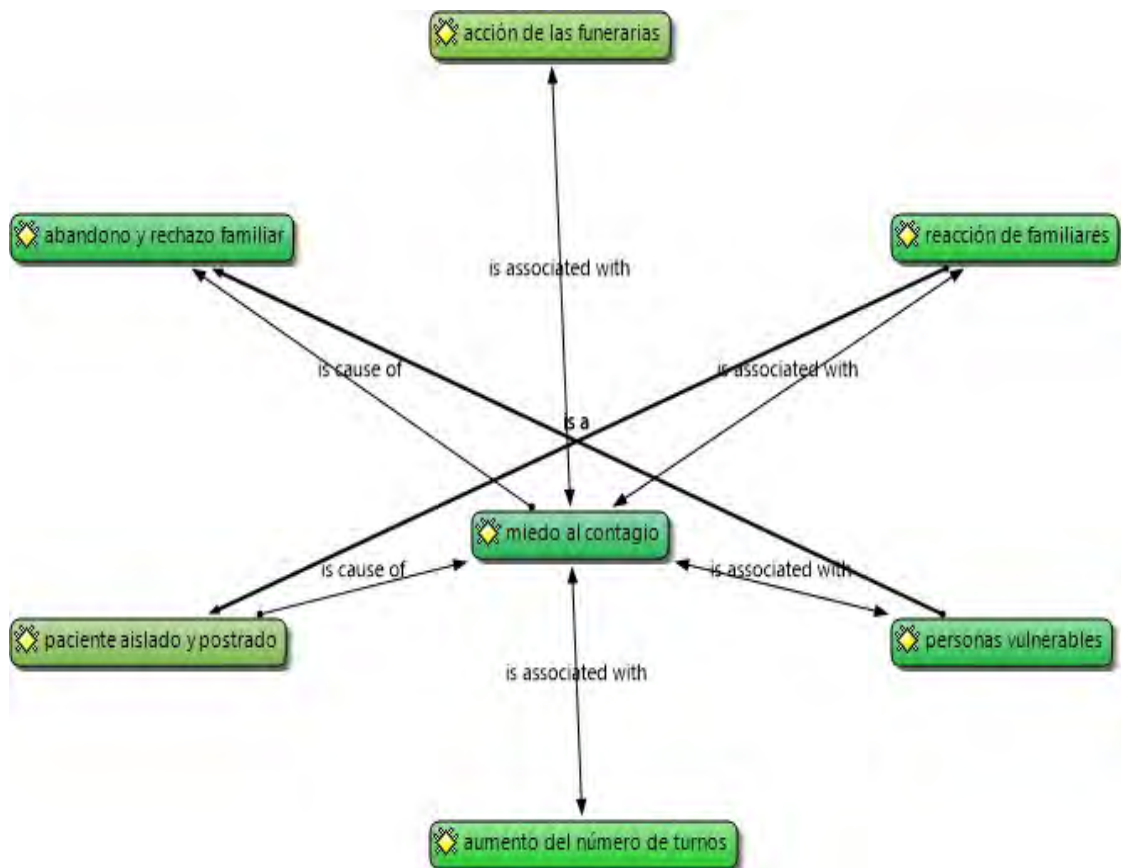
Gráfico N.º 9: Red de Abandono y rechazo familiar según la opinión de un agente de seguridad



El **Gráfico N.º 9**, se desprende del análisis de evaluar la parte humana de estos delicados temas, desde la óptica de un personal golpeado, con muchas bajas, a pesar de los esfuerzos del personal proveedor, porque no dependían directamente de Essalud; sin embargo, vemos que siendo ellos el primer contacto del hospital con los pacientes, pudo haberse reforzado su capacidad, capacitación y protección porque, aunque no eran proveedores, se exponían igual o más que cualquiera del hospital. Fueron testigos directos del abandono a muchos pacientes, por múltiples razones

y agregan una importante a las ya señaladas: la presencia de personas vulnerables en el núcleo familiar, evitando así el contacto con el enfermo para que los demás no se enfermen y mueran.

Gráfico N.º 10: Red de Miedo al contagio del personal proveedor, de los pacientes y de la familia



El **Gráfico N.º 10** se explica en las causas del miedo al contagio de los proveedores directos de salud (médicos, enfermeras y personal técnico), de las opiniones e ideas de los entrevistados y resaltan otros factores como el excesivo número de turnos realizados por éstos, generados por la ausencia de médicos sobre todo (debido a los DU dados por el Gobierno), por comorbilidades no demostradas, por muerte, sumado a las medidas de aislamiento extremo en la que vivíamos con un horario de toque de queda, haciendo difícil el

desplazamiento de los actores por la ausencia de transporte público (medidas del Gobierno, miedo a la muerte de los conductores, inseguridad ciudadana), cierre de vías por las obras de la línea 2 del Metro en la carretera central, para asegurar el tratamiento continuo y evitar, hay que aceptarlo, la falta de EPP que era escaso en esos momentos, no solo por el desabastecimiento nacional y mundial, por acaparamiento de las potencias sino por la poca asignación de recursos al hospital.

El miedo al contagio del personal de salud, generó también en algunos casos errores involuntarios y formas inapropiadas de trabajar con los pacientes (mala colocación y uso del EPP, no acercamiento a éstos y falta de comunicación con los servicios y las familias de los pacientes), aislamiento del núcleo familiar, inclusive rechazo de vecinos en condominios al personal de salud que salía a laborar diariamente.

Essalud, al no contar muchos trabajadores con vehículos propios, dispuso, al tercer mes de inicio de la pandemia, de buses que cumplieran este cometido. La carga psicológica sobre los trabajadores presenciales en estos momentos de crisis fue grande y faltó determinación de la Gerencia para apoyarlos y aprender a lidiar con las muertes diarias que enfrentaba el personal, por el sentimiento de frustración que los embargaba.

Es necesario señalar que este miedo, de los pacientes y sus familias, no solo se centra en la muerte por el COVID-19 (paciente solo, aislado, postrado y sin poder comunicarse); aquí debemos considerar el aspecto económico (disyuntiva entre salir a trabajar, contagiarse, contagiar a su entorno, enfermar y morir) de tener la necesidad de trabajar para tener que comer diariamente. Recordar que cerca del 70% de la población económicamente activa, dejó de serlo abruptamente (**INEI 2021**) y la distribución de apoyo (canastas, dinero, albergue) por parte del Gobierno (Toda persona tiene derecho a un trabajo, a la salud, a una vivienda digna, con servicios,...como reza nuestra Carta Magna) para la Gerencia Social, fue el resultado de una mala gestión sin respetar el enfoque de derechos, donde el ser humano debe recibir iguales oportunidades, esto se perdió y obligó a muchas personas a romper las normas por la necesidad extrema y el estado de abandono social que sufrían. La política social de salud por otro lado, olvidó a la

población con y sin seguro, quedando solo en documentos muy bien redactados pero que en la realidad obligaban a pacientes y familiares, así como al personal de salud a realizar gastos en aquellos insumos no provistos por ninguna institución o cuyo acceso limitado lo impedía, incluso vendiendo sus pertenencias. El miedo a morir por tanto, es solo la consecuencia de un problema mucho mayor.

Si evaluamos la búsqueda de capacidades de la gente, no hubo al momento de la crisis, un plan alternativo para generar comunicación, ingresos y abastecimiento de todo lo necesario para subsistir (alimento, ropa, medicinas, transporte); es decir, desde la perspectiva de la Gerencia Social, no se aprovechó las habilidades de las personas para apoyar, sin necesidad de ser presencial, a los demás y crear redes de confianza, compromiso y servicio que contrarrestara la cadena de aislamiento provocada por este miedo a morir.

4.3.2 Disposición de cadáveres en el hospital

Como se apreció desde el inicio de la pandemia, por la gran cantidad de pacientes que acudían al hospital y desbordaron a partir de abril, el triaje diferenciado donde hacían cola más de 100 personas la mayoría sintomáticas, provocó que, al llegar tardíamente buscando atención en muy mal estado de salud, desfallecieran en la puerta, o en las calles cercanas a sus domicilios, y también muchas fallecieran a las pocas horas de su ingreso al hospital. La falta de infraestructura adecuada, con un área improvisada como mortuario, pequeña y sin cámara frigorífica por más de 50 años, su ubicación dentro del servicio de cirugía, no aislada y cerca de los sanitarios de los pacientes y sin salida cercana a la parte exterior; sumado a todo esto, a que ningún reglamento y/o manual de organización y funciones indicase claramente qué hacer y quien o quienes se encargarían de esta penosa labor.

El miedo al contagio, no contar con el equipo de protección apropiado, ante esta nueva enfermedad mortal, condicionó y perpetuó por meses, la disposición desorganizada y desordenada de los cuerpos de los pacientes fallecidos. Como han relatado los entrevistados, en un momento las bolsas negras, impropias para

realizar el almacenaje y posterior eliminación o disposición de los cadáveres también se vio seriamente afectada en su dotación.

Existió una falta de gestión en el abastecimiento regular de material para eliminar los mismos, por la ausencia de un protocolo de eliminación y no se siguieron las recomendaciones y normas de la Organización Mundial de la Salud que señala qué, cómo, dónde y quien debería hacerlo. Es importante resaltar que las condiciones y horarios impuestos por el toque de queda, hacían imposible el traslado normal de los familiares de los pacientes, con poca circulación de vehículos, sumado al miedo a contagiarse y morir por las funerarias que en otros tiempos hasta se peleaban por manejar este tema y la poca participación de la familia, por el estado normal de incomunicación pre existente entre ellos.

Al menos, como menciona el personal de seguridad y de limpieza del hospital, había entre ellos una comunicación fluida, para por lo menos coordinar la correcta eliminación de los residuos sólidos y material biocontaminado por la empresa PRISMA, que sí ocurría en horas de la madrugada; situación que contrasta con el manejo de los cuerpos, que pasaban varios días sin saber qué hacer con ellos, en ausencia de familiares que los reclamasen, además de la incongruencia de las normas que señalaban que el cuerpo debía ser cremado, pero muchos pedían incluso cambiar el diagnóstico de la muerte para poder enterrar de manera tradicional a su ser querido y al inicio como no se dejaba retirar el cuerpo de un fallecido, este hasta se perdía arrumado con los otros, envueltos en bolsas negras, impropias para este cometido, con etiquetas que se despegaban.

Es importante señalar la preocupación del personal de terceros de no expresar más de la cuenta, por miedo a ser despedidos. Pero ha sido difícil admitir su participación en la manipulación de cadáveres.

¿Nunca hubo participación de tu caso como otros personales de salud que han tenido que cargar a algún cadáver?

No.

Yo, como médico de COVID he sido testigo de lo contrario. Entonces, ¿por qué negarlo?

Si pudiera decir todo lo que he visto u oído y hablarlo, me despiden doctor...por favor. Sí pues, si los pacientes eran hombres y pesaban más al morir, ¿cómo una técnica iba a cargarlo, envolverlo y meterlo en una bolsa

sola? Si ni los hombres podían. Ya usted imagínese. No era nuestra función, pero lo hacíamos y eso nos costó la muerte de varios de los compañeros, como les pasó a los chicos de limpieza, de SILSA pues.

La Resolución de Gerencia General N° 401-GG-Essalud-2019 con fecha 5 de marzo de 2019, señala que el manejo de cadáveres en las IPRESS (instituciones prestadoras de salud) es como sigue:

7.1. DISPOSICIONES GENERALES

7.1.1. La presente directiva establece el proceso para el manejo de cadáveres en las IPRESS de EsSalud y consta de las siguientes etapas: a) Constatación de la defunción b) Certificación de la defunción c) Traslado del cadáver y d) Entrega del cadáver.

Este procedimiento no se pudo cumplir en los puntos c y d, como se explicó previamente siendo dependiente de muchos factores.

El traslado o movilización de un cadáver siempre ha sido función, no descrita por cierto en ninguna norma, del personal técnico de enfermería y al ser la mayoría del sexo femenino y la mayoría de fallecidos, varones, muchas veces, el personal de seguridad tenía que apoyar, aunque lo negara en una entrevista, cargando el cuerpo y ayudando a introducirlo en una bolsa. Los preceptos de respeto a la vida y a la muerte de una persona, como tantos otros, se vieron ignorados o trastocados en los momentos más álgidos de la pandemia en el hospital **(Personal de limpieza, entrevistada 3)**.

¿Cómo se manejaban los casos de pacientes fallecidos? He visto muchos pacientes fallecidos. Yo, este, ¿manipulando cuerpos? Sí, en cirugía sí. Había a veces una técnica que no se abastecía y yo estaba limpiando ahí. Y muchos cadáveres estaban ahí, y muchos pesaban, eran hombres. Y me dijo ayúdame. Y obviamente, los vigilantes y nosotras si estábamos por humanidad debíamos hacerlo. Creo que cualquiera debía hacerlo: era algo moral ¿no?

Según lo investigado, las pocas capacitaciones y su bajo nivel, por parte de la empresa contratante, debido a que son terceros, no tocó este punto tan importante en su personal. Para el personal de limpieza, sí estuvo claro qué hacer cuando ya no había un cadáver, realizando el proceso de limpieza y desinfección de las camas, que resultaron insuficientes para albergar a los

enfermos, tanto en emergencia como en hospitalización, así como la dotación de sillas de ruedas, lecho de muerte de pacientes que llegaban agónicos y se constituían en foco de contagio, que provocaba además el rechazo de alguno de los proveedores de salud, la familia del paciente y otros trabajadores, por el miedo al contagio y los conceptos poco claros sobre la enfermedad, así como otras actitudes opuestas de exceso de confianza, por el hecho de ya haber tenido previamente la infección o por creer que no se iban a contagiar. Este punto fue claramente expresado por uno de los actores:

Y sus colegas ¿con qué frecuencia la visitaban?

Iban a la hora que me tocaba la medicina y a veces acabando. Quizá por su temor no se acercaban como debían. Pero yo les decía: por si acaso no tengo lepra, no quiero que me besen. Le dije eso a la coordinadora, que no venían ...

¿Y el personal técnico?

También; era uno o dos los que me iban a ver ... **(Licenciada de enfermería asistente del servicio de emergencia y medicina, consignada como entrevistado 1).**

Y la sensación de abandono social por quienes sufrieron de la enfermedad, fue establecida penosamente en el desarrollo de las entrevistas:

¿Se sintió usted abandonada por su servicio, por su gremio, por sus compañeros?

Sí, en algunos turnos no llegaban ni a ponerme los tratamientos. Me decían: es que todavía no me han traído los medicamentos. Ponían pretextos ... Pero había otras colegas que si me lo ponían como debía ser.

¿En algún momento mantuvo comunicación con su familia?

Si, pero tampoco hablaban mucho **(Licenciada de enfermería asistente del servicio de emergencia y medicina, consignada como entrevistado 1).**

Así como los actores entrevistados, el sentir e incomodidad de muchos fue la sensación de olvido de las autoridades, como quedó expresado en esta parte de una de las entrevistas **(Médico asistencial de UCI sobreviviente, entrevistado 8):**

¿En dónde está el Estado? ¿Dónde está nuestro sistema de salud que no nos protege? nos dejan en estado de abandono prácticamente y de eso sí

yo reniego. Porque tengo un colega que ha fallecido y su esposa trabajo en salud, pero sus hijos han dejado de estudiar prácticamente porque los gerentes que manejan la institución se olvidaron, bueno ya falleció ya no pasa nada.

¿Dónde está nuestra seguridad y con qué motivación vamos a volver a trabajar?

Qué motivación tenemos para volver a trabajar si nos vamos a morir en nuestra función ¿Cómo queda nuestra familia? Eso tienen que ver ellos, qué recibimos; qué va a ser del futuro de nuestros hijos, si uno se muere ¿dónde quedan ellos? ¿quién nos va a amparar? si estamos muriendo, si vamos a morir por seguir trabajando, eso está mal, ¿con qué motivación vamos a seguir trabajando?, eso no se debe dar.

El apoyo policial inexistente de la comisaría de la zona, preocupada en otros menesteres inexplicablemente tampoco apoyaba en el trabajo del personal de limpieza ni con el traslado y movilización de los vehículos de las funerarias, así como señalan también las calles cerradas en cantidad del distrito, por la lentitud del trabajo de las obras del gran tren de Lima.

El aumento del número de turnos también provocó más cansancio en el personal, a pesar de la experiencia y capacitación para lidiar con situaciones difíciles y críticas, que fue superado por la pandemia y la falta de organización del recurso humano, que como hemos visto, luchaba contra las medidas del Gobierno en transitabilidad y el toque de queda y la presencia de elementos de mal vivir, en la zona circundante al hospital, con personas bebiendo licor en plena calle, durante toda la pandemia; este personal, como señalan, a pesar de padecer enfermedades de fondo, por la necesidad monetaria y el poco control por un médico de personal de la institución, llevaron a enfermar gravemente y a la muerte de los mismos, sumado al miedo al despido por coerción previa de sus supervisores, debido a que son un servicio tercerizado y con un sueldo mínimo, con la prestación, al menos, de contar con un seguro de Essalud.

El riesgo de la precariedad inicial en el manejo de los cadáveres, en los aspectos prácticos, no fue la propagación del contagio ni del SARS-CoV2 ni de otra infección, pero sí la propagación de vectores ante un cuerpo en proceso de

descomposición. El aspecto emocional, descuidado desde siempre, incidió de manera variable en el personal proveedor, pues, el concepto de la muerte se interioriza de diferentes formas. Y como ocurre en muchas instituciones del Estado, un trabajador, por el miedo a ser despedido (aún durante una emergencia sanitaria) debe realizar funciones no encomendadas ni plasmadas en el ROF y el MOF (incumplimiento de la normativa laboral vigente). Pero eso no está en discusión aquí (ya se describió a lo largo de la investigación que muy poco o nada contaba la opinión de trabajadores denominados terceros). La normativa para la disposición de cadáveres no previno una emergencia sanitaria en su concepción. Los beneficiados, por así llamarlos, en algún caso fueron los familiares, pero solo aquellos que se preocupaban a diario de la salud de su paciente internado, quienes daban datos reales como un número celular o fijo hábil; éstos, luego de una búsqueda paciente en la ruma de cuerpos embolsados (pocas bolsas apropiadas y más bolsas negras de basura) con una etiqueta húmeda o que se perdía, obligó a abrir e identificar en lo que se podía, los cuerpos.

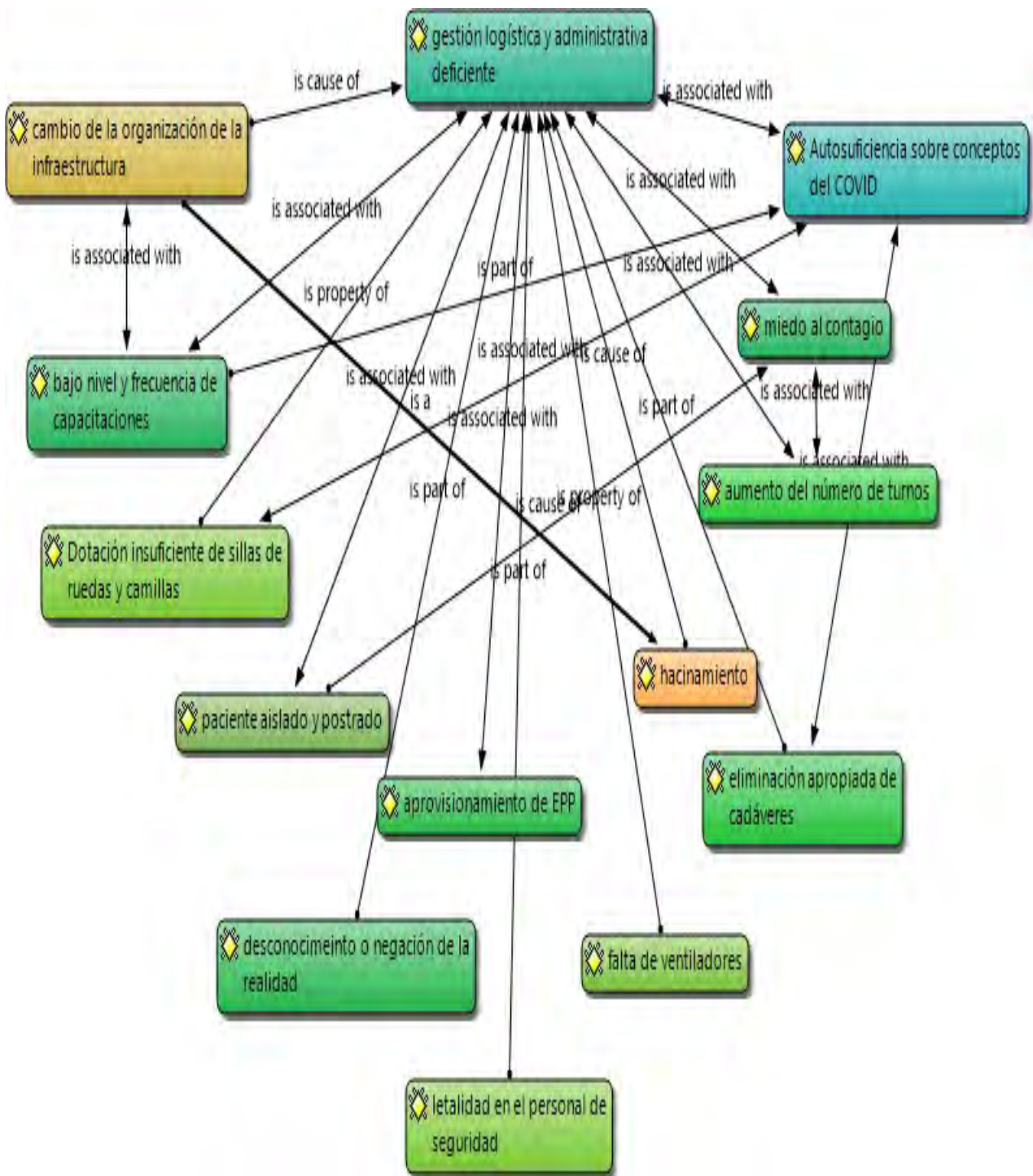
4.3.3 Gestión de los recursos humanos en el servicio de emergencia y hospitalización

Debido a los decretos de urgencia dados por el Gobierno, muchos médicos y otros proveedores de salud, algunos, los menos, fueron obligados a mantener un aislamiento desde el inicio de la pandemia, con la variación de las edades a considerar, primero 60 años y luego 65 años y sus dolencias reales y conocidas pre existentes, como manifiestan los entrevistados.

Muchos otros, la gran mayoría, simplemente, en cuanto al personal que atendía el servicio de emergencia, se retiraron o huyeron como expresan claramente, sin razón comprobada ni tampoco investigada o sancionada por el nivel administrativo superior, lo cual denotó desde el inicio, la actitud negativa de esos médicos de planta, por el miedo a contagiarse, contagiar a su familia y morir, el que abandonaran sus labores e incumplan el juramento realizado al graduarse y rompan los preceptos éticos y los de derechos humanos, dejando al personal nuevo, joven y sin experiencia, desamparados ante la inmensa cantidad de

pacientes que acudía masivamente a atenderse, como incluso ocurre en otras realidades con un sistema de salud más organizados (Trzeciak 2003).

Gráfico N.º 11: Red de Gestión logística y administrativa deficiente en general



El **Gráfico N° 11**, es un buen ejemplo que resume el máximo de aportes en cuanto a opiniones, hechos objetivos y vivencias de los actores entrevistados sobre el manejo de los recursos logísticos y humanos y que demuestran el porqué de la gestión deficiente de estos elementos importantes. Y así apreciamos lo que se ha repetido y repite aun en tantos establecimientos de salud: falta de ventiladores, pobre aprovisionamiento del EPP, aumento del número de turnos de los profesionales, el hacinamiento de los servicios por la infraestructura antigua, por ausencia de procesos claros de planificación a futuro y repetición de formatos llevados a la práctica de manera parcial y no adaptados a la realidad de cada IPRESS, sino a la sede de la red prestacional, pasando por el sensible tema de la eliminación de cadáveres, aun contando con disposiciones elaboradas con anterioridad pero no en el contexto de una enfermedad tan mortal como la actual. Y sobre la ausencia de políticas públicas en salud efectivas y eficientes, debió lucharse con los conceptos arraigados en la población adscrita y los propios proveedores de salud.

La inacción larga e inicial (más de 4 meses desde el inicio de la pandemia) de la Gerencia y los gestores del IPRESS (autoridades y jefes de los servicios de emergencia y hospitalización previos al aislamiento social obligatorio), la poca empatía entre ellos y con su prójimo y deficiencia en la gestión del recurso humano en el servicio de emergencia, de por sí con problemas previos sin resolver, provocando su colapso; y esto por la libre, inconsulta y sin evaluación, análisis y deliberación de currículums, para contratar personal joven y falto de experiencia; como expresó el **entrevistado 6, Médico con cargo administrativo y asistencial**:

“... Los insumos y ayuda técnica por siempre han sido relegados a un último plano y si ahora hemos conseguido más apoyo, tarde, pero llegó, fue por gestiones iniciadas de manera local, por nosotros y quejarnos con muchos documentos. Es decir, como se entiende, esta situación no es de ahora, pero no contempla el gran ahorro que hubiera previsto pensar en los exiguos recursos que nos daba la red y generar, en el tiempo, beneficios económicos que se hubieran redituado en una mejor defensa contra la pandemia. Y recalco: tuvimos el apoyo tardío, solo porque este pequeño hospital atiende

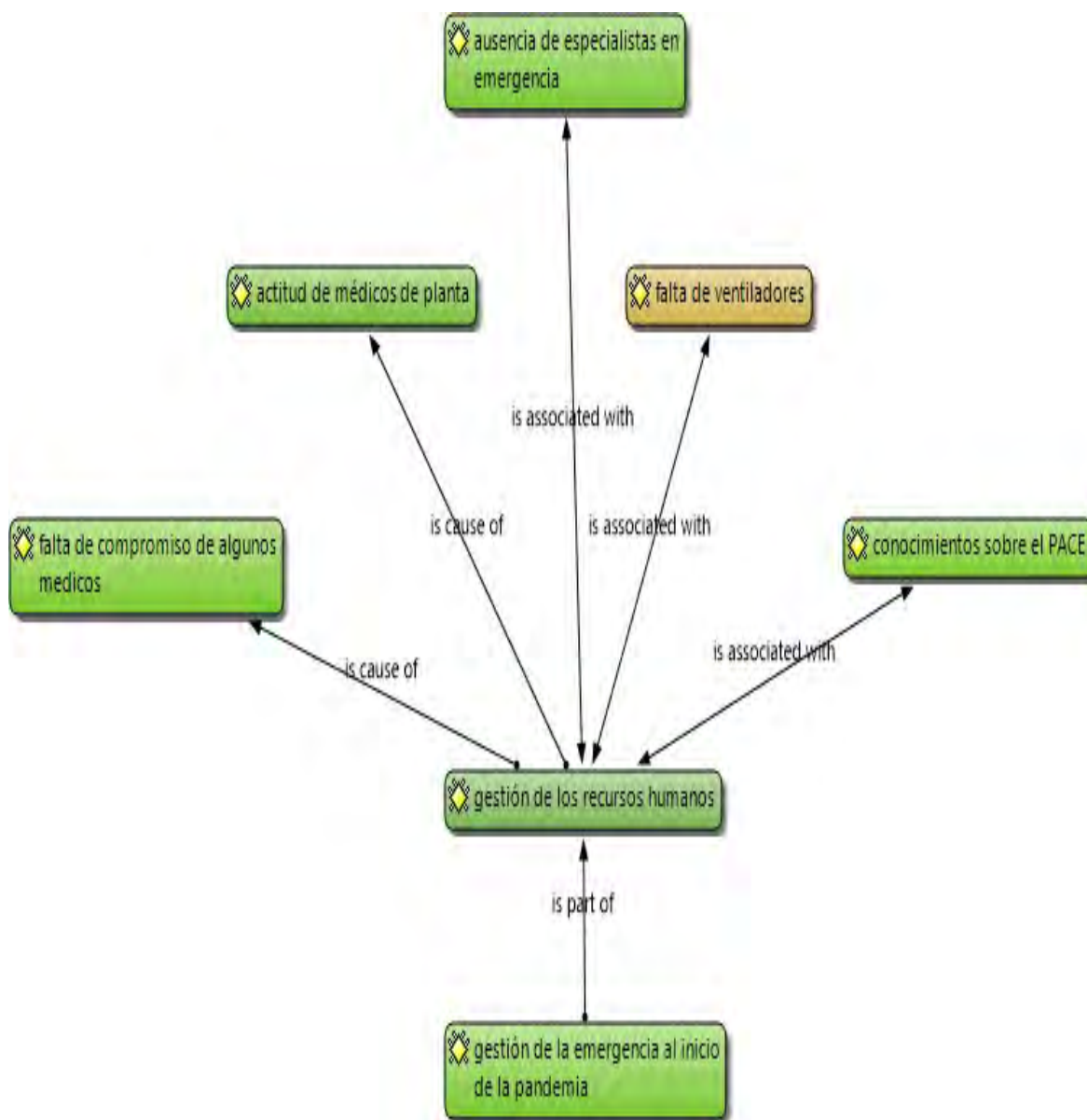
tanto o más que el Almenara, con sus limitaciones y deficiencias estructurales, harto conocidas por las autoridades de gestiones pasadas”.

Y agrega:

“... No hubo una estrategia que contrastara esto, simplemente se abrió la contratación de médicos generales, si bien es cierto, podía afrontar la atención directa, no podía atender cuadros complejos y eso es una debilidad”.



Gráfico N.º 12: Red de Gestión de los recursos humanos



Y así, podemos apreciar en el **Gráfico N.º 12** sobre la gestión de los recursos humanos, en uno de los puntos álgidos del manejo de pacientes, el área de emergencia, demostrando un grado determinante en las conductas, es decir, las aptitudes y actitudes sobre todo del personal médico, demostrando su falta de compromiso, unos ausentes (por los DU, por diagnósticos dudosos de enfermedades no comprobadas, fallecimientos) y otros con poca capacidad resolutive (falta de experiencia principalmente), así como pérdida de gestores en

los primeros meses de la pandemia y quienes tuvieron esa responsabilidad no pudieron diseñar un plan de contingencia para el manejo de los recursos humanos disponibles, muchos, profesionales que en ese proceso, enfermaron y murieron, así como sus familiares. Y como ya fue analizado previamente, un desconocimiento total del contenido y alcances del PACE, aun cuando este no cubra las aristas de un paciente de tipo agudo, con un riesgo alto de morir y no un postrado crónico y con la familia como eje central de la interacción entre el paciente y el centro hospitalario de atención.

Estos problemas se vieron aún más entorpecidos porque el paciente típico del hospital, es ávido de siempre reclamar, exigir, sin retroalimentarse y pensar qué errores o faltas habían cometido y provocado el contagio de las personas vulnerables que fallecían en gran número en el hospital.

Como fue referido por uno de los entrevistados, el cambio a nivel de la gestión administrativa se dio a la mitad de la pandemia en el hospital con la mejora de la actitud timorata y de pretender que no pasaba nada de parte de la Dirección, con la designación de una nueva autoridad, con quien se tuvo que ordenar, organizar y disponer rápidamente de recursos capacitados y reinventarse a diario en los ambientes de emergencia, ante una enfermedad sin tratamiento específico, de diagnóstico incierto y no concluyente por las pruebas serológicas, rápida y/o hisopado, que demostró la pobre preparación de este servicio, por años de inacción, a una nueva actitud para liderar, junto con el nuevo Director designado quien escuchaba, discutía y decidía considerando la variedad de puntos de vista y enfoques, ante el desabastecimiento diario de EPP y material biomédico de causa nacional, por la falta de gestión logística y pérdida, por intrusión política, de los ventiladores del hospital, cuando se creó el fracaso llamado UVI del Este, llevándose los pocos que tenía el hospital, provocando un mayor número de fallecidos.

Los esfuerzos del personal de emergencia, al tratar, sin saber, a un familiar de un miembro de una organización privada y salvarle la vida en el proceso de atención y manejo de su infección por COVID-19, llevó a la coordinación, construcción e implementación de la planta de oxígeno inaugurada en octubre, para poder ayudar en la dotación de este medicamento, como es el oxígeno,

elemento crucial cuyo manejo, como señaló un entrevistado, que hasta ese momento era manejado por personal de servicios generales, es decir, mantenimiento, quienes por lo general no estaban atentos al nivel mínimo para realizar o pedir un cambio de balón o procura del mismo a los proveedores; donde por las obras del tren inconclusas, como la deficiente labor de apoyo de la policía de la comisaría del distrito, provocaron con su desabastecimiento, importante número de fallecidos en más de una oportunidad.

Es necesario recordar, como menciona **Bobadilla (2004)** que:

Los componentes y las herramientas de gestión son utilizados indistintamente en cualquier tipo de acción colectiva organizada pública o privada, con o sin fines de lucro, con miras a lograr resultados eficientes y eficaces, pero la gerencia social tiene una complejidad adicional producto del manejo cogestionado del bien común.

Aquí el bien común, es decir, evitar el contagio, diseminación y muerte por el COVID-19 y un mayor número de muertos: la salvaguarda y cuidado de la persona humana, incluyendo a los proveedores de salud, falló desde el inicio.

Existe, por tanto, una debilidad manifiesta de la política social. Así:

La política pública, entendida como “lo que las autoridades gubernamentales y administrativas, legítimamente constituidas, deciden hacer o no hacer y, lo que hacen en realidad” (**Bellavance 1989**), encierra decisiones y se concreta en acciones (políticas, programas, proyectos) que contienen valores; instrumentos, medios de intervención y, resultados, consecuencia de la acción administrativa (**Morera 1995**).

No hubo, por tanto, una conjunción de las políticas públicas y las políticas de salud, obviando las leyes de salud que preconizan el cuidado de la vida sobre los aspectos administrativos. Los pacientes, los proveedores de salud y los colaboradores se vieron afectados por la ausencia de gestión de los recursos humanos, más aún por los decretos de urgencia, que dejaron desprotegidos los servicios de atención de emergencia y hospitalización, a diferencia de otras realidades donde el personal médico, técnico y de enfermería jubilado fue convocado o se presentó voluntariamente. Uno de los entrevistados declaró, denotando la crisis en el manejo de personal, impensada por las autoridades de turno (**Médico con cargo administrativo y asistencial, consignado como entrevistado 6**):

En su calidad autoridad administrativa en emergencia y hospitalización, ¿Cómo varió la cantidad de médicos de planta de su servicio a lo largo de la pandemia?

Fueron disminuyendo paulatinamente hasta que finalmente desaparecieron.

¿Cuántos médicos eran al inicio?

En teoría, solamente en emergencia que éramos 12, bajaron a 3, medicina que eran 8 a 9, bajaron a cero (0).

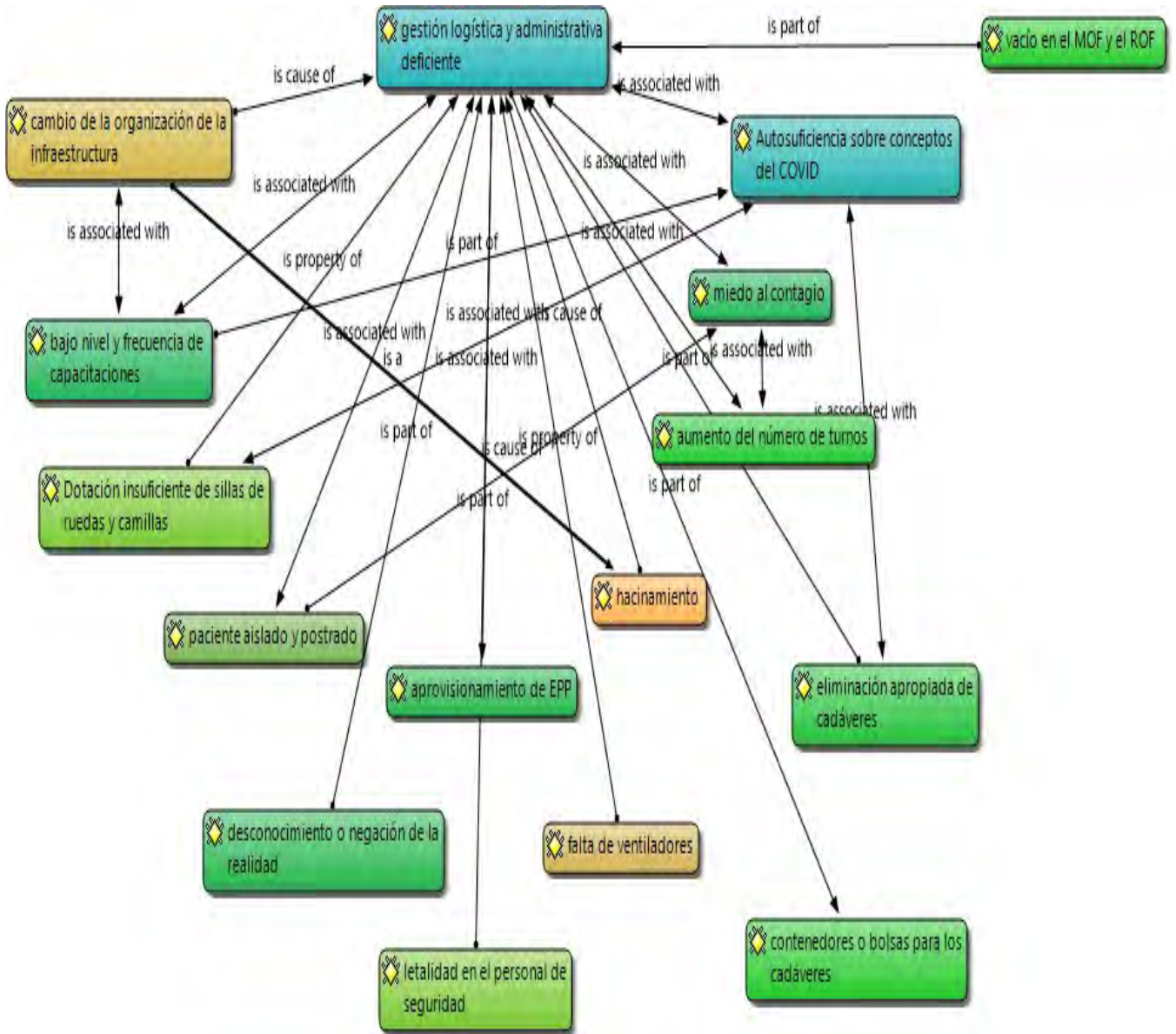
¿Qué razones se dieron para que este número se reduzca tan drásticamente?

Básicamente, los decretos supremos que dijeron que las personas mayores de 60 años no podían venir a laborar; luego ampliaron a 65, pero luego apelaron no solamente a su edad, sino a que tenían comorbilidades, pero ninguna fue demostrada.



4.3.4 Gestión de los recursos logísticos y terapéuticos

Gráfico N°13: Red de gestión logística y administrativa deficiente según el Jefe de Medicina



La gestión logística que involucra la dotación correcta y a tiempo de los equipos de protección personal, desde el inicio de la pandemia, fue según palabras del encargado de almacén (personal originariamente del servicio de oftalmología, quien tuvo que asumir, sin experiencia previa, esas funciones) y la mayoría de usuarios (salvo el personal de seguridad entrevistado), ineficiente, incompleto, lleno de trabas burocráticas pero sobre todo por la falta de coordinación de la

Red Prestacional donde, a pesar de ser el hospital denominado como COVID, no recibió de manera diligente y suficiente estos equipos, lo que condicionó directamente el mayor número de contagios en el personal proveedor de salud y los considerados como terceros.

A este respecto declaró:

¿Tuvo pacientes que tuvieron gastos extras?

Creo que ha habido una especie de desesperación a nivel nacional. Y bastante se publicitaron tratamientos, que fueron discutibles o tratamientos que en algunos casos estaban fuera de nuestro petitorio. Pero las familias comprendieron que, si no tomaban ellos, el costo de esto, la evolución de su familiar, pudiera ser mala ¿no? Gastos fuertes, en algunos casos porque debo decirlo: Hubo desabastecimiento de medicamentos, como es de esperarse. Fue momentáneo y fue al final, más que al inicio. Por lo menos al inicio no veía tanta limitación, pero posteriormente sí. Se vaciaron la enoxaparina, la vancomicina, el meropenem, para las complicaciones de los casos y por eso no se veía porque no sabía que debíamos usarlos. Y en los estadios tempranos, no había ivermectina, azitromicina en algunos casos, cuando eran indicados por norma. Los familiares tuvieron que adquirir y esto según la ley, no es aceptable, porque la institución debió, con el abastecimiento de la Gerencia del Almenara, de todos los insumos y medicamentos necesarios, pero la distribución y el resto de procesos, no fueron claros ni contundentes, dejándonos muchas veces desabastecidos y generando iniciativas de cada grupo profesional para comprar por ejemplo EPP y/o medicinas gastando de su propio bolsillo

Con este antecedente, el médico Jefe de Medicina, confirmó lo expresado por el encargado de almacén, quien debía informarle del stock (ingresos y salidas de material, reubicación del mismo, insumos para los servicios de hospitalización y emergencia) para entregar al personal y verificar que su personal tuviera el EPP completo y confiar en su uso correcto (considerando pausas necesarias para ir al baño, tomar una merienda y continuar trabajando por más de 24 horas), las medicinas fueran administradas a los pacientes sin demora y los turnos, por necesidad y/o enfermedad de algún personal fueran siempre cubiertos y evitar vacíos donde los pacientes quedarán sin control médico; situación que ocurrió y obligó a muchos a doblar y triplicar turnos, incluyendo al Jefe de Medicina, quien debía realizar doble labor (en tiempos pre pandemia un cargo administrativo no obligaba a un médico a realizar labor asistencial –definida como tratar pacientes; era de dedicación exclusiva como gestor de su servicio o

departamento), administrativa y asistencial, por la falta de personal, no solo en número sino también en calidad (mayoritariamente se trabajaba con médicos generales sin experiencia real contratados por la pandemia). Esta coyuntura llevó a que este médico enfermara también y sufriera lo mismo que otro paciente infectado de COVID-19, sea intubado (es decir, requirió apoyo ventilatorio), estuviera aislado y postrado, pero con mucha suerte, sobreviviera para reincorporarse a sus labores, aunque quedara, como todos los que atendimos en esos días, con una secuela a nivel pulmonar.

Declara, en cuanto al abastecimiento del oxígeno (recurso crítico en la pandemia):

¿Esta falta de oxígeno, fue por la red, por la infraestructura antigua del hospital de más de cincuenta años?

Por la modalidad del abastecimiento, pienso yo, en el que no había un control de un mínimo sobre el cual debía abastecerse el producto ¿no? Es decir, si yo tengo, como hacen en farmacia, un stock del 30% de fármacos, debo reponer, no debo esperar un cero absoluto. No había manera de controlar eso y a mi parecer, el oxígeno, siendo un medicamento, es conducido por servicios generales (se encoge de hombros), de mantenimiento y no farmacia, quien controla medicamentos y tiene estas políticas de reabastecimiento mucho más estrictas que pudiera tener un servicio de mantenimiento general o servicios generales. Es una falla de gestión, que debe resolverse.

El segundo punto es la calidad. Parte del material de protección, específicamente las mascarillas no cumplían con los estándares internacionales sobre el nivel de protección contra el mortal virus. Es decir, el personal que atendía a los pacientes portadores de un cuadro clínico arriesgó su vida por utilizar mascarillas que servían para realizar trabajos de pintura, soldadura, etcétera, pero no protegía contra partículas infectantes que incluyen al virus SARS-CoV2 (clara vulneración de derechos humanos con exposición al peligro para el personal asistencial, sus familias y los pacientes). Desde el punto de vista de la Gerencia Social, el derecho a la salud, como todos los demás, debe reunir las condiciones necesarias para ser ejercido: contar con un abastecimiento continuo y constante de insumo y medicamentos, oxígeno, infraestructura y personal entrenado y adiestrado; sin embargo, muchos pacientes conocían que estas deficiencias no estaban cubiertas y preferían no acudir al hospital. Eso obligó a muchos

pacientes y a los grupos profesionales del hospital a adquirir con su propio dinero de aquello que nadie le proveía (igualdad de oportunidades de acceso a los servicios, según el enfoque de derechos).

Es claro también que parte de personal del hospital, sobre todo los denominados servicios generales o mantenimiento, no usaban ni usan apropiadamente, incluso ahora, el equipo de protección personal; esto debido a una autosuficiencia sobre los conceptos del COVID, el aumento del número de turnos o jornadas de trabajo (en tiempos diferentes y personas diferentes), demostrando un desconocimiento o negación de la realidad, con una falsa sensación de seguridad, sumado a un bajo nivel y frecuencia del número de capacitaciones (principalmente en la primera parte de la gestión de la dirección) avalado tácitamente por las autoridades, quienes no se preocupaban en insistir, difundir y reiterar el uso y las buenas prácticas sobre el EPP. Como refieren los entrevistados, se aprendía sobre la marcha viendo videos de YouTube y comentando en los pasillos y casilleros. Aun así, fue palpable el mal uso del EPP **(Médico con cargo administrativo y asistencial, entrevistado 7)**.

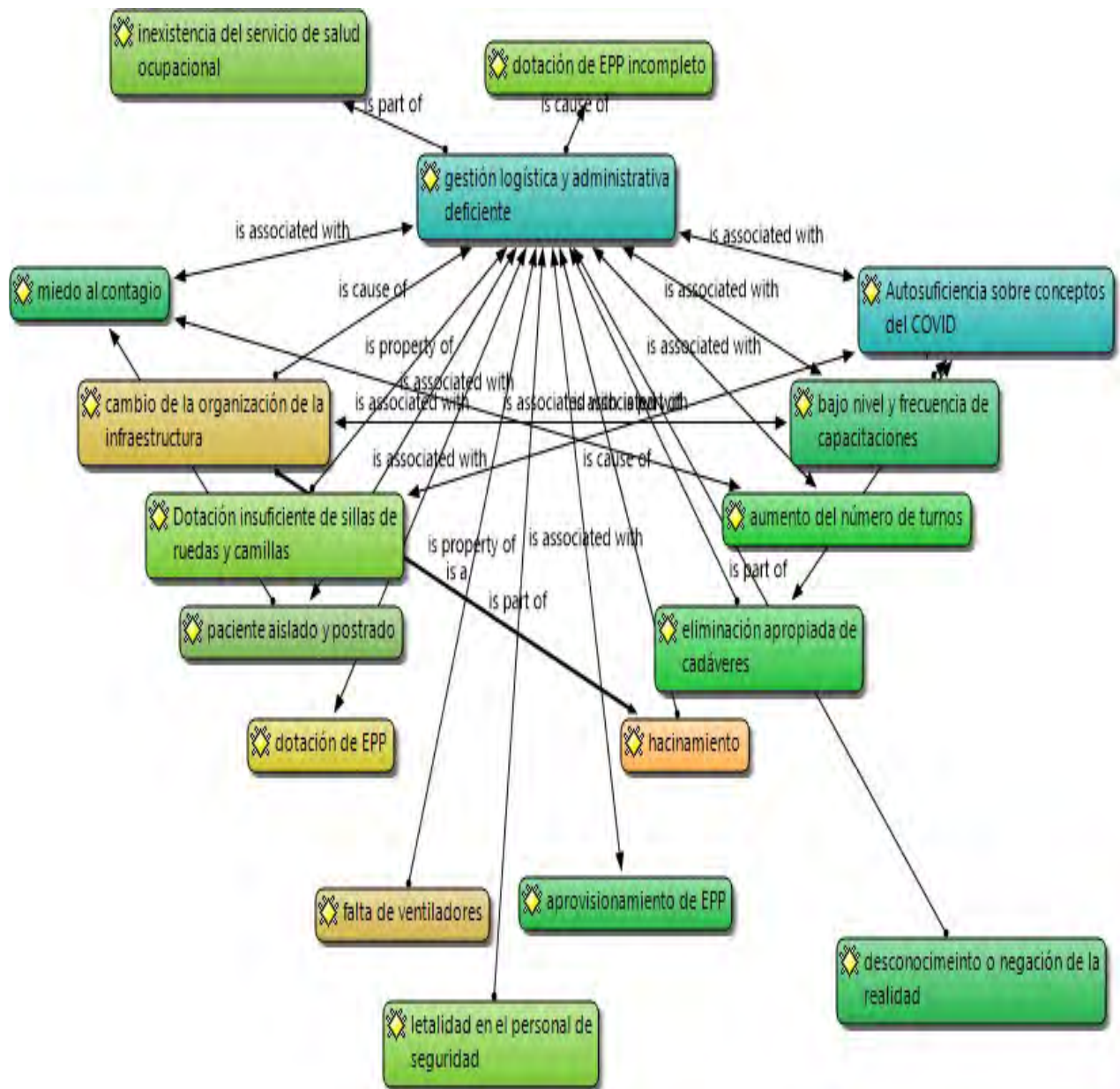
La unidad de abastecimiento de la Red, también sufrió la baja de personal para la clasificación, almacenaje y distribución de los diferentes insumos que resultaron críticos en la pandemia. Es de notar que, desde mucho tiempo atrás, el hospital no cuenta con una dotación suficiente de camillas de transporte y de sillas de ruedas.

No podemos ignorar el hecho de la falta de gestión manifestada por uno de los entrevistados sobre el EPP **(Encargado de cargo administrativo estratégico, consignado como entrevistado 2)**:

¿Cómo enfrentó los problemas económicos que se presentaron y que entorpecieron su gestión? ¿Si no fue así, considera que se vio favorecida por algún factor o factores?

Obviamente, el exiguo presupuesto hizo eco en nosotros y aunque hubiésemos querido, no podíamos adquirir algunas cosas necesarias porque cada presupuesto está destinado a cada tema específico. Y el no hacerlo, como pasó en una oportunidad, nos generó problemas legales. Y como siempre, la pita se rompe por el lado más débil. Trataron, y lo hicieron de culparme de eso y gracias a muchas personas como pacientes y médicos anónimos, teníamos siempre plata en la caja chica, aunque no era mucha.

Gráfico N° 14: Red de Gestión logística y administrativa deficiente según un médico general



La visión de un profesional médico, recién graduado, sin experiencia de manejo administrativo, realización de horarios, administración de costos, realización de planillas de admisión y descarga de pacientes, por ejemplo, es obviamente totalmente diferente a la de sus compañeros Jefes. Para él, lo más relevante es lo que le acontecía en su día a día en su relación directa con los pacientes, con algunos familiares, dependiendo si se encontraba en emergencia u

hospitalización, con pocas horas de sueño y al mes de su ingreso como trabajador de la institución, su padre médico también en otro hospital, se infectara, enfermara y muriera en el transcurso de cuatro días. Menciono esto porque por ley, debió seguir trabajando (¿derechos humanos o deberes laborales?, ¿igualdad?). La perspectiva sobre las necesidades de los pacientes, la suya propia y la del personal con quien laboraba, nos ilustra sobre otros puntos no mencionados por el Jefe de Medicina por ejemplo. Para él, dentro del grupo de médicos que estaban trabajando supuestamente desde su casa (es decir, en trabajo remoto) y que continuamente mandaban “recomendados” a la emergencia del hospital o a hospitalizarse directamente, consiguiendo su número de teléfono celular para tal fin (dado por algún personal de enfermería o técnico en presencial, sin respetar la privacidad del profesional) e interrumpiendo sus labores continuamente; estos profesionales no aportaban nada concreto a la atención de los pacientes. Este médico general, conoció cuando alumno, las instalaciones del hospital y el cambio necesario en su vieja infraestructura fue apreciado por él. En ese intermedio, fue testigo de la falta de un tendido de red de oxígeno en los ambientes donde siempre debieron existir, según las normas del MINSA. También notó que si el hospital no le proveía del EPP completo, debía recurrir a sus ahorros para comprarlo. Si sus horas de sueño no podrían ser recuperadas, como les ocurre a los pacientes, debía “acostumbrarse” a esa realidad, de carencia de. Esto, para la Gerencia Social, bajo el enfoque de derechos no cubría el desarrollo de potencialidades debido no solo a la falta de acción concreta y a tiempo de las autoridades sino al entorpecimiento a nivel político como los decretos de urgencia del Gobierno en curso, que no permitía un rápido reabastecimiento de insumos, o creación de mecanismos para el manejo y disposición del elevado número de cadáveres que día a día se acumulaban en el hospital. Las acciones de este actor en torno a su relevancia, tiene especial interés porque debe concatenarse con el esfuerzo de los demás para lograr, como grupo, creando vínculos de confianza que en la pandemia debieron hacerse más rápido que lo acostumbrado, por el bienestar del personal y de su objetivo final: los pacientes. Desde su perspectiva el hacinamiento por el excesivo número de pacientes tenía diversas causas, una de las principales era la no aceptación de referencias por el hospital Almenara, faltos también de

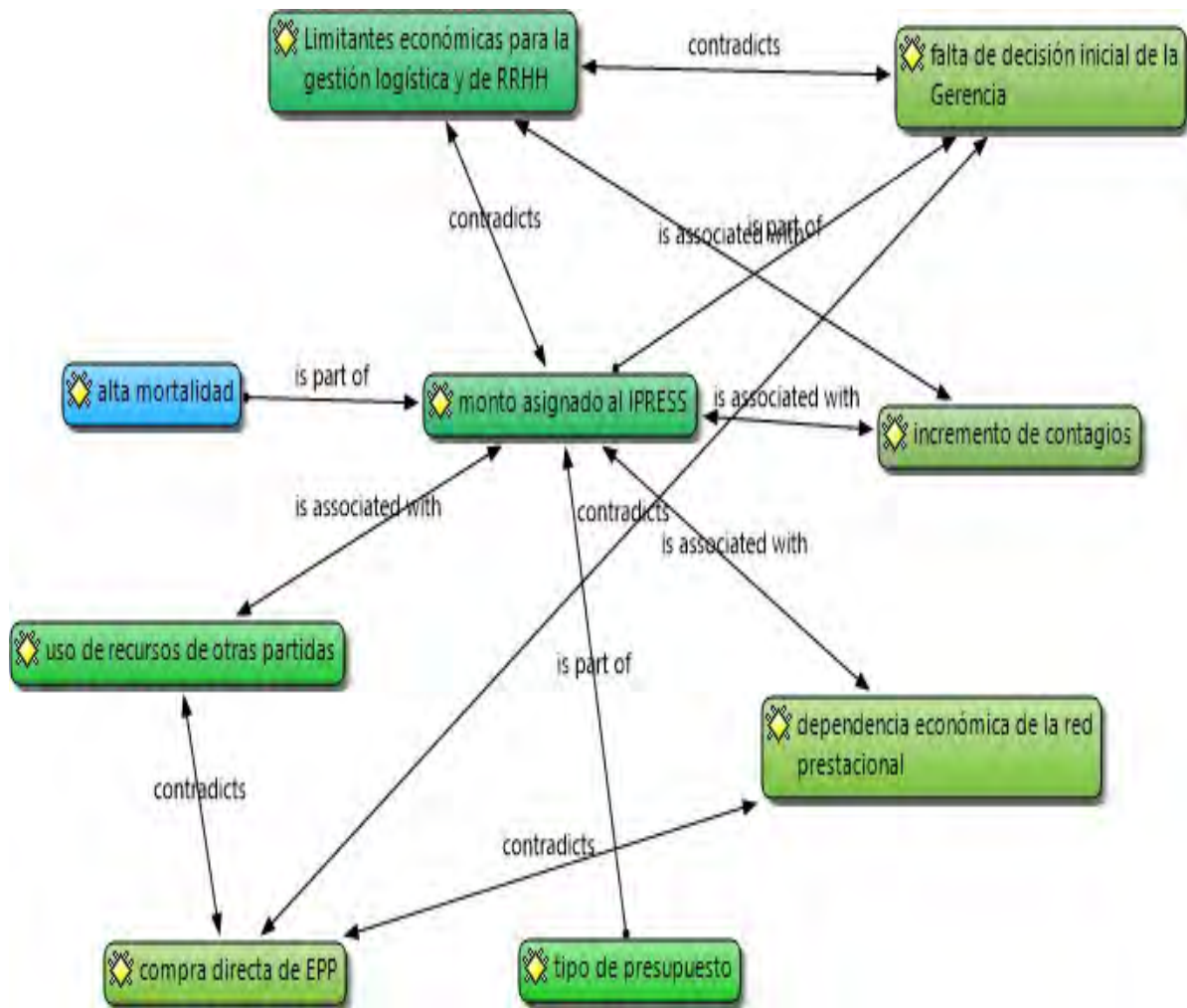
personal en número y calidad, pero con más recursos y con la facilidad de no lidiar o evitar así a los familiares. Aquí la idea del entorno colectivo, pues hablamos de dos hospitales de la misma institución, ni siquiera fue pensada por los gestores a cargo; de esta manera los procesos sociales en común no se dieron.

Como se ve el **Gráfico N° 14** y la red generada, la deficiente gestión logística y administrativa, cuyo punto inicial es la inacción de la Gerencia y los gestores, previo a los DU que ordenaban el aislamiento social obligatorio, “protegiendo a los mayores de 60 años (aunque sanos) y salida de personal que atendía áreas críticas y hospitalización, llevó a un desorden inicial y sin la participación en conjunto, cada encargatura, por orden directa de la Gerencia, obligó realizar cambios en la organización de la infraestructura, de un local antiguo y obsoleto (**Podestá y Maceda, 2018**), para atender a la mayor cantidad de pacientes, sin planificar por meses, capacitación alguna a la mayor parte del personal nuevo contratado, sin una completa evaluación curricular (**Médicos con cargo administrativo y asistencial**), no patrocinada, sin orden ni organización, solo en los pocos momentos de descanso entre turnos, que se extendían muchas veces por más de 72 horas (por falta de personal y por problemas de transporte del mismo), demostrando muchos vacíos en el MOF y en el ROF, sobre quien hacía tal o cual función, como la disposición de cadáveres, en los primeros meses de la pandemia, con una normativa poco clara para este tipo de enfermedades; donde, desde un inicio, el paciente, aún con vida, sufría aislamiento y postración en su casa, por el miedo al contagio por el contacto con sus familiares, quienes en su mayoría, no daban información correcta y veraz para contactarlos; y al llegar al hospital, mantenían estas condiciones, por el contacto mínimo de los proveedores de salud (enfermera recuperada), debido quizá a concepto poco claros o autosuficientes de la enfermedad y en el caso (por regla general), de necesitar equipos de ventilación asistida, estos resultaron insuficientes en calidad y cantidad (gestión previa deficiente e inacción primaria de la Gerencia). En caso de fallecimiento, el ambiente utilizado desde siempre en el hospital no permitía, bajo ningún concepto, un almacenamiento, conservación, disposición y transporte de los mismos, sumado a las condiciones climáticas y la hora del fallecimiento y a la falta de contenedores o bolsas para

cadáveres, o que los familiares no aparecían o no podían ser contactados o abandonaban definitivamente a sus enfermos. Desde el ingreso, por el número excesivo de pacientes que se recibían, la dotación de sillas de ruedas o camillas para transporte, sobrepasó las que se tenían en la emergencia y en las puertas de ingreso habituales. Hubo algunos proveedores, contagiados unos y fallecidos otros, quienes demostraron un desconocimiento o negación de la realidad, pues, en desmedro de no contar con el stock suficiente de EPP, no utilizaban apropiadamente éste. El personal de seguridad en cambio, junto con los de limpieza, fueron los sacrificados en el sentido de no contar por parte de su empresa ni del hospital (restringido) con el EPP, en un hospital donde cada zona tránsito era considerada como contaminada.

Es interesante también analizar estos procesos desde la óptica de un personal proveedor operativo, aportando ideas y enfoques desde un ángulo más cercano al enfermo, al actor social afectado, incluyendo a su familia, eje no considerado en los procesos de gestión elaborados para el manejo de la pandemia.

Gráfico N.º 15: Red de elementos participantes como limitantes económicas para la gestión logística y terapéutica



El **Gráfico N.º 15**, señala puntos importantes sobre las limitaciones económicas para una adecuada gestión logística y terapéutica, analizado a lo largo de la investigación, pero aquí resalta un tema señalado tanto por la parte operativa, como por los gestores entrevistados. El tema del oxígeno fue influenciado como otros medicamentos, como ya se ha referido en otros acápite, por la falta de gestión previa y actuar con prontitud, como lo requería el caso, para dotar apropiadamente con una fuente segura y continua de este elemento vital, ya que su falta hizo que no trabajen los ventiladores, tampoco para la recarga de los balones en stock y lo que ocurrió por las noches generalmente como fue referido por los entrevistados: el oxígeno se acababa de noche y muchos pacientes

fallecían porque no había en la línea del hospital ni familiar que pudiese comprarlo por el horario de toque de queda y el aislamiento y postración propia de los pacientes.

Esto se solucionó, tardíamente con la construcción por donación de la empresa privada de una planta de oxígeno con generador, para casos posteriores. Importante señalar que el personal a cargo de esta dotación y control eran trabajadores de servicios generales, mantenimiento, quienes no conocen los aspectos teóricos de inventario y cambio de los balones al llegar al mínimo requerido para el cambio de los mismos.

¿Con qué equipos, considerados por usted, como importantes, útiles y valiosos, contaba para el enfrentamiento de la pandemia?

Bueno, teníamos ventiladores, eran limitados en número, sin embargo, en uso. Teníamos insumos para el manejo de vías respiratorias avanzada; y una fuente de oxígeno que nos demostró tener muchos problemas en la práctica. **¿Por qué?**

Porque tenía una limitación, que colapsó, por lo menos, a mi conocimiento, por lo menos dos a tres veces por semana (rostro de sorpresa y desazón) de forma absoluta.

¿Esto fue por la red, por la infraestructura antigua del hospital de más de cincuenta años?

Por la modalidad del abastecimiento, pienso yo, en el que no había un control de un mínimo sobre el cual debía abastecerse el producto ¿no? Es decir, si yo tengo, como hacen en farmacia, un stock del 30% de fármacos, debo reponer, no debo esperar un cero absoluto. No había manera de controlar eso y a mi parecer, el oxígeno, siendo un medicamento, es conducido por servicios generales (se encoge de hombros), de mantenimiento y no farmacia, quien controla medicamentos y tiene estas políticas de reabastecimiento mucho más estrictas que pudiera tener un servicio de mantenimiento general o servicios generales. Es una falla de gestión, que debe resolverse (**Médico con cargo administrativo y asistencial consignado como entrevistado número 7**).

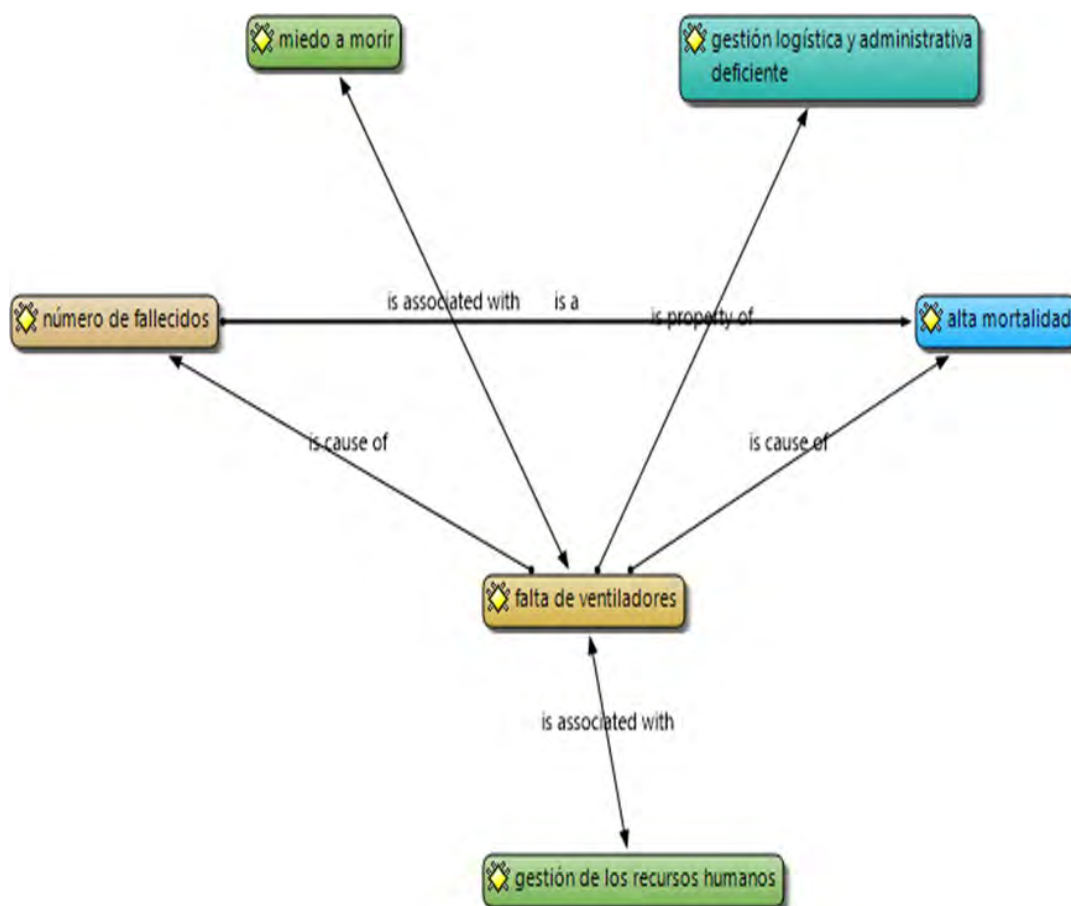
Otro aspecto a considerar fue el cambio de la organización de la infraestructura del hospital, con cambio de ambientes para aislar los casos en sus diferentes estadios, que en tiempo fue de tipo tardío por la inacción de las autoridades, desorden del personal de proveedores, falta de gestión en cuanto a las funciones de qué y quien debía hacer y cuándo hacerlo por parte de las autoridades; hasta que en octubre se ganó un área de atención con los protocolos de

distanciamiento, tomas de oxígeno y áreas seguras, que en un inicio no se contaba para la atención y manejo de pacientes.

Finalmente, la creación tardía de la unidad básica de salud ocupacional, muy importante desde sus inicios en junio, ayudó tanto a pacientes como al personal de proveedores sin distinción de la modalidad de contrato, en el reconocimiento, manejo y desconcentración de los contactos, enfermos y sus familias, así como las reevaluaciones pertinentes para el retorno laboral y ayudar, desde ese sitio, a la reactivación económica y a la dotación de personal necesario, quienes a pesar de haberse contagiados, regresaron a laborar y seguir apoyando en sus lugares como personal esencial. Este hecho, ayudó a mitigar los efectos de la pobre gestión logística y de medicamentos del hospital, pues la relación de confianza y credibilidad imperó más versus el gasto para aquellos que enfermaron.



Gráfico N.º 16: Red de Falta de ventiladores en el hospital



Uno de los insumos parte de la logística necesaria y obligada por la presentación y evolución de la enfermedad fueron los ventiladores mecánicos. (**Gráfico N° 16**). Su falta, no solo en número, sino en tiempo de uso, antigüedad, repuestos desfasados por uso excesivo, “acoples” producto del ingenio peruano, falta de planificación en la renovación de equipos de hospitales diferentes al Almenara, con un menosprecio total a su capacidad resolutive, en base a su capital humano pre pandemia. Los repuestos, generalmente adquiridos por caja chica, con garantías de las empresas vendedoras vencidas en su mayoría, siendo reparados por personal biomédico poco capacitado en hospitales como el de Vitarte. Aquí se traslapan los procesos de gestión de los recursos humanos, con un personal poco capacitado (médicos generales) en manejo de ventiladores mecánicos, pacientes críticos y ausencia de gestores, con un nivel bajo de

capacitaciones. Lamentablemente, era imposible capacitar a un personal novel en aspectos prácticos, sin el bagaje teórico previo. Estas consecuencias de la gestión fallida provocaron, fuera de la enfermedad, gran número de fallecidos, traducido en los indicadores de alta mortalidad y letalidad. Es interesante señalar que, hasta el personal proveedor, si bien no todos, tenían miedo a morir por estar en contacto con los enfermos; y otra arista es la gestión logística y administrativa deficiente, señalada líneas arriba.

¿Con qué equipos, considerados por usted, como útiles y valiosos, en el área de emergencia y hospitalización, contaba para el enfrentamiento de la pandemia?

Como le referí antes, solamente teníamos un total de 12 médicos, 8 éramos del servicio de emergencia y el resto hacían horas extras. Tres de ellos salieron por edad y uno de ellos por enfermedad; los dos que apoyaban también salieron por enfermedad; al final solamente nos quedamos 4 personas. De esas cuatro personas, uno asumió una gestión, y éramos solo 3 personas, que son con las que contamos actualmente.

El equipo no mejoró, al contrario, nos fue disminuyendo los equipos. Se retiraron los ventiladores porque tuvieron que ir a otro hospital y lo que quedó se utilizaba solamente como monitoreo.

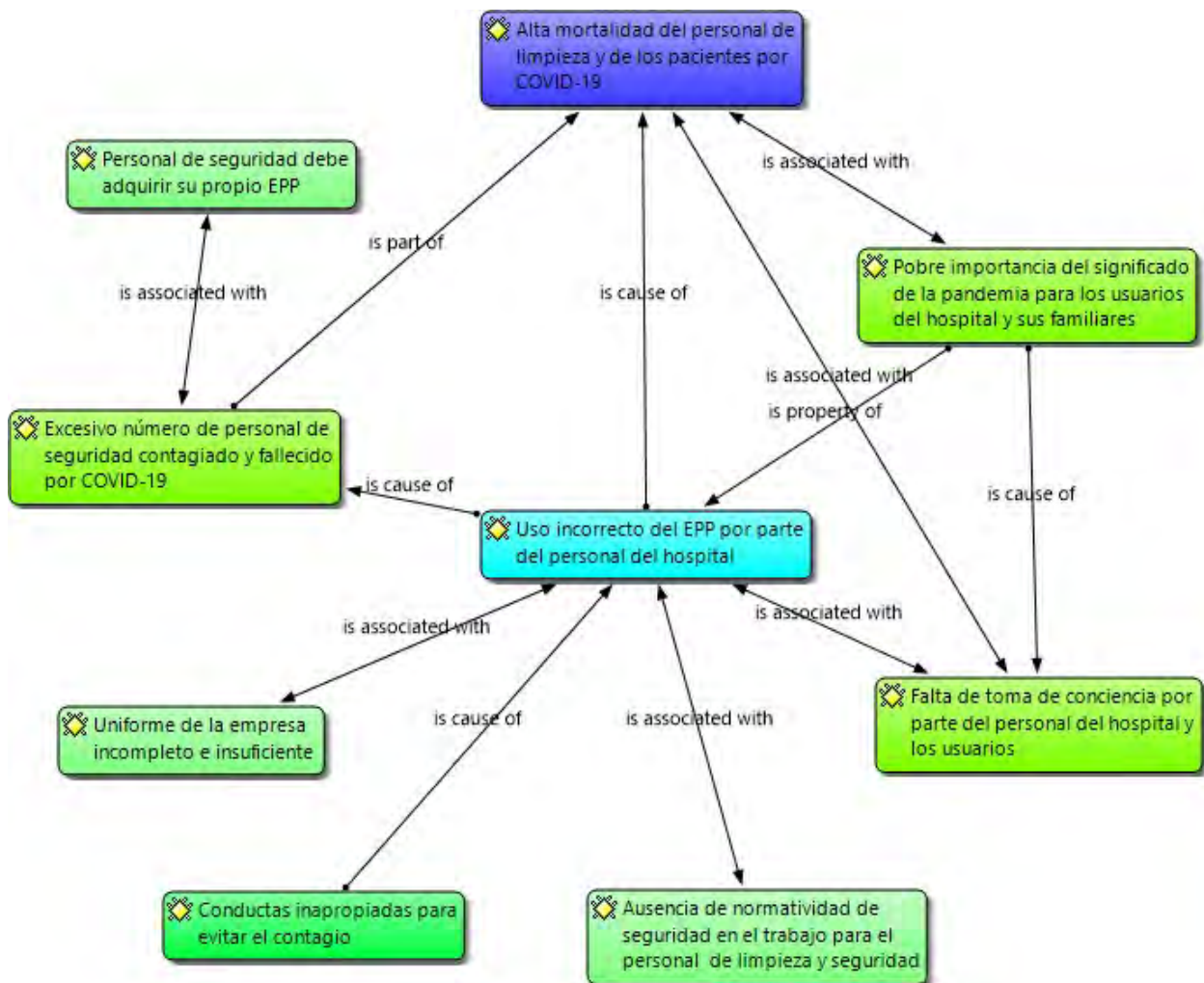
¿Algunos se malograron?

Habían malogrado desde antes; se repararon uno de ellos y ese reparado quedó acá.

¿Eso en la gestión mejoró, fuera de trasladarlo a otro hospital cuando estuvo acá para resolver los casos de los pacientes en estado grave, que no admitían referencia en ese momento?

Había un tope de referencia. La falta de referencia devino a que el paciente no tuviera soporte, por ejemplo, no había oxígeno, falta de máquinas y al no haber esto, obviamente el paciente se deterioraba y eventualmente fallecía **(Médico Entrevistado con cargo administrativo y asistencial consignado como número 6)**.

Gráfico N.º 17: Red de Uso incorrecto de EPP según la visión de un personal de limpieza (SILSA)



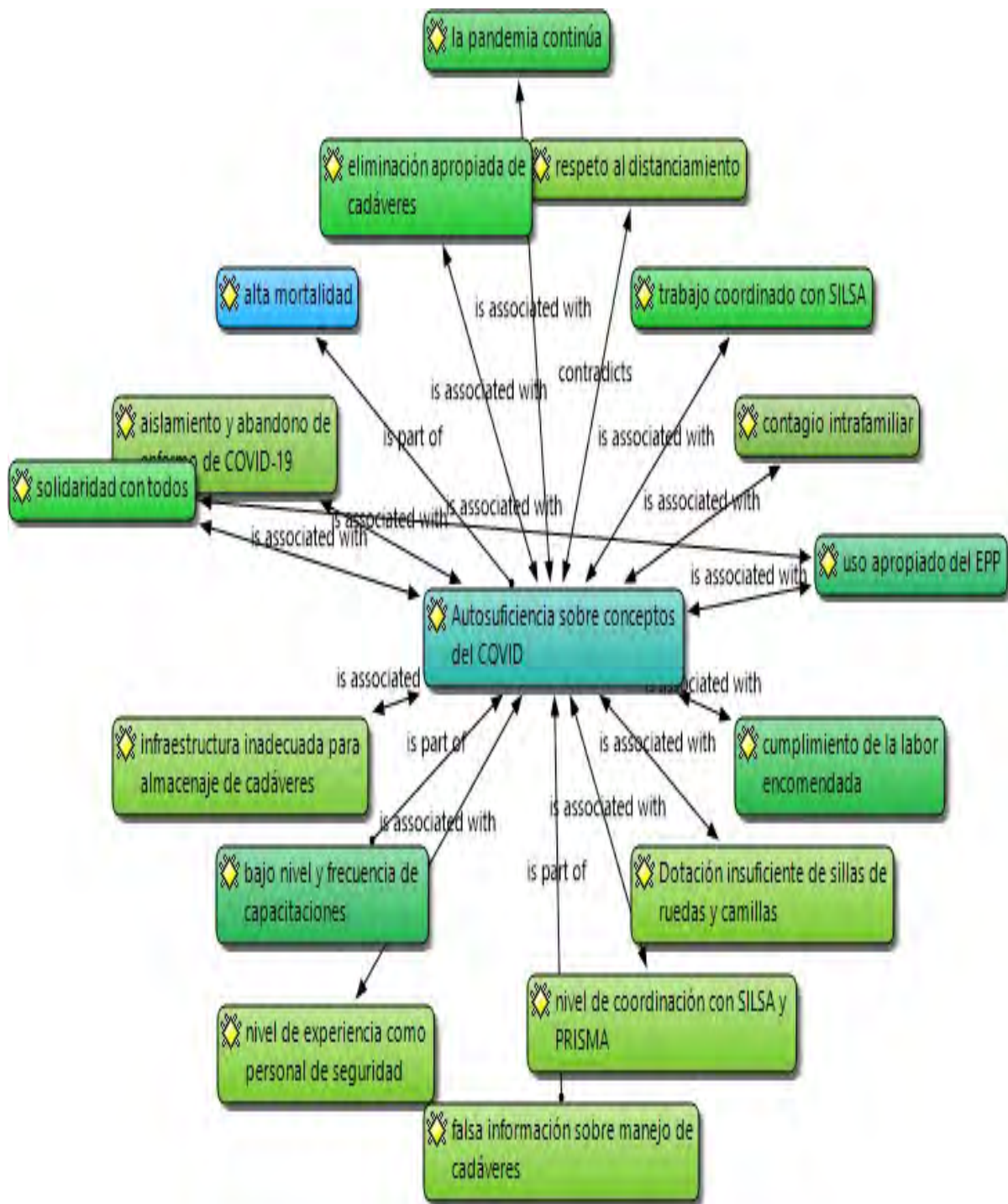
El **Gráfico N.º 17** muestra lo que pensaba el personal de limpieza del hospital, mudos testigos de hechos trágicos y dolorosos, quienes se desenvolvían en todas las áreas del hospital, donde el uso del EPP no era para todo el personal del hospital (era provisto parcialmente por su empresa), generando una alta cantidad de contagiados y muchos fallecidos, demostrando una falta de conciencia, tanto de la población usuaria, como aquella que laboraba a diario.

El testimonio del personal de limpieza, es importantísimo y se cruza la información brindada por otros entrevistados, el EPP, corto en número y distribución, también determinó incremento en el número de contagios y muerte entre el personal del hospital y sus compañeros (personal de seguridad y de

limpieza básicamente) y sus familias, por el uso incorrecto del mismo, con capacitaciones pobres e incompletas (una en 6 meses para ellos), con una multicausalidad (quién, cómo, dónde y cuándo capacitar a un personal poco considerado incluyendo su empresa), ignorancia sobre con qué uniforme y cómo debían usarlo, cuándo y dónde desecharlo, lavarlo si fuera el caso (a muchos se les daba ropa de tela desde sus empresas para usarlo 6 meses) y debían lavarlo en sus domicilios (muchos de ellos precarios), sumado a una pobre importancia del significado de la pandemia para la población usuaria, demostrando su falta de toma de conciencia al acercarse solos o con sus familiares enfermos al hospital, fue lo que determinó la alta mortalidad y contagio, sobre todo del personal de seguridad, quienes tenían contacto primario y directo con los enfermos y sus familias y del personal de limpieza, en los pasillos y áreas contaminadas del hospital, sin refrigerio, desprotegidos por la ausencia de una normativa de salud y seguridad en el trabajo. Un total de 50 fallecidos cobró esta pandemia dentro del personal de limpieza. Bajo la visión de la Gerencia Social, este valioso personal, con múltiples capacidades, eran sujetos de derecho, que debieron ser consultados de las acciones a seguir durante la pandemia, en conjunto con el personal asistencial para formar y consolidar una red sólida, parte de la atención integral del paciente enfermo de COVID-19; pero también ciudadanos, con familia, aspiraciones, que vivían y convivían con otros trabajadores en zonas de pobreza generalmente.

4.3.5 Alta Mortalidad

Gráfico N° 18: Red de Autosuficiencia sobre conceptos del COVID



En el **Gráfico N° 18**, se aprecia que a pesar del apoyo determinante del personal de terceros, de limpieza y seguridad, colaborando con la recepción, traslado y apoyo permanente a los pacientes y familiares durante la pandemia del COVID-19, se dio gran cantidad de fallecimientos, alta mortalidad, donde tanto el

personal de planta del hospital y esos trabajadores no recibían de manera oportuna y frecuente el equipo de protección personal, lo que provocó el incremento en el número de contagios, y ante el riesgo de contagiarse, enfermarse y morir, algunos proveedores de salud, personal asistencial de planta y contratados por la pandemia, ya contagiados, demostraban su falta de toma de conciencia al no usar correctamente el equipo de protección personal que se les daba; la falsa seguridad de haberse contagiado previamente y la poca o nula presentación de síntomas o molestias, conllevaba una falsa sensación de seguridad y un nivel de autosuficiencia en el desempeño de sus funciones, que a su vez provocó más enfermos y más muertos dentro de este personal y denotó, tristemente la pobre importancia del significado de la pandemia para ellos.

La falta de toma de conciencia, el uso incorrecto del equipo de protección personal y la pobre importancia del significado de la pandemia fue también producto del pobre nivel de capacitación en todo orden, donde el personal que lo tenía a su disposición no deseaba usarlo, de manera irresponsable; denotando también el poco interés real de la institución por enseñar el uso correcto y que su personal esté adecuadamente protegido, ya sea por ignorancia o por falta de compromiso con la gestión de los recursos humanos, donde el proveedor de salud no fue considerado sino hasta el final de la pandemia. Esto guarda una relación directa con la alta mortalidad presentada y descrita, y cómo la autosuficiencia de conceptos sobre el COVID-19 y sus componentes, determinó una serie de conductas y acontecimientos que perpetuaban conductas de riesgo, tanto de la población, como del personal proveedor

Gráfico N° 19: Red de Elevada mortalidad según el Administrador del Hospital



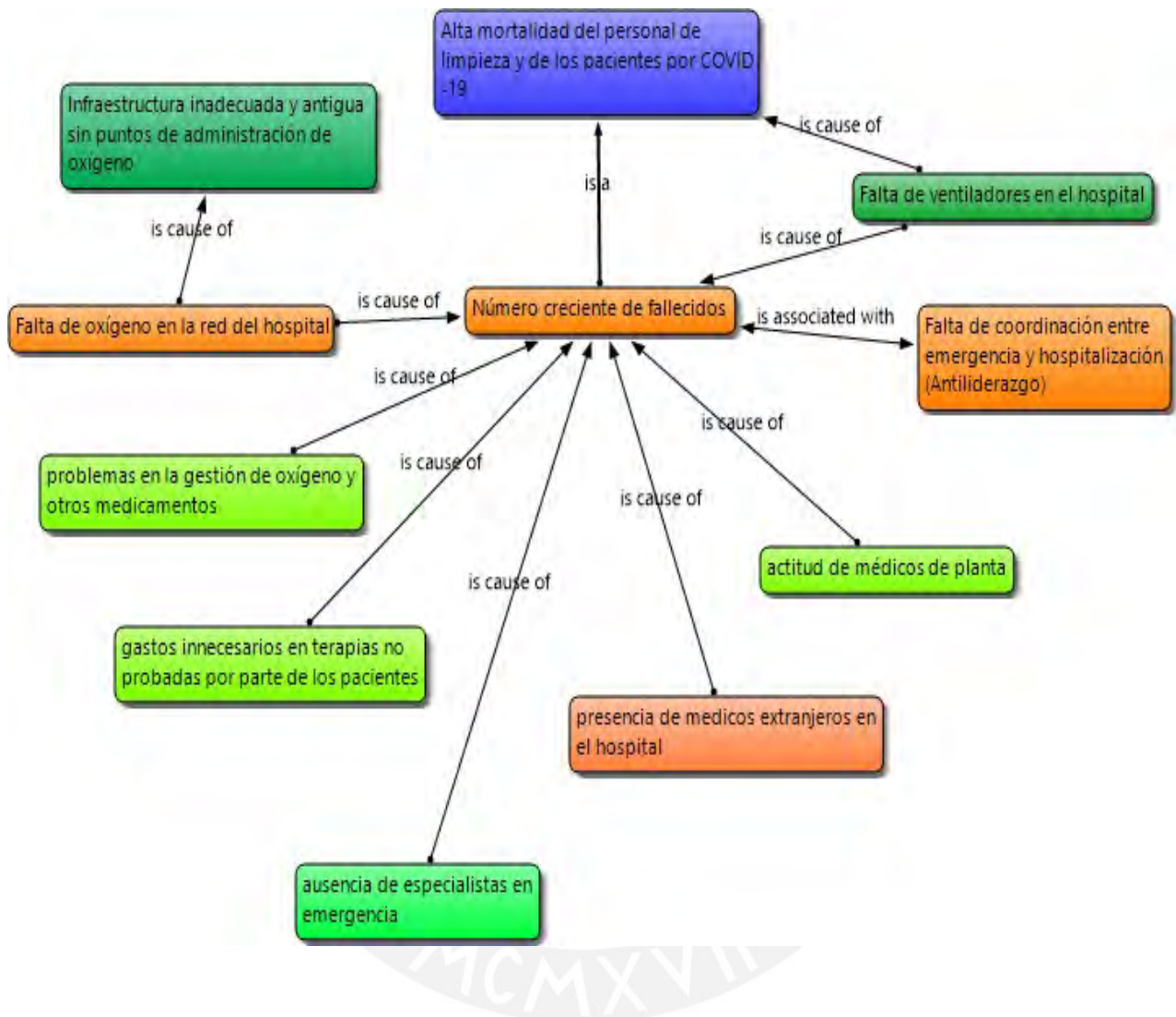
En el **Gráfico N° 19**, para el administrador, uno de los gestores iniciales de la pandemia, cuyo accionar fue timorato, lento e incapaz, pudo hacer su propio análisis. Para este gestor, la letalidad del virus, principalmente, fue la causa de la elevada mortalidad en el hospital, además de la actitud de la familia, entre los extremos de no acudir a tiempo a buscar atención, no acudir por la mala opinión previa sobre la calidad de atención y el rechazo familiar hacia el enfermo. En el transcurso de las atenciones, se evidenció la ausencia de una guía de manejo de salud en el trabajo, operativa (la norma y su reglamento existen hace mucho más de 13 años en Essalud) y nadie de la gestión que la recordara y pusiera en práctica; esta actitud, incrementó los contagios en el personal proveedor y la falta de apoyo logístico desde el inicio de la pandemia, solo mostró rápidamente esta realidad, así como el rápido desabastecimiento del oxígeno, de una red antigua y poco funcional. El apoyo de la municipalidad del distrito fue uno de los puntos positivos, ante la ausencia de efectivos policiales en la zona de influencia, se

constituyeron en actores activos por su actitud colaboradora en el transporte de pacientes, despliegue de una carpa e instalación de sillas para los familiares que pernoctaban durante toda la noche por la ausencia de movilidad y el horario de toque de queda.

El personal de limpieza, hizo lo que pudo, con los pocos insumos para la limpieza y desinfección de los ambientes, poco delimitados en el hospital, antiguo, mal distribuido y con zonas no apropiadas para el tránsito como el corredor central del hospital, lindero de área COVID y no COVID, que generaba más hacinamiento, con el pensamiento que el virus respetaba límites físicos planeados por alguna jefatura.



Gráfico N.º 20: Red de Alta mortalidad según un médico general del área de Emergencia y recuperado de COVID-19



Como señala el **Gráfico N.º 20**, según lo manifestado por el entrevistado médico general, el elevado número de fallecidos fue debido a la conjunción de una serie de elementos, como problemas de gestión logística, donde se incluye a los medicamentos y el oxígeno, como uno de los más importantes y cuya falta en algunos momentos (falta de transporte, poco o nulo apoyo policial que acompañe, alto consumo de oxígeno por la enfermedad, gasto necesario con los ventiladores clásicos) provocó mayor cantidad de decesos; los ventiladores mecánicos, pocos en número, eran insuficientes en número (apropiados para el

nivel del hospital) para la cantidad de pacientes que los requerían y además, por ser más completos consumían mucho más oxígeno que uno alternativo.

Durante la atención de los pacientes, por la gestión deficiente y ausencia, en un primer momento, de gestores que dieran directivas claras para seguir por el personal contratado nuevo (temporal), muchos de estos sin la experiencia adecuada, en el manejo de medicamentos, seteados del ventilador (acomodarlo a los parámetros de cada paciente), generaba una pobre coordinación entre quienes atendían en el servicio de emergencia y los de hospitalización, puesto que los pocos especialistas (por permisos avalados por el Gobierno), por temas administrativos y legales de la institución eran impedidos de realizar horas extras adicionales a sus turnos, de por sí prolongados, que quedaron además impagos y dejaban sobre todo en horas de la noche, al personal inexperto, sin guía, a su libre albedrío, y en este sentido, el personal médico extranjero (venezolanos en su mayoría) tenían el terrible récord de fallecimientos, por lo que eran despedidos o simplemente no regresaban a un turno posterior programado, generando un vacío en la cadena de atención, debiendo ser cubierto por otro profesional, cansado y con exceso de horas. Muchos pacientes acudían a la emergencia y si sobrevivían las primeras horas, debido a los tratamientos diversos propalados por la radio y la internet, de manera irresponsable por personas de la farándula o profesionales de la salud sin el debido reconocimiento, debiendo primero solucionar las complicaciones por su ingesta (como el dióxido de cloro y sus perforaciones de esófago o intestino, por ejemplo). La infraestructura antigua y desordenada del hospital, hacía que el mortal virus se diseminara fácilmente entre los ambientes y el personal proveedor, por la inexistencia de un sistema de intercambio de aire y evitar la recirculación y concentración de partículas virales, sumado a la información controversial sobre cómo actuar o qué no hacer, generando actitudes respecto a su actuar (desilusión, frustración, cansancio, sin el debido apoyo psicológico necesario) y las actitudes negativas y en ciertos momentos, agresivas de los familiares, influyeron en la alta mortalidad presentada.

¿Con qué insumo biomédico contabas para enfrentar la pandemia? ¿Tenías tubos endotraqueales, vías centrales, ese tipo de insumos, ventiladores, etcétera?

Ventilador es lo que nos faltaba y obvio el oxígeno. De ahí, mmm

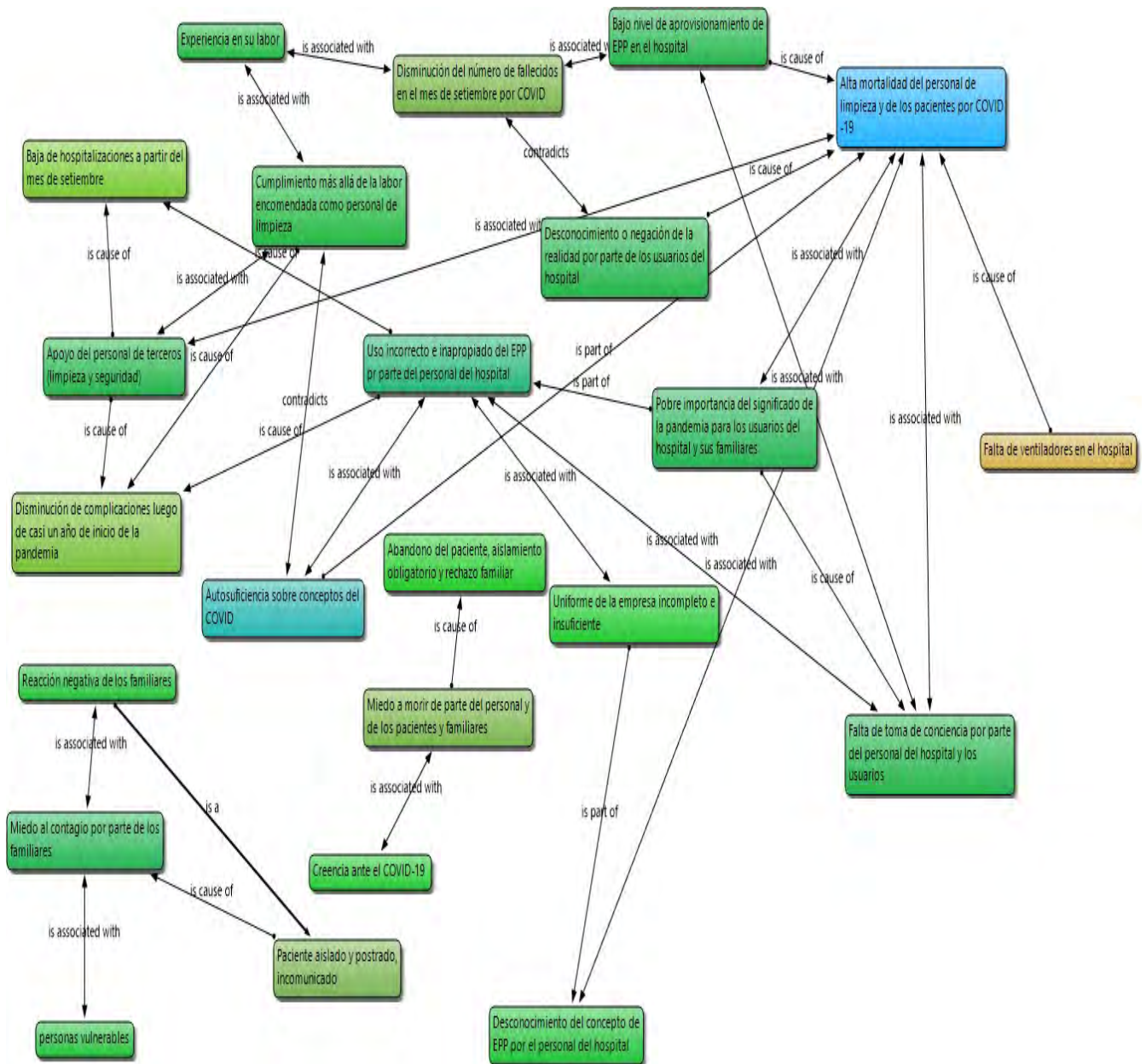
¿Puedes explayarte en eso? ¿Si era un déficit superable, fue crítico la presencia de ventiladores?

Al principio fue crítico, luego se gestionó y trajeron otros ventiladores más, pero ahí el problema fue el oxígeno, las primeras dos, tres semanas de la pandemia, es decir, todo el mes de marzo prácticamente.

¿y en cuanto al oxígeno? El oxígeno sí empezó a escasear demasiado desde el inicio. Porque al inicio, hasta los dos primeros meses lo que nos decían eran que la mayoría de nuestros fallecidos eran por la ausencia de oxígeno. Nos decían: ya se nos acabó, el paciente está crítico y ... se iba, o sea moría.



Gráfico N° 21: Red de Alta mortalidad según el personal de limpieza (SILSA)



Para esta persona, sencilla y sin complejos ni miedo, como otros entrevistados, madre soltera, de un hijo adolescente, contratada como personal de limpieza, de una empresa que da servicios como terceros a la institución, y su capacidad de observación sumado a su honestidad, permitieron corroborar lo declarado por otro entrevistados durante la llamada primera ola en este hospital. El poco e insuficiente aprovisionamiento de EPP al personal, incluyéndolos a ellos y a los agentes de seguridad también: fue incompleto, inexistente, inconstante y

sectorio, por parte del personal de farmacia (cuyo jefe no era un gestor propiamente dicho sino que guiaba su accionar según el pobre stock que manejaba el hospital, por las causas ya expuestas previamente); la pobre importancia del significado de la pandemia, tanto para familiares como para algunos proveedores de salud quienes minimizaban los alcances de la enfermedad hasta que ellos o un familiar enfermaba; la falta de ventiladores en el hospital, el desconocimiento de lo que significa EPP (para algunos de sus compañeros, así como para familiares y enfermos), el uso incorrecto del mismo, las creencias erróneas sobre qué era y a quién y cómo afectaba el COVID-19 (muchos se pensaban invencibles), la falta de toma de conciencia por parte de la población que acudía a atenderse por emergencia sin respetar el distanciamiento social o usar una mascarilla, provocaron la alta mortalidad registrada, según opinión de este personal de limpieza.

La autosuficiencia de conocimientos sobre el COVID-19 y sus consecuencias, tanto de los pobladores como de algunos proveedores de salud, respecto al virus y sus estragos, con el consiguiente desconocimiento o negación de la realidad, provocó mayor abandono y rechazo familiar hacia el enfermo, dejándolo aislado y postrado, en su casa o en el hospital, por el miedo al contagio y a morir y determinó también el incremento de las muertes de los pacientes.

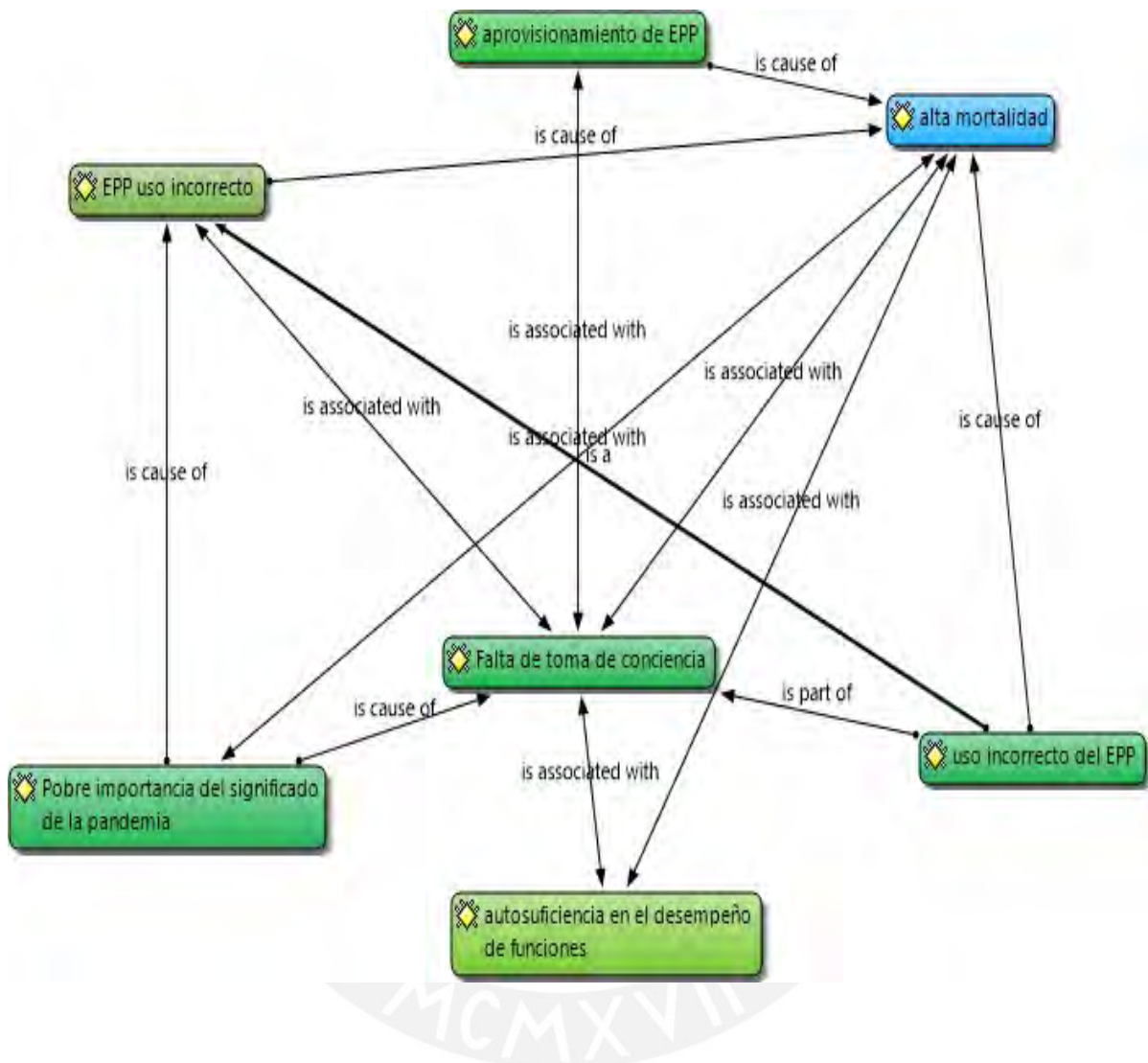
La entrevistada resalta el compromiso como grupo, de los profesionales (técnicos, enfermeras y médicos), así como ellas, como personal llamado de apoyo, incluyendo a los agentes de seguridad, quienes pese a todo, sin recibir nunca apoyo económico o felicitaciones o algún aliciente, lo hacían por estar ahí presentes, en silencio, apoyando con su trabajo al personal proveedor y con el sentimiento de tener suerte por el hecho de contar con trabajo en momentos donde muchos (como refirió ella: los esposos) fueron despedidos y ellas debían llevar el sustento, aun en condiciones poco favorables por la pandemia.

Así, con la evolución de la primera ola de contagio y muertes, ésta así como empezó, al llegar mediados del mes setiembre, comenzó el inicio de la baja del número de casos de contagio y muerte a causa de la infección por el SARS-CoV2.

En la visión del personal de limpieza entrevistada, los pocos médicos de planta presentes por la ausencia del 85% del total, demostraron cumplimiento de la labor encomendada como médicos (vocación de servicio), hacían denodados esfuerzos para tratar, con desesperación, los cuadros de distrés respiratorio severo y la falta de un número adecuado de ventiladores mecánicos, poco o insuficiente EPP en momentos críticos; medicina no apropiada porque no era específica y el oxígeno que se acababa rápidamente por las líneas con más de 10 años de antigüedad y veían morir a muchos pacientes, al inicio, del grupo vulnerable y con enfermedades pre existentes, para luego presenciar que el número de contagiados y enfermos graves, que fallecían, eran jóvenes, sanos y sin problemas de salud previos.

Como relataron otros entrevistados como los médicos Jefes y el Administrador, se evidenció también la falta de apoyo policial en el transporte, de insumos básicos como el oxígeno, donde, por ejemplo, el camión que lo transportaba fue una vez detenido por un operativo, y sumado a las calles cerradas más el tráfico caótico del distrito por las obras del metro de Lima, su demora causó un gran número de muertos en más de una oportunidad.

Gráfico N° 22: Red de Falta de toma de conciencia de los usuarios del hospital y de parte del personal asistencial del hospital



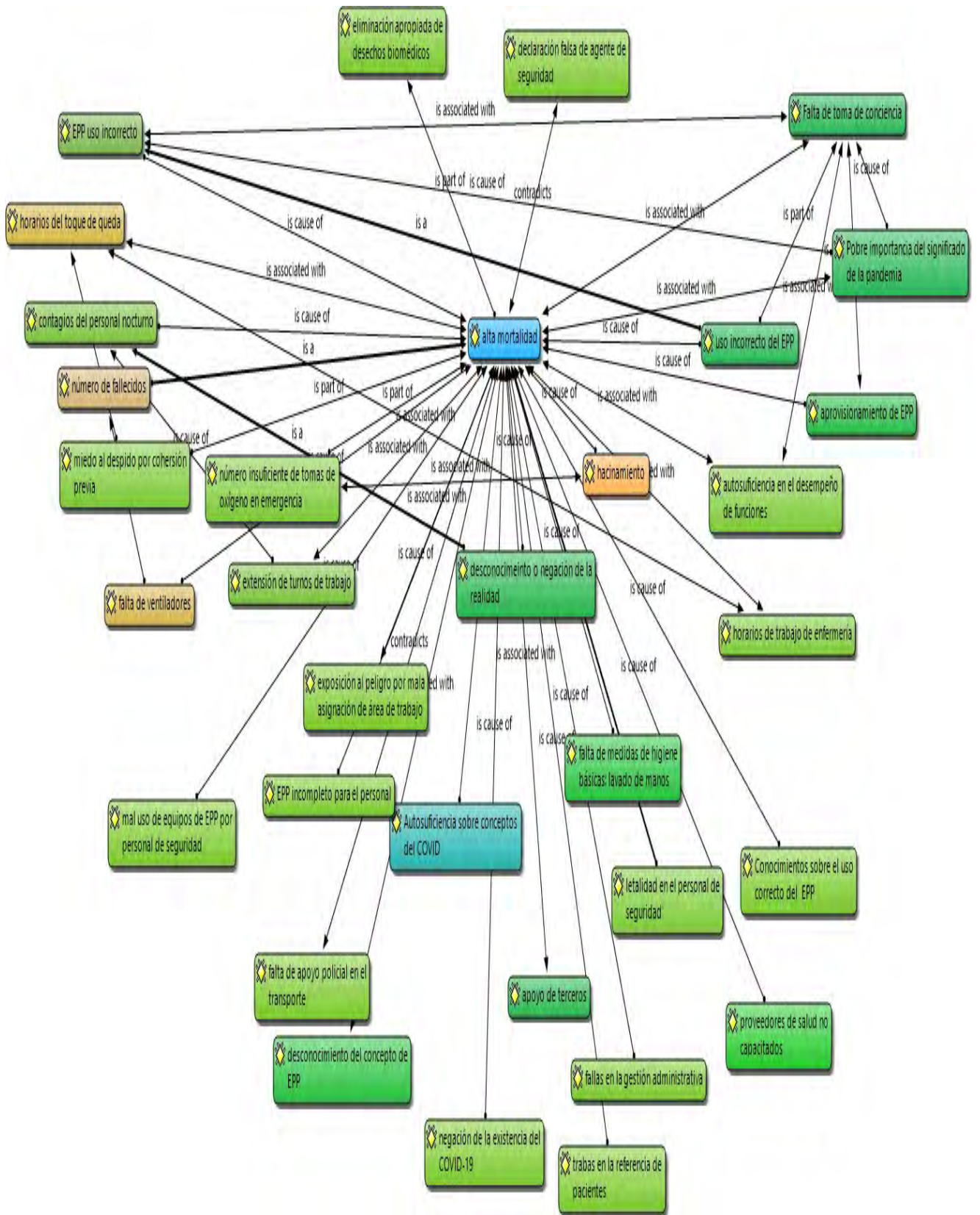
La red de toma de conciencia de los usuarios del hospital y de parte del personal asistencial (**Gráfico N° 22**), incluye la pobre importancia del significado de la pandemia de los mismos proveedores, por sus vanos esfuerzos donde la muerte aumentaba cada día y se sentían incapaces ante esta nueva enfermedad, pero también de la familia (y la población que circundaba la zona porque andaban en grupos, sin mascarilla, ni respetando la mínima distancia social) y más importante, de los gestores en los niveles más altos quienes no calcularon gastos ni pérdida de vidas humanas, ante el desabastecimiento de EPP e insumos varios, de importancia crítica. Incluso, luego de adquirir directamente este EPP,

muchos mostraban un grado de autosuficiencia en el desempeño de sus funciones y no usaban correctamente el mismo.

Muchos pacientes acudían diariamente al hospital, pero la dotación de sillas de ruedas y camillas resultaba insuficiente para trasladarlos, porque llegaban en muy mal estado, agonizando muchos, como refiere el personal de seguridad, quien, a pesar de tener temor a contagiarse y llevar a casa la enfermedad, cargaban a los enfermos y como relataron, ante la indiferencia de su familiar, que abandonaba prácticamente a su madre o padre sin el mayor remordimiento.

Estos pacientes, morían en cuestión de horas y luego eran trasladados como manda el protocolo desde siempre, al pequeño mortuario que en tiempos pre pandemia, comparten todos los servicios y unidades de atención del hospital. Al ver los rostros del personal técnico que debía llevar los cadáveres y luego introducirlos en bolsas negras destinadas para tal fin, que rápidamente se acabaron, mostraban temor al contagio y debían ante el peso excesivo y falta de entrenamiento para realizar esta labor, no contemplada en ninguna norma, ser ayudados por el personal de seguridad de turno.

Gráfico N.º 23: Red de Alta Mortalidad



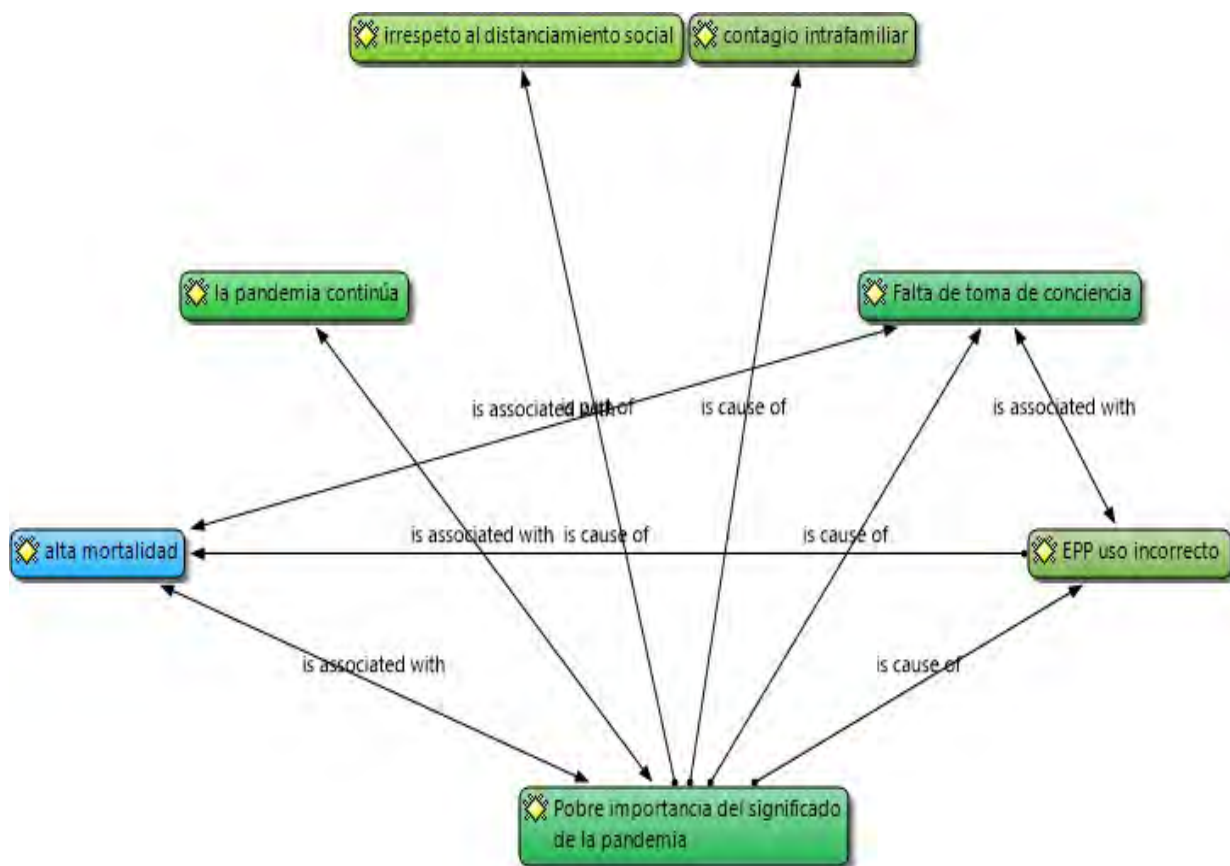
Es así, que en el **Gráfico Nº 23**, vemos la gran mayoría de causas sobre la elevada mortalidad durante la presentación de la llamada primera ola y que han señalado los actores a lo largo de esta investigación.

Aquí, obviamente se manifestó rápidamente la infraestructura inadecuada para el almacenamiento de los cadáveres y como esto generalmente ocurría de noche, incrementó el número de contagios del personal, tanto de limpieza como de seguridad, con complicación y muerte posterior, favorecido por la ausencia de dotación de EPP para ellos por una decisión de la administración y falta de cuidado de su propia empresa, demostrando una exposición al peligro por una mala asignación en áreas no consideradas seguras. A pesar de ser un personal con amplia experiencia y el hecho que sus turnos de trabajo fueron ampliados, sin mayor compensación económica; como era de esperar, provocó contagio y muertes en este personal.

La cantidad de cadáveres sobrepasó largamente la capacidad de almacenamiento y junto con la ausencia de una cámara frigorífica, hacía que los cadáveres sufrieran rápidamente descomposición.

Parte del personal proveedor de salud y la población adscrita al hospital, mostraban un total desconocimiento o negación de la realidad, lo que también influyó en la alta mortalidad que se evidenciaba día a día. Las creencias sobre el COVID-19 y la pobre importancia del significado de la pandemia también aumentaba directamente el número de muertos.

Gráfico N° 24: Red de Pobre importancia del significado de la pandemia según el personal de seguridad.



En el **Gráfico N° 24** apreciamos lo que se desprende del análisis de la entrevista con el agente de seguridad, contratados como terceros, personal que tenía el primer contacto con la familia y el paciente, siendo así los testigos presenciales de estos hechos. Con la reacción muchas veces negativa de la familia, observaban a las personas que salían a la calle, a pesar de las restricciones, demostrando una total falta de toma de conciencia, sin respetar salían en grupos, muchos sin usar EPP, no guardaban el distanciamiento social mínimo necesario y el aumento en corto tiempo del número de contagios intrafamiliares, olvidando que la pandemia continúa, con un incremento de los fallecidos. Para la Gerencia Social, es importante el ser humano como ser social sujeto de derecho, pero también como ciudadano, miembro de un grupo humano organizado, que tiene la capacidad elegir sus autoridades; en este sentido, el personal de seguridad, hizo valer sus derechos con el despliegue de sus capacidades y aptitudes, pero

no de manera individual, sino como grupo. De esta manera, se convirtieron, junto con el personal de limpieza, en opinión del investigador, en piezas clave para el manejo de la pandemia en el hospital. Para el logro del desarrollo social sea equitativo y sostenible, cada individuo que se desenvuelve como actor en una sociedad organizada. Cada actor aporta algo, pero sus acciones y pensamientos deben apuntar al logro de objetivos. En este análisis, el elemento faltante en el desarrollo de una política social en salud, es el Estado, con sus instituciones encargadas de asumir responsabilidades con y para la población, bajo mecanismos de control y distribución de insumos y equipos, así como la capacitación constante del personal y el logro de la conexión con los representantes de los usuarios, externos e internos, para tomar decisiones considerando los puntos de vista y los análisis situacionales respectivos, que en el Perú, abundan, pero no consideran la óptica del supuesto beneficiado.

En la realidad del distrito de Vitarte, donde gran parte de la población adscrita al hospital vive en zonas periféricas en condiciones de pobreza y no cuentan con un suministro de agua potable continuo, sumado a una falta de conocimiento de normas básicas de higiene, donde no es usual el correcto lavado de manos, hecho que aumentó el número de contagios y enfermos de manera exponencial, además del no cumplimiento del distanciamiento social, tanto en las calles como en las afueras del hospital.

Las fallas en la gestión administrativa de los primeros meses de la pandemia demostraron la poca capacidad de gestión, junto con la falta de decisión inicial de la Gerencia Central y de la Red Prestacional. A esto se agrega la poca coordinación entre las áreas de emergencia y hospitalización, y los actores involucrados. Recordemos que hubo un frecuente desabastecimiento de EPP sino también de equipos esenciales como los ventiladores mecánicos, causando contagios frecuentes y alta mortalidad, entre trabajadores y pacientes, donde también fue determinante el número insuficiente de tomas de oxígeno en emergencia que hacían imposible un correcto y continuo suministro, necesario para la sobrevivencia de los enfermos dependientes de oxígeno.

El cambio de la organización de la infraestructura del hospital buscó la mejora de los procesos de atención de los pacientes, pero con el hacinamiento existente

ya antes de la pandemia y la dependencia económica de la Gerencia de la red prestacional, con el proyecto de construcción de un nuevo hospital, dormidos desde el año 2007 sin resolución hasta el momento, hizo más difícil al menos los tres primeros meses, poder revertir en alguna medida estos problemas.

Debo recalcar que la pobre importancia del significado de la pandemia, para el personal de seguridad, se refiere a la visión de los primeros que tenían contacto con los enfermos, solos, o con sus familiares, caso llegaran acompañados, y el comportamiento de estos: no respeto al distanciamiento social mínimo, pobre importancia del significado de la pandemia en relación al impacto en sus familias y vecinos; olvidarse que la pandemia continúa, demostrado por la alta tasa de muertes de sus familiares, demostrando con hechos, una falta de toma de conciencia en relación a la situación, acompañado además de un mal o nulo uso de protección como mascarillas o faciales constante o acudir en tropel aumentando el aforo de manera innecesaria en las áreas de emergencia y turgurizando el triaje; factor que incrementó los contagios y muerte en el personal de seguridad.

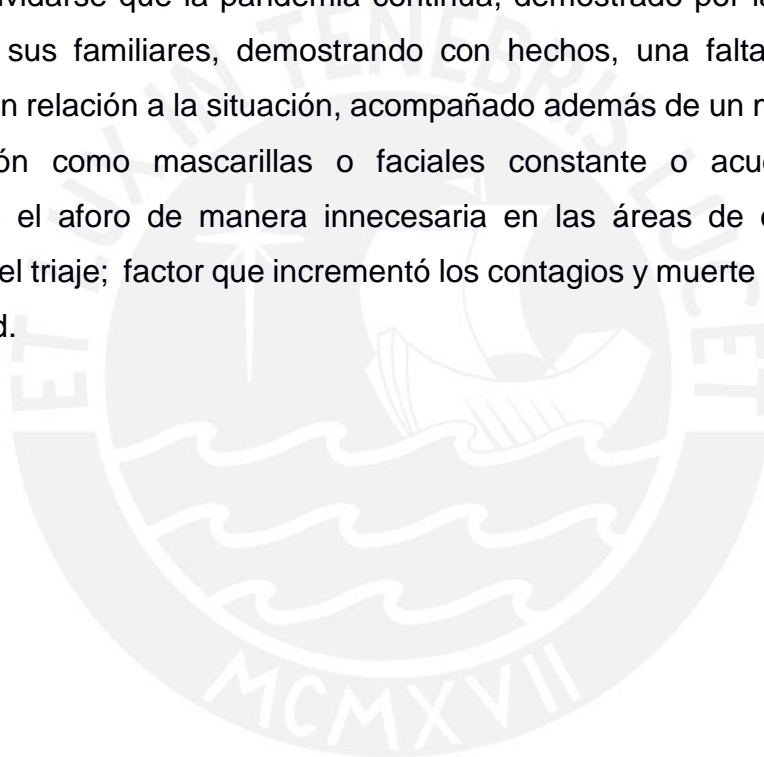
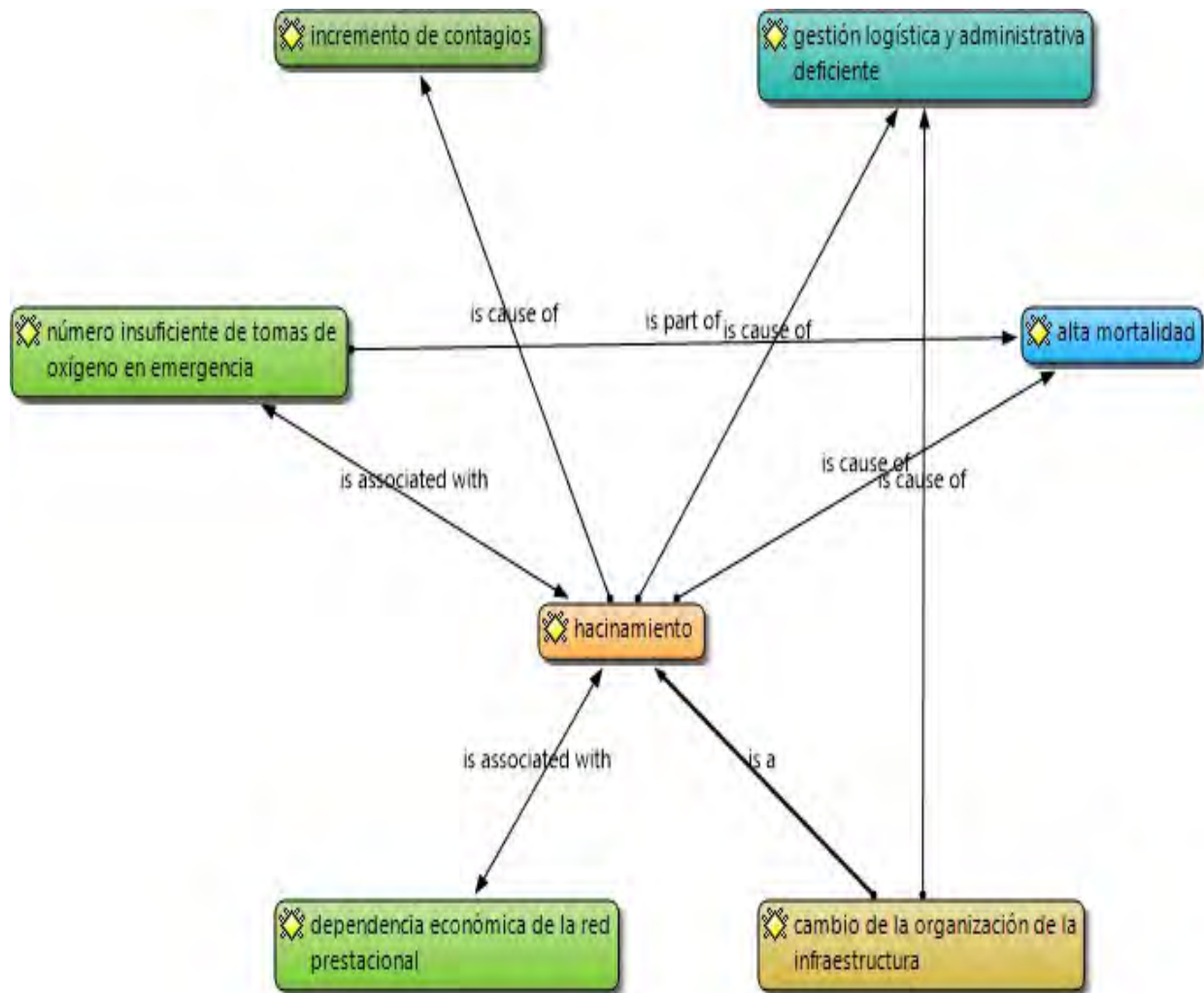


Gráfico N° 25: Red de Hacinamiento



Es así, que en el **Gráfico N° 25**, en el Atlas Ti se generó esta red sobre el hacinamiento, donde espacios reducidos en la infraestructura antigua del hospital, con poca provisión de EPP, personal poco entrenado, áreas tomadas desde siempre y ya consideradas rígidas, por el ánimo, deseo y exceso de pacientes que buscaban atención, la falta de tomas de oxígeno y la poca provisión del mismo, por el exceso de uso y necesidad creciente, propiciaron un mayor número de contagios. Con el transcurrir de los meses, hubo una reorganización en la organización de la infraestructura, reacondicionamiento del ambiente de hospitalización en emergencia con un tendido de red de oxígeno.

¿Cómo varió el número de camas con las que contaba su servicio y cómo se distribuyeron a lo largo de ésta? ¿Qué alternativas gestionó y qué dificultades encontró?

Se intentó hacer el distanciamiento, por lo que se limitó en las diferentes salas, sin embargo, se logró tener un buen número de camas como para abastecer la pandemia. Ahora que se han implementado los puntos de oxígeno en el hospital, se tiene un aproximado de 60 camas, incluso haciendo conteo con emergencia, puede llegar hasta 100 camas. Perdón, 100 puntos de oxígeno (de 16 previos) para 70 camas disponibles, con 12 camas en emergencia y más UVI que son 3 y el resto de salas que son como 60 puntos de oxígeno, que se podrían traducir en camas, sin embargo, lo que se procura es mantener distanciamiento, así que algunos puntos de oxígeno se suspenden (**Médico con cargo administrativo y asistencial consignado como entrevistado 7**).

La reorganización en la distribución de los ambientes buscó paliar el número exagerado de pacientes que acudían al hospital, muchos también mal orientados o complicados por haberse automedicado, entorpeciendo el manejo de su caso, por asumir como verdaderos los tratamientos propalados por la radio, televisión y las redes sociales, provocando no solo gastos innecesarios en terapias no probadas. Otros, demostrando su falta de toma de conciencia y empatía, acudían fingiendo síntomas inexistentes o pruebas rápidas realizadas en laboratorios de dudosa reputación, sin aval de la autoridad de salud, para solicitar descanso médico físico, que felizmente, aunque no tenía sustento científico, ni estipulado por el MINSA pues el cuadro clínico podía manifestarse hasta luego de 3 a 4 meses, solo era en promedio 7 a 14 días, incluyendo el aislamiento domiciliario o en una Villa acondicionada para tal fin, lo que generó hasta hoy reclamos de muchos usuarios y hasta procesos administrativos a quienes dieron y a los que no quisieron darlos también.

Los decretos de urgencia dados por el Gobierno dejaron desabastecidos los servicios de atención y la pobre gestión de los recursos humanos se manifestó con la contratación de personal nuevo, joven e inexperto, sin pasar por las evaluaciones respectivas más los pocos ventiladores mecánicos existentes en

el hospital, no había en muchos casos quien maneje los mismos, influyendo negativamente en la sobrevivencia de los enfermos.

La ausencia de especialistas en emergencia y la presencia de médicos extranjeros en el hospital influenciaron directamente en el número de muertes por la falta de experiencia y en algunos casos, por los horarios de toque de queda tan cambiantes, hubo un incumplimiento de horarios por parte de personal del hospital y con poca empatía, se retiraban sin control adecuado por parte de la oficina de personal, e indirectamente influían en el descuido de pacientes que quedaban aislados y postrados en las camas de hospitalización y morían por la ausencia de los mismos.

Como se puede inferir, el descuido, justificado o no, por el excesivo número de turnos de trabajo (72 horas), la ausencia (muy poco justificada de personal que se aisló), la incapacidad de traslado a sus domicilios, el desconocimiento del proceso de infección real (información local, nacional e internacional confusa y muy cambiante) y el contenido de la red de hacinamiento descrito previamente, demostrado por el número excesivo de contagios en los proveedores de salud, influyó en cierta medida en la cantidad de fallecidos (atención que es de causa multifactorial como hemos venido señalando). Ciertamente es que algunos proveedores, poco empáticos (según las respuestas de los entrevistados, refieren que el personal de enfermería, quienes debían cumplir con los tratamientos indicados no lo hacían) sumaban a este final, por miedo al contagio como referente principal, al no acercarse a los pacientes aislados, más que una vez al día en un turno de 24 horas.

4.3.6 Guías de atención en los niveles de emergencia y hospitalización

El funcionamiento de la emergencia, como expresaron los actores involucrados, se vio afectado desde el inicio de la pandemia, por los decretos de urgencia dados por el Gobierno, demostrando el pobre manejo de los recursos humanos en los diferentes servicios del hospital.

El servicio de emergencia, que originalmente contaba con 12 médicos, distribuidos en turnos de doce (12) horas, perdieron nueve elementos desde el

mes de marzo y en abril otro proveedor, especialistas ambos en manejo de situaciones críticas, por su amplia experiencia como médicos especialistas, llevó a que este importante servicio no contará con el personal suficiente.

Sumado a esto, no había guía de manejo o tratamiento específico a nivel nacional, como especialidad específica, así como la novedad en la presentación de casos de dificultad respiratoria, que no cuadraban con ningún cuadro clínico típico, descrito. Es así que cada servicio, unidad u hospital a nivel nacional, como las sociedades médicas, proponían mediante reuniones virtuales vía zoom, para propalar tratamientos, basados no en evidencia científica comprobada. Es decir, la medicina basada en evidencias se empezó a considerar de manera seria, partir del mes de mayo, descartándose, por ejemplo, bajo la tutela de un médico asistente de emergencia, tratamientos que hasta el mes octubre inclusive el IETSI, bajo la palabra de la presidenta de Essalud, recién descartó el uso de medicinas ampliamente usadas durante toda la pandemia, como la azitromicina o la ivermectina y procedió al despido de los profesionales que estaban al frente.

Como refiere el entrevistado de emergencia, actual jefe, la guía de manejo de pacientes de COVID-19, fue actualizada en tres oportunidades, y fue presentada, tanto a la Dirección del hospital. Lamentablemente, la primera, con contenido valioso por la amplitud de contenido de la misma, no fue siquiera revisada por la entonces autoridad del hospital. Otro factor decisivo, fue la falta total de experiencia en el manejo de pacientes críticos y más aun los que sufrían de esta infección severa, donde también se dependía de medicamentos necesarios y faltantes como el oxígeno. Y además se presentó una desconexión entre lo planificado, lo actuado y el día a día entre los servicios de emergencia y medicina hospitalización, debido a la terquedad de sus médicos, quienes, incumpliendo su horario de trabajo, se retiraban antes de su hora, no usaban correctamente su EPP y no tomaban y cuidado necesario en el manejo de los pacientes, por ignorancia, o miedo al contagio también.

Al final de la primera ola de la pandemia, a mediados de octubre para el hospital, ya se notaba el cambio en el desempeño de parte del personal contratado para los casos de COVID-19 y es así que la jefatura lo señala como una fortaleza

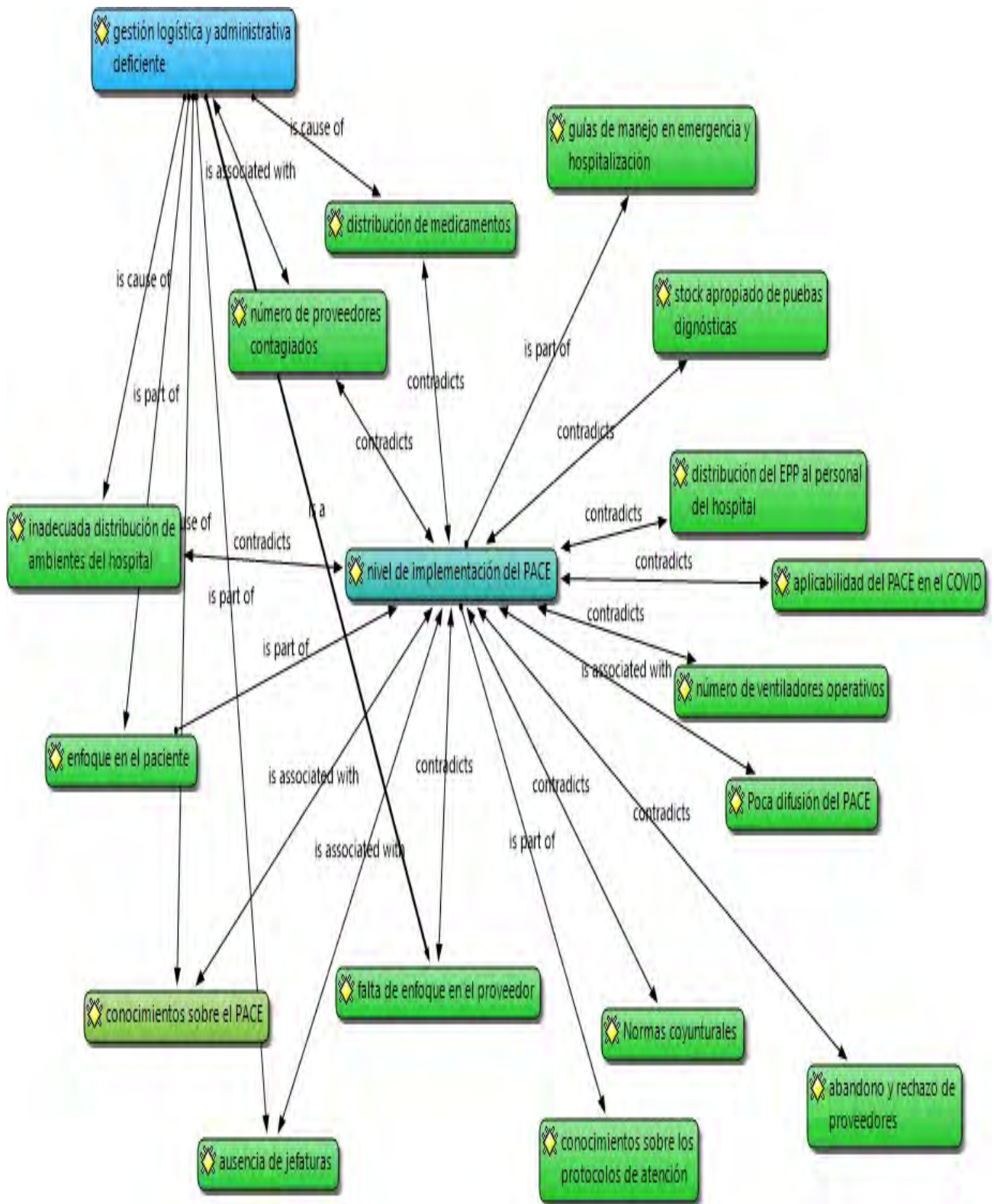
actual, pues ahora, continua la capacitación de este grupo humano, que ha incluido licenciadas de enfermería y personal técnico.

A pesar de las condiciones de trabajo del personal de limpieza, estos cumplieron en la medida de lo posible, con las funciones encomendadas, realizando como observan varios entrevistados, más de lo solicitado o permitido, con amplio número de contagios y muertes por ese lado; y la importancia recae en que, en las guías de manejo propugnada por el servicio de emergencia, son parte importante del mecanismo de control interno de la infección, a nivel intrahospitalario.

4.3.7 Nivel de implementación del PACE a los proveedores de salud y a los usuarios de los servicios de hospitalización y cuidados intensivos del hospital

El Plan anual de calidad de Essalud 2020-2021, que, en su contenido, como refieren los entrevistados, contempla aspectos diversos, que guían la evaluación de los servicios brindados por una institución de salud como Essalud, en base al enfoque de calidad centrado en el paciente o cliente externo. Básicamente refiere los cuidados del personal proveedor sobre buen trato, vigilancia de infección de heridas, manejo de escaras en pacientes postrados.

Gráfico N.º 26: Red de Nivel de implementación del PACE en el hospital



En el **Gráfico N° 26**, busca alternativas a las preguntas de investigación sobre la implementación del PACE y el grado de conocimiento de los usuarios sobre los recursos terapéuticos, así como el proceso de gestión de los recursos humanos, reflejaron una improvisación ante la emergencia nacional, sin previsión de planificación y ejecución, con cambios rápidos y desordenados en autoridades y gestores, con tanto factor negativo por las normas incongruentes del Gobierno (coyunturales denominadas Decretos de Urgencia). Debemos recordar, como explicamos en los antecedentes, que, sin servicios básicos cubiertos, como agua, desagüe, luz y un trabajo digno, se hizo imposible pedir al grueso de la población adscrita que se lave las manos con frecuencia, que guarde distancia y no comparta con su familia en una vivienda pequeña, aumentando la tasa de contagios.

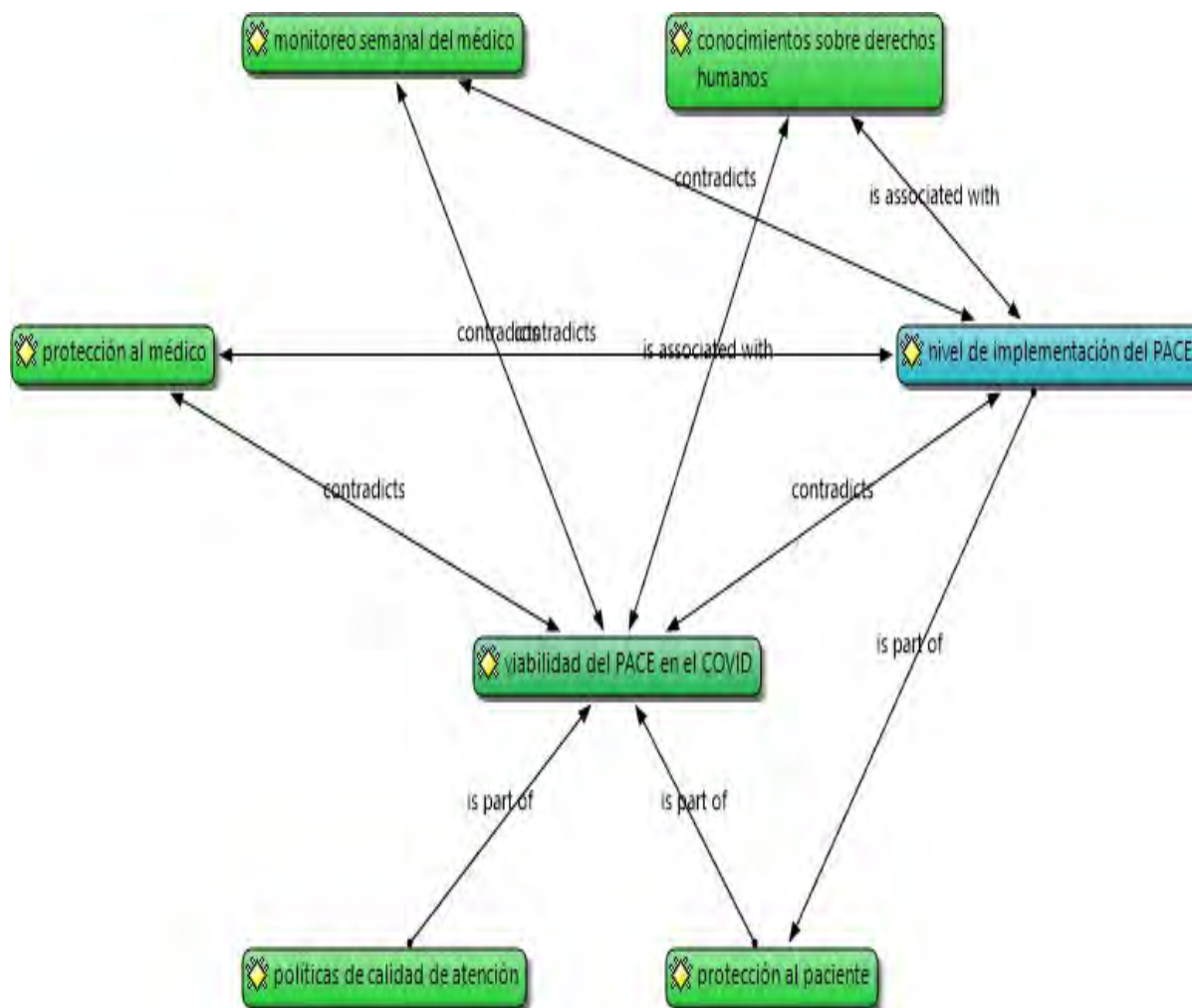
Las respuestas vertidas en la investigación señalan que los proveedores de salud, considerando las jefaturas de emergencia y medicina, dan cuenta de la realidad de la mayoría de normas de una institución tan grande y vista desde la óptica del hospital, que no son siquiera distribuidas apropiadamente y mucho menos socializadas. Como se aprecia del análisis, el contenido del PACE no contempla al cliente interno más importante como actor determinante en los procesos de atención de los enfermos que acudían por la infección en diverso grado durante la pandemia. El miedo al contagio y a morir, así como el sentimiento de impotencia de saber las deficiencias de gestión del hospital desde siempre (**entrevista a enfermera de emergencia y sobreviviente**) y no poder hacer nada, se sumaba a la acción concreta de ignorar guías, normas y planes como el PACE. Lo importante era apoyar, ayudar y sobrevivir al mortal virus.

Por lo expuesto, el PACE fue no solo inaplicable, sino desde su elaboración y pretendida aplicación nunca tuvo ni la socialización ni las mejoras conceptuales y de gestión que la situación de salud y malestar social generadas por la emergencia sanitaria requerían. El PACE, desde su gestión, debió convertirse en la referencia obligatoria que guiara todos los procedimientos en las diversas áreas de la atención en emergencia como en hospitalización, independientemente si se tratara de un personal nuevo o antiguo. Es necesario señalar que para una correcta aplicación de las normas, deben cumplirse condiciones mínimas de infraestructura, apoyo logístico, tecnológico (por

ejemplo, el internet de las áreas de emergencia es provisto y pagado desde hace años por el personal médico y sufragado por el Cuerpo Médico del hospital, lo que conlleva al conocimiento de que cada búsqueda o informe de la web es bajo suscripción de un profesional del servicio, no de la institución –propio de otras realidades de salud). Es decir, no se implementó desde ningún nivel de atención en el hospital y no tuvo alcance alguno, fuera de la ausencia de consulta a los proveedores de salud sobre su contenido y proyección.



Gráfico N° 27: Red de Viabilidad del PACE en el COVID



El **Gráfico N° 27**, sobre la viabilidad del PACE en cuanto a la enfermedad, no insistió en temas tan básicos y necesarios como el cuidado de la vida humana, el conocimiento pleno y aplicación de los preceptos de la DUHU, puesto que, en sus lineamientos generales, el PACE solo contempla al paciente crítico, hospitalizado y no está diseñado para cuidar, proteger y monitorear a un paciente agudamente enfermo con compromiso de vida, en tiempo tan corto, como el infectado por el virus SARS-CoV2. No contempla parámetros respiratorios, aislamiento familiar (llegando a la incomunicación), necesidad de apoyo de monitoreo específico, control por más de un profesional de salud, equipo especial, etcétera. El PACE incluye a cualquier paciente, de preferencia adulto mayor, con riesgo de caídas o desarrollo de escaras. Esto lleva a que los procesos de gestión de personal (recurso humano) debían ser más exigentes.

Sin embargo, esta situación no se dio y, por necesidad se contrató personal joven sin experiencia ni conocimiento de medidas de bioseguridad, de manejo de pacientes críticos y, además, sin saber qué material adquirir, en qué cantidad y por qué tiempo.

Al ser el personal proveedor, muy joven y sin experiencia el que atendía la emergencia y los pisos de hospitalización, la preponderancia individual al PACE y su implementación en su área de trabajo ni siquiera fue considerada y mucho menos implementada.

Es importante recordar en este punto lo manifestado por uno de los jefes (**Médico con cargo administrativo y asistencial, consignado como entrevistado 6**):

Y en cuanto al conocimiento sobre el Plan anual de calidad de Essalud, ¿ustedes lo han modificado o en su calidad de jefe lo ha modificado para que se pueda aplicar en el contexto de la pandemia?

Ahora lo que se está haciendo es mejorar primero mejorar los puntos débiles en la parte anterior ¿cuál era? Primero, capacitar al personal para el manejo de pacientes, eso es lo primero; el personal no estaba capacitado. Fue lo crítico desde el inicio para determinar los fallecimientos. Pero el PACE que me mencionas no nos incluye y trata de temas poco prácticos e inviables, que, aunque seamos en teoría nivel II-1 pero solucionemos como nivel III o de hospital nacional. A nosotros, los operativos nunca se nos ha preguntado nuestra opinión, solo somos fichas, pero si hay problemas, ahí si nos hacemos tangibles.

Y también se refuerzan estas opiniones con lo expresado aquí:

¿Y los beneficios económicos por la aplicación y puesta en marcha del PACE 2020-2021 en cuestión de gestión se han visto reflejados en el hospital?

Como ya te había explicado. El PACE 2020-2021, si bien, debemos conocerlo todos, no ha sido socializado y menos nos incluye como profesionales que a diario nos hemos expuesto, y a pesar de ser nuestra función y también, un punto ético natural en nuestro trabajo, no contempla aspectos básicos en un paciente afectado, y su familia, por una enfermedad tan cambiante y potencialmente mortal como la que nos aqueja. Los insumos y ayuda técnica por siempre han sido relegados a un último plano y si ahora hemos conseguido más apoyo, tarde, pero llegó, fue por gestiones iniciadas

de manera local, por nosotros y quejarnos con muchos documentos. Es decir, como se entiende, esta situación no es de ahora, pero no contempla el gran ahorro que hubiera previsto pensar en los exiguos recursos que nos daba la red y generar, en el tiempo, beneficios económicos que se hubieran redituado en una mejor defensa contra la pandemia. Y recalco: tuvimos el apoyo tardío, solo porque este pequeño hospital atiende tanto o igual que el Almenara, con sus limitaciones y deficiencias estructurales, harto conocidas por las autoridades de gestiones pasadas. **(Médico con cargo administrativo y asistencial, entrevistado número 6).**

Las normas coyunturales **(Médico con cargo administrativo y asistencial, consignado como entrevistado 7)** dieron paso a una nueva actitud por parte de los proveedores de salud. Más bien, desde la puerta del hospital, se manifestó el respeto a la vida humana y al cuidado diligente de un doliente o enfermo muchas veces agónico como refirió el personal de seguridad, cumpliendo los preceptos enunciados por la DUDH, de poca aplicación real en otras situaciones de salud **(Agente de Seguridad, consignado como entrevistado 4).**

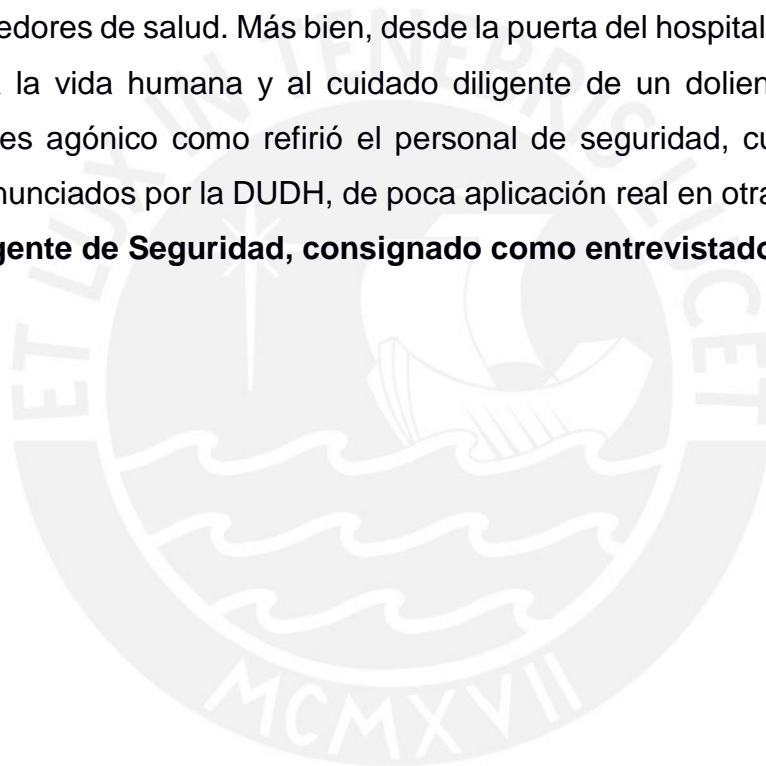
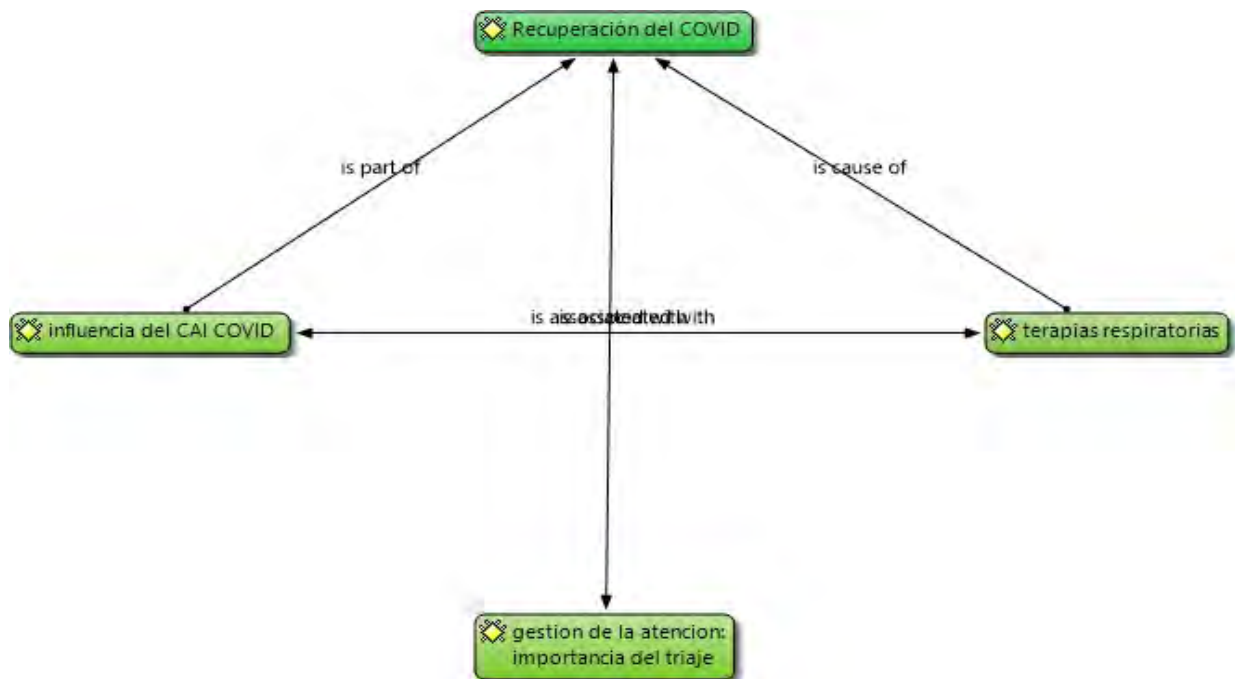


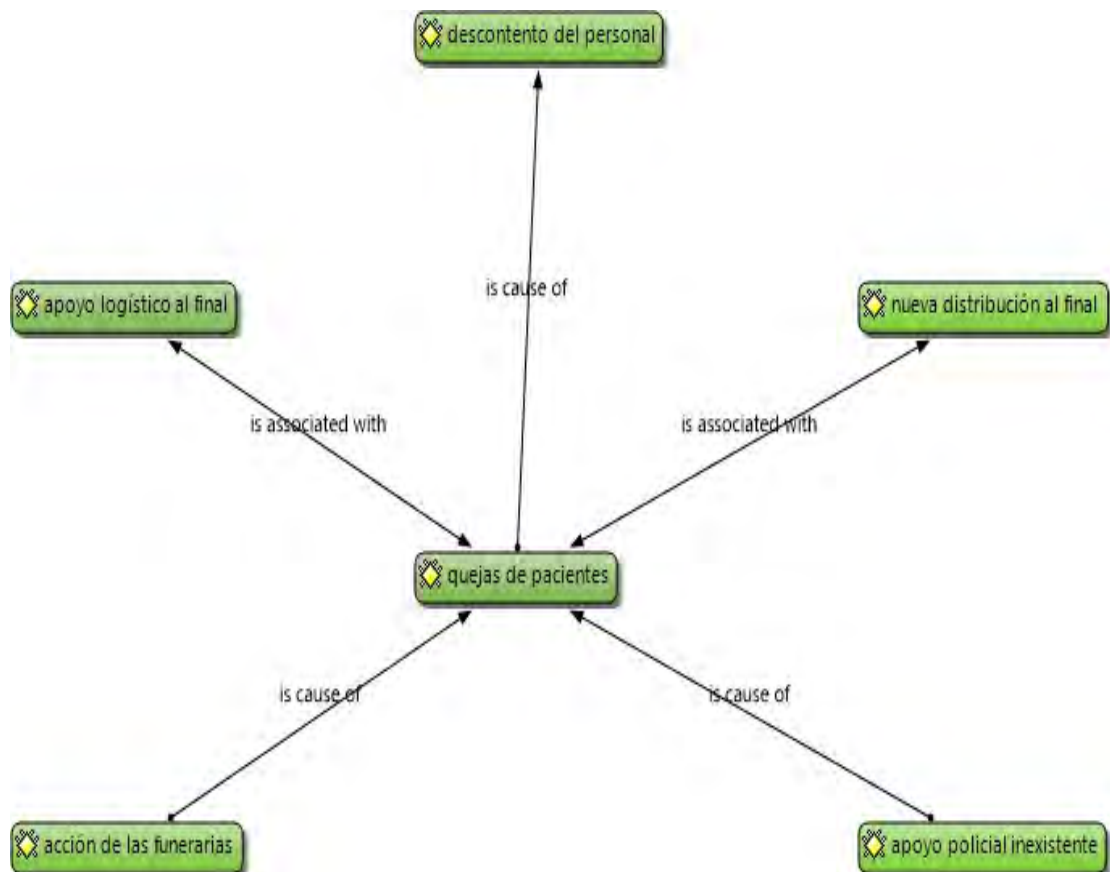
Gráfico N.º 28: Red de Recuperación del COVID



El **Gráfico N° 28**, uno de los importantes en esta investigación y en opinión del investigador, por lo determinante en su manejo de contención y derivar con orden al ingente número de personas necesitadas de salud y bienestar acudían a todas horas al hospital, incluso en las horas de toque de queda. El llamado Triage, la primera línea de frente, debió tomar decisiones sobre el destino de cada usuario. Los menos graves, por decirlo de alguna manera, eran derivados al Consultorio de atención inmediata COVID, quien manejaba un promedio de 200 pacientes por día en turnos de 12 horas; por tanto, la influencia del CAI en el manejo de los enfermos, a pesar de los pocos recursos terapéuticos, quedaron médicos especialistas (cinco en total) a cargo del mismo, cuya silenciosa labor permitió aliviar la crisis de gestión provocada por las falencias ya existentes pre pandemia. Otro hito importante, fue la adopción, como se hacía en otros países, de sistematizar el manejo post covid con terapias respiratorias, para los incontables casos de secuela neurológica. Este pequeño grupo de profesionales, encarnó a quienes no olvidaron que cada actor era un ser humano, fortaleciendo el cumplimiento de la Declaración Universal de Derechos Humanos (DUDH).

4.3.8 Quejas de pacientes

Gráfico N.º 29: Red de Quejas de pacientes según la visión del Administrador



En el Gráfico **Nº 29**, veremos, desde la óptica del administrador de ese momento, las quejas, que incluso antes de la pandemia, siempre se presentaban en las atenciones y procesos con los pacientes o usuarios externos, cuya opinión siempre es y será importante. Y lógicamente, con procesos de atención y de gestión de recursos humanos, nuevos, con poca experiencia y menos armas terapéuticas, la parte social y humana, incluyendo los derechos humanos, de los pacientes y proveedores no fue considerada en la real dimensión que se necesitaba.

Muchos familiares de pacientes infectados, por lo general, con enfermedad severa, abandonaban a sus familiares, por miedo al contagio y aprovechando el

grado de aislamiento y postración de estos, usaban como pretexto este hecho. Los problemas de gestión administrativa en cuanto a la toma rápida y consecuente de acciones con liderazgo se dieron como refieren los entrevistados, al final del mes de agosto, fueron parcialmente solucionados y evidenciables con el apoyo logístico al final de la denominada primera ola, con la nueva distribución de los ambientes del hospital, más se mantuvo el descontento general del personal de proveedores, a quien se les dio un monto irrisorio como compensación económica por su participación y toma de riesgo ante esta mortal enfermedad, pese a las promesas de la Gerencia General.

El respeto a la vida humana, tanto de los pacientes como de los proveedores, en muchos momentos de la pandemia fue dejado de lado y fue multicausal, e interpretado así por los familiares, en cuanto al trato que aseguraban, recibían sus pacientes.

El mayor número de quejas se presentaron luego del fallecimiento del paciente, quien ya había sufrido el abandono y rechazo familiar por el miedo al contagio, así como actitudes negativas de rechazo del propio personal proveedor (y entre estos también) y la prohibición de circular por el horario del toque de queda y la falta de libertad para transportar los cadáveres en el caso de los familiares, propiciaron continuamente sus reclamos. Las quejas pasaban también por la ausencia (situación contraria pre pandemia) donde las agencias funerarias escaseaban por miedo al contagio, falta de personal por muerte o por edad, inexistencia de protocolos de bioseguridad, conceptos poco claros en la manipulación, transporte y entrega del cadáver de un fallecido infectado, así como la inexistencia de crematorios suficientes con la alta demanda de muertos por COVID-19. A esto se suma el pobre apoyo policial en la zona, de alta criminalidad como vimos en los antecedentes, por motivos de reasignación de su personal, contagios y muerte de este grupo, así como normas poco claras en este sentido. El tema de las agencias funerarias pasaba por varios puntos, a saber, la falta de una normativa clara para el manejo de quién y cómo debían manejar los cadáveres; el tipo de disposición de los cuerpos (por muchos meses solo se permitía la cremación); los lugares permitidos para este procedimiento (solo tres crematorios para toda la ciudad y un elevado número de fallecidos); por los horarios de aislamiento social obligatorio, aunque el fallecimiento se

presentara pasada las 19 horas, no era sino hasta el día siguiente a las 8 horas que podían ser retirados del hospital, previo cumplimiento de requisitos y lo más importante, la aparición o respuesta de un familiar del enfermo como ya se explicó en otro acápite. A pesar que para el final de la primera ola se contaba con una nueva disposición de los viejos ambientes, con áreas remozadas y modernas (estructuras de drywall), el apoyo logístico de la Gerencia llegó al final (bolsas contenedoras para conservación de cadáveres por ejemplo que reemplazaron a las bolsas negras de basura que tuvieron que utilizarse por necesidad) pero no del ambiente donde se almacenaban los cuerpos; y un mejor sistema de identificación, digital, de los cadáveres; esto no eximió de las quejas de los familiares de los pacientes fallecidos. Punto aparte fue el poco personal policial destinado a un área geográfica tan grande como la que rodeaba al hospital. Las unidades eran escasas, por no decir inexistentes, y en el día, se dedicaban a detener automóviles para conocer si portaban o no el pase laboral (en lugar de cumplir una labor proactiva en defensa del personal de salud o de las personas que acudían al hospital hasta iniciado el toque de queda). Seguramente, al verse diezmados y contagiados en gran cantidad y presentar alta letalidad entre sus miembros fue que no aparecían por el área de influencia del hospital; mención honrosa y justa merecen los miembros de los escuadrones de emergencia del cono Este 1 y 2, quienes, a toda hora apoyaron de manera incondicional al personal proveedor y a pacientes con sus familiares.

4.3.9 Monto asignado al IPRESS

Los establecimientos de salud, desde el primer nivel de atención han adolecido siempre de recursos económicos que determinan, junto con otros factores como falta de planificación, poca participación de los actores involucrados, entre otros.

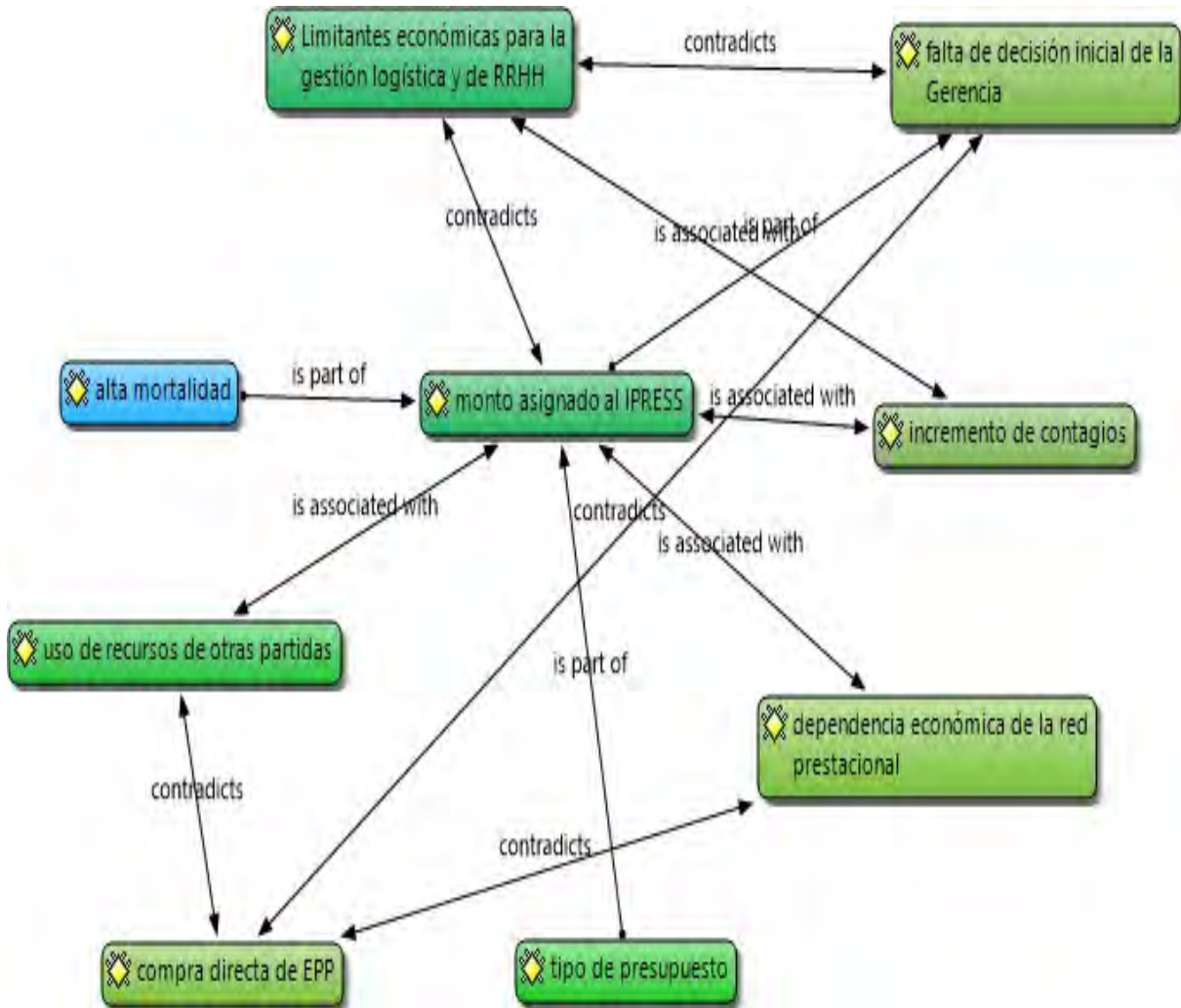
El fracaso o limitado éxito de muchas de las políticas sociales, así como la compleja trama de circunstancias que rodean la toma de decisiones de políticas cruciales en este campo, han conducido a la necesidad de clarificar los obstáculos o en trabamientos que enfrentan las políticas, tanto en su formulación, como en su interpretación y puesta en práctica, con el propósito de identificar formas alternativas de prestación de los servicios sociales, que

posibiliten su éxito en lo que a la satisfacción de necesidades sociales se refiere **(Morera 1995)**.

Y la salud en esta pandemia se convirtió en una necesidad social crucial, que fue abatida por el abandono y la burocracia, frente a la inacción de los que debieron proteger la vida y la salud de quienes la demandaban.



Gráfico N° 30 Monto de dinero asignado mensualmente al IPRESS



Así podemos apreciar en el **Gráfico N ° 30**, el aspecto económico fue determinante en la dotación de equipos e insumos tecnológicos y de análisis. Debemos recordar que antes del inicio de la pandemia ya el presupuesto asignado al hospital no guardaba relación con la labor productiva de este centro comparado con el Almenara. En cuanto a logística, sobre todo lo más necesario como el EPP, nunca estuvo asignado en la escala que se necesitaba, pero, a pesar de esto, los gestores que tuvieron la responsabilidad no descansaron hasta conseguir apoyo, que la empresa privada, muchos pacientes profesionales y con recursos económicos, trataron de suplir la falta. Obviamente la falta de decisión inicial de la gerencia demuestra poca habilidad de gestión. Esta

situación en conclusión fue una de las causas de incrementos de los contagios en los trabajadores, con elevada mortalidad. La dependencia económica, en el orden de organización, ordena que el presupuesto anual se cierre en octubre de cada año que termina y el tipo de presupuesto no ha variado en contemplar un evento nunca antes visto como esta pandemia, además de recordar que destinar fondos o recursos asignados a otros temas, constituye delito y ese punto tampoco está considerado al elaborar un presupuesto y su normativa.

V. CONCLUSIONES

De acuerdo con los objetivos planteados en la investigación y los hallazgos de la misma mediante el proceso cognitivo realizado.

1. Caracterizar los aspectos sociales que están vinculados con los procesos de gestión de los recursos humanos, logísticos y terapéuticos en el Hospital Essalud II Vitarte, durante el enfrentamiento de la pandemia del COVID-19, en el marco de los derechos humanos y la salud, organizada por el Plan Anual de Calidad de Essalud.

Quedó establecido que las condiciones previas al inicio de la pandemia, han determinado el curso negativo de la enfermedad, la conducta del personal proveedor respecto a los aspectos sociales como mantener distanciamiento social, uso correcto de EPP y uso de mascarilla (población en general). Falta de aplicación de normas mínimas de aseo (para la población condicionados por la irregular o ausente distribución del servicio de agua), eliminación de excretas, restos alimenticios y excesos (costumbre de ingerir licor en exceso, por ejemplo), conductas sociales inapropiadas, mala alimentación; propiciaron que influenciaran negativamente en los procesos de gestión de los recursos humanos. Como se describió previamente, las limitadas y casi ausentes políticas sociales, dependientes además del momento político, no permitieron el aprovechamiento de las ventajas de contar con personal capacitado, aunque en bajo número por los permisos, enfermedad y muerte de los actores proveedores. En un momento muy avanzado de la pandemia, de manera tardía, se intentó reformular una línea de acción en cuanto a la prestación de servicios sociales, en el marco de la atención de salud, pero esto también se vio influenciado por

otros obstáculos no previstos, como la falta de pago de los proveedores y la no tenencia de recursos con oportunidad y derecho en el momento justo.

2 Examinar las limitantes económicas relacionadas con la gestión de recursos humanos durante la pandemia del COVID-19, en el Hospital II Essalud Vitarte.

El colapso de la actividad económica a nivel local, con empresas que se dedicaban a la manufactura, de productos considerados como actividades no esenciales, provocó cierre de empresas, falta de pago de trabajadores, nivel de ahorro previo nulo o inexistente (vivir del día a día), pase a suspensión perfecta. Es decir, condiciones sociales derivadas de temas económicos, donde sin trabajo e ingresos, sumado a la situación de estrés continuo por el miedo de enfermar y morir, llevó a no adquirir productos de primera necesidad, su baja producción, pobre venta y finalmente se tradujo en mayores índices de ingreso y pobreza, obligando a muchos a salir a las calles, sin protección, a exponerse al contagio. Los productos que ya no eran elaborados o importados, por el cierre de las fronteras, incrementó los precios de lo poco que había, generando mala alimentación y disminución de las defensas, con el incremento subsecuente de contagios.

3. Determinar el nivel de competencias del personal de salud (médicos, enfermeras, técnicos de enfermería, tecnólogos) para el diseño e implementación de las guías de atención en los niveles de emergencia y hospitalización.

Los conceptos, actitudes y aptitudes (referidas en salud como habilidades) del personal contratado (90% del total en su mayoría) fue en promedio, media, con una disparidad debida principalmente a la falta de experiencia en el manejo de pacientes críticos, no realización del programa de servicio rural urbano marginal (facilitado por decretos de urgencia), que llevó a despidos frecuentes y vacíos generados en sus puestos de trabajo en los turnos (prolongados por las medidas de aislamiento), lo que iba en desmedro de los usuarios. El cambiante bagaje científico respecto a la enfermedad, no permitía el despliegue rápido de las aptitudes de cada proveedor (conocimiento científico variable y confuso a nivel internacional desde el inicio de la pandemia).

4. Conocer el nivel de implementación del PACE a los proveedores de salud y a los usuarios de los servicios de hospitalización y cuidados intensivos del hospital, durante la pandemia del COVID-19.

Desde un primer momento, no hubo formulación alguna de plan de calidad aplicado al paciente en condiciones de enfermedad y riesgo de vida, como en la infección por el COVID-19, obviando su participación como ser social y sujeto de derecho. El otro actor importante, el personal proveedor de salud, nunca fue considerado en el plan de calidad, más que como medio de cuidar y vigilar que los pacientes postrados no presentasen heridas o escaras. La atención del paciente infectado y enfermo por COVID-19 implicaba no solo estado de postración, sino de un control constante de funciones vitales y abordajes a diferentes niveles (punciones, radiografías, muestras), aislamiento de familiares, visita y cuidado por personal capacitado (no se logró en la mayoría de casos).

5. Determinar la organización del sistema de atención de los pacientes afectados por el COVID-19.

Como señalaron varios entrevistados, actores primarios del acto médico y social en todas sus formas, el nivel organizativo y el respeto del organigrama de la institución pretendió ser el habitual, pero la gravedad de la infección, llevó a que cada proveedor, en diferentes áreas, se organizaran solos y el proceso salud enfermedad para una enfermedad infecciosa nueva y sin tratamiento efectivo ni prueba científica diagnóstica específica, provocó más desorden; sumado a la impericia y falta de práctica de personal proveedor seleccionado sin mayor criterio que la necesidad, aumentó el desorden existente en cada servicio. Hacia la mitad de la pandemia, cada unidad hospitalaria buscó unificar criterios y señalar los pasos a seguir en el proceso de atención, que se expresaron en guías de atención y apareció además la preocupación del paciente como ser social y el sufrimiento que le generaba, involucrando todas las esferas de su desenvolvimiento como ser humano.

6. Identificar el modelo de gestión de los recursos humanos y logísticos en el Hospital Essalud II Vítarte, durante el enfrentamiento de la pandemia del COVID-19.

Siendo las fases de gestión de los recursos humanos determinadas por momentos teóricos en inicio y prácticos al final; en esta investigación, por la información recabada debió consistir en asignar e integrar personal proveedor de salud con aptitudes para la atención de pacientes críticos, conforme los criterios organizacionales de Essalud y el momento de necesidad y premura de obtener personal, se inspiran en la vocación de servicio (propia del personal de salud) y el desarrollo de competencias (deben existir con anterioridad al inicio de las labores) y en los procesos de selección, por aptitudes, méritos, conocimientos y experiencias del recurso humano **(Cuesta 2005)**. Por tanto, no hubo en la primera etapa de la primera ola (primeros 6 meses) una planificación, control y planeamiento en la gestión del recurso humano, lo que no aseguró la mejor calidad de profesionales con el entrenamiento adecuado y la experiencia debida para las circunstancias.

Traducido en una deficiente designación de autoridades y encargaturas sin la suficiente experiencia para llevar a cabo procesos de gestión; así como ausencia de personal idóneo para realizar gestión y manejo de pacientes, sumado a la falta de personal capacitado, influenciado por el exceso de licencias con goce de haber dados por el gobierno central.

En cuanto a la logística, existió falta oportuna de previsión en la probable presentación de una pandemia, de material médico, biomédico y repuestos e insumos de equipamiento, sumado a las restricciones como cierre de fronteras, inexistencia de proveedores, baja en la producción de los mismos, falta de personal, cero importaciones y captura de éstos por otros países. Aquí también debemos mencionar la mala gestión del hospital base referencial HNGAI y la antigüedad sin renovación de equipos de atención en emergencia

7. Identificar cuál es la participación que tienen los usuarios internos y externos sobre la gestión de los RRHH, logísticos y terapéuticos.

La opinión de los usuarios internos, quienes no estaban avocados a actividades de gestión, no fueron tomadas en cuenta. Los pocos gestores que tenían esta responsabilidad, debían hacer turnos extenuantes con pacientes críticos y seguían las directivas de la gerencia y lo cambiante de la realidad en los

procesos de salud. Se evidenció una falta de compromiso y empatía entre el personal proveedor, los encargados de gestionar y los resultados obtenidos.

Los usuarios externos nunca han participado a nivel de Essalud en los procesos de gestión, reforzado porque el término meritocracia ha reemplazado a la búsqueda (consignada en los documentos oficiales) de aptitudes y el nivel de participación de la sociedad no es impulsado desde adentro y viceversa.

8. Caracterizar la planificación, organización, monitoreo y aplicabilidad del PACE, durante la pandemia del COVID-19, en el Hospital II Essalud Vitarte.

El PACE fue elaborado bajo los términos de búsqueda de atención con calidad en salud, con parámetros muy distintos a los que se manejaron durante la pandemia...El concepto de calidad en salud incluye por lo común equidad, efectividad, eficacia y eficiencia. Todos estos términos deben verse reflejados en la práctica con la accesibilidad, uso de tecnologías de punta, cumplimiento de coberturas, costos, buscando la mejora continua de los servicios brindados, donde todo lo ofertado sea verificado por los usuarios. En este contexto, el PACE, renovado año a año sin mayor modificación, se aboca a pacientes postrados de manera crónica y a pos operados inmediatos. En tal sentido, la planificación, organización que involucraba al personal regular (técnicos de enfermería y licenciadas de enfermería) en tiempos de no pandemia no dio el tiempo necesario para cumplir estos pasos. El monitoreo se dejó de lado, por el tipo de pacientes, la velocidad de la evolución de la enfermedad, el grado de compromiso de los pacientes, la no capacitación del personal nuevo por cambio de prioridades, la no capacidad de comunicación de los pacientes. Por consiguiente, ni en fondo ni en forma se dio la aplicabilidad del PACE. Tampoco existió un plan contingencial que lo reemplazara. De esta manera el PACE en su conjunto, disiente de los conceptos clásicos de búsqueda de la calidad de atención en salud, donde el sujeto de derecho considerado solo es el paciente.

En resumen, podemos resumir lo investigado señalando los problemas planteados y las conclusiones según las respuestas de los entrevistados:

- ✓ La ausencia de un plan de gestión interno para atender la demanda de pacientes atendidos en Triage diferenciado, Consulta de admisión inmediata (CAI COVID), Triage respiratorio, Emergencia y Hospitalización; ausencia

de un sistema de control interno sobre las prestaciones realizadas sea de consulta como quirúrgicas (que se perdieron), debido al miedo al contagio del virus SARS CoV2.

- ✓ Demanda insatisfecha de referencia por deficiente oferta del sistema de consultas en Hospital Base (Almenara) y ante la inexistencia de un plan coyuntural, a pesar de haber contado con reportes 6 meses antes del inicio de la pandemia en el Perú y no se realizó planificación alguna para prevenir contagios, mejora de la infraestructura del hospital, contratación de personal capacitado, dotación de equipos y repuestos.
- ✓ Falta de insumos biomédicos y medicamentos específicos (antivirales) y coadyuvantes para una adecuada y oportuna atención de los pacientes, con una gestión deficiente de los recursos logísticos y terapéuticos.
- ✓ Existió una inadecuada dotación de equipos de protección personal, desde equipos inadecuados como mandiles no descartables, gorros, guantes, mascarillas, cuyo costo en la coyuntura es excesivo (FFP3, cerca de 500 soles cada una, sin considerar los filtros), recambio frecuente al inicio y uso tan prolongado como 1 mes por mascarilla, incrementando exponencialmente la tasa de contagios por la pobre gestión logística y que provocaron mayores ausentismos, obligados, con pérdida de recurso humano valioso y necesario.
- ✓ Se presentó una mal aplicación de pruebas supuestas de diagnóstico: exceso de toma de pruebas rápidas, falta de dotación y toma de pruebas moleculares (PCR); así como su sobrevaloración tanto en precio por quienes la ofertaban, aprovechando la coyuntura y desesperación, así como la importancia de su aplicación aun con poca evidencia científica valedera.
- ✓ Cada hospital instaló de manera tardía y precaria una unidad de salud básica ocupacional (UBSO), que tuvo que adecuarse al cambio de políticas públicas dadas por el MINSA, como ente rector, y las emitidas por Essalud. En este contexto, a pesar de ser el hospital uno de los más pacientes complicados manejó, la UBSO del hospital II Vitarte, se formó por iniciativa de los médicos especialistas del mismo y a los 6 meses de inicio de la

pandemia, la gerencia diseñó un plan de manejo de personal expuesto y que fue infectado.

- ✓ Inadecuada gestión de la logística, manifestada hasta en temas tan simples como la falta de útiles de escritorio, papel, impresoras, computadoras, red y tendido eléctrico, por ejemplo.
- ✓ Ausencia de un protocolo de manejo certero, desde el inicio y a la mitad de la pandemia, dependiendo de los estudios y reportes internacionales y la liberalidad de criterios patrocinados por el Ministerio de Salud.
- ✓ Existió una deficiente política de gestión de los recursos humanos. El personal del hospital médico y no médico, quienes por ley debieron abandonar su labor asistencial (algunos con justificaciones no comprobadas de enfermedades pre existentes), dejó sin proveedores necesarios y debió ser reemplazado por personal sin experiencia que debió aprender a como diera lugar, provocando también mayor número de decesos.
- ✓ Carencia de una adecuada filosofía de calidad de servicio del demandante (usuario) como del proveedor de salud y más en el contexto de la pandemia.
- ✓ Inadecuada gestión de los recursos terapéuticos, por designación errónea del personal que debía manejar un medicamento tan valioso como el oxígeno, sin mayor capacitación ni una decisión meditada, con fallas frecuentes desde antes de la pandemia y que ocasionó un gran número de muertos.
- ✓ Determinante dependencia económica de la Red Prestacional Almenara quien no reaccionó a tiempo desde el inicio y abandonó en muchas oportunidades al personal proveedor a su suerte.

Es necesario replantear los procesos y mecanismos de gestión en diversos niveles: de recursos humanos, para contar con personal especializado e idóneo, cuya calificación no solo debe basarse en los documentos de ingreso a la institución sino con una evaluación objetiva por competencias, sumado a un proceso continuo de capacitación propiciado por Essalud; de los recursos logísticos, donde la excelencia, contando con el personal apropiado previamente, se va a llegar con equipos especializados y con renovación acorde con los cambios a nivel internacional.

Tabla Nº 8 Conclusiones de la investigación

La ausencia de un plan de gestión interno para atender la demanda de pacientes atendidos en Triage diferenciado, Consulta de admisión inmediata (CAI COVID), Triage respiratorio, Emergencia y Hospitalización
Demanda insatisfecha de referencia
Falta de insumos biomédicos y medicamentos específicos (antivirales)
Inadecuada dotación de equipos de protección personal
Mal aplicación de pruebas supuestas de diagnóstico:
Cada hospital instaló de manera tardía y precaria una unidad de salud básica ocupacional
Inadecuada gestión de la logística
Ausencia de un protocolo de manejo certero
Abstracción de personal de planta esencial
Carencia de una adecuada filosofía de calidad de servicio
Inadecuada gestión de los recursos terapéuticos valiosos como el oxígeno
Determinante dependencia económica de la Red Prestacional Almenara

Los sujetos de derecho serán tales, si reciben no solo buen trato sino el mejor tratamiento posible, definiendo el concepto de calidad, calidez, tan mencionado en la institución y solo el hospital Almenara, goza de estos beneficios, pero Essalud olvida que existen especialistas y supra especialistas en el hospital II Vitarte. El tercer nivel se refiere al abastecimiento apropiado de medicamentos, que asegure un proceso correcto de control y distribución como ocurrió con el oxígeno, donde personal idóneo sea el encargado.

En múltiples documentos, se propugna el buen trato al paciente más sin embargo no reverbera simultáneamente a su personal esta filosofía, como se vio manifestado en la pandemia, en el manejo de los recursos humanos, los pagos justos por el trabajo de riesgo realizado y el exceso de carga laboral no reconocida ni durante ni al final de la pandemia.

VI. RECOMENDACIONES

1. Crear una red de información entre los proveedores de salud, que refuerce y mantenga una comunicación estrecha entre los miembros de diferentes equipos de trabajo.

2. Correcta difusión de los documentos específicos sobre la calidad de atención del paciente asegurado, ya no solo desde el enfoque cuantitativo (como hace el método Servqual).
3. Evaluar las competencias del personal proveedor de manera frecuente, pero brindar capacitaciones de calidad que estimulen al personal.
4. Fortalecer apropiadamente el trabajo remoto, en aquel personal en quienes no es necesario el trabajo presencial. Esto requerirá una inversión importante de parte de la institución.
5. Capacitación en temas de Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC), herramientas que deben utilizarse para el proceso, administración y distribución de la información a través de elementos tecnológicos.
6. Ubicación de la población vulnerable adscrita, en su mayoría adultos mayores, sin teléfono ni mayor comunicación, reforzando el trabajo en el primer nivel de atención.
7. Incluir en el próximo Plan de Calidad a los proveedores de salud; a pesar de los conceptos manejados por la Gerencia Central, el centro no solo debe ser el paciente y sus familias. Los proveedores de salud, también son sujetos de derecho; si no salvaguarda su integridad, será imposible enfrentar problemas de salud, entendido como problema social.
8. Propugnar la Gerencia del talento humano y para esto, el personal proveedor debe desprenderse del pensamiento cuantitativo de su formación e interesarse por la búsqueda de liderazgo desde su nivel de atención, para manejar los problemas de salud, como bien social para alcanzar el bien común.

VII. INTERÉS Y APOORTE DE LA GERENCIA SOCIAL EN LA INVESTIGACIÓN

Un programa de gestión en salud, en el contexto de la atención de pacientes en estado crítico, considerando los recursos humanos, la logística y las herramientas (medicamentos, insumos y terapias). Involucra el desarrollo de capacidades, habilidades, aptitudes y actitudes por parte del personal de gestión,

de los proveedores y una actitud y compromiso de los usuarios externos para contribuir, de manera consensuada, a las metas trazadas (como regla general no son involucrados en el proceso).

La necesidad de políticas públicas que promuevan integración social y la importancia de un entorno político favorable, que permita expresar en normas para mejorar una convivencia social, aumentar la participación de los sujetos de derecho (proveedores, pacientes y sus familias), asegurar el correcto y continuo suplemento de insumos necesarios para los procesos de atención, no solo para los casos regulares de un centro de atención, sino en situaciones como la de una pandemia.

En el entorno actual, considerando las variantes constantes de la enfermedad y cambio de coyuntura, no debe separarse la idea general del significado de un programa social, buscando el bien común. Bajo la planificación y diseño de diversas estrategias aprendidas de las experiencias previas de la gerencia social, aplicada en grupos poblacionales vulnerables (punto en contra por la variabilidad de la infección). El tema en cuestión, como muchos programas diseñados en nuestro país, es la implementación en los niveles intermedios (jefaturas o encargaturas regionales y locales) e inferiores (ejecutores, promotores). La conjunción entre las estructuras de las organizaciones gubernamentales, de un manejo clásico y el momento político y el estado social del país. Podemos identificar los factores que dificultan la implementación: a) desarrollo de insuficientes competencias y capacidades administrativas, b) recursos públicos limitados o desviados en pleno proceso, c) dificultad en la coordinación institucional y articulación entre diversos actores, es decir, cada uno tiene objetivos y metas diferentes; d) a nivel político, la influencia de consideraciones de grupos de poder o influencia que limitan la innovación en la implementación de programas sociales y en este caso el manejo de la salud), y e) diseños institucionales y forma de gobernar que no cubren apropiadamente las demandas sociales de su competencia.

Por lo tanto, existen causas multisectoriales de los problemas sociales que incluyen en una de sus aristas a la salud y bienestar consiguiente de las personas. En consecuencia, la participación activa de los gestores y los usuarios

internos y externos guiará los esfuerzos de las fases previas de los procesos iniciados en el contexto político, económico y social, aparentemente estable y ordenada, para el manejo de la infección por el Sars-CoV2 y sus alcances a nivel social. Ahí incide la importancia del aporte de la gerencia social para nuestra investigación, fomentando procesos inclusivos en pro de la equidad social para desarrollar mejores individuos y comunidades, con respeto de sus derechos como seres humanos, brindando las estrategias para tal fin.

Makote y Saavedra (2006) refieren que la gerencia social se apoya en los aportes conceptuales y prácticos que simultáneamente le ofrecen los campos del desarrollo social, la política pública y la gerencia pública. En el Estado, existe desde siempre esta gran debilidad y la gerencia social provee las herramientas necesarias, apuntando para un desarrollo con la participación de los actores involucrados y políticas públicas en salud, considerando un mejor manejo del presupuesto, determinación de las variables de la enfermedad y los efectos a futuro en los procesos económicos y sociales de la población involucrada.

Para Kliksberg (2007) la gerencia social “significa en la práctica cotidiana enfrentar “singularidades”. Para esto debemos considerar la variabilidad de procesos individuales y colectivos, la cultura organizacional y la gerencia social, en nuestro estudio hubiera contribuido a llevar el cambio y mejoras que se necesitaban en cada momento de la gestión de la pandemia, facilitando la planificación y toma de decisiones, integrando el desempeño eficiente de quienes la ejecutan y lograr el compromiso personal e institucional, para construir esfuerzos de los actores, que aporten estrategias y articulen las acciones necesarias.

VIII. BIBLIOGRAFÍA

- ACOSTA, Giancarlo; ESCOBAR, Gerson; BERNAOLA, Gissela; ALFARO, Johan; TAYPE, Waldo; MARCOS, Carlos; AMADO, José.
- 2020 “Caracterización de pacientes con COVID-19 grave atendidos en un hospital de referencia nacional del Perú”. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud pública. 37(2):253-8.
<https://scielosp.org/pdf/rpmesp/2020.v37n2/253-258/es>
- ALLEN, Adriana; SARMIENTO, Juan Pablo; SANDOVAL, Vicente
- 2020 “Los estudios latinoamericanos de reducción del riesgo de desastres en el contexto de la pandemia del COVID-19”. Reder. Vol 4, N° 2: 1-6.
<http://www.revistareder.com/ojs/index.php/reder/article/view/46>
- ANDERSEN, Kristian; RAMBAUT, Andrew; LIPKIN, Ian; HOLMES, Edward & GARRY, Robert.
- 2020 “The proximal origin of SARS-CoV-2”. Nat Med. 2020:1-3.
<http://dx.doi.org/10.1038/s41591-020-0820-9>
- AUTOR DESCONOCIDO
- 2020 “Pensar la pandemia desde las ciencias sociales y humanas”. Alternate title: Thinking on the Pandemic from Social and Human Sciences. Cuadernos del CLAEH; Montevideo Tomo 39, N° 111, pp. 177-239.
<https://DOI:10.29192/claeh.39.1.10>
- ARTAZA, Oswaldo
- 2016 “Modelo de gestión de establecimientos hospitalarios”. División de Red Asistencial. Ministerio de Salud de Chile.
<http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/03/9.pdf>
- AVARIA, Andrea
- 2020 “COVID-19 interculturalidad y territorio”
<http://repositorio.uautonoma.cl/handle/20.500.12728/6790>

BACHELET, M., & Segato, R. L.

2020 "Covid-19 y derechos humanos: La pandemia de la desigualdad". Editorial Biblos.

BAJONERO MANRIQUE, Leslie Cecilia

2010 "Lineamientos para el desarrollo de la comunidad de Huaycán, distrito de Ate-Vitarte, Departamento de Lima".

BID

2020 "Políticas sociales en respuesta al coronavirus".

<https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Los-mercados-laborales-de-America-Latina-y-el-Caribe-ante-el-impacto-de-COVID-19.pdf>

BLANCO, Manuel

2006 "Calidad: ¿En los servicios de salud?" Tesis de Grado. Chile: Universidad Católica Andrés Bello, Facultad de Medicina.

<http://biblioteca2.ucab.edu.ve/anexos/biblioteca/marc/texto/AAT1769.pdf>

BOBADILLA, Percy

2004 La gerencia social en el nuevo siglo: una aproximación teórica. Repositorio PUCP.

<http://files.pucp.edu.pe/posgrado/wp-content/uploads/2015/10/05174525/Cdrno-de-trabajo-Percy-Bobadilla-gerencia-social.pdf>

CASTILLO-ESPARCIA, Antonio; FERNÁNDEZ-SOUTO, Ana-Belén; PUENTES-RIVERA, Iván.

2020 "Comunicación política y Covid-19. Estrategias del Gobierno de España". Profesional de la información, v. 29, n. 4, e290419.

<https://doi.org/10.3145/epi.2020.jul.19>

Centro Nacional de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud - CENARES.
2020

<http://www.cenares.minsa.gob.pe:8080/covid19.xhtml>

<https://www.datosabiertos.gob.pe/dataset/distribuci%C3%B3n-de-equipos-de-protecci%C3%B3n-personal-por-covid-19-ministerio-de-salud-minsa>

CIEZA ZEVALLOS, J., URIOL LESCANO, C.

2020 “Letalidad y la mortalidad de Covid-19 en 60 países afectados y su impacto en los aspectos demográficos, económicos y de salud”. Revista Médica Herediana. 31(4), 214-221.

<http://dx.doi.org/10.20453/rmh.v31i4.3852>

COBARSÍ-MORALES, Josep

2020 “Covid-19: fuentes de información cuantitativa”. Anuario ThinkEPI, v. 14, e14d02.

<https://doi.org/10.3145/thinkepi.2020.e14d02>

CONTRERAS, C y GALARZA, C.

2011 “Hospitalización inadecuada en emergencias médicas”. Rev Soc Perú Med Interna. 2011 ;24(1):19-25.

COLEGIO MÉDICO DEL PERÚ

2018 Revisión del Código de Ética y Deontología del Colegio Médico del Perú.

CONGRESO DE LA REPUBLICA

www.congreso.gob.pe

Comisaría de Vitarte

2018 *Reporte anual de criminalidad*

COTERA MAYTA, Guisela Elizabeth

2015 “Manejo Cotidiano de los Residuos Sólidos Domésticos por los Migrantes de la Cooperativa de Vivienda Ramiro Prialé Vitarte-Lima 2014”.

CUADRADO, J

2019 *Normas para el sistema de salud peruano*. Editorial CRIICMP.

CUESTA, Armando

2005 *Tecnología de Gestión de Recursos Humanos*. 2da. Edición, Revisada y Ampliada. Editorial Academia. La Habana, Cuba.

DECLARACION DE ALMA-ATA

1978 *Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978*

<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>

Defensoría del Pueblo

2020 *PREVENCIÓN Y GESTIÓN DE CONFLICTOS SOCIALES EN EL CONTEXTO DE LA PANDEMIA POR EL COVID-19*. Serie Informes Especiales N° 026-2020-DP

<https://www.defensoria.gob.pe/wp-content/uploads/2020/07/Informe-Especial-026-2020-DP-Prevenci%C3%B3n-y-Gesti%C3%B3n-de-conflictos-APCSG.pdf>

DEL CARMEN, José Carlos

2019 “Lineamientos y estrategias para mejorar la calidad de la atención en los servicios de salud”. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, Lima, volumen 36, número 2, pp. 288-95.

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342019000200018&script=sci_arttext

DESPACHO VICEMINISTERIAL DE SALUD PÚBLICA. CENTRO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA Y CONTROL DE ENFERMEDADES

2020 *Situación Actual COVID-19 Perú 2020*. 04 de diciembre de 2020.

<https://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/coronavirus/coronavirus041220.pdf>

DONABEDIAN, Avedis

2001 “La calidad de la atención médica”. Rev Calidad Asistencial 2001: 16: S29-S38

DONNELLY, Jack

1994 *Derechos humanos universales. En teoría y en la práctica. Ediciones Gernika, S.A., México, D.F.*

DUQUE Tobar, Nazly

2018 *La gerencia social y sus nexos con la pobreza*. Colombia, Sello Editorial Javeriano-Pontificia Universidad Javeriana.

ESSALUD

2020 “Plan Anual de Calidad Essalud 2020-2021”. Gerencia de Calidad. Resolución de Gerencia General N° 1967-GG-ESSALUD-2019
<http://www.essalud.gob.pe/normatividad-institucional/>

FLICK, Uwe

2007 *El diseño de investigación cualitativa*. Colección Investigación Cualitativa. Ediciones Morata. Madrid.

FORNI, Floreal

2004 *Formulación y evaluación de proyectos de acción social*.

GERENCIA CENTRAL DE PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO. ESSALUD

2019 “Mapa de Macroprocesos”.
http://www.essalud.gob.pe/transparencia/procesos_procedimientos/Mapa_de_Procesos_2019.pdf

GERENCIA DE RECURSOS HUMANOS.

2017 *Manual de ROF Y MOF en Essalud*. Red Prestacional Almenara.

gob.pe

2020 “Responsables de la Cooperación en Latinoamérica dialogan sobre el Covid-19 retos y oportunidades”.

<http://portal.apci.gob.pe/index.php/noticia/item/2928-responsables-de-la-cooperacion-en-latinoamerica-dialogan-sobre-el-covid-19-retos-y-oportunidades>

gob.pe

2021 Pirámide poblacional del Perú

<https://www.gob.pe/institucion/onp/informes-publicaciones/713864-piramide-de-poblacion-del-peru>

HERNÁNDEZ-VÁSQUEZ, Akram; Gamboa-Unsihuay, Jesús Eduardo; Vargas-Fernández, Rodrigo; Azañedo, Diego

2020 “Exceso de mortalidad en Lima Metropolitana durante la pandemia de COVID-19: comparación a nivel distrital. Medwave, 20(8), e8031

<http://dx.doi.org/10.5867/medwave.2020.08.8032>

HUAMANÍ, Charles., TIMANÁ, Raúl., PINEDO, Jairo., PÉREZ, Jhelly., VASQUÉZ, Luis.

2020 “Condiciones estimadas para controlar la pandemia de COVID-19 en escenarios de pre y poscuarentena en el Perú”. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud pública. Vol. 37, núm 2.

<http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2020.372.5405>

Instituto Nacional de Estadística e Informática

2015 Censo Nacional de Población

Instituto Nacional de Estadística e Informática

2017 Compendio Estadístico Provincia de Lima 2017.

https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1477/libro.pdf

Instituto Nacional de Estadística e Informática.

2019 Boletín Estadístico Indicadores económicos y sociales. Año 9, Edición 12, diciembre.

Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación (IETSI) – Essalud.

2020 Protectores respiratorios para COVID.

Ficha técnica de los medicamentos más utilizados en el COVID.

http://www.essalud.gob.pe/ietesi/dispositiv_medic equip biom.html

Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación (IETSI) – Essalud.

2017 DICTAMEN PRELIMINAR DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍA SANITARIA

N° 029-SDEPF y OTS-DETS-IETSI-2017 USO DE OXIGENO MEDICINAL AL

93 POR CIENTO EN PACIENTES OXÍGENO REQUIRIENTES.

KLISKSBERG, Bernardo y M. Rivera

2004 “Más ética, más desarrollo”.

KLISKSBERG, Bernardo

2007 “La gerencia social”.

LAVELL, Allan; MANSILLA, Elizabeth; MASKREY, Andrew y RAMIREZ, Francisco.

2020 “La construcción social de la pandemia COVID-19: Desastre, acumulación de riesgos y políticas públicas” (pp. 1–10). La RED.

<https://www.gub.uy/sistema-nacional-emergencias/comunicacion/publicaciones/construccion-social-pandemia-covid-19-desastre-acumulacion-riesgos>

LEON HUAYASCACHI, Gabriela

2017 “Diseño de un Centro Cultural Juvenil y su relación con las actividades culturales de los pobladores de Huaycán, Ate Vitarte-2017”.

LOZADA-REQUENA, Iván y NÚÑEZ Ponce, César.

2020 “COVID-19: respuesta inmune y perspectivas de intervenciones terapéuticas”.

Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud pública; 37(2):312-9.

<http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2020.372.5490>

LOZANO CORTIJO Luis

1998 ¿Qué es calidad total? Revista Médica Herediana, 9(1): 28-34.

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X1998000100006&lng=es.

LLERENA, Renato y César SÁNCHEZ

2020 “Emergencia, gestión, vulnerabilidad y respuestas frente al impacto de la pandemia COVID-19 en el Perú”. Scielo. 1-16.

<https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/94/129>

LUJÁN, Noemí y FACCIO, Juan Víctor

2020 “Habilidades interculturales e inteligencia comunitaria para comunidades ecológicas y saludables: Reflexiones ante los desafíos de la pandemia por COVID-19”

http://espaciostransnacionales.org/wp-content/uploads/2021/01/ET15_LujanF.pdf

MAKAMA JG, IRIBHOGBE P, Ameh EA,

2015 “Overcrowding of accident & emergency units: is it a growing concern in Nigeria?” African Health Sciences. 2015; 15(2):457-65

<http://www.org.10:4314/ahs.v15i2.20>

MENDOZA-SALDAÑA, Juan-Diego; VITON-RUBIO, J Enrique

2020 “Sociodemographic aspects of the older population in front of COVID-19 pandemic in a developing country: the case of Peru”. *Gac Sanit.* Oct 31.

<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/mdl-33143852>

MEZONES, Francisco; MORO, Javier; BARZELAY, Michael et al
2006 Estudios de caso para la investigación y el aprendizaje sobre buenas prácticas en la gerencia social.

<https://publications.iadb.org/es/publicacion/14163/estudios-de-caso-para-la-investigacion-y-el-aprendizaje-sobre-buenas-practicas-en>

Ministerio de Salud

2018 “Situación de Salud en el Perú, Indicadores Básicos”.

MINISTERIO DE SALUD

www.minsa.gob.pe

MINSA

2018 *Análisis situacional de salud. Hospital de Huaycán.*

http://www.hospitalhuaycan.gob.pe/web/epidemiologia/3.5.0.0/Analisis_situ-17_01_2019-02;43;49.pdf

MINSA. DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD DE LA PERSONAS.

2006. “Documento Técnico: Sistema de Gestión de la Calidad en Salud”.

<ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/dgsp/documentos/decs/2006/SistemaGestionCalidadSalud.pdf>

MINISTERIO DE SALUD.

2007 “Norma técnica de Salud de los Servicios de Emergencia. NT N°42-MINSA/DGSP-V.01 Lima-Perú”

<http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/NT042emerg.pdf>

MINISTERIO DE SALUD. DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD DE LAS PERSONAS.

2007 “Norma Técnica N° 050-MINSA/DGSP-V.02

https://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/000_normaacreditacion.pdf

MINISTERIO DE SALUD; DIRECCIÓN GENERAL DE INTERVENCIONES ESTRATÉGICAS EN SALUD PÚBLICA. LIMA.

2020 "Manejo ambulatorio de personas afectados por COVID-19 en el Perú: Documento técnico".

<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/biblio-1099839>

MINISTERIO DE SALUD. CENTRO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES.

2020 Directiva sanitaria para la vigilancia epidemiológica de la enfermedad por Coronavirus (COVID-19) en el Perú.

<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/biblio-1128665>

MOKATE, Karen Marie y Juan José SAAVEDRA

2006 Gerencia Social: Un Enfoque Integral para la Gestión de Políticas y Programas

<https://publications.iadb.org/es/publicacion/16492/gerencia-social-un-enfoque-integral-para-la-gestion-de-politicas-y-programas>

MORERA, Nidia

1995 La Gerencia Social herramienta indispensable para la conducción de servicios sociales en el umbral del siglo XXI.

<http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/docente/pd-000101.pdf>

NAVARRO SARMIENTO, José Antonio

2018 "Implementación de la metodología 5s para mejorar la gestión de la atención al cliente en el hospital EsSalud Vitarte 2017". Tesis para optar título de ingeniero industrial. Universidad Privada Norbert Wiener.

<http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/1894>

OPS

2020 "Nuevas orientaciones sobre políticas para proteger a las poblaciones en situaciones vulnerables en el contexto de COVID-19".

<https://www.paho.org/es/noticias/24-11-2020-nuevas-orientaciones-sobre-politicas-para-proteger-poblaciones-situaciones>

PAHO

2020 Consideraciones para aplicar y ajustar medidas de salud pública y sociales en el contexto de la COVID-19

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/336990/WHO-2019-nCoV-Adjusting_PH_measures-2020.2-spa.pdf

PAUTASSI, Laura y Gustavo GAMALLO

2020 "COVID-19 y Derechos Humanos". Colección Derechos Sociales y Políticas Públicas

PEREZ, Marcela

2020 "COVID-19: La urdimbre del cuidado". Apuntes de coyuntura. Revista Rupturas.10: 27-32.

<https://revistas.uned.ac.cr/index.php/rupturas/article/view/2920>

PODESTÁ, Luis y Maceda, Mirko

2018 "Calidad percibida del servicio y cultura de seguridad en salud en el personal médico del Hospital II EsSalud Vitarte. Lima, 2017". Horizonte Médico. Lima, Volumen 18, número 3, pp. 48-56.

QUISPE T, TICSE R, GALVEZ M, VARELA L.

2013 "Rehospitalización en adultos mayores de un hospital de Lima, Perú". Rev Peru Med Exp Salud Publica. 30(4):635-40.

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342013000400016&lng=es&nrm=iso

REED, Carrie; Biggerstaff, Matthew; Finelli, Lyn; Koonin, Lisa M; Beauvais, Denise; et al.

2013 "Novel framework for assessing epidemiologic effects of influenza epidemics and pandemics". Emerging infectious diseases, Tomo 19, N° 1, pp. 85-91.

https://wwwnc.cdc.gov/eid/article/19/1/12-0124_article

RIVERA, Federico y colaboradores

2019 "Propuesta para la elaboración de un protocolo de triaje en el contexto de la pandemia de COVID-19"

<https://revistes.ub.edu/index.php/RBD/article/view/31816/32233>

ROMEO Casabona, Carlos María.

1994 "El derecho y la bioética ante los límites de la vida". Editorial Centro de Estudios Ramón Areces, S.A. España, pp. 34.

RUIZ LÓPEZ, Domingo y Carlos CÁDENAS

2003 ¿Qué es una política pública?

SEN, Amartya

1999b "Desarrollo y libertad". Editorial Planeta.

SEN, Amartya

2010 "El desarrollo es más que un número"

https://www.bbc.com/mundo/noticias/2010/11/101103_desarrollo_libertad_entrevista_sen_aw

SALZBERGER, Bernd; GLÜCK, Thomas; EHRENSTEIN, Boris.

2020 ¿Successful containment of COVID-19: the WHO-Report on the COVID-19 outbreak in China?. Infection; New York, Tomo 48, N° 2, pp. 151-153.

<https://doi.org/10.1007/s15010-020-01409-4>

TOVAR SAMANEZ, María Teresa

2019 Investigación en Gerencia Social. Pontificia Universidad Católica del Perú – Escuela de Posgrado. Maestría en Gerencia Social – modalidad semipresencial. Décimo segunda edición 2019.

TRINDADE, Victoria Andrea.

2016 Entrevistando en investigación cualitativa y los imprevistos en el trabajo de campo: de la entrevista semiestructurada a la entrevista no estructurada. Técnicas y estrategias en la investigación cualitativa, 2016, p. 18.

TRZECIAK S, Rivers E.

2003 “Emergency department overcrowding in the United States: an emerging threat to patient safety and public health”. Emergency Medicine Journal - EMJ.;20(5):pp 402-405.

<http://www.org.10.1136/emj.20.5:402>

USAID. Iniciativa en políticas de salud.

2009 Diplomado de Gestión en Políticas Públicas de Salud.

VIDAL-ANZARDO M, SOLIS G, SOLARI L, MINAYA G, AYALA-QUINTANILLA; B, ASTETE-CORNEJO J, et al.

2020 “Evaluación en condiciones de campo de una prueba rápida para detección de anticuerpos IgM e IgG contra SARS-CoV-2”. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud pública. 37(2):203-9.

doi: <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.372.5534>

VIDAL ML, FASSA AG, RODRIGUEZ M.

2009 “Inappropriate use of emergency services: a systematic review of prevalence and associated factors”. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro 2009; 25(1):7-28.

<http://dx.doi.org/10.1590/S0102311X2009000100002>

WORLD HEALTH ORGANIZATION

WHO

<https://www.who.int/es/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>

IX. ANEXOS

9.1 Formatos primarios de entrevistas

9.1.1 Director del Hospital

1. ¿Cómo ha cambiado la organización del hospital desde su gestión durante la pandemia?
2. ¿Cómo enfrentó la pandemia en el hospital, que recibió usted en mayo? ¿Cómo era su funcionamiento y capacidad de atención antes, durante y en la actualidad?
3. ¿Cómo ha variado la distribución del personal médico, de enfermería y el personal técnico, según el CAP, antes, durante y en la actualidad de la pandemia?
4. ¿Cómo cambió la asignación de la atención en las áreas de emergencia, triaje diferenciado, triaje respiratorio y hospitalización?
5. Cuénteme cómo varió la distribución de los horarios y turnos del personal de salud antes, durante y en la actualidad de la pandemia.
6. ¿Cómo ha evolucionado el comportamiento laboral del personal contratado y de planta a causa de la pandemia?
7. ¿Cómo enfrentó las deficiencias del hospital al asumir las riendas del hospital?
8. ¿Cómo manejó la contratación de personal adicional necesario para enfrentar la pandemia?
9. ¿Cómo se presentó la dotación de equipos de protección personal para los proveedores de salud? Y ¿para el personal de apoyo?
10. ¿Cómo variaron las actividades del personal de seguridad interna (vigilantes) y de la seguridad externa del hospital, durante la pandemia?
11. ¿Cómo cambió la asignación de jefaturas del hospital?
12. ¿Cómo ha cambiado el proceso de dotación del oxígeno?
13. ¿Cómo fue el abastecimiento internacional y nacional de medicamentos y cómo nos puede referir que fue la distribución en el hospital?
14. ¿Cómo ha evolucionado la cantidad de médicos de planta desde el inicio de la pandemia a la actualidad?

15. ¿Cómo ha cambiado la distribución de camas antes, durante y en la actualidad de la pandemia?
16. ¿Cómo ha variado el funcionamiento de los equipos del hospital en el proceso de la pandemia? ¿qué acciones necesarias se realizaron?
17. ¿Cómo funcionaron los nuevos equipos?
18. Cuéntenos ¿cómo fueron los procesos de adquisición de equipos biomédicos? ¿Qué aspectos facilitaron y qué aspectos dificultaron los procesos?
19. ¿Cómo se ha implementado la Declaración Universal de los Derechos Humanos en el contexto de la pandemia?
20. ¿Cómo ha cambiado, si es el caso, la manera de enfrentar los problemas y retos que ha planteado en la gestión la pandemia?

9.12 Jefatura o encargatura de la Unidad de Farmacia y Abastecimiento de equipos médicos

1. ¿Cómo ha variado la labor del Servicio de Farmacia/Unidad de Abastecimiento y Almacén desde el inicio de la pandemia?
2. ¿Cómo ha sido el proceso de gestión de las medicinas más utilizadas en la pandemia y las otras enfermedades “no COVID”?
3. ¿Cómo ha cambiado el proceso de entrega de medicinas y material biomédico desde el inicio de la pandemia? ¿Qué dificultades y retos se presentaron?
4. ¿Cómo cambió la coordinación sobre la compra de medicamentos, en caso de escasez? ¿Cómo ha variado el petitorio hasta el momento?
5. ¿Cómo ha realizado la coordinación con el personal médico sobre las medicinas para el manejo del COVID-19 y sus complicaciones? Cuénteme
6. ¿Cómo se ha implementado el proceso de evaluación del personal de farmacia y sus funciones?
7. ¿Cómo ha cambiado la rotación de medicamentos? Frecuencia, carencia, sobre stock.
8. ¿Cómo afectó el abastecimiento nacional e internacional de medicamentos e insumos y se manifestó en la distribución de medicamentos?

9. ¿Cómo varió su participación en la obtención de mamelucos, ropa descartable, respecto a los proveedores de equipo de protección personal?
10. ¿Cómo se dieron la o las capacitaciones respecto al tipo de mascarillas apropiadas para uso hospitalario?
11. ¿Cómo cambió la coordinación con el nivel central y los servicios de farmacia para la llegada oportuna de insumos biomédicos necesarios?
12. ¿Cómo se afectó el requerimiento de material biomédico y Equipos de Protección Personal?
13. ¿De qué forma se manifestaron las trabas en su labor?
14. Según normativa vigente, ¿cuál es la procedencia de los insumos?
¿Varió este punto?
15. Respecto al conocimiento que tiene usted sobre los procesos de acreditación y validación ISO, ¿cómo varió la forma de verificar su cumplimiento y regulación?
16. Si no hubo una adecuada distribución de medicamentos y Equipos de Protección Personal (EPP), ¿qué razones cree usted que provocaron esto? ¿Realizó alguna actividad extra para mejorar este proceso?
17. ¿Cómo varió la frecuencia de la llegada del material biomédico a su unidad? Origen, destino. ¿Recibió apoyo externo o donaciones o existió un nuevo mecanismo?
18. ¿De qué forma varió el proceso para la adquisición de equipo biomédico si se dio el caso?
19. ¿Qué retos se ha plantado usted en su servicio/unidad desde el inicio de la pandemia hasta el momento?

9.1.3 Médico Jefe del Departamento de Medicina y recuperado

- 1) ¿Cómo varió la cantidad de médicos de planta de su servicio a lo largo de la pandemia?
- 2) ¿Varió el número de camas con las que contaba su servicio y cómo se distribuyeron a lo largo de ésta? ¿Qué alternativas gestionó y qué dificultades encontró?
- 3) ¿Cómo implementó la Guía de atención de calidad de Essalud?

- 4) ¿Con qué equipos, considerados por usted, como útiles y valiosos, contaba para el enfrentamiento de la pandemia?
- 5) ¿Variaron sus conocimientos respecto al Plan anual de calidad 2020-2021 de Essalud y cómo lo adoptó y/o practicó durante la pandemia?
- 6) ¿Cómo cambió el número y tipo de capacitaciones al personal proveedor de salud?
- 7) ¿Cómo se implementó la Declaración Universal de Derechos Humanos antes, durante y en la actualidad de la pandemia?
- 8) ¿Cómo cambiaron sus conceptos sobre el tema de salud en el trabajo?
- 9) ¿Cómo cambió la percepción, conceptos y manejo de la muerte al largo de la pandemia?
- 10) ¿Cómo influyó la infraestructura hospitalaria en la atención de los pacientes con COVID-19?
- 11) ¿Cómo varió la frecuencia de la evaluación semanal o mensual, de los logros, fracasos en el contexto de la pandemia?
- 12) ¿Cómo procedió ante los casos de enfermedades diferentes al COVID-19?
- 13) ¿Cómo varió el protocolo de atención en casos de urgencia y emergencia antes, durante y en la actualidad de la pandemia?
- 14) ¿Cómo varió la participación de la familia en los pacientes atendidos tanto en emergencia como en medicina?
- 15) ¿Se llevaron a cabo reuniones con los gestores involucrados, luego de identificarlos? Si las hubo, ¿Con qué frecuencia?
- 16) ¿Mantuvo reuniones con representantes de la comunidad o qué situación fue la que usted percibió?
- 17) ¿Conoce la distribución de la población adscrita al hospital?
- 18) ¿Qué actitud se tomó frente a las pacientes gestantes?
- 19) Y respecto a los pacientes pediátricos, ¿cuál fue el manejo administrativo según las indicaciones brindadas y coordinadas con la dirección del hospital?
- 20) Cuénteme sobre las acciones conjuntas tomadas con la comunidad de vitarte y zonas aledañas, que acudían masivamente al hospital. ¿Se realizaron algunas acciones?
- 21) ¿Recibió casos de pacientes con gastos fuera del hospital, vitales, que no se encontraron en la farmacia o petitorio? ¿Qué hizo en esos casos?
- 22) ¿Participó o participa usted en el presupuesto del hospital o fue consultado?
- 23) ¿Realizó o planificó algún proyecto de mejora de infraestructura del hospital?
- 24) Cuénteme sobre la adquisición del oxígeno y de la planta ya funcionante. ¿Cómo varió la antigua infraestructura para la administración de oxígeno?
- 25) ¿Participó en reuniones o capacitaciones sobre las diferentes guías de manejo y tratamiento del COVID-19 y sus complicaciones?

- 26) ¿Cree usted que hubo consenso en cuanto al protocolo de manejo en pacientes de emergencia y hospitalización afectados con COVID-19 o fue muy variado entre los profesionales a su cargo?
- 27) ¿Ha variado la acreditación de los proveedores de salud (médicos, enfermeras y técnicos) se en relación a las funciones encomendadas? ¿Quién realiza o realizó esta acreditación?
- 28) ¿Qué opinión le merece los tratamientos propalados, tanto por internet como por los medios periodísticos de radio y televisión?
- 29) Como trabajador regular, estable y continuo, ¿usted ha tenido conocimiento por lectura o comunicación por su jefatura sobre el contenido del Programa Anual de Calidad de Essalud?
- 30) Ante la afirmación del ministerio de salud de unificar MINSA y Essalud, ¿Cuál fue la actitud para atender pacientes no asegurados? ¿Se realizó a libre albedrío, o siguiendo normas?
- 31) ¿Cómo era el flujograma de atención de los pacientes, desde su ingreso?
- 32) ¿Podría hablarme sobre la nueva organización del hospital durante la pandemia?
- 33) ¿Cómo se organizó la distribución del local del hospital durante la pandemia?
- 34) ¿Cómo cambió la actitud de la gerencia central para avalar los cambios en el sistema, o se dieron por decisión de unos pocos? ¿Se consultó al nivel operativo, es decir, varió el proceso de toma de decisiones? ¿Cómo influyó esta variación: positiva o negativamente?
- 35) ¿Crees usted que Essalud ha variado la manera de inculcar el modelo humanista en la atención de los pacientes? ¿Cuáles fueron sus observaciones durante la pandemia?
- 36) ¿Cómo han funcionado los procesos de gestión de los recursos humanos, logísticos y terapéuticos en el Hospital Essalud II Vitarte?
- 37) ¿Qué aportes positivos y negativos podría denotar con la presentación de la pandemia?

9.1.4 ADMINISTRADOR(A)

- 1) ¿Cómo cree que se manifestaron las fortalezas y debilidades al asumir su rol en el manejo de la pandemia?
- 2) ¿Qué opina de la variación del CAP, a cargo de la dirección del hospital?
- 3) ¿Cómo afectó su gestión la variación del personal administrativo y asistencial (proveedores) era el suficiente para enfrentar la pandemia, al iniciar su gestión?
- 4) ¿Cómo varió su participación en la adquisición, directa de equipos biomédicos?
- 5) y en relación a los EPP, ¿cómo fue el proceso de procura de éstos?

- 6) ¿Cómo enfrentó los problemas económicos que se presentaron y que entorpecieron su gestión? ¿Si no fue así, considera que se vio favorecida por algún factor o factores?
- 7) ¿Cómo elaboró el plan de contingencia para enfrentar la pandemia y cómo fue su implementación?
- 8) ¿Cómo se organizó la distribución del local del hospital durante la pandemia?
- 9) ¿cómo varió su relación con el resto del personal del hospital y las coordinaciones pertinentes?
- 10) ¿Cómo se manifestó, desde su posición, la contratación del personal contratado por terceros durante el inicio, durante y en la actualidad de la pandemia?
- 11) ¿Qué retos se planteó en relación a su cargo y los que usted debió asumir en la pandemia?
- 12) ¿Cómo varió el manejo del tema de los pacientes fallecidos desde el inicio de la pandemia?
- 13) ¿Cómo realizó el nuevo plan de distribución de los ambientes disponibles aptos para atender pacientes de diverso grado de complejidad?
- 14) ¿Podría relatar sobre las aptitudes y actitudes del personal de mantenimiento y los requerimientos de los insumos necesarios para mantener en buen estado los equipos?
- 15) ¿Cómo cambiaron las conductas respecto a la seguridad en el trabajo en el contexto de la pandemia?
- 16) Finalmente, ¿cuénteme cómo ha evolucionado su gestión desde el inicio de la pandemia a la actualidad?
- 17) ¿Algunas reflexiones finales o comentarios adicionales que desee expresar libremente?

9.15 PERSONAL DE SEGURIDAD y LIMPIEZA

1. ¿Cómo te impactó esta nueva enfermedad, en el trabajo y tu familia y amigos?
2. ¿Cómo cambió para ti y tus compañeros el aprovisionamiento del EPP apropiado? ¿Sabes qué es EPP y qué deberías usar en tu labor cotidiana?
3. Cuéntame sobre las capacitaciones para el manejo de situaciones problemáticas que te dieron o participaste en el hospital o tu empresa.
4. ¿Qué actitud se tomó frente a las pacientes gestantes?
5. Y respecto a los pacientes pediátricos, ¿cuál fue el manejo administrativo según las indicaciones brindadas por su supervisor?
6. ¿Contaban con los implementos apropiados para realizar la limpieza y desinfección de los ambientes del hospital?
7. Respecto a sus funciones específicas, durante el desborde de la pandemia, ¿cómo han cambiado tus actividades diarias? ¿Cambió tu

- manera de venir a trabajar? ¿Había transporte para acceder al hospital?
8. ¿Cómo se vio afectada tu familia durante la pandemia?
¿Adicionalmente, te contagiaste de COVID?
 9. ¿Cómo crees que ha variado en ti o tus compañeros la aplicación de la Declaración Universal de los derechos humanos de los pacientes y sus familias?
 10. Cuéntame la mejor experiencia y la peor que enfrentaste en la pandemia.
 11. ¿Cómo defines el comportamiento del poblador de vitarte y zonas aledañas al hospital, en relación a tus labores cotidianas?
 12. ¿Cómo se manejaban los casos de pacientes fallecidos?
 13. ¿Cómo cambió la forma de disponer de los desechos contaminados e infectados antes, durante y en la actualidad de la pandemia?
 14. ¿Cómo varió la forma de ser tratado en el hospital respecto a la labor encomendada y tus nuevas funciones no previstas previamente?

9.1.6 FAMILIAR DE PACIENTE FALLECIDO Y RECUPERADO; Y SU FAMILIA

1. En sus propias palabras, cuéntame sobre todo el proceso de su enfermedad, lo que usted recuerde y lo que vivió durante su estadía en el hospital; y si sus vecinos u otras personas se vieron relacionadas con usted.

9.1.7 MÉDICO Y ENFERMERA RECUPERADOS

1. ¿Cree usted que sus años de estudios y la experiencia jugaron algún rol en su contagio? ¿Por qué?
2. ¿Cómo varió usted su protocolo de atención en emergencia y hospitalización para atender pacientes, considerando el inicio y desarrollo de la pandemia?
3. ¿Cree usted que la forma de trabajar, en diversas áreas de alto riesgo de contagio en el hospital influyeron en su contagio? ¿Por qué?
4. ¿Cuál área considera usted la de mayor riesgo de contagio en la atención de pacientes durante la pandemia?
5. ¿Cómo fue la evolución de su caso al conocer su diagnóstico?
6. ¿Cómo varió la forma de apreciar su trabajo y el de sus compañeros?
7. ¿Cómo ha cambiado su manera de pensar en cuanto al diagnóstico y manejo de un paciente infectado con COVID-19?
8. ¿De qué forma influyeron sus hábitos de comportamiento en su proceso de contagio?
9. ¿Cómo se vio afectado su entorno laboral?

10. ¿Cómo se vio afectada su familia durante la pandemia, antes de contagiarse y luego de enfermarse?
11. ¿Cómo cambió la conducta de su familia sobre su proceso de enfermedad?
12. ¿A qué atribuye usted la superación de la enfermedad que padeció?
13. ¿Qué factores considera importante y/o determinantes en la recuperación de un paciente infectado con COVID-19?
14. ¿Cuáles son sus metas a futuro? ¿Cómo ha variado su forma de pensar?
15. ¿Qué reflexión podría usted hacer sobre su proceso de enfermedad?

9.1.8 MÉDICO JEFE DE EMERGENCIA

Se aplicó el mismo cuestionario que al médico Jefe del Departamento de Medicina

9.2 RESUMEN DE TRANSCRIPCIÓN DE ENTREVISTAS A LOS ACTORES

9.2.1 Entrevista a enfermera de emergencia / recuperada de COVID

Tiempo de la entrevista: 1 hora y media.

Permisividad: Abierta y colaboradora.

Lugar: Ambiente aislado del hospital.

9.2.2 Entrevista al Administrador

Tiempo de la entrevista: 1 hora y media.

Permisividad: Poco colaborador.

Lugar: Ambiente aislado del hospital.

9.2.3 Entrevista a personal de limpieza (SILSA)

Tiempo de la entrevista: 1 hora.

Permisividad: Abierta y colaboradora.

Lugar: Ambiente aislado del hospital.

9.2.4 Entrevista a un agente de seguridad

Tiempo de la entrevista: 1 hora.

Permisividad: Poco colaboradora.

Lugar: Ambiente aislado del hospital.

9.2.5 Entrevista a Médico general de emergencia y recuperado

Tiempo de la entrevista: 2 horas.

Permisividad: Temeroso pero colaborador.

Lugar: Ambiente aislado del hospital.

9.2.6 Entrevista al Médico jefe de emergencia

Tiempo de la entrevista: 2 horas.

Permisividad: Abierto y colaborador.

Lugar: Ambiente aislado del hospital.

9.2.7 Entrevista al Médico jefe de departamento de medicina / recuperado de COVID

Tiempo de la entrevista: 1 hora y media.

Permisividad y colaboración: Muy colaborador.

Lugar: Ambiente aislado del hospital.

9.2.8 Entrevista a médico sobreviviente de COVID

Tiempo de la entrevista: 2 horas.

Permisividad y colaboración: colaborador y abierto.

Lugar: Ambiente aislado del hospital.

9.2.9 Entrevista al Familiar de paciente fallecido y recuperado de COVID

Tiempo de la entrevista: 1 hora y media.

Permisividad: Colaboradora y directa.

Lugar: Ambiente aislado del hospital.

9.3 Ejemplo de protocolo de manejo: HNERM v1.0

Valoración de riesgos y opciones de manejo de infección por SARS-CoV-2/ COVID-19 HNERM

SEROLOGIA	PCR	+		++		+++				++		+		NEGATIVO							
	IgM	NEGATIVO					+	++		+++			++		+	NEGATIVO					
	IgG	NEGATIVO									+	++		+++							
DIAS DE EVOLUCION	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
CLASE	SIN SIGNOS DE ALARMA					CON SIGNOS DE ALARMA					GRAVE										
ESTADIO	FASE I					FASE II A SIN HIPOXEMIA		FASE II B CON HIPOXEMIA			FASE III										
IMAGENES						Rx TORAX		Y/O TAC TORAX													
CLINICA	Paciente con cuadro confirmado o probable de COVID-19: ✓ Cuadro leve, sin factores de riesgo ✓ Cuadro leve, con factores de riesgo sin marcadores de mal pronóstico					Paciente con cuadro confirmado o probable de COVID19, que cumple los siguientes criterios: ✓ Cuadro leve con factores de riesgo y/o marcadores de mal pronóstico PaO2/FiO2 ≤ 300 mmHg ✓ Cuadro moderado: • Sat O2 <93% • FR: >22 • Marcadores de mal pronóstico • Compromiso pulmonar > 25%					Paciente con cuadro Confirmado o Probable de COVID19, que cumple criterios de cuadro grave con criterios de ingreso a UCI / VM: ✓ SDRA ✓ Shock Séptico ✓ Sat O2 < 90% ✓ FR: > 30 ✓ PaO <60mmHg o Pa CO2 ≥ 45mmHg ✓ Lactato mayor a 2 ✓ PAM menor a 65.										
DESTINO	Manejo ambulatorio /monitoreo telefónico					Se Hospitaliza en unidad de COVID: Monitoreo estricto / Tratamiento farmacológico planteado de acuerdo al tiempo de evolución					Se Hospitaliza en UCI: Soporte ventilatorio. Considerar tratamiento farmacológico propuesto de acuerdo al tiempo de evolución										
TRATAMIENTO	SINTOMATICO Si presenta signos de alarma durante su evolución referir para hospitalización.					Hidroxiclороquina 200mg, 400mg/12h VO primer día, luego 200mg cada 12h VO por 7-10 días. +/- (Azitromicina 500 mg el primer día luego 250mg por 4 días) (Usar si QTc < 460 ms, si ≥ 500 ms suspender terapia) O Lopinavir Ritonavir 400/100mg /12h VO por 10 días					Considerar uso de pulsos de corticoterapia: metilprednisolona 500 mg /24h EV por 3 días, luego 40mg/12h EV por 5 días (de acuerdo a evolución clínica). Considerar uso de tocilizumab (dosis 8mg/kg). ≥ 80kg: 1° dosis 600mg, 2° dosis 600mg. < 80kg: 1° dosis 600mg, 2° dosis 400mg, intervalo cada 12h, 3° dosis si persistencia de fiebre, empeoramiento de parámetros analíticos.										
Cuadro Leve: Paciente con cuadro confirmado o probable con: <ul style="list-style-type: none"> • Tos • Dolor de garganta • Fiebre + - • Otros síntomas de IVRA: Congestión nasal, cefalea, malestar general • Además, considerar Depositiones líquidas, lesiones dérmicas, anosmia, ageusia. 					Si presenta marcadores de mal pronóstico, PaO2/FiO2 ≤ 300 mmHg, iniciar: Corticoterapia: pulsos de: metilprednisolona 500 mg /24h EV por 3 días, luego 40mg/12h EV por 5 días (de acuerdo a evolución clínica) Considerar inmunización pasiva con trasfusión de plasma (protocolo en proceso) Considerar uso de tocilizumab (dosis 8mg/kg). ≥ 80kg: 1° dosis 600mg, 2° dosis 600mg. < 80kg: 1° dosis 600mg, 2° dosis 400mg, intervalo cada 12h, 3° dosis si persistencia de fiebre, empeoramiento de parámetros analíticos. Anticoagulación / trombo profilaxis: enoxaparina 40mg/24h SC y enoxaparina 1mg/kg/24h si evidencia de enfermedad tromboembólica.					Marcadores de Mal Pronóstico (monitoreo cada 24h) <ul style="list-style-type: none"> • Linfopenia < 800 cel /mm³ • LDH > 250 UI/L • Dímero D > 1mg/ml • PCR elevado > 20mg/l • Ferritina > 500 mg/Dl • TGO >50 U/L • +/- Troponinas 											

Factores de Riesgo:

- Edad > de 50 años / Diabetes mellitus / Hipertensión arterial / Obesidad / Enfermedad cardiovascular / Enfermedad pulmonar crónica.
- Otros: VIH, Cáncer activo, enfermedad cerebrovascular, gestación.

Otras consideraciones:

- El apoyo oxigenatorio debe darse con cánula binasal (sería ideal circuito cerrado) o máscara de reservorio (no usar O2 por venturi)
- Si reciben hidroxiclороquina y/o azitromicina. Solicitar EKG basal y diario los 3 primeros días y luego cada 48hrs.
- Realizar prueba rápida de HIV, en caso de uso de Lopinar/ritonavir

CRITERIOS DE ALTA DEL AREA COVID

Paciente que evoluciona sin signos de alarma: Ausencia de fiebre >48 horas sin antipiréticos / Mejoría clínica de los síntomas respiratorios y la hipoxemia / No requiere hospitalización por otras patologías / Tolerancia a la vía oral.

Puede salir de alta a domicilio con indicaciones de: Distanciamiento social (guardar distancia de por lo menos 1,5m) / Extremar el lavado de manos / Limpieza de superficies de alto contacto con soluciones cloradas de forma frecuente. estas medidas deben mantenerse entre 7 a 14 días, al alta.

9.4 Códigos generados por el Atlas ti

Código-filtro: Todos

UH: Milko
File: [C:\Users\MILKO\Documents\Scientific
Software\ATLAsTi\TextBank\Milko.hpr7]
Date/Time: 2020-11-17 21:04:34

abandono y rechazo familiar
acción de las funerarias
actitud de la empresa con los agentes infectados
actitud de la familia
actitud de médicos de planta
actitud humanitaria con los pacientes
actitudes negativas del asegurado
Aforo de la población post primera ola
aislamiento y abandono de enfermo de COVID-19
alta mortalidad
amplia experiencia como médico de emergencia
apoyo de terceros
apoyo económico a compañeros enfermos
apoyo en el transporte del personal del hospital
apoyo en transporte con bus del hospital
apoyo logístico al final
apoyo municipal
apoyo policial inexistente
apoyo psicológico a los proveedores
aprovisionamiento de EPP
atención apropiada de personal contagiado
aumento del número de turnos
ausencia de especialistas en emergencia
ausencia de guía de salud en el trabajo
ausencia de trabajadores esenciales
autosuficiencia en el desempeño de funciones
Autosuficiencia sobre conceptos del COVID
baja de hospitalizaciones setiembre
bajo nivel y frecuencia de capacitaciones
calles y avenidas clausuradas
cambio de la organización de la infraestructura
cambio del aforo en emergencia
capacidad de almacenamiento de cadáveres
capacitaciones de Essalud y su empresa
capacitaciones sobre el COVID-19
compra directa de EPP
conocimientos sobre el PACE

Conocimientos sobre el uso correcto del EPP
contagio intrafamiliar
contagios del personal nocturno
contratación de nuevo personal asistencial
creación de una nueva UCI
creencia ante el COVID-19
creencias ante el COVID-19
cumplimiento de la DUDH
cumplimiento de la labor encomendada
declaración falsa de agente de seguridad
dependencia económica de la red prestacional
desabastecimiento de EPP
descuentos injustificados
desconocimiento o negación de la realidad
desconocimiento sobre los tipos de mascarilla
desconocimiento del concepto de EPP
descontento del personal
deserción injustificada de médicos
desinterés de la población al final
disminución de complicaciones
donación de mascarillas por terceros
dotación de EPP
dotación de EPP incompleto
Dotación insuficiente de sillas de ruedas y camillas
efecto del toque de queda
efectos negativos de los decretos de urgencia
elevada mortalidad
eliminación apropiada de cadáveres
eliminación apropiada de desechos biomédicos
empatía de los trabajadores
EPP incompleto para el personal
EPP uso incorrecto
excesivo número de personal de seguridad contagiado
exceso de descansos médicos
experiencia comprobada
experiencia en su labor
exposición al peligro por mala asignación de área de trabajo
exposición del personal administrativo al peligro
extensión de turnos de trabajo
fallas en la gestión administrativa
fallecidos setiembre por COVID
falsa información sobre manejo de cadáveres
falsa seguridad ante el contagio
falso nivel de seguridad
falta de apoyo policial en el transporte
falta de compromiso de algunos médicos
falta de coordinación con la comunidad
falta de coordinación entre emergencia y hospitalización
falta de decisión inicial de la Gerencia
falta de medidas de higiene básicas: lavado de manos

Falta de oxígeno
falta de previsión en la gestión administrativa
falta de recursos económicos propios
Falta de toma de conciencia
falta de toma de conciencia de la población
falta de ventiladores
gastos innecesarios en terapias no probadas
gestión de la atención: importancia del triaje
gestión de la emergencia al inicio de la pandemia
gestión de los recursos humanos
gestión de pacientes gestantes y pediátricos
gestión logística y administrativa deficiente
hacinamiento
horarios de trabajo de enfermería
horarios del toque de queda
huida de médicos asistentes de emergencia
importancia del capital humano profesional
importancia del personal de mantenimiento
inasistencia a capacitaciones
incremento de contagios
incumplimiento de horarios por personal del hospital
inexistencia de zonas seguras en el hospital
inexistencia del servicio de salud ocupacional
influencia del CAI COVID
influencia del toque de queda
infraestructura inadecuada para almacenaje de cadáveres
infraestructura y diseño antiguo del hospital
interés por la enfermedad del personal y la población
intolerancia a la mascarilla
inviolabilidad del presupuesto
irrespeto al distanciamiento social
la pandemia continúa
labor de medicina física y rehabilitación
letalidad del virus
letalidad en el personal de seguridad
mal uso de equipos de EPP
mal uso de equipos de EPP por personal de seguridad
mala distribución de los ambientes
Recuperación del COVID
mayor probabilidad de contagio
mejora de la gestión en infraestructura hospitalaria
mejora en la gestión de referencia de pacientes
miedo a contagiarse
miedo a enfermar
miedo a morir
miedo al contagio
miedo al despido por coerción previa
negación de la existencia del COVID-19
nivel de coordinación con SILSA y PRISMA
nivel de experiencia como personal de seguridad

nivel de experiencia del personal contratado
no discriminación por ser terceros
no habilitación por el INDECI
nueva distribución de la infraestructura al final
número insuficiente de buses
número apropiado de enfermeras al inicio de la pandemia
número de fallecidos
número insuficiente de tomas de oxígeno en emergencia
número insuficiente de tomas de oxígeno en hospitalización
obras inconclusas del tren
paciente aislado y postrado
personal administrativo insuficiente
personas vulnerables
población de Vitarte de bajo nivel cultural
población de Vitarte de bajo nivel cultural
Pobre importancia del significado de la pandemia
pobre infraestructura
pobre nivel de capacitación
poca experiencia de administración en salud
presencia de médicos extranjeros en el hospital
proactividad del hospital frente a un agente contagiado
problemas con la infraestructura del hospital
problemas de gestión de recursos humanos en trabajo remoto
problemas en la gestión de oxígeno y otros medicamentos
proveedores de salud no capacitados
proyección de los familiares respecto a Essalud
psicología post COVID-19
quejas de pacientes
reacción de familiares
reacción negativa de familiares
reclamos repetidos
respeto al distanciamiento
respeto de los DDHH de su personal
responsabilidad de la empresa con su personal
robo de equipos informáticos durante
salida de ventiladores del hospital
sobreviviente
solidaridad con todos
terapias respiratorias
trabajo coordinado con SILSA
trabas en la referencia de pacientes
uniforme de la empresa
uso apropiado del EPP
uso incorrecto del EPP
variación del número de camas

9.4 Material fotográfico



Foto N° 1: Nuevos ambientes de emergencia y observación para pacientes NO COVID.



Foto N° 2: Evaluación previa del generador de oxígeno donado al hospital.



Foto N° 3: Generador de oxígeno



Foto N° 4: Vista anterior de la salida posterior de la emergencia antes de la pandemia.



Foto N° 5: Vista actual post remodelación de la emergencia, vista posterior



Foto N° 6: Vestimenta completa con el EPP en la UCI COVID HIIV



Foto N° 7: Mal uso del EPP por parte del personal proveedor



Foto N° 8: Expendio de alimentos días posteriores al inicio de la pandemia



Foto N° 9: Personal de limpieza sin el equipo de protección personal durante la pandemia

9.5 Autorizaciones y permisos

Originales obran en archivos digitales, firmados y sellados por el entrevistador-investigador y los actores requeridos.

Considerados como de contenido sensible para la institución y no deben ser revelados para mantener la confidencialidad de los testimonios y las personas.

