

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD
CATÓLICA DEL PERÚ**

Escuela de Posgrado



Calidad de las prestaciones de Servicios de Salud y la alta morbimortalidad de médicos durante la primera ola de la pandemia por Covid-19 en la región Loreto

Tesis para optar el grado académico de Maestro en Gobierno y Políticas Públicas que presentan:

Javier Anselmo Jáuregui Antúnez

Gino André Miranda Cabrera

Asesor:

Leonidas Lucas Ramos Morales

Lima, 2024

Informe de Similitud

Yo, Leonidas Lucas Ramos Morales, docente de la Escuela de Posgrado de la Pontificia Universidad Católica del Perú, asesor(a) de la Tesis para optar el Grado de Maestro en Gobierno y Políticas Públicas titulado Calidad de las Prestaciones de Servicios de Salud y la alta morbilidad de médicos durante la primera ola de la pandemia por COVID 19 en la región Loreto, de Javier Anselmo Jauregui Antúnez y Gino André, Miranda Cabrera, dejo constancia de lo siguiente:

- El mencionado documento tiene un índice de puntuación de similitud de 15% de similitud. Así lo consigna el reporte de similitud emitido por el software *Turnitin* el 17 de abril del 2024.
- He revisado con detalle dicho reporte y la Tesis, y no se advierte indicios de plagio.
- Las citas a otros autores y sus respectivas referencias cumplen con las pautas académicas.

Lugar y fecha:

Lima, 19 de Abril 2024.

Apellidos y nombres del asesor / de la asesora: Ramos Morales, Leonidas Lucas	
DNI: 44385069	Firma 
ORCID: https://orcid.org/0000-0001-9285-2953	

RESUMEN

La presente investigación identifica los factores que han incidido en la calidad de la prestación de servicios de salud y la alta morbimortalidad de médicos durante la primera ola de la pandemia por el Covid-19 en la Región Loreto. El presente estudio es de enfoque cualitativo-cuantitativo, transversal y tipo descriptivo. Se aplicó una entrevista, especialmente diseñada para la investigación, la cual fue aplicada a un total de 18 profesionales de la salud, entre el Hospital Regional de Loreto, Hospital de Apoyo Iquitos, Hospital EsSalud Iquitos, Centro de Salud I-3 Pebas y Hospital II-2 Tarapoto, con la finalidad de realizar una comparación del nivel de calidad. Los resultados demuestran que la Región Loreto tiene una Baja Calidad de los Servicios de Salud a comparación de la Región San Martín que contempla un nivel de calidad Regular, los principales factores que incidieron en la baja calidad de Loreto fueron: Infraestructura y Equipamiento, debido a que los Establecimientos de salud no contaban con la capacidad instalada óptima (hacinamiento), asimismo, el material de la infraestructura era inadecuada; asimismo, el factor de Recursos Humanos, debido a la brecha de médicos especialistas y la falta de pagos a los trabajadores, conllevó al colapso de los establecimientos por la limitada oferta de profesionales de la salud; el factor Logístico, existió desabastecimiento de Equipos de Protección Personal (EPP), medicamentos, insumos y pruebas rápidas; el factor Geográfico, las barreras geográficas fueron las principales limitantes para la atención oportuna de los pobladores y profesionales debido a que no existe transporte y, el factor Social, en el cual influyó el comportamiento de la población frente a la pandemia, la especulación del sector privado y la falta de liderazgo de los actores sociales. Finalmente, se concluye que la Baja Calidad de la prestación del servicio de salud durante la pandemia en la región Loreto, conllevó en una situación crítica a la población de Loreto, pero sobre todo al personal de salud que presentó el mayor nivel de morbimortalidad en todo el Perú.

Palabras claves: Servicios de salud, Calidad, Administración Pública, Morbimortalidad, COVID-19.

ABSTRACT

The present investigation identifies the factors that have affected the quality of the provision of health services and the high morbidity and mortality of doctors during the first wave of the Covid-19 pandemic in the Loreto Region. This study is of a qualitative-quantitative, cross-sectional and descriptive approach. An interview was applied, specially designed for the investigation, which was applied to a total of 18 health professionals, between the Regional Hospital of Loreto, Iquitos Support Hospital, Iquitos EsSalud Hospital, Health Center I-3 Pebas and Hospital II-2 Tarapoto, in order to make a comparison of the level of quality. The results show that the Loreto Region has a Low Quality of Health Services compared to the San Martín Region, which has a Regular quality level. The main factors that influenced the low quality of Loreto were: Infrastructure and Equipment, due to that the health establishments did not have the optimal installed capacity (overcrowding), likewise, the infrastructure material was inadequate, the Human Resources factor, the gap of medical specialists and the lack of payments to the workers, led to the collapse of establishments for the limited supply of health professionals; the Logistics factor, there was a shortage of Personal Protection Equipment (PPE), medicines, supplies and rapid tests, the Geographic factor, Geographical barriers were the main limitations for the timely care of residents and professionals because there is no transportation, and the Social factor, which was influenced by the behavior of the population in the face of the pandemic, private sector speculation and the lack of leadership of social actors. Finally, it is concluded that the Low Quality of health service provision during the pandemic in the Loreto region, led to a critical situation for the population of Loreto, but especially for health personnel who presented the highest level of morbidity and mortality throughout Peru.

Keywords: Health services, Quality, Public Administration, Morbidity and mortality, COVID-19.

ÍNDICE

	Pág.
Carátula	i
Informe de similitud	ii
Resumen	iii
Abstract	iv
Índice	v
Lista de tablas	viii
Lista de figuras	ix
Introducción	1
CAPÍTULO I ASPECTOS GENERALES	3
1.1 Planteamiento del problema	3
1.2 Formulación del problema	7
1.2.1 Problema de investigación	7
1.2.2 Problemas específicos	7
1.3 Hipótesis	8
1.4 Objetivos de la investigación	9
1.4.1 Objetivos generales	9
1.4.2 Objetivos específicos	9
1.5 Justificación	10
CAPÍTULO II FUNDAMENTO TEÓRICO	11
2.1 Estado de la cuestión	11
2.1.1 Antecedentes internacionales	11
2.1.2 Antecedentes nacionales	16

2.2 Marco conceptual	19
2.2.1 Salud	19
2.2.2 Salud pública	19
2.2.3 Sistema de salud	20
2.2.4 Calidad en salud	22
2.2.5 Mortalidad y morbilidad	23
2.2.6 Determinantes Sociales en Salud	24
2.2.7 Factores que inciden en la calidad de la prestación del servicio y la alta morbi-mortalidad de médicos	25
2.2.8 Administración pública	36
CAPÍTULO III DISEÑO METODOLÓGICO	37
3.1 Tipo de investigación	37
3.2 Diseño de la investigación	37
3.3 Operacionalización de variables	38
3.4 Población y muestra	39
3.5 Criterios de inclusión y exclusión	39
3.5.1 Criterios de inclusión	39
3.5.2 Criterios de exclusión	39
3.6 Técnicas e instrumentos	40
3.7 Procedimientos de recolección de datos	40
3.8 Dificultades de recolección de la información	41
CAPÍTULO IV RESULTADOS	42
4.1 Organización y las características del sistema de salud en la región de Loreto	42
4.2 Determinantes sociales y económicos de la salud en la región Loreto	46
4.3 Nivel de mortalidad y morbilidad del personal médico en Loreto	48
4.4 Calidad de la prestación de los servicios de salud en Loreto	60

4.5 Factores de la administración pública que han incidido en la calidad de la prestación de servicios de salud durante la pandemia en la Región Loreto	72
Conclusiones	77
Recomendaciones	78
Referencias bibliográficas	79
Anexos	86



LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1: Operacionalización de Variables	38
Tabla 2: Médicos en el sector salud por instituciones, Perú 2017	49
Tabla 3: Médicos especialistas en el sector salud por instituciones, Perú 2017	50
Tabla 4: Cantidades totales de médicos del MINSA en el Perú por departamento. 2017	51
Tabla 5: Cantidades totales de médicos especialistas del MINSA y Gobiernos Regionales en el Perú por departamento. 2017	52
Tabla 6: Números totales de médicos infectados, en UCI y fallecidos con COVID-19 en el Perú por departamento	54
Tabla 7: Tasas de médicos infectados, en UCI y fallecidos con COVID-19 en el Perú por 100 médicos por cada departamento	55
Tabla 8: Médicos fallecidos por COVID-19 en Iberoamérica	57
Tabla 9: Total de médicos fallecidos en Loreto por edad, sexo y especialidad	59
Tabla 10: Total de médicos fallecidos en Loreto por especialidad	59
Tabla 11: Total de médicos fallecidos en Loreto mayores de 60 años	59
Tabla 12: Ponderación de Componentes de la Calidad según Metodología de la PCM	68
Tabla 13: Resultados del Nivel de la Calidad	71
Tabla 14: Resultado de los Factores que influyeron en la Calidad de las Prestaciones de Salud	75

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1: Probabilidad de contraer COVID-19 entre médicos por cada grupos de 1000 médicos	4
Figura 2: Eventos clave y cruciales para el surgimiento del brote de COVID	18
Figura 3: Funciones del Sistema de Salud	21
Calidad 4: Calidad según Donabedian	23
Figura 5: Factores que influyen en el bienestar social y la salud	24
Figura 6: Factores que influyen en la Disponibilidad del RHUS	26
Figura 7: Influencias que impactan en las habilidades y destrezas del RHUS	26
Figura 8: Proceso de Gestión del Suministro	29
Figura 9: Evolución del marco normativo farmacéutico	30
Figura 10: Modelo Conceptual de multicausalidad de factores de la administración pública que han incidido en la calidad de la prestación de servicios de salud y la morbimortalidad de médicos durante la primera ola de la pandemia	35
Figura 11: Organigrama Estructura de la Dirección Regional de la Salud de Loreto	45

INTRODUCCIÓN

Durante diciembre de 2019, en la localidad china de Wuhan, surgieron los primeros informes sobre casos de neumonía de etiología desconocida (Ministerio de Sanidad, 2020). Tras una serie de investigaciones se concluyó que estos casos eran provocados por un virus perteneciente a la familia Coronaviridae, el cual recibió la denominación de SARS-CoV-2 o conocido también como COVID-19. Estudios genéticos comparativos determinaron que el origen de este virus se debió a una zoonosis; es decir, que su origen es de tipo animal y a través de agentes intermedios se alojó en huéspedes humanos. Su ancestro más cercano es el Bat-CoV-RATG13 cuyo huésped regular es el murciélago de herradura oriundo de Yunnan, situado en el sureste de China (Wang et al., 2020).

De acuerdo con el informe más reciente de la Organización Mundial de la Salud (OMS) hasta el 25 de marzo, se registraron en todo el mundo un total de 413,467 casos confirmados y 18,433 fallecimientos debido a esta enfermedad, la cual ha afectado a 197 naciones. Este evento ha sido calificado como una pandemia y se ha señalado como el desafío más significativo en términos de salud pública a nivel global. Al ser una enfermedad emergente, los sistemas de salud no tenían la habilidad para responder a la catástrofe de manera oportuna, debido a la falta de Lineamientos Normativos, Planes de Contingencia y otras medidas con las cuales se resguarde el bienestar de la población. Al respecto, se habla de un tardío sinceramiento de la información de parte de China, así como de una tardía “Alerta Epidemiológica” de parte de la OMS y con la consecuente demora de las recomendaciones del principal ente rector internacional en competencias de salud, (Wang et al., 2020).

Los retos que tuvo que afrontar toda la infraestructura médica en Loreto durante la crisis de salud fueron de gran magnitud tales como se detalla a continuación: **Sistemas**

de Gestión de Información en Vigilancia Epidemiológica, no se contaba con las tecnologías de información oportunas para la generación y análisis de información de los indicadores epidemiológicos, que permita al personal de la salud monitorear la tendencia y variabilidad de los datos para la toma de decisiones y facilitar la concientización sobre el seguimiento de casos y contactos. **La Planificación estratégica**, los países no contaban con Planes de Contingencia frente a la pandemia, la falta de Gestión de Riesgos fue evidente, lo que conllevó a no tener acciones estratégicas o lineamientos que salvaguarden la salud de la población. Los **Sistemas logísticos**, la cadena de abastecimiento no estaba fortalecida en muchos países, lo que conllevó al desabastecimiento de insumos vitales para prevenir y controlar la propagación de infecciones, así como para abordar otros aspectos relacionados con la salud como el reabastecimiento de Productos Farmacéuticos. Otra limitante en la gestión logística fue el Cierre de las fronteras que obstaculizó la compra oportuna de EPP y kits de pruebas. **Debilidad en Comunicación de riesgos**, esto causó que la población no asuma con seriedad las medidas preventivas de contagio del virus por la baja percepción del riesgo. **Los Trabajadores de salud contagiados, por las causas expuestas anteriormente**, los sistemas de salud se vieron debilitados por el contagio y defunción del personal de salud ya que ellos dependían de la respuesta estratégica, el suministro oportuno de Equipos Protección Personal (EEP) y otros suministros que contenga los contagios (Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud).

CAPÍTULO I ASPECTOS GENERALES

1.1. Planteamiento del problema

El primer caso de la enfermedad COVID-19 en el país peruano fue detectado el 6 de marzo del año 2020. Este evento marcó el comienzo de la rápida difusión de los contagios hacia distintos distritos dentro de la ciudad de Lima y a nivel regional, con más de 507,000 casos confirmados y superando las 25,000 muertes registradas. La principal acción tomada por el Gobierno Nacional fue la implementación del aislamiento social obligatorio, conocido como cuarentena, a nivel nacional, extendiéndose por un lapso de 4 meses. Esta medida, diseñada para proteger la salud pública, generó un impacto adverso en la economía de la población debido a la pérdida de empleos y al cierre de negocios. Posteriormente, se pusieron en marcha períodos de cuarentenas focalizadas y/o la extensión de los toques de queda en aquellas ciudades y regiones con mayores tasas de contagio (Centro Nacional de Estimación, Prevención y Reducción del Riesgo de Desastres, 2020).

Asimismo, el gobierno aprovechó la ventana de oportunidad para empoderar el liderazgo del Ministerio de Salud (MINSA) y unir esfuerzos entre esta institución y el Seguro Social de Salud (EsSalud). Sin embargo, no se tomó en cuenta a los gobiernos regionales que son actores importantes en la entrega de atención médica al concentrar alrededor del 70-80% de las atenciones y reciben el 41% del presupuesto que recibe el sector salud (Presidencia de la República, 2020; SIS, 2014).

A nivel departamental, la Región de Loreto fue la treceava región con mayor cantidad de casos confirmados de COVID-19, reportando un total de 28,021 casos y una tasa de mortalidad del 3.83%. Respecto al Personal de Salud contagiado (ver Figura 1), el riesgo fue mayor en las regiones de Loreto, Ucayali, Tumbes, Madre de Dios y San Martín experimentaron una tasa de mortalidad más alta debido al COVID-19, que fue

mayor entre los profesionales médicos (3.5%; 65 de 1867 casos) en comparación con el promedio de la población general.

Figura 1. Probabilidad de contraer COVID-19 entre médicos por cada grupo de 1000 médicos

Departamento	Médicos activos ^{1/}	Médicos con COVID-19 ^{1/}	Riesgo absoluto (por 1000 médicos)
Loreto	957	248	259,1
Ucayali	585	108	184,6
Tumbes	213	27	126,8
Madre de Dios	176	21	119,3
San Martín	546	61	111,7
Huancavelica	300	23	76,7
Piura	2 296	159	69,3
Amazonas	246	14	56,9
Ayacucho	457	26	56,9
Lambayeque	2 925	133	45,5
Huánuco	806	35	43,4
Pasco	266	11	41,4
Ancash	1 513	54	35,7
Callao	1 928	68	35,3
Ica	2 044	65	31,8
Moquegua	303	8	26,4
Apurímac	467	11	23,6
Cajamarca	931	20	21,5
La Libertad	5 683	101	17,8
Junín	2 082	37	17,8
Cusco	2 723	41	15,1
Lima	37 923	529	13,9
Puno	1 663	16	9,6
Arequipa	5 220	42	8,0
Tacna	1 122	9	8,0
Total	73 375	1 867	25,4

^{1/} Actualizado al 23 de junio de 2020
Fuente: Colegio Médico del Perú

En el Perú, la inadecuada Gestión de la Salud fue evidente debido a la precariedad de la infraestructura, falta de equipos y desabastecimiento de EPP, por ello, Los elementos que influyeron o causaron la transmisión de COVID-19 al talento humano encargado de la atención médica, especialmente a los doctores, están vinculados a insuficiencias en los procesos de planificación, organización, dirección y control (Galán, et. al, 2020).

En cuanto a la situación específica en la localidad de Loreto, en primer lugar, sobre las causas medioambientales, se observó que el Gobierno Regional no aprovechó la ubicación geográfica de Loreto para mantener aislado el virus del COVID-19. Ello se evidenció en los elevados números de contagios en la ciudad de Iquitos en comparación a las ciudades de la periferia, que adoptaron un aislamiento voluntario. Asimismo, las condiciones climáticas fueron un factor que influyó en la morbimortalidad médica. Esto se reflejó en que los equipos de protección brindados a los médicos, como EPP y mascarillas faciales, dificultaban el trabajo de los profesionales de la salud al incrementar la sensación de calor, dificultar la respiración, y que en ocasiones resultó en la descompensación de los médicos y enfermeras.

En segundo lugar, sobre los factores vinculados a las causas de infraestructura, se identificó que los centros médicos que prestaban cuidados a los pacientes positivos a COVID-19 no contaban con una red de abastecimiento de oxígeno medicinal que funcionara en su totalidad. En ese contexto, por organización de organizaciones de la comunidad, y bajo la supervisión del Padre Raymundo, se logró incrementar la oferta de oxígeno mediante la instalación de dos unidades de producción de oxígeno medicinal. De igual forma, se observó que los establecimientos de salud no COVID y COVID terminaron colapsando. Frente a ello, se habilitó casas de reposo para la atención de los pacientes contagiados; posteriormente, se habilitó un hospital campaña COVID, pero que fue instalado después de la primera ola de contagios y muerte. El colapso de los centros médicos se debió a que el primer nivel de salud de Iquitos se encontraba inoperativo

caso contrario se observó en la periferia que mantuvo su nivel primario de atención activo y que les permitió un mejor control y atención de los casos.

En tercer lugar, sobre los factores vinculados a las causas relacionadas al recurso humano, se identificó que la región Loreto no contaba con el personal médico necesario para hacer frente a la gran necesidad de atención médica. Para ello, se optó por la contratación de personal, incluido bachilleres, a través de las modalidades de contratación administrativa de servicios, locación de servicios y horas complementarias. Sin embargo, el personal contratado bajo dichas modalidades laboró en malas condiciones. Realizaban múltiples turnos sin descanso, no contaban con equipos de protección, no se dieron condiciones mínimas de higienes, lo cual perjudicó a pacientes y a médicos.

En cuarto lugar, sobre los factores vinculados a las causas relacionadas al sector privado, se evidenció que las clínicas optaron por cerrar y no atender a pacientes. Por otra parte, las farmacias acapararon e incrementaron el precio de medicamentos; así como el oxígeno en el caso de los distribuidores de dicho bien.

En quinto lugar, sobre los factores relacionados a las causas de planeamiento y presupuesto, se identificó que existió una ineficiente planificación presupuestal y ejecución de gastos; así mismo, en cuanto al abastecimiento y distribución de insumos médicos y equipos de protección se caracterizó por una ineficiente capacidad de compras institucionales.

Por último, sobre los factores relacionados al aspecto social, se observó que el Gobierno Regional y la Diresa Loreto no lideraban las políticas en contra del COVID-19 y no gestionaban adecuadamente los recursos disponibles lo cual conllevó a desacuerdos entre distintos participantes en la situación. De igual forma, se observó que el gremio médico no articulaba con los actores del sector público lo cual se visibilizaba en acciones independientes y desarticuladas. Por otro lado, desde la Iglesia Católica se evidenció un empoderamiento que le permitió desarrollar una gestión de ayuda y con lo cual pudo implementar plantas de oxígeno. Por último, en la ciudadanía se observó dos conductas diferenciadas. Los ciudadanos residentes de la ciudad mantenían una conducta despreocupada frente a la pandemia, mientras que los ciudadanos de la

periferia modificaron su conducta por el temor al contagio lo cual se reflejó en un aislamiento voluntario.

Por los factores mencionados, se presenta el avance de este estudio en particular.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema de investigación

¿Cuáles son los factores de la administración pública que han incidido en la calidad de las prestaciones de servicios de salud y la alta morbimortalidad de médicos durante la primera ola de la pandemia por COVID-19 en la Región Loreto?

1.2.2. Problemas específicos

- ¿Cuáles son los Factores de Recursos Humanos que influyeron en la calidad de las prestaciones de servicios de salud y la alta morbimortalidad de médicos durante la primera ola de la pandemia por COVID-19 en la Región Loreto?
- ¿Cuáles son los Factores de Infraestructura y Equipamiento que influyeron en la calidad de las prestaciones de servicios de salud y la alta morbimortalidad de médicos durante la primera ola de la pandemia por COVID-19 en la Región Loreto?
- ¿Cuáles son los Factores de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios que influyeron en la calidad de las prestaciones de servicios de salud y la alta morbimortalidad de médicos durante la primera ola de la pandemia por COVID-19 en la Región Loreto?
- ¿Cuáles son los Factores de las Directivas de Salud que influyeron en la calidad de las prestaciones de servicios de salud y la alta morbimortalidad de

médicos durante la primera ola de la pandemia por COVID-19 en la Región Loreto?

- ¿Cuáles son los Factores Geográficos que influyeron en la calidad de las prestaciones de servicios de salud y la alta morbimortalidad de médicos durante la primera ola de la pandemia por COVID-19 en la Región Loreto?
- ¿Cuáles son los Factores Sociales que influyeron en la calidad de las prestaciones de servicios de salud y la alta morbimortalidad de médicos durante la primera ola de la pandemia por COVID-19 en la Región Loreto?

1.3. Hipótesis

- La Brecha de Recursos Humanos, inadecuadas Condiciones Laborales y falta de Dotación del Personal, son causas que conllevan a la baja calidad de atención y la alta morbimortalidad de los médicos en la Región Loreto.
- La Oferta de salud limitada (Infraestructura y Equipamiento) son causas que conllevan a la baja calidad de atención y la alta morbimortalidad de los médicos en la Región Loreto.
- La carencia de Industrias Farmacéuticas e Inadecuado Gestión del Suministro de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios son causas que conllevan a la baja calidad de atención y la alta morbimortalidad de los médicos en la Región Loreto.
- La inoportuna promulgación de Directivas internacionales, nacionales y regionales respecto a las medidas de prevención del COVID-19, son causas que conllevan a la baja calidad de atención y la alta morbimortalidad de los médicos en la Región Loreto.
- Las barreras geográficas (accesibilidad) y Clima, son causas que conllevan a la baja calidad de atención y la alta morbimortalidad de los médicos en la Región Loreto.
- La Cultura, Conflictos entre Actores Sociales y Especulación del Sector Privado, son causas que conllevan a la baja calidad de atención y la alta morbimortalidad de los médicos en la Región Loreto.

1.4. Objetivos de la investigación

1.4.1. Objetivos Generales

Identificar los factores de la administración pública han incidido en la calidad de la prestación de servicios de salud y la alta morbimortalidad de médicos durante la primera ola de la pandemia por Covid-19 en la Región Loreto.

1.4.2. Objetivos Específicos

- Identificar los Factores de Recursos Humanos que influyeron en la calidad de las prestaciones de servicios de salud y la alta morbimortalidad de médicos durante la primera ola de la pandemia por COVID-19 en la Región Loreto.
- Identificar los Factores de Infraestructura y Equipamiento que influyeron en la calidad de las prestaciones de servicios de salud y la alta morbimortalidad de médicos durante la primera ola de la pandemia por COVID-19 en la Región Loreto.
- Identificar los Factores de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios que influyeron en la calidad de las prestaciones de servicios de salud y la alta morbimortalidad de médicos durante la primera ola de la pandemia por COVID-19 en la Región Loreto.
- Identificar los Factores de Directivas de Salud que influyeron en la calidad de las prestaciones de servicios de salud y la alta morbimortalidad de médicos durante la primera ola de la pandemia por COVID-19 en la Región Loreto.
- Identificar los Factores Geográficos que influyeron en la calidad de las prestaciones de servicios de salud y la alta morbimortalidad de médicos durante la primera ola de la pandemia por COVID-19 en la Región Loreto.
- Identificar los Factores Sociales que influyeron en la calidad de las prestaciones de servicios de salud y la alta morbimortalidad de médicos durante la primera ola de la pandemia por COVID-19 en la Región Loreto.

1.5. Justificación

El ámbito de la salud sufrió el mayor impacto a causa del COVID-19, que resultó en pérdidas de vidas humanas, limitaciones laborales y puso al descubierto la falta de un sistema de salud eficiente y la escasez de inversión en instalaciones médicas, recursos y personal.

Desafortunadamente, la enfermedad ganó terreno en la región amazónica, donde Loreto demandaba a incansablemente ayuda, por ello, nace la necesidad por conocer cuáles fueron los factores que intervinieron en la excelencia de los servicios de atención médica y la morbimortalidad de los médicos de la Región Loreto. La presente investigación se justifica desde diversos enfoques que a continuación se detallan:

- **Se justifica por el aporte científico:** Aportará al desarrollo de un entendimiento novedoso en torno al COVID-19, el cual será de provecho para futuras investigaciones sobre este tema; es importante destacar que existen limitadas investigaciones en el país acerca de este asunto el análisis de la pandemia en las Regiones, además, no abarcan el campo de la gestión que incide en la calidad y la morbimortalidad de los médicos; Por tanto, esta investigación reviste una significancia considerable.
- **Se justifica de manera social:** La investigación no solamente se concentra en examinar las razones, sino que también se anticipa que, a partir de los hallazgos alcanzados, se estimule la participación de diferentes agentes sociales y prioricen en realizar estudios del sector salud en zonas de la Amazonía para identificar la problemática y proponer alternativas de solución. Por ello, esta investigación busca en la parte social ayudar al cierre de brechas en pro del mejoramiento de la administración de la calidad en la prestación de servicios en salud y las condiciones laborales.
- **Se justifica desde el enfoque institucional:** este estudio es una ventaja para el MINSA, Colegio Médico del Perú, Gobierno de Loreto, y el Hospital Regional de Loreto, debido a que, a partir de los resultados obtenidos, podrán tomar acciones de fortalecimiento de los procesos de atención, las acciones para prevenir y controlar infecciones relacionadas con la atención médica, los cuales determinantes estructurales del sistema de salud y de las políticas a implementar que permitan enfrentar emergencias sanitarias futuras.

CAPÍTULO II FUNDAMENTO TEÓRICO

2.1. Estado de la cuestión

Las investigaciones sobre el COVID-19, en su mayoría, son de tipo clínica y epidemiológica. Hay escasas investigaciones que examinan la eficacia de los procedimientos de atención durante la pandemia, y aún menos los factores estructurales que influyen en el sistema de salud y en las políticas relacionadas a implementar que permitan enfrentar el estado de emergencia sanitaria mundial.

2.1.1. Antecedentes internacionales

Se han realizado estudios acerca del examen del sistema de atención médica y su reacción ante la pandemia, así como sobre la mortalidad de los profesionales de la salud. A continuación, se presentan los más relevantes.

El investigador Fernando Pío De la Hoz, manifiesta que la Pandemia por COVID-19 no solo ha dejado vidas que lamentar sino ha traído consigo desafíos de reestructuración a los cuales los Sistemas de Salud tienen que responder, la coyuntura sanitaria ha desnudado todas las debilidades de muchos países potenciales, como el Reino Unido que fue el tercer país con mayor mortalidad a nivel mundial, asimismo, Estados Unidos, que ocupó el noveno lugar en la mortalidad global. En Sudamérica, como el caso de Colombia, tuvo éxito en la respuesta a la epidemia debido a la detección oportuna de casos, aplicación de medidas de manera temprana y seguimiento de los contactos, sin embargo, no está exento de deficiencias en la infraestructura que permita brindar prestaciones de atención médica de alto nivel (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020).

En el caso de China, Wang et al. (2020) realizó un estudio epidemiológico en un total de 138 individuos ingresados en el hospital debido al SARS-CoV-2. Sus resultados concluyen que, de los infectados, el 12,3% eran profesionales del cuidado de la salud y

que se encontraban trabajando en el nosocomio durante de la pandemia; además, 40 trabajadores de salud se contagiaron por COVID-19 y no fueron hospitalizados, lo que presume un mecanismo asociado a infección intrahospitalaria (Wang et al., 2020).

Por su parte, Guan, analizó la data de China entre el 11 de diciembre del 2019 al 29 de enero de 2020 en una indagación de corte transversal con una muestra de 1 099 pacientes graves (UCI, en ventilación mecánica o fallecidos) de 7 736 hospitalizados, en 552 hospitales de 1 856 hospitales designados para COVID-19, en 30 provincias de China. En la investigación demuestra que del total de pacientes graves el 3,5% eran trabajadores de salud (Guan et al., 2020).

En esa misma línea, Wang, Zhou & Liu (2020) analizan las razones por las cuáles un alto número de trabajadores de salud se infectaron al inicio de la emergencia sanitaria. Para ello, se enviaron a 41 600 trabajadores de la salud a dar soporte a los hospitales con pacientes COVID-19, de los cuales se tuvieron 2 055 casos positivos confirmados y 22 fallecidos (1,1% de los casos). Los estudios de Wang, Zhou & Liu (2020) concluyen que el alto número de trabajadores de salud infectados se dio por las siguientes razones:

1. Inadecuada protección personal de los trabajadores de salud y desconocimiento de las características infecciosas del agente.
2. La continua exposición a un elevado volumen de pacientes contagiado sumado a un trabajo intenso, sin descanso y bajo presión.
3. Carencia o insuficiencia de equipos de protección personal (EPP).
4. Los profesionales de la atención básica y de emergencia con escasa preparación en cuanto a las técnicas de control y prevención de la enfermedad; a diferencia del personal de áreas críticas e infectólogos.

Por estos motivos, Wang, Zhou & Liu (2020) recomiendan entrenamiento y capacitación a los médicos en la vanguardia en naciones en vías de desarrollo, a fin de evitar el contagio debido al coronavirus entre el personal médico y sanitario.

De igual forma, Zhan et al. (2020) realiza un reporte epidemiológico del número total de personal de salud, que fallecieron por COVID-19 y realiza una descripción de sus

características clínicas. De 77 262 de casos confirmados de COVID-19, 3 387 (4,4%) eran trabajadores de salud, de los cuales 23 personas fallecieron. Este grupo estuvo conformado por 11 personas jubiladas que fueron recontratadas y 5 que tenían comorbilidades (hipertensión arterial, fibrilación ventricular y síndrome post polio). Además, 21 eran médicos, 13 clínicos (5 en establecimientos comunitarios o clínicas privadas, 3 de medicina china tradicional, 2 internistas, 2 neumólogos, 1 gastroenterólogo), y 8 quirúrgicos (5 cirujanos y 3 oftalmólogos); además de 1 técnico en EKG y una enfermera. Asimismo, identificó que el periodo promedio del inicio de los síntomas fue de 6 días (rango de 0 a 15) y el tiempo promedio entre la admisión hospitalaria al fallecimiento fue de 19 días (rango de 1 a 47).

Además, en 16 trabajadores de salud, el Síndrome de Distrés Respiratorio Adulto (SDRA) fue progresivo y se deterioraron rápidamente, todos ellos tuvieron más de 50 años a excepción de 3 personas. Además del SDRA las complicaciones del COVID 19 incluyeron: injuria cardíaca, shock séptico, falla multisistémica, hipercoagulabilidad, trombo intracardiaco, y bacteriemia.

Las infecciones en estos pacientes pudieron ser provocadas por inadecuadas medidas de precaución e insuficiente protección en los estadios tempranos de la propagación del brote. La información indica que medidas preventivas adecuadas pueden evitar que los profesionales de la salud contraigan el virus SARS-CoV-2 y el subsiguiente fallecimiento (Zhan et al., 2020).

Por otro lado, Liu et al. (2020), realizó un ensayo clínico en el cual se enfocó en examinar los efectos artículos de protección personal para los trabajadores de la salud que proporcionaron cuidados a pacientes con COVID-19 en cuatro centros médicos en la ciudad de origen de la enfermedad, Wuhan. Para ello, participaron 420 profesionales

de la salud que estuvieron en interacción directa con pacientes afectados por covid y llevaron a cabo al menos una acción que produce partículas en suspensión.

La investigación evidencia que los profesionales de la medicina capacitado y con adecuados EPP que fueron enviados a las zonas de pandemia, y terminando su trabajo dieron negativo a las pruebas virales e IgG e IgM. La mayor parte de los trabajadores de la salud afectados contrajeron la enfermedad al inicio del brote, y es probable que la principal causa haya sido la insuficiencia de equipo de protección personal adecuado alto nivel de protección (Liu et al., 2020).

Por otra parte, en Estados Unidos, Heinzerling et al. (2020) evalúa a 121 trabajadores expuestos a pacientes infectados de COVID-19 de diferentes hospitales de California, al tener estos un alto riesgos de contagios por dicho virus. De los 121 laboradores de salud expuestos a individuos infectados, 43 resultaron ser sintomáticos y 3 positivos estuvieron en contacto con pacientes no protegidos durante el examen físico o tratamiento nebulizados. Esto demuestra que el contacto prolongado con un paciente no protegido y ciertas asociaciones como procedimientos que generan aerosoles fueron asociados presentando infección de SARS-CoV-2. Se propone que la detección precoz y el aislamiento de individuos con potencial infección, junto con la implementación de equipo de protección personal, pueden contribuir a reducir el elevado nivel de exposición y resguardar la seguridad de los profesionales de la salud (Heinzerling et al., 2020).

De igual forma, la CDC COVID-19 Response Team (2020) realizó un estudio epidemiológico para evaluar la seguridad en el trabajo y las medidas de salud pública tomadas para los colaboradores del tratado de la salud en Estados Unidos. Para ello, estudió 9 282 Personal médico afectado por la enfermedad COVID-19, que se caracterizaron por tener en promedio 42 años y el 73% eran mujeres. Los trabajadores reportaron contacto con pacientes COVID-19 en los centros de salud, en los domicilios y en la comunidad; por otra parte, la mayoría de los trabajadores de salud no fueron hospitalizados, sin embargo, algunos fueron de pronóstico severo e incluyendo fallecidos. En este contexto, la CDC COVID-19 Response Team (2020) sostiene que es crítico

facilitar el bienestar y la protección del personal de salud, tanto en el entorno laboral como en la comunidad circundante.

Por otro lado, Bahl et al. (2020), realiza un análisis exhaustivo, siguiendo los estándares establecidos por los criterios PRISMA, de la evidencia de la distancia horizontal de dispersión de las gotas respiratorias y su influencia en el contagio por COVID-19. Así, sostiene que los procedimientos que implican la generación de aerosol son de alto riesgo tales como colocación de tubo en la tráquea, examen visual de los bronquios, extracción de fluidos del cuerpo, administración de medicamentos en forma de vapor, asistencia respiratoria manual antes de insertar el tubo, traslado del paciente, retirada gradual del equipo de respiración asistida, CPAP, traqueostomía y RCP, debido a que el virus puede ser detectado en el aire hasta por 3 horas después de la aerosolización. Por lo cual, recomienda el uso de mascarillas con respiradores, separación espacial de al menos una distancia de 1 metro para los trabajadores de la salud y de 2 metros para las personas en la comunidad (Bahl et al., 2020).

En el caso español, Folgueira et. (2020) evalúa la asociación de peligro de transmisión a empleados de salud en función de su nivel de contacto laboral con el COVID-19 en el Hospital Universitario 12 de octubre en Madrid. Este último es un hospital de alta resolución con una población adscrita de 400 mil habitantes, 1 200 camas de hospitalización y 6 800 trabajadores de salud y personal. De los 6 800 trabajadores se tamizó a 2 085 sospechosos para COVID-19 (30,6%), de los cuales se confirmaron 791 trabajadores (38% de los tamizados y 11% del total de trabajadores). La investigación demostró que el área donde se encontraba el trabajador de salud era irrelevante para su contagio, ya que fue uniforme en todas las áreas del hospital (Folgueira et., 2020).

En esa misma línea, García et al. (2020) realiza estudio epidemiológico transversal en el Hospital Clínico de Barcelona. Toma una muestra aleatoria de 578 HCW, 39 (6,7%) ya habían sido diagnosticados, 14 (2,4%) fueron PCR positivas, 54 (9,3%) fueron

seropositivos (IgM, IgG o IgA), se registró una tasa acumulada del 11,2% de infección por SARS-CoV-2 entre el personal sanitario (65 trabajadores). Las conclusiones del estudio indican que, a pesar de que los trabajadores de la salud son un grupo de alto riesgo, la seroprevalencia es más baja de lo esperada, y no supera a la prevalencia de la población general, y se asume que el uso oportuno de EPP fue un factor influyente de protección (García-Basterio et al., 2020).

Finalmente, Kluytmans et al. (2020) analizó a 9 705 trabajadores de la salud de dos hospitales de los Países Bajos. De los trabajadores analizados, el 14% resultó ser sintomático y el 86% dio positivo a SARS-CoV-2. Además, 15 casos positivos se dieron en varones (17%) lo cual no justifica una prevalencia en mujeres, ya que inicialmente solo el 18% de los trabajadores eran varones. La edad promedio fue de 49 años, con una variación entre los 22 y los 66 años, mientras que la duración media de la enfermedad fue de 8 días (rango de 1 a 20 días). Los trabajadores de salud positivos estaban distribuidos en 52 departamentos diferentes del hospital, lo que afirma que no existe un área de mayor contagio (Kluytmans et al., 2020).

2.1.2. Antecedentes nacionales

Mauro y Giacotti (2021), manifiestan que por el COVID-19 se tuvieron que planificar acciones estratégicas y aplicar nuevos cambios a nivel nacional, por ello, el Gobierno Nacional, realizó la promulgación de nuevos decretos para la gestión del sistema de salud, optando por medidas destinadas a aumentar el número de camas y personal hospitalario, que comparado con periodos anteriores esto se reducía. (Llerena, 2022).

Ponce de León (2021), manifiesta que la crisis sanitaria del COVID-19 ha sometido a examen a todos los sistemas de atención médica; respecto al aislamiento obligatorio decretado por el gobierno peruano no tuvo un impacto positivo, debido a que el virus continuó propagándose y la demanda de pacientes contagiados no se pudo contener por la limitada Oferta en Salud.

La investigadora, hace hincapié en el marco del Proceso de Renovación del Sistema de Cuidado de la Salud que se inició en el año 2009, el cual no tuvo el suficiente

respaldo político durante su implementación, por ello, el país al continuar con un Sistema de Salud fragmentado, donde prima la Inequidad en Salud porque divide a la población en dos grandes grupos por el tipo de financiamiento, además de la carencia de infraestructura y recursos humanos fue una ventaja para el colapso del sistema sanitario. Por estas razones, se reconoce la urgencia de implementar una Reforma de Salud Integral que aborde las necesidades no cubiertas y fomente la accesibilidad universal de la población a los servicios de atención médica en todas las etapas de atención (Ponce de León, 2021).

Collan y Risco (2021), analizaron la Oferta en Salud, de la cual mencionan que existen muchas precariedades con respecto a las instalaciones, el equipamiento y el personal disponible puesto que hay un déficit mayor a 15 mil médicos especialistas, falta de camas UCI, insuficiente previsión de ventiladores mecánicos, carencia en manejo de distribución de suministros, medicamentos y equipo de protección personal para los trabajadores de la salud en la primera línea de atención.

Los autores manifiestan que esta problemática, demuestra las falencias en el sistema de salud de Perú para ejecutar y monitorear de manera estricta las acciones preventivas dentro del contexto de Gestión de Riesgos (Collan y Risco, 2021).

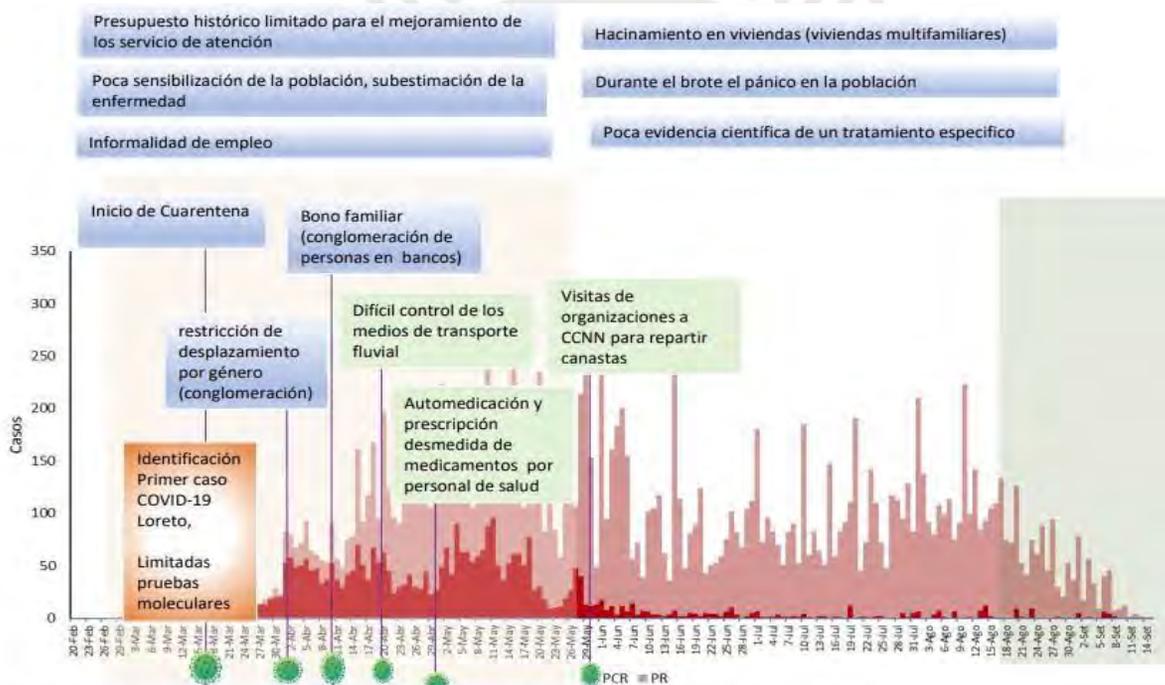
La Epidemióloga Lizarbe, miembro del Equipo de Epidemiología de la Región Loreto, analizó la situación del departamento y menciona que fue devastadora, entre los principales Aspectos críticos en la atención fueron: (Susan Yanett Mateo Lizarbe, 2020).

- Trabajadores de la salud, personal técnico y administrativo afectados por la infección de COVID-19 y formar parte de la población en situación de riesgo.
- Infraestructura hospitalaria rebasada en centros médicos designados para atender casos de COVID-19.
- La disponibilidad de personal con la formación adecuada era insuficiente.

- La cantidad de suministro de oxígeno en los hospitales era insuficiente.
- El precio del tanque de oxígeno aumentó y no había un número adecuado de proveedores disponibles.
- La rápida escasez de equipo de protección personal (EPP's).
- La falta de coordinación de las medidas de intervención.
- Trabajadores que se enfermaron, lo que impactó en la recolección de cuerpos y la expedición de certificados de fallecimiento.
- No se tenía conocimiento de un tratamiento efectivo, mucho menos adecuado.

Figura 2

Eventos clave y cruciales para el surgimiento del brote de COVID-19



Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades – MINSA /DIRESA Loreto

2.2. Marco conceptual:

A lo largo de esta investigación, existen muchos conceptos especializados correspondiente a las áreas de políticas públicas y gestión de salud; además de sus ciencias que generan la axiomática como son la epidemiología, la salud pública, la infectología, la neumología, la economía, la sociología, la antropología, entre otros. De estos derivan las definiciones de indicadores como morbilidad y mortalidad, la clasificación de los sistemas de atención médica, la garantía, la financiación, los conceptos de calidad de prestaciones de salud, seguridad en el trabajo, conductas sociales, y las herramientas para la concepción, creación y puesta en práctica de políticas que elevan el valor público.

2.2.1. Salud

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) 1946, *“El bienestar abarca tanto la salud física como la mental y social, y no se limita únicamente a la falta de enfermedades o dolencias”*.

2.2.2. Salud pública

De acuerdo con la OMS, La Salud Pública involucra la ciencia y la habilidad de prevenir enfermedades y discapacidades, extender la vida, y promover la salud y el bienestar físico y mental a través de la colaboración organizada de la comunidad para mejorar el entorno, controlar tanto las enfermedades infecciosas como las no infecciosas, así como también las lesiones. Esto incluye la estructuración y funcionamiento de los sistemas de salud, la planificación, gestión y educación.

Por su parte, la OPS (2020), define la salud pública como la coordinación planificada de la sociedad y, sobre todo, de las entidades gubernamentales, con la finalidad de mejorar, fomentar, salvaguardar y recuperar el bienestar de las comunidades mediante acciones conjuntas y de amplio espectro.

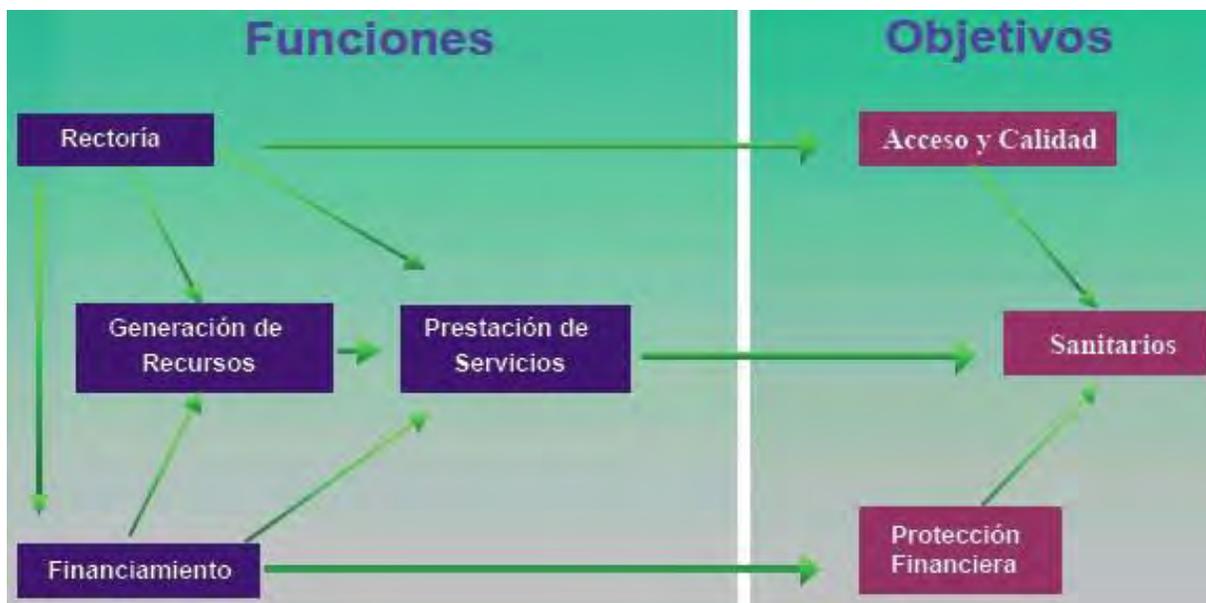
2.2.3. Sistema de salud

Según la OMS, el sistema de salud es conceptualizado como la agrupación de todas las estructuras, instituciones y recursos con el propósito fundamental de promover la salud (Ocampo et al., 2013). La organización sostiene que un sistema de salud debe contar con personal capacitado, recursos financieros adecuados, información precisa, suministros médicos, transporte eficiente y comunicación efectiva, con el fin de ofrecer tratamientos y servicios apropiados que satisfagan las necesidades de la población y que sean equitativos desde una perspectiva económica.

La OMS ha definido cuatro funciones componentes fundamentales de los sistemas de atención médica, estas son: (Adaptado de F. Tobar. Herramientas para el sector salud).

- **Rectoría:** Consiste en estipular políticas para la planificación y ejecución de medidas dentro del contexto de proveer servicios médicos. La función rectora se expresa en las siguientes dimensiones: Conducción, Regulación, Modelo de Financiamiento adecuado, Asegurar la cobertura, Coordinar la prestación de servicios, Tareas fundamentales de la Salud Pública.
- **Financiamiento:** Hace referencia al subsidio de las prestaciones de salud otorgadas al usuario, en el Perú el principal financiador del Sistema de Salud son los hogares, otro financiador es el Gobierno, Organismos Internacionales, SIS, ESSALUD, Seguros Particulares.
- **La prestación de servicios:** Esta función se refiere al proceso de la cadena de valor en la cual intervienen los insumos o recursos, el proceso (actividades operativas) para obtener un resultado (prestación).
- **La generación de recursos para la salud:** Constituye el conjunto completo de elementos requeridos para la provisión del servicio, estos son: recursos humanos, equipos, infraestructura, presupuesto, información. Todos estos insumos se conjugan y se les da un valor agregado para la generación del recurso.

Figura 3. Funciones del Sistema de Salud



Nota. Esta infografía presenta el informe de la Organización Mundial de la Salud del año 2000 que se centró en cómo mejorar el funcionamiento de los sistemas de salud a nivel mundial.

Cetrángolo et al., (2013) identifica quince rasgos del de la infraestructura sanitaria peruana:

- El país peruano está experimentando una fase de cambio en su estructura poblacional.
- La inversión estatal en servicios médicos es limitada.
- El gasto de bolsillo es excesivo (gasto realizado por los hogares).
- Gran parte de los gastos que realizan las familias asignan recursos para adquirir fármacos y recibir atención médica diagnóstica.
- El sector salud cuenta con insuficientes recursos humanos y de infraestructura.
- Existen grandes brechas entre las regiones en cuanto a la disponibilidad de recursos.
- Hay significativas limitaciones para acceder a servicios debido a factores económicos, geográficos, culturales, y otros más.

- Se nota un aumento en la extensión de los planes de seguro médico en el transcurso de los últimos diez años.
- La amplitud de la protección brindada por EsSalud ha experimentado un aumento, aunque todavía conserva niveles reducidos.
- Los sectores de ingresos medios muestran los mayores déficits en términos de cobertura de atención médica.
- En términos institucionales, el sistema de salud exhibe una fragmentación institucional considerable, desigualdades y falta de eficacia.
- Dentro de EsSalud se puede notar la división de la amplitud de coberturas.
- Se muestra la presencia de métodos de discriminación basados en los ingresos dentro de EsSalud.
- La administración de EsSalud presenta una división interna. • La estructura sanitaria revela disparidades en la división territorial.

2.2.4. Calidad en Salud

La excelencia se entiende como un concepto que abarca múltiples dimensiones. Según Avedis Donabedian, *“La excelencia en la prestación de servicios de salud implica la aplicación de conocimientos científicos y tecnológicos médicos de manera que se optimicen los beneficios para la salud sin que los riesgos asociados aumenten en la misma medida”* (Avedis Donabedian, 1980). Por otro lado, el Ministerio de Salud de Chile (2013) También coincide en que no hay una definición universalmente aceptada del término "calidad" debido a su naturaleza multifacética y subjetiva; por lo tanto, sugiere que se debe establecer una definición operativa de calidad respondiendo a preguntas como "¿calidad para quién?", "¿definida por quién?", "¿para qué?" y "¿qué aspectos de la calidad?". En este sentido, sostiene que la calidad puede entenderse de dos maneras: i) como la capacidad de un producto o servicio para satisfacer las necesidades explícitas o implícitas, y ii) como un producto o servicio libre de deficiencias. Por otro lado, el MINSA (2011), incluye la calidad como uno de los principios y valores fundamentales de su modelo integral de salud. En esta perspectiva, define la calidad como la *“orientación de los esfuerzos institucionales hacia la obtención del máximo beneficio para las personas,*

familias y comunidades; fomenta el rendimiento óptimo de la institución y la búsqueda constante de la mejora continua en la prestación de servicios de salud” (p. 34).

No obstante, para tener una comprensión integral de calidad se debe tener en cuenta los **Componentes de la Calidad**:

Figura 4. Calidad según Donabedian



Fuente: Definiendo la Calidad de la Atención en Salud-Juan Limo-UPCH-2018

2.2.5. Mortalidad y morbilidad

Para examinar las condiciones de salud de las poblaciones, se fundamentan en las transformaciones evidenciadas en los índices de fallecimientos y enfermedades, ambos elementos pueden ser evaluados en conjunto ya que “la incidencia de enfermedades explica la dirección de las muertes, puesto que los cambios en la tasa de mortalidad pueden ser consecuencia de variaciones ocurridas previamente en la incidencia de enfermedades o, inversamente, las tendencias en la mortalidad pueden esclarecer las alteraciones en los patrones de enfermedades” (Moreno et al., 2000, p.

341).

De acuerdo con la OMS (s.f.), “la mortalidad es una medida que se refiere al recuento de fallecimientos según el lugar, período de tiempo y causa específica. En contraste, la morbilidad representa el número de individuos afectados por enfermedades en un lugar y momento concretos, siendo este indicador valioso para investigar la evolución y manejo de condiciones patológicas” (Cetrángolo et al, 2013).

2.2.6. Determinantes Sociales en Salud

La Organización Mundial de la Salud (OMS) proporciona una definición exhaustiva de los determinantes sociales de la salud (DSS), los cuales son descritos como las condiciones y situaciones dentro de las cuales los individuos nacen, se desarrollan, trabajan, residen y envejecen, abarcando así un amplio espectro de influencias y sistemas que moldean y afectan las circunstancias de su vida diaria (OMS, s.f.)

Figura 5. Factores que influyen en el bienestar social y la salud



Fuente: Determinantes y condicionantes de la salud-Ivan Condori – UPCH (2020)

2.2.7. Elementos que tienen impacto en la excelencia del estado de la prestación del servicio y la alta morbi-mortalidad de médicos

En esta sección se esquematiza un modelo teórico, tal como se presenta en la

Figura N° 10, reconstruido basándose en la organización del sistema de atención médica con el objetivo de describir e investigar sobre estas variables explicativas del estudio de caso. Por lo cual, a continuación, se presentan conceptos de los factores en los que se apoya esta investigación.

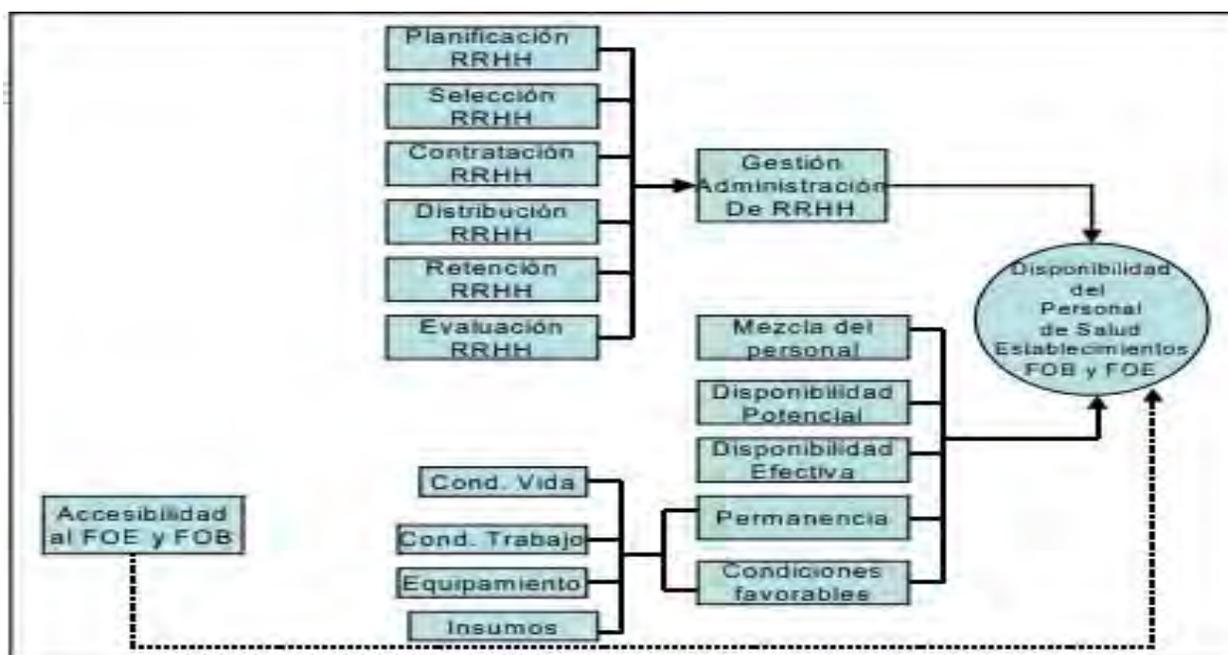
a) Recursos Humanos

La configuración del personal de salud se establece el eje del proceso de atención, su inadecuada dotación y distribución impactan negativamente en la excelencia del servicio ofrecido a los individuos en materia de salud. A causa de la pandemia por el COVID 19, los sistemas sanitarios colapsaron debido a la escasez de personal capacitado (Yturriaga).

En el contexto peruano, la condición de los RRHH muestra restricciones en lo que respecta a la disposición y disponibilidad, debido a que la mayor parte de RHUS se concentran en la capital o ciudades, sin embargo, la disponibilidad de personal de la salud es inadecuada en las áreas campestres y remotas y/o fronterizas, estas condiciones constituyeron una causa para mayor mortalidad por el COVID 19. (Yturriaga).

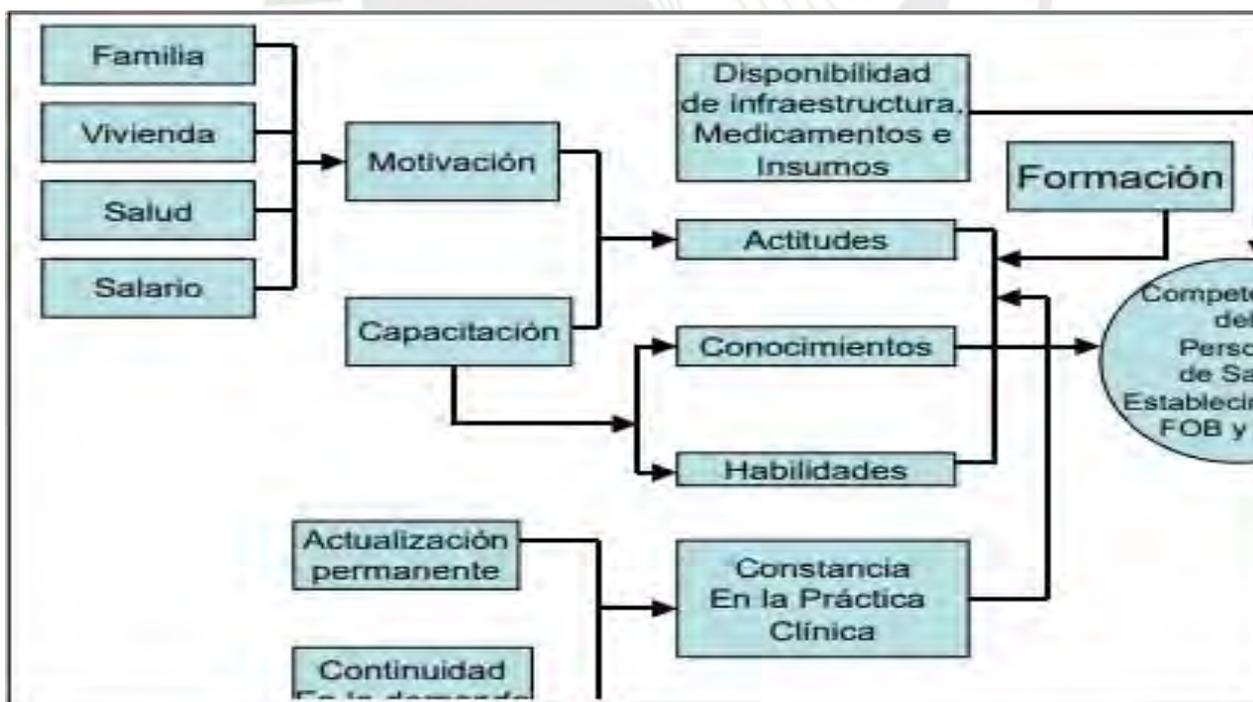
Inga y Arosquipa (2019), examinaron exhaustivamente los avances en la gestión y desarrollo del personal médico dentro del amplio espectro de la atención sanitaria, centrándose particularmente en la mejora continua de la calidad del cuidado brindado. Los autores argumentan de manera contundente que la presencia del personal médico suele ser escasa durante los periodos de reformas en el ámbito de la salud. Se profundiza en la evaluación de los avances en la gestión y distribución estratégica del personal médico, la consecución de metas específicas a nivel regional, el fortalecimiento continuo de habilidades y competencias, y la puesta en marcha de una nueva política destinada a optimizar la gestión del recurso humano en el ámbito de la salud. La necesidad imperante de una distribución equitativa y efectiva del personal médico en el primer nivel de atención médica se destaca como un desafío prioritario en la actualidad.

Figura 6. Factores que influyen en la Disponibilidad del RHUS



Fuente: (Baanante, 2006)

Figura 7. Influencias que impactan en las habilidades y destrezas del RHUS



Fuente: (Baanante, 2006)

b) Infraestructura y equipamiento

Para Stein et al. (2006) la infraestructura permite afrontar de mejor manera el desarrollo económico buscando la mayor eficiencia de los servicios que en ellos se desarrollan.

El componente de Infraestructura es fundamental para poder ofertar la atención en salud, debido a que sin espacios físicos no se pueden realizar prestaciones adecuadamente, por ello, es necesario implementar políticas que mejoren las condiciones estructurales del sistema sanitario y aseguren el cuidado de los sectores vulnerables. Asimismo, es importante adoptar medidas de construcción y reacondicionamiento de hospitales y centros en la prestación de servicios médicos primarios para mejorar la Oferta de Salud y las condiciones laborales del RHUS. (Vera, Adler & Uribe, 2020).

En ese sentido, Rivas & Suaznabar (2020) sostienen que para fortalecer al área de la salud, se requiere de infraestructura y equipamiento que consideren: i) incrementar la inversión en infraestructura, ii) Reducir la complejidad administrativa para la adquisición de equipos e insumos importados, iii) Aumentar la cantidad de laboratorios equipados con nivel 3 de seguridad biológica, iv) Mejorar la eficiencia en el funcionamiento de los comités encargados de la ética, y v) Refinar los procesos de autorización para medicamentos y dispositivos médicos.

c) Medicamentos, Instrumentos de Salud y Artículos de Higiene Médica. La garantía de atención médica en sus diversas manifestaciones y en todos los niveles incluye los siguientes componentes fundamentales e interconectados, cuya implementación estará sujeta a las circunstancias predominantes en un Estado específico. (DIGEMID, 2017)

- **DISPONIBILIDAD:** Los lugares físicos, propiedades y facilidades que proveen atención médica de manera gratuita o subsidiada, junto con los programas asociados. Su existencia y funcionamiento están principalmente determinados por el nivel de avance y compromiso del gobierno en cada región.
- **ACCESIBILIDAD:** Las instalaciones, recursos y servicios disponibles se organizan en torno a cuatro áreas fundamentales: Igualdad de oportunidades – disponibilidad física – asequibilidad económica – Disponibilidad de Información.
- **ACEPTABILIDAD:** Los lugares, activos y prestaciones deben cumplir con los principios éticos de la medicina y ser culturalmente sensibles y adecuados en su enfoque y práctica.
- **CALIDAD:** Las instalaciones, recursos y prestaciones deben estar respaldados por evidencia científica y médica, garantizando altos estándares de calidad y adecuación.

Durante la crisis, se presentó una demanda urgente de reorientar los recursos disponibles hacia la optimización del acceso a los medicamentos. Esto implicó no solo mejorar los procesos de producción y adquisición de medicamentos, sino también garantizar una distribución eficiente y oportuna hasta los establecimientos de salud donde se requerían con urgencia. En este contexto crítico, se hizo evidente la necesidad de una coordinación efectiva entre los diferentes actores involucrados en la cadena de suministro farmacéutico para asegurar que los medicamentos necesarios estuvieran disponibles en el momento y lugar adecuados para atender las necesidades de los pacientes.

Figura 8. Proceso de Gestión del Suministro

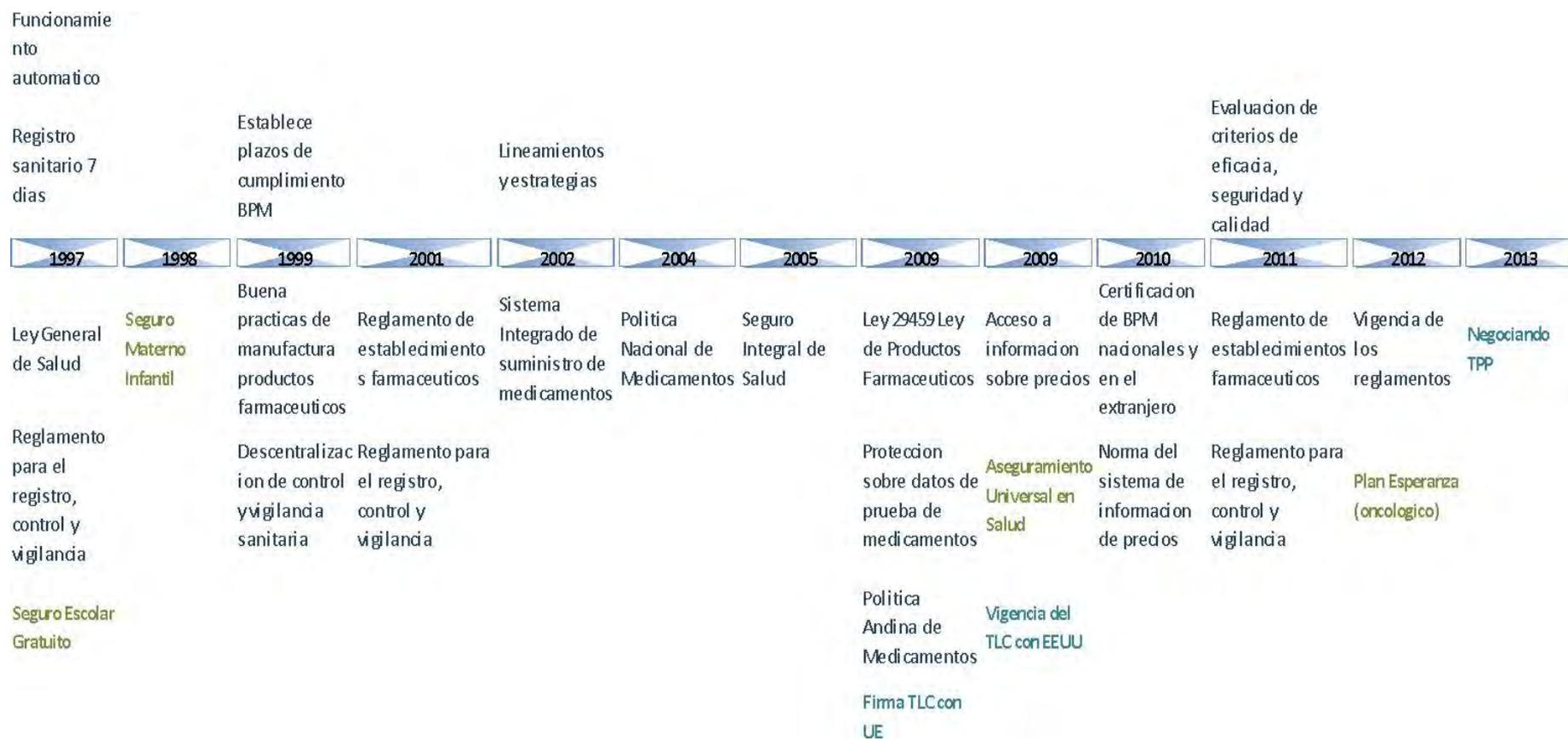


• **Mercado farmacéutico peruano**

Los productos farmacéuticos, son componentes vitales del paquete integral de atención, los cuales, apoyan al tratamiento del paciente, por ello, el estado promueve su acceso universal y su uso racional.

Actualmente, el mercado farmacéutico está regido por los fundamentos de asegurar que la población tenga acceso justo y puntual a los medicamentos y dispositivos médicos vitales, a precios asequibles, involucran el establecimiento de un sistema de seguimiento de costos de productos farmacéuticos. Esto no solo ayuda a evitar la monopolización y la fragmentación del mercado, sino que también garantiza la equidad en el acceso a estos recursos médicos esenciales para todos los sectores de la sociedad (Art, 27 y 28 de la Ley de Productos Farmacéuticos).

Figura 9. Evolución del marco normativo farmacéutico



d) Directivas de Salud

El Órgano Rector, en su rol principal de liderazgo en el ámbito de la salud, asume la responsabilidad de regular y supervisar, otorgándole la autoridad necesaria para establecer las normativas de salud requeridas, especialmente para abordar y resolver los problemas relacionados con la Salud Pública, con el fin último de elevar el nivel de bienestar de la población. La efectividad de las normativas emitidas por el Órgano Nacional de Salud está intrínsecamente ligada a la calidad técnica en su formulación, su practicidad en la aplicación y su completa ejecución. Además, cada institución que presta servicios de salud, dentro de sus áreas de competencia, tiene la capacidad de elaborar, estructurar y difundir directrices con el propósito de mejorar la efectividad, eficiencia y equidad en el desarrollo de las actividades relacionadas. Es importante destacar que las regulaciones pueden ser clasificadas en tres categorías distintas, según su ámbito de aplicación y sus objetivos específicos, lo que permite una mayor claridad y precisión en su implementación y seguimiento. (Robles-Guerrero)

- **Organización:** define la estructura funcional y orgánica de la Institución, con la finalidad de establecer las coordinaciones de los servicios en relación a la distribución de responsabilidades en los distintos niveles de atención (como los sistemas de referencia y contrarreferencia), así como en cuanto a la asignación y administración de los recursos disponibles (tales como los financieros, humanos y materiales) dentro de la estructura de servicios de salud.
- **Gestión:** Incluye la planificación de los servicios, directrices laborales, eficiencia en la producción, métodos de coordinación y colaboración con la comunidad.
- **Atención:** Establecimiento de criterios para la producción, garantía de calidad en la prestación de servicios y desarrollo de estructuras de trabajo organizativas.

e) Geografía

Las limitaciones geográficas representan el principal desafío para garantizar un acceso efectivo y una cobertura completa de los servicios de salud en la región

amazónica. Este desafío surge debido a las dificultades que enfrentan los habitantes para acceder a atención médica, principalmente debido a la gran distancia que separa sus hogares de los centros de atención médica, así como a la falta de medios de transporte adecuados y al aislamiento geográfico estacional. Específicamente, las comunidades nativas se ven mayormente restringidas a dos opciones para llegar a los centros de salud: caminar o navegar en embarcaciones, ya que carecen de otros medios de transporte, tanto terrestres como acuáticos. Para algunos residentes nativos de la selva, llegar al centro de salud más cercano implica un viaje de más de seis días a pie, combinado con travesías en barco. Esta situación se convierte en una verdadera crisis, especialmente cuando surgen emergencias no planificadas que requieren atención médica urgente (Macedo).

Reducir las limitaciones geográficas tiene como propósito fundamental estimular una mayor disponibilidad de los servicios de salud en distintos estratos de la sociedad peruana. La experiencia obtenida en terreno, especialmente en comunidades indígenas, sugiere que los criterios utilizados para determinar la prioridad en la atención médica en Perú tienen efectos desfavorables para los sectores empobrecidos y en situación de extrema pobreza que habitan en áreas apartadas y escasamente pobladas, distantes de los centros urbanos principales. Esta circunstancia impacta de manera perjudicial en las comunidades rurales, tanto campesinas como indígenas, así como en los pequeños núcleos poblacionales rurales, debido a la asignación restringida de recursos a los establecimientos de salud que atienden a estas poblaciones.

Desde una perspectiva sociocultural, muchas de las políticas implementadas por el sector de la salud no han tomado en cuenta la participación activa de la población afectada. No obstante, se ha observado un cambio gradual en esta tendencia a partir de los primeros años de esta década, donde ha comenzado a integrarse la dimensión de los derechos humanos y se han adoptado criterios y directrices de atención

intercultural en gran parte de los programas dirigidos a favorecer a la población rural de las zonas andinas y amazónicas del país. Este enfoque más inclusivo busca reconocer y respetar las diversas tradiciones, valores y prácticas culturales de las comunidades locales, garantizando de esta manera una atención sanitaria más apropiada y sensible a sus necesidades específicas (Carlos , César , & Sonia, 2007).

f) Factores Sociales:

Los aspectos sociales están influenciados significativamente por el grado de instrucción de la población. La cuestión de la educación adquiere una importancia excepcional, especialmente en la respuesta frente a enfermedades extranjeras o emergentes (Macedo)

El mecanismo conformado por expertos designados por las Naciones Unidas para abordar las cuestiones relacionadas con los derechos de las comunidades indígenas. Este organismo se encarga de examinar y promover la protección de los derechos humanos y culturales de los pueblos indígenas en todo el mundo, así como de formular recomendaciones y directrices para garantizar su pleno reconocimiento y respeto, esta propone que se debe entregar información de la pandemia de manera oportuna y precisa, en la lengua indígena y con pertinencia cultural. Asimismo, sostienen que el Estado debe establecer alianzas con los pueblos indígenas para la adopción de medidas de control (MEDPI, 2020).

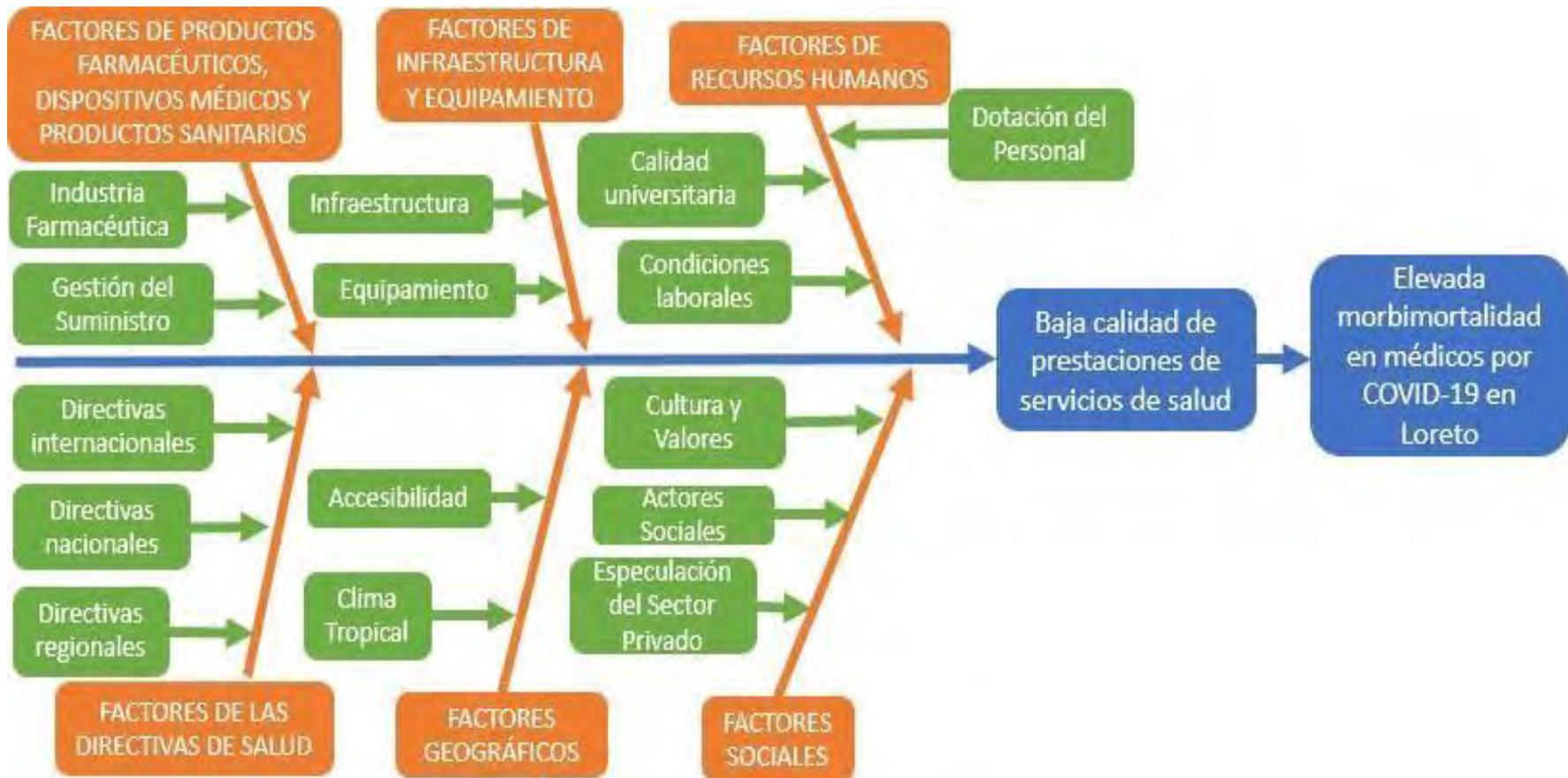
Cena y Dettano (2020) afirman que, las políticas de bienestar desempeñan un papel crucial en la reconciliación de la igualdad de derechos formales con las disparidades estructurales. También señalan que estas políticas representan formas de intervención pública que abordan los problemas asociados con la manifestación de tensiones sociales y que influyen en los conflictos y consensos en la sociedad. Además, se hace referencia a que las políticas sociales han ganado una relevancia significativa en las agendas gubernamentales, especialmente en el contexto de la

crisis sanitaria provocada por el COVID-19. En este sentido, se destaca la implementación de medidas como la provisión de asistencia económica directa. En cambio, Vera, Adler & Uribe (2020) sostienen que las políticas sociales son políticas ejecutadas por cada gobierno, dentro del contexto de la pandemia de COVID-19, con el objetivo de prevenir la transmisión del coronavirus, se prioriza principalmente la implementación de acciones relacionadas con prácticas de limpieza, mantenimiento de distancia física y restricción de interacciones sociales cercanas. Estas medidas se consideran fundamentales para frenar la propagación del virus y mitigar su impacto en la salud pública.

Desde el inicio del período de confinamiento, ha habido un aumento exponencial de la proliferación de desinformación o noticias falsas en las plataformas de redes sociales en paralelo al desarrollo de la pandemia de COVID-19. Se difundían afirmaciones sobre el descubrimiento de supuestas soluciones milagrosas por parte de ciertos laboratorios, seguidas al día siguiente por afirmaciones sobre remedios caseros como el té de kion que supuestamente habían curado a una familia completa. Esta situación ha destacado la urgente necesidad de abordar la difusión irresponsable de información errónea y promover la veracidad y la rigurosidad en la comunicación de datos relacionados con la salud pública (Universidad de Lima, 2020).

Cabe recalcar que la información divulgada por redes sociales, impactó negativamente en la sociedad debido a que incluso se afirmó que el COVID-19 no era una enfermedad real, lo que conllevó a que muchas personas no tomaran las medidas de prevención respectivas, esto conllevó a la alta morbimortalidad.

Figura 10. Modelo Conceptual de multicausalidad de factores de la administración pública que han incidido en la calidad de la prestación de servicios de salud y la morbilidad de médicos durante la primera ola de la pandemia



2.2.8. Administración pública

Según Muñoz, la gestión pública se define como un conjunto de conceptos, mentalidades, regulaciones, procedimientos, organismos y demás manifestaciones de comportamiento humano que influyen en la distribución y aplicación del poder político, así como en la atención de los asuntos de interés colectivo. Esta perspectiva implica una comprensión holística de la gestión pública, que abarca tanto aspectos teóricos como prácticos relacionados con la organización y el funcionamiento de las instituciones gubernamentales, así como el ejercicio de la autoridad en beneficio del bien común (s.f., como se cita en Alva, 2009).

En su estudio, Alva (2009) interpreta que la gestión pública es una actividad esencial al Poder Ejecutivo, en específico las actividades de gestión. El Ejecutivo actúa sobre los recursos y activos pertenecientes al Estado, con el propósito de proveerlos de manera inmediata y constante para satisfacer las necesidades colectivas, con el fin último de promover el bienestar general de la sociedad.

Este enfoque implica la gestión eficiente y efectiva de los recursos públicos, con una atención especial en garantizar la disponibilidad y continuidad de los servicios esenciales para el bienestar y desarrollo de la población en su conjunto. Además, subraya la importancia de una administración transparente y responsable, que responda a las demandas y aspiraciones de la comunidad, priorizando siempre el interés público sobre intereses particulares.

En el contexto peruano, desde un enfoque basado en normativas, la administración pública abarca diversas instituciones y entidades que desempeñan funciones dentro del Estado. Esto incluye al Poder Legislativo, Judicial y Ejecutivo, así como entidades autónomas, instituciones públicas descentralizadas, empresas de Derecho público, gobiernos regionales, autoridades locales, organismos descentralizados autónomos y, en términos generales, cualquier entidad de Derecho Público del Estado que esté involucrada en actividades administrativas (Ley N° 25035).

CAPÍTULO III

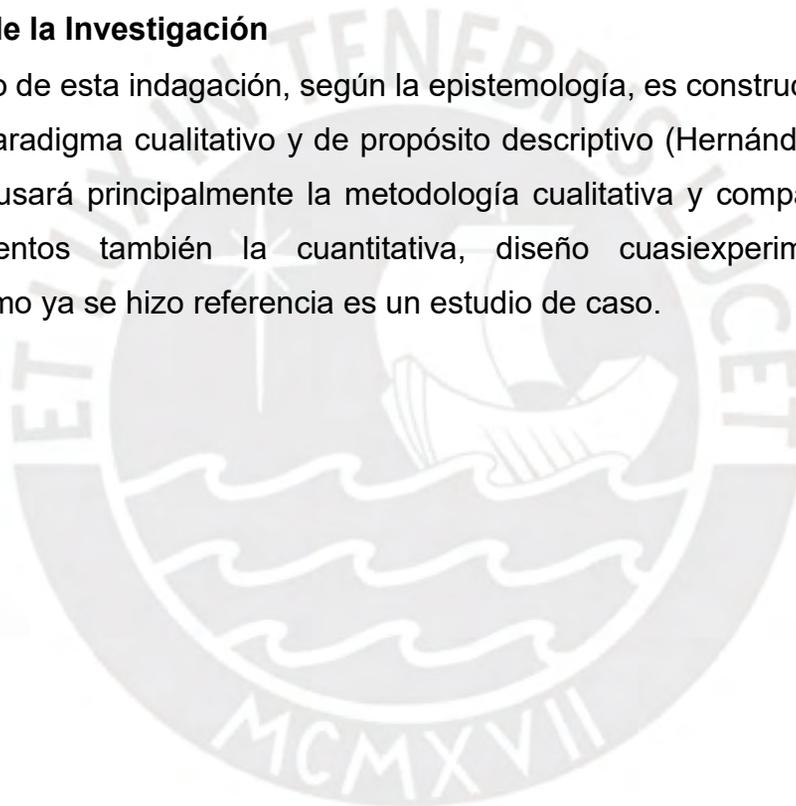
DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. Tipo de Investigación

El estudio que está siendo realizado en este momento se encuentra en una fase de análisis exhaustivo y profundo de enfoque cualitativo-cuantitativo, transversal y tipo descriptivo.

3.2. Diseño de la Investigación

El diseño de esta indagación, según la epistemología, es constructivista de lógica inductiva, de paradigma cualitativo y de propósito descriptivo (Hernández et al., 2014); en el cual, se usará principalmente la metodología cualitativa y comparativa, pero en algunos momentos también la cuantitativa, diseño cuasiexperimental, alcance transversal, como ya se hizo referencia es un estudio de caso.



3.3. Operacionalización de Variables

Tabla 1. Operacionalización de Variables

DIMENSION	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	NATURALEZA	SEGÚN SU RELACIÓN	FUENTE
RECURSOS HUMANOS	Conjunto de personas con conocimientos, capacidades y habilidades que cumplen funciones en una organización.	Disponibilidad y Dotación de Recursos Humanos	Cualitativa	Independiente	Entrevista
INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO	Componentes de la Oferta en Salud que forman parte del proceso de atención al usuario	N° de Equipos y N° EE. SS	Cualitativa	Independiente	Entrevista
PRODUCTOS FARMACÉUTICOS, DISPOSITIVOS MÉDICOS Y PRODUCTOS SANITARIOS	Insumos para el tratamiento de enfermedades y/o rehabilitación de la salud	% Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios en stock	Cualitativa	Independiente	Entrevista
DIRECTIVAS DE SALUD	Planificación y organización en salud con las cuales se emite medidas de cumplimiento obligatorio.	Documentos emitidos	Cualitativa	Independiente	Entrevista
GEOGRÁFICO	Espacio territorial de una nación, compuesta por ciudadanos	Barreras geográficas	Cualitativa	Independiente	Entrevista
SOCIAL	Conjunto de valores, cultura, actores sociales, condiciones socio-económicas de una población.	Cultura Conflictos sociales	Cualitativa	Independiente	Entrevista
CALIDAD DE ATENCION	Concepto multidimensional, es el grado de satisfacción del usuario por el proceso de atención recibida.	Nivel de Calidad	Cualitativa-Cuantitativa	Dependiente	Entrevista
MORBI-MORTALIDAD	Indicadores epidemiológicos que sirven para analizar la situación de salud de una población	Tasa de morbilidad y mortalidad	Cuantitativa	Dependiente	Estadística

3.4. Población y Muestra

Población:

Se seleccionó como grupo de análisis al personal médico y de salud de la zona de Loreto. Se incluyeron en este estudio los tres centros hospitalarios más importantes de la ciudad capital, Iquitos, que fue el epicentro de la pandemia en la región. Estos incluyen el Hospital Regional de Loreto, el Hospital de Apoyo Iquitos y el Hospital EsSalud Iquitos. Además, se contempló un centro de atención en la periferia, el Centro de Salud I-3 en Pebas.

Muestra:

Los expertos en atención médica del Hospital Regional de Loreto, el Hospital de Apoyo Iquitos, el Hospital EsSalud Iquitos, el Centro de Salud I-3 en Pebas y el Hospital II-2 en Tarapoto.

Muestreo:

Se utilizó la técnica de muestreo conocida como bola de nieve, la cual pertenece a la categoría de muestreo no aleatorio. Este enfoque de muestreo nos facilita la aproximación al personal que posee conocimientos directos sobre todos los procedimientos relacionados, tanto en el ámbito médico como en el de gestión, para la atención de pacientes afectados por COVID-19.

Tamaño de muestra:

En total se realizaron 18 entrevistas.

3.5. Criterios de Inclusión y Exclusión

3.5.1. Criterios de Inclusión

- Trabajadores de la salud de IPRESS Loreto, DIRESA Loreto, Hospital II-2 Tarapoto.
- Trabajadores de la salud con trabajo presencial.

3.5.2. Criterios de Exclusión

- Trabajadores de salud de otras IPRESS.
- Trabajadores de salud en trabajo remoto.

3.6. Técnicas e Instrumentos

Para la recopilación de información se empleó una ficha de entrevista de tipo estructurada, la cual estuvo conformada por diecisiete preguntas que buscan recopilar información sobre los parámetros que han tenido influencia en la calidad de la prestación del servicio de salud durante la pandemia en la región Loreto.

De igual forma, se realizó la revisión de documentos académicos, encuestas, base de datos y documentos de carácter técnico legal.

Con el fin de entender las altas tasas de enfermedad y fallecimiento entre los pacientes, se llevó a cabo un análisis exhaustivo de los documentos técnicos y administrativos de la región de Loreto, los cuales fueron implementados para mitigar los impactos de la pandemia. Asimismo, se examinaron las bases de datos del Centro Nacional de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud (CENARES) y del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI).

Para evaluar el nivel de Excelencia, se empleó como herramienta la Metodología de la PCM Norma Técnica N°001-2022-PCM-SGP "Directriz Técnica para el control de la excelencia de servicios en el Sector Estatal", la cual fue ratificada mediante la Resolución de la Secretaría de Gestión Pública N°11-2022-PCM/SGP.

3.7. Procedimiento de Recolección de datos

El proceso de obtención de información se planificó de la manera que se describe a continuación:

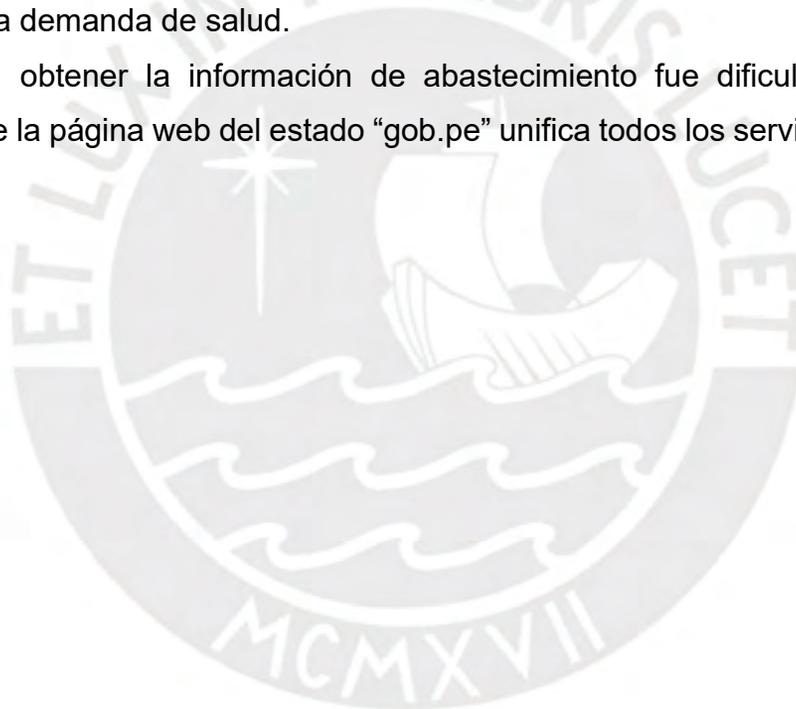
- **Paso 1:** Revisión documental de políticas sectoriales en salud a nivel mundial, regional (Latinoamérica) y nacional.
- **Paso 2:** Diseño de causalidad a través de un gráfico de Ishikawa.
- **Paso 3:** Trabajo de recolección de datos a través de entrevistas.
- **Paso 4:** Corroboración de los datos obtenidos con fuentes oficiales (OSCE, portal de transparencia del Estado Peruano, etc.) y prensa.

- **Paso 5:** Análisis de las Respuestas de los entrevistados
- **Paso 6:** Hallazgo de puntos comunes de las respuestas
- **Paso 7:** Ponderación de resultados
- **Paso 8:** Aplicación de los criterios de PCM para calcular el Nivel de la Calidad

3.8. Dificultades de recolección de la información

La principal dificultad fue la situación de cuarentena que impidió realizar un trabajo presencial, pero que se superó a través de la virtualidad. Asimismo, la conectividad de la región Loreto interrumpía una comunicación fluida con los entrevistados. A su vez, se tuvo que realizar una coordinación constante con los entrevistados para concertar una fecha y hora de entrevista debido a que se encontraban realizando horas complementarias de trabajo por la demanda de salud.

Por otra parte, obtener la información de abastecimiento fue difícil ya que la actualización de la página web del estado “gob.pe” unifica todos los servicios del Estado.



CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1 Organización y las características del sistema de salud en la región de Loreto

En el área de Loreto, la gestión de la atención médica está a cargo de la Dirección Regional de Salud (DIRESA) Loreto, una entidad dependiente de la Gerencia Regional de Desarrollo Social, cuya autoridad superior es el MINSA Perú. De acuerdo con la versión más reciente del Reglamento de Organización y Funciones (ROF) en vigor desde el 2015, la DIRESA cuenta con una estructura que incluye un órgano de dirección superior (la Dirección General), un órgano consultivo y un órgano de supervisión institucional interno (OCI), 2 oficinas de asesoramiento (Planeamiento y Jurídica), 3 oficinas de apoyo (Administración, Recursos Humanos e Imagen Institucional), como DIRESA cuenta con 4 órganos de línea (Salud Comunitaria, Prevención y Control

Epidemiológico, Salud Individual e Insumos), por último cuenta con 9 órganos desconcertados (1 Hospital Regional y 8 redes de salud), como se puede apreciar en el gráfico N° 11. (Gobierno Regional de Loreto, 2008; Gobierno Regional de Loreto 2015a).

Este modelo es bastante estándar comparado con otras regiones del Perú, las funciones son bastantes amplias y muy certeras acorde con la realidad de la región, sin embargo, la dificultad no radica en la concepción inicial, sino en la ejecución de las políticas a nivel nacional y los planes específicos del sector.

Según la Tabla de Distribución de Recursos Humanos (TDRH) correspondiente al año 2015, y la entidad operativa UE-400 de la Dirección Regional de Salud de Loreto cuenta con 451 servidores públicos, de los cuales solo 235 serían nombrados, 7 contratados, y 209 posiciones previstas disponibles, las cuales en este momento se encontrarían laborando utilizando el método de contratación por locación de servicios, lo que significa que vemos que existen problemas de gestión de recursos humanos, ya que existen los cargos pero no el servidor, al menos no en la condiciones que se recomiendan Servir. Para propósitos de esta tesis no se ahonda en el Perfil de los Puestos, ya que se observan servidores de actividades complementarias, dentro de estructuras de alta

dirección, y puestos no afines a los objetivos del órgano descrito, los cuales no dependerían de realidades específicas de la región (Gobierno Regional de Loreto, 2008; 2015).

Loreto, en la práctica, es íntegramente dependiente de su DIRESA, la cual tiene a su cargo todo el proceso logístico de contrataciones, distribución y abastecimiento de recursos y prestaciones en cada una de sus IPRESS. Los establecimientos se encuentran distanciados unos de otros desde 1 a 6 horas por vía fluvial, en su gran mayoría en las capitales de provincias se cuenta con IPRESS de niveles I-3 y I-4, y de acuerdo a la necesidad tienen un área de “internamiento” de pacientes, que difiere de la hospitalización que se da a partir del segundo nivel de atención en salud, ahí se observa a los pacientes de 12 a 24 horas, y en caso de no presentar mejoría de su condición de salud se procede a referirlos a las IPRESS de segundo y tercer nivel. Todos las IPRESS I-3 y I-4 cuentan al menos con una chalupa (deslizador ambulancia) para las referencias, y el equipamiento e insumos de estos mismos es superior al mínimo requerido por SUSALUD para categorizarlo en su nivel, pero no lo suficiente como para pertenecer al segundo nivel. Esto se debe a que, en casos de emergencias, prioridades I y II, estas deben de ser atendidas con inmediatez.

El personal de salud cumple por demanda en muchos casos con prestaciones de salud que exceden sus competencias, lo cual en si predispone un riesgo para los pacientes, pero por los tiempos de referencia anteriormente explicados, se tiene que dar para salvaguardar las vidas, ante todo, a esto se suma que las condiciones laborales son deficientes, por lo cual solo llegan médicos serumistas, que en su mayoría son médicos recién colegiados y con poca experiencia. Además, las capacitaciones y la adaptación a las costumbres locales duran un año, pero al no ofrecer posibilidades de desarrollo profesional el personal médico y no médico termina retornando a las grandes ciudades donde pueden seguir especializándose, y recibiendo mejores condiciones laborales.

Siendo las actividades íntegramente asistenciales o recuperativas, queda poco margen para las prestaciones de medidas preventivas y actividades de promoción para el bienestar que son la razón de la existencia de las IPRESS del primer nivel, y aún en

menor medida para las actividades de gestión. Esto dificulta la proyección real del CAN (Cuadro Anual de Necesidades) que es el instrumento de la IPRESS que alimentan la base de datos de la DIRESA Loreto. Además, al tener una conexión de internet de las más bajas del Perú toda la información viaja semanalmente en CD y mensual en formato HISS, lo cual resume la precariedad en la cual se maneja el sistema de salud loreto.

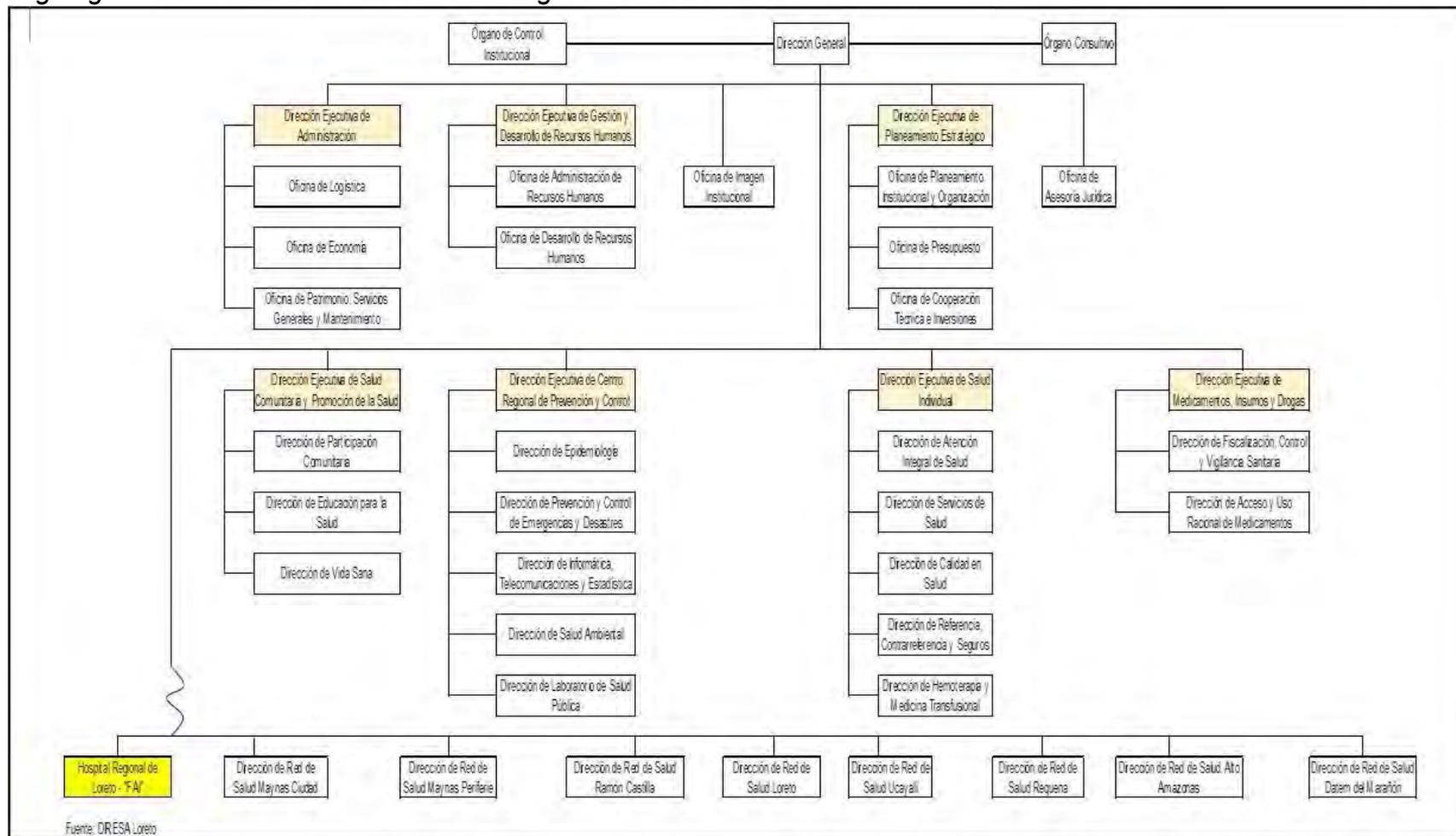
En la Figura N° 11, apreciamos el organigrama de la DIRESA Loreto, el cual esquematiza muy bien la ruta de los procedimientos relacionados con la administración de la atención médica, como se mencionaba la Dirección Ejecutiva de Administración es la encargada de la integridad de los procesos logísticos de la región, y de su distribución al total de los establecimientos de salud.

La Oficina Ejecutiva encargada de la Administración y Fomento del Personal tiene la enorme tarea de desarrollar el servicio civil en la región, la cual tiene que proyectar la necesidad real de expertos médicos requeridos para hacer frente a las necesidades de atención regular, pero al mismo tiempo debe proyectar planes para estados de emergencia sanitaria, que son frecuentes en la región con las epidemias de dengue (meses de lluvia), y EDA (enfermedades diarreicas agudas) que se dan en temporadas de escasez de agua potable (meses de abril a junio); también en conjunto con el sector educación tienen la responsabilidad de gestionar la formación y capacitación de médicos especialistas para depender menos de la importación de médicos de la costa, que terminan retornando a sus regiones de origen debido a las malas condiciones laborales.

En esta pandemia la institución que más se vio afectada fue el Hospital Regional de Loreto, el cual asumió la atención de todos los pacientes COVID-19, así mismo durante la pandemia se dio el periodo de sequía en Loreto, motivo por el cual el mismo Hospital no contaba con flujo continuo de agua potable, esta es una circunstancia que ocurre de manera recurrente cada año, pero que en las condiciones actuales tomó más relevancia, por la importancia del lavado de manos entre paciente y paciente con el propósito de prevenir la diseminación del patógeno.

Figura 11.

Organigrama Estructural de la Dirección Regional de Salud de Loreto



4.2 Determinantes Sociales y económicos de la salud en la Región Loreto

Esta tesis concentra sus esfuerzos en abordar las causas del contexto socioeconómico y político, las cuales se pueden modificar teniendo en cuenta la dificultad que estas son directamente dependientes de la cultura y valores de nuestra sociedad, y en particular de la sociedad loreтана. Como se puede apreciar y siendo el escenario muy disperso para relacionar el resultado de prestaciones de bienestar dentro del escenario de la pandemia de COVID-19, comparado con el diseño de las políticas sectoriales en salud, se ha decidido como variable intermedia medir en un primer momento el sistema de salud loreetano, ya que pertenece a un determinante intermedio asociado más próximo a una relación causa – efecto.

Loreto es la única región del país cuya capital no se encuentra comunicada al resto del país por vía terrestre. Es el departamento de mayor tamaño en el país peruano, abarcando una superficie de 368.851 km², pero en el rango de población es el número 12 en el ranking, según el Censo Nacional del INEI (2017), con 883 510 habitantes, con 7 054 personal de salud repartidos en 5 982 en MINSA y Gobiernos Regionales, 780 en EsSalud y 292 en otros establecimientos (EPS, Fuerzas Armadas y Policía Nacional), de los cuales solo 456 son médicos, lo que nos da una densidad de 1 médico por cada 1938 personas (MINSA, 2017; SIS, 2014).

Hay que tener en cuenta que este departamento cuenta con 7 provincias: Datem del Maraón, Maynas, Loreto, Requena, Ucayali, Mariscal Ramón Castilla y Alto Amazonas; siendo la capital del departamento la localidad de Iquitos dentro de la tierra de Maynas. La población es la más dispersa del Perú por la variabilidad geográfica y en gran parte de sus ciudades la comunicación es por vía fluvial. Asimismo, es una de las zonas con mayor cantidad de lenguas nativas y comunidades indígenas, muchas de las cuales mantienen aislamiento voluntario del mundo occidental (Gobierno Regional de Loreto, 2008).

Por otra parte, cuenta con gran cantidad de recursos naturales como hidrocarburos y minerales; además, de ser fuente de agua potable, por el río Amazonas, madera, pesca, productos agrarios regionales, entre otros recursos. Esta gran diversidad

de recursos contrasta con altos niveles de analfabetismo, altos índices de violencia de género (violencia sexual, física y psicológica), y una percepción de ser una región que brinda pocas oportunidades de desarrollo tanto profesional como económica.

Esta percepción, refiere la población, se debe a un progresivo abandono del gobierno central a su región, a una mala gestión pública y a la corrupción de sus administraciones regionales y municipales. A ello se suma la migración de sus profesionales a ciudades con una percepción de mayor oportunidad de desarrollo, generalmente de la costa, han alejado a esta región del desarrollo económico del que gozan las demás ciudades del Perú, incluidas las de la selva, que cuentan con modernos centros comerciales y exportación de recursos primarios, lo que genera mayor movimiento económico y mayor riqueza monetaria para medir pobreza y pobreza extrema.

Este retraso lleva también a una insatisfacción de sus recursos básicos, como agua, saneamiento, luz, telecomunicaciones, educación, salud, entre otros (son recursos básicos desde la CPP de 1993) a los que en muchos casos ni siquiera tienen acceso; y en los lugares a los que se llega son de baja calidad. Propiamente en el sector salud se tienen problemas grandes como enfermedades metaxénicas (dengue, malaria), desnutrición crónica, anemia, embarazo adolescente que cierran el ciclo a una predisposición a la pobreza. Muchos de estos problemas son prevenibles con políticas sectoriales dirigidas a garantizar servicios básicos y que modifiquen los determinantes socioeconómicos en la población.

Con estos determinantes tan negativos era cuestión lógica que una pandemia como la del COVID-19 se expandiera desde las grandes ciudades a las más pequeñas y por último a las comunidades nativas, ya que al no producir sus propios recursos básicos ellos se distribuyen en cadena moviendo al virus consigo. El último punto es el más preocupante ya que las comunidades indígenas se encuentran generalmente menos inmunizadas que el resto, lo cual genera una real crisis en su sistema social. Como una parte integral de las acciones preventivas para las comunidades indígenas, se realizó un cerco protector; en muchos casos autoimpuesto por las comunidades y la DIRESA Loreto, de acuerdo con la información proporcionada por los entrevistados.

4.3 Nivel de mortalidad y morbilidad del personal médico en Loreto

Según la metodología, para definir un problema público se debe pensar los excesos y deficiencias. En este caso, la crisis sanitaria originada por la enfermedad COVID-19 ha dejado claro que, a pesar de las diferencias socioeconómicas, culturales, geográficas, históricas, religiosas y políticas, todos los seres humanos son iguales. En ese sentido, esta igualdad de contagio por una situación atípica ha puesto a prueba las políticas globales y llegar a los más impensables consensos. De igual forma, las desigualdades e inequidades se han amplificado y más aún en las economías en desarrollo.

Por otra parte, las desigualdades e inequidades se han amplificado, especialmente en los países en desarrollo económicamente. En ese sentido, a nivel socioeconómico, las poblaciones con mayores ingresos económicos y financieros han disminuido notablemente sus vulnerabilidades, mientras que las poblaciones de bajos recursos, especialmente en el escenario peruano, al no tener sus necesidades básicas satisfechas no han podido cumplir de la mejor manera las políticas sugerencias realizadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

En el escenario peruano, algunas regiones evidenciaron un mayor número de contagios, aparentemente relacionado al no cumplimiento de la política de distanciamiento social, como se refiere a las zonas septentrionales del territorio peruano, tales como Piura, Lambayeque, La Libertad, Loreto e, incluso, Lima y Callao, especialmente en las zonas urbano-marginales. Pero, a pesar de ese incremento, solo en Loreto los trabajadores de la salud eran los más afectados, especialmente los médicos. Esto evidencia un problema cuyas causas políticas y administrativas queremos abordar.

Lo segundo que debemos preguntarnos, es si el problema merece ser solucionado con recursos públicos. Se debe tener en cuenta que el bienestar de la salud es un derecho humano fundamental que se considera en la Constitución Política como un derecho básico que debe ser garantizado por el Estado con equidad, universalidad y accesibilidad. En ese sentido, es importante resaltar que según el DU N°014-2019, el

cual establece el presupuesto del sector público para el año fiscal 2020, en su artículo 17.1, apartado “F”, se autoriza de manera extraordinaria la asignación de recursos financieros al MINSA con el fin de salvaguardar, restaurar y preservar la salud de individuos y comunidades frente a situaciones de epidemias y emergencias sanitarias (Presidencia de la República, 2019).

En este tercer paso se cuantifica la situación de los médicos en el Perú. En primer lugar, en el Perú existen 40, 820 médicos, de los cuales el 56.9% pertenece al MINSA y a los gobiernos regionales y un 27.9% forma parte del EsSalud, de la misma manera como se observa en la Tabla N° 6.

Tabla 2.

Médicos en el ámbito de la salud por parte de instituciones, Perú 2017.

Orden	Institución	Médicos	Porcentaje	% acumulado
	Total Perú	40,820	100.00%	
1	MINSA y Gobiernos regionales	23,226	56.90%	56.90%
2	EsSalud	11,100	27.19%	84.09%
3	Sector privado	3,436	8.42%	92.51%
4	FFAA	1,212	2.97%	95.48%
5	Sisol	749	1.83%	97.31%
6	Ministerio público	542	1.33%	98.64%
7	PNP	511	1.25%	99.89%
8	MINEDU	23	0.06%	99.95%
9	INPE	21	0.05%	100.00%

Fuente: MINSA, 2017.

Elaboración propia.

En cuanto a los médicos especialistas el escenario es similar al anterior. En el Perú se cuenta con 19 812 médicos especialistas. El 77% se concentra en el MINSA y gobiernos regionales, y EsSalud, con un 46.47% y 30.97%, respectivamente. Esta situación coloca a Perú en la posición 99 de 188 naciones a nivel global en un índice internacional; y en el lugar 22 de 24 países en América Latina y el Caribe.

Esto nos sitúa en el lugar 99 entre 188 países con información a nivel mundial, y en el puesto 22 entre 34 países de América Latina y el Caribe con datos disponibles. La densidad nacional es de 12,8 médicos por cada 10 mil habitantes.

Tabla 3.

Médicos especialistas en el sector salud por instituciones, Perú 2017

Orden	Institución	Médicos especialistas	Porcentaje	% acumulado
	Total Perú	19,812	100.00%	
1	Minsa y Gobiernos regionales	9,207	46.47%	46.47%
2	EsSalud	6,136	30.97%	77.44%
3	Sector privado	2,640	13.33%	90.77%
4	FFAA	653	3.30%	94.06%
5	Sisol	536	2.71%	96.77%
6	PNP	471	2.38%	99.15%
7	Ministerio público	169	0.85%	100.00%

Fuente: MINSA, 2017.

Elaboración propia.

Al analizar la cantidad de doctores en medicina general y expertos por departamento, Loreto, en ambos escenarios, se encuentra por debajo del 80% (Véase Tabla N° 4 y 5), de acuerdo con la metodología de Pareto. Ello visibiliza que uno de los problemas es la falta de políticas que garantice la presencia de médicos en la región Loreto.

Tabla 4. Cantidades totales de médicos del MINSA en el Perú por departamento. 2017

Orden	Región	Médicos	Porcentaje	% acumulado
	Perú	23,226	100.00%	
	Lima Total	9,695	41.74%	
1	Lima Metropolitana	8,851	38.11%	38.11%
2	Arequipa	1,302	5.61%	43.71%
3	La Libertad	1,289	5.55%	49.26%
4	Callao	1,127	4.85%	54.12%
5	Lima Región	844	3.63%	57.75%
6	Cusco	805	3.47%	61.22%
7	Piura	788	3.39%	64.61%
8	Ica	767	3.30%	67.91%
9	Cajamarca	747	3.22%	71.13%
10	Junín	719	3.10%	74.22%
11	Puno	679	2.92%	77.15%
12	Lambayeque	668	2.88%	80.02%
13	Ancash	642	2.76%	82.79%
14	Ayacucho	467	2.01%	84.80%
15	Loreto	456	1.96%	86.76%
16	Apurímac	425	1.83%	88.59%
17	San Martín	405	1.74%	90.33%
18	Huánuco	402	1.73%	92.06%
19	Huancavelica	340	1.46%	93.53%
20	Tacna	318	1.37%	94.90%
21	Ucayali	314	1.35%	96.25%
22	Amazonas	245	1.05%	97.30%
23	Tumbes	207	0.89%	98.20%
24	Moquegua	153	0.66%	98.85%
25	Pasco	151	0.65%	99.50%
26	Madre de Dios	115	0.50%	100.00%

Fuente: MINSA, 2017.

Elaboración propia.

Tabla 5.

Cantidades totales de médicos especialistas del MINSA y Gobiernos Regionales en el Perú por departamento. 2017

Orden	Región	Médicos especialistas	Porcentaje	% acumulado
	Perú	9,207	100.00%	
1	Lima Total	4,659	50.60%	50.60%
2	La Libertad	504	5.47%	56.08%
3	Callao	502	5.45%	61.53%
4	Arequipa	472	5.13%	66.66%
5	Ica	351	3.81%	70.47%
6	Lambayeque	278	3.02%	73.49%
7	Cusco	271	2.94%	76.43%
8	Puno	241	2.62%	79.05%
9	Piura	240	2.61%	81.66%
10	Junín	238	2.58%	84.24%
11	Ancash	203	2.20%	86.45%
12	Cajamarca	192	2.09%	88.53%
13	Ayacucho	139	1.51%	90.04%
14	San Martín	113	1.23%	91.27%
15	Apurímac	113	1.23%	92.49%
16	Loreto	109	1.18%	93.68%
17	Tacna	108	1.17%	94.85%
18	Huánuco	102	1.11%	95.96%
19	Ucayali	93	1.01%	96.97%
20	Huancavelica	62	0.67%	97.64%
21	Tumbes	61	0.66%	98.31%
22	Amazonas	59	0.64%	98.95%
23	Moquegua	40	0.43%	99.38%
24	Pasco	31	0.34%	99.72%
25	Madre de Dios	26	0.28%	100.00%

Fuente: MINSA, 2017.

Elaboración propia.

Por otra parte, de acuerdo con la información de los Consejos Regionales del Colegio Médico del Perú respecto al número de médicos infectados con COVID-19, al 11 de enero de 2021, se observa que Loreto ocupa la posición 11 de la Tabla N°6. Ahora, tomando en cuenta el número total de médicos por región, Loreto se ubica en el primer

lugar de mortalidad médica a nivel nacional, con la tasa más elevada de médicos fallecidos por cada 100 médicos de cada región (3,95), tal como se aprecia en la Tabla N°7; así como la tasa más elevada de médicos fallecidos por cada 100 casos de médicos infectados en la región (6,87). Asimismo, la razón de médicos fallecidos por el total de médicos que se atendieron en UCI en Loreto (18,00), que supera por más del doble al estándar nacional (8,32).

Por otro lado, a inicio del 2020, la morbilidad médica en Loreto llegó a ser la segunda a nivel nacional después de Lima. Actualmente, ha sido superado por Arequipa, Lambayeque, La Libertad y Cusco por cada 100 médicos, sin embargo, sigue siendo la primera provincia en mortalidad médica.



Tabla 6. Números totales de médicos infectados, en UCI y fallecidos con COVID-19 en el Perú por departamento

Orden	Departamento	Casos	Porcent.	% acum.	UCI	Porcent.	% acum.	Fallecidos	Porcent.	% acum.
	Perú	11,856	100.00%		31	100.00%		258	100.00%	
1	Lima	5,603	47.26%	47.26%	11	35.48%	35.48%	120	46.51%	46.51%
2	La Libertad	944	7.96%	55.22%	1	3.23%	38.71%	11	4.26%	50.78%
3	Arequipa	928	7.83%	63.05%	-	0.00%	38.71%	28	10.85%	61.63%
4	Lambayeque	516	4.35%	67.40%	1	3.23%	41.94%	9	3.49%	65.12%
5	Cusco	485	4.09%	71.49%	-	0.00%	41.94%	6	2.33%	67.44%
6	Piura	451	3.80%	75.30%	1	3.23%	45.16%	9	3.49%	70.93%
7	Puno	383	3.23%	78.53%	1	3.23%	48.39%	13	5.04%	75.97%
8	Junín	333	2.81%	81.33%	-	0.00%	48.39%	1	0.39%	76.36%
9	Ica	321	2.71%	84.04%	3	9.68%	58.06%	8	3.10%	79.46%
10	Ancash	268	2.26%	86.30%	3	9.68%	67.74%	7	2.71%	82.17%
11	Loreto	262	2.21%	88.51%	1	3.23%	70.97%	18	6.98%	89.15%
12	Cajamarca	184	1.55%	90.06%	1	3.23%	74.19%	3	1.16%	90.31%
13	Huánuco	178	1.50%	91.57%	1	3.23%	77.42%	5	1.94%	92.25%
14	Tacna	141	1.19%	92.75%	-	0.00%	77.42%	1	0.39%	92.64%
15	Ucayali	138	1.16%	93.92%	2	6.45%	83.87%	6	2.33%	94.96%
16	San Martín	137	1.16%	95.07%	-	0.00%	83.87%	1	0.39%	95.35%
17	Ayacucho	97	0.82%	95.89%	-	0.00%	83.87%	1	0.39%	95.74%
18	Moquegua	86	0.73%	96.62%	3	9.68%	93.55%	1	0.39%	96.12%
19	Huancavelica	84	0.71%	97.33%	-	0.00%	93.55%	3	1.16%	97.29%
20	Apurímac	77	0.65%	97.98%	2	6.45%	100.00%	1	0.39%	97.67%
21	Amazonas	76	0.64%	98.62%	-	0.00%	100.00%	2	0.78%	98.45%
22	Madre de Dios	58	0.49%	99.11%	-	0.00%	100.00%	1	0.39%	98.84%
23	Pasco	58	0.49%	99.60%	-	0.00%	100.00%	2	0.78%	99.61%
24	Tumbes	48	0.40%	100.00%	-	0.00%	100.00%	1	0.39%	100.00%

Fuente: CMP

Información oficial: 11/01/2021

Tabla 7.

Tasas de médicos infectados, en UCI y fallecidos con COVID-19 en el Perú por 100 médicos por cada departamento

Orden	Departamento	N° médicos	Casos	Tasa casos/ 100 médicos	UCI	Tasa UCI/ 100 médicos	Tasa UCI/ 100 casos	Fallec.	Tasa Fallec./ 100 médicos	Tasa Fallec./ 100 casos	Razón Fallec./ UCI	Razón UCI/ Fallec.
	Perú	23,226	11,856	51.05	31	0.13	0.26	258	1.11	2.18	8.32	0.12
1	Loreto	456	262	57.46	1	0.22	0.38	18	3.95	6.87	18.00	0.06
2	Arequipa	1,302	928	71.27	-	0.00	0.00	28	2.15	3.02	0.00	0.00
3	Puno	679	383	56.41	1	0.15	0.26	13	1.91	3.39	13.00	0.08
4	Ucayali	314	138	43.95	2	0.64	1.45	6	1.91	4.35	3.00	0.33
5	Lambayeque	668	516	77.25	1	0.15	0.19	9	1.35	1.74	9.00	0.11
6	Pasco	151	58	38.41	-	0.00	0.00	2	1.32	3.45	0.00	0.00
7	Huánuco	402	178	44.28	1	0.25	0.56	5	1.24	2.81	5.00	0.20
8	Lima	9,695	5,603	57.79	11	0.11	0.20	120	1.24	2.14	10.91	0.09
9	Piura	788	451	57.23	1	0.13	0.22	9	1.14	2.00	9.00	0.11
10	Ancash	642	268	41.74	3	0.47	1.12	7	1.09	2.61	2.33	0.43
11	Ica	767	321	41.85	3	0.39	0.93	8	1.04	2.49	2.67	0.38
12	Huancavelica	340	84	24.71	-	0.00	0.00	3	0.88	3.57	0.00	0.00
13	Madre de Dios	115	58	50.43	-	0.00	0.00	1	0.87	1.72	0.00	0.00
14	La Libertad	1,289	944	73.24	1	0.08	0.11	11	0.85	1.17	11.00	0.09
15	Amazonas	245	76	31.02	-	0.00	0.00	2	0.82	2.63	0.00	0.00
16	Cusco	805	485	60.25	-	0.00	0.00	6	0.75	1.24	0.00	0.00
17	Moquegua	153	86	56.21	3	1.96	3.49	1	0.65	1.16	0.33	3.00
18	Tumbes	207	48	23.19	-	0.00	0.00	1	0.48	2.08	0.00	0.00
19	Cajamarca	747	184	24.63	1	0.13	0.54	3	0.40	1.63	3.00	0.33
20	Tacna	318	141	44.34	-	0.00	0.00	1	0.31	0.71	0.00	0.00
21	San Martín	405	137	33.83	-	0.00	0.00	1	0.25	0.73	0.00	0.00
22	Apurímac	425	77	18.12	2	0.47	2.60	1	0.24	1.30	0.50	2.00
23	Ayacucho	467	97	20.77	-	0.00	0.00	1	0.21	1.03	0.00	0.00
24	Junín	719	333	46.31	-	0.00	0.00	1	0.14	0.30	0.00	0.00

Fuente: CMP

Información oficial: 11/01/2021

Por otro lado, la Confederación Médica Latino Iberoamericana (CONFEMEL) realiza un cruce de información entre la información que proporcionan las organizaciones médicas miembros de la CONFEMEL y la data de la CIA World Factbook. Al respecto, la data ubica a Perú como el tercer país con la mayor mortalidad médica en Iberoamérica. Junto a México y a Brasil representan el 65% de la mortalidad médica de la región. Si consideramos que no todos los países reportan su situación médica frente al COVID-19 y teniendo en cuenta que tenemos la menor densidad de médicos por cada mil habitantes, el problema toma mayor relevancia.

Asimismo, en la Tabla N°8 se puede observar que Perú por sí solo representa casi el 12% de la mortalidad médica en Iberoamérica, incluyendo a España y a Portugal. Cabe resaltar que Uruguay es el país con la mayor densidad médica en la región y al mismo tiempo es la de menor mortalidad médica.

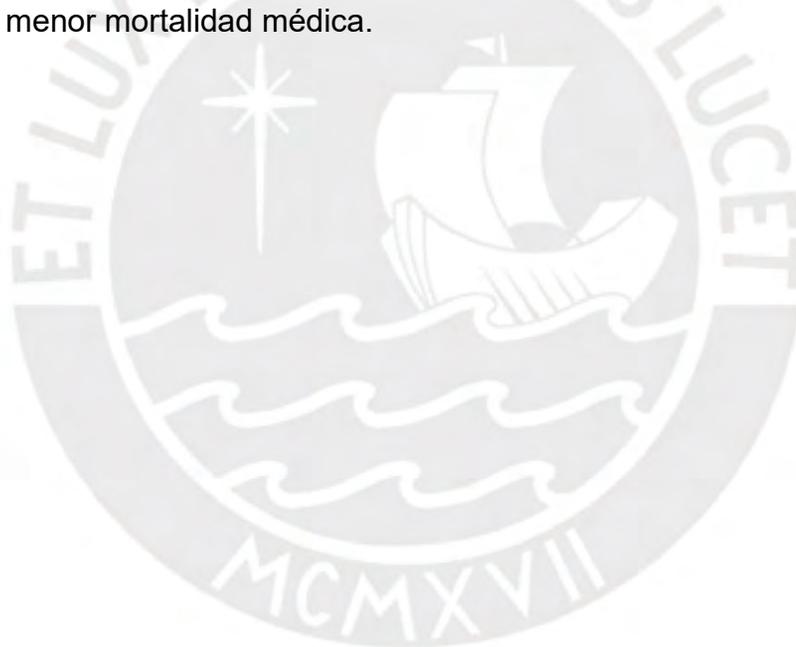


Tabla 8.
Médicos fallecidos por COVID-19 en Iberoamérica

Orden	País	Médicos fallecidos	Porcentaje	% acumulado	Densidad de médicos (médicos/ 1,000 habitantes)
	Total	3321	100.00%		
1	México	1151	34.66%	34.66%	2
2	Brasil	624	18.79%	53.45%	2
3	Perú	390	11.74%	65.19%	1
4	Bolivia	241	7.26%	72.45%	2
5	Venezuela	218	6.56%	79.01%	Sin datos
6	Ecuador	130	3.91%	82.93%	2
7	España	107	3.22%	86.15%	4
8	Guatemala	80	2.41%	88.56%	0
9	Colombia	71	2.14%	90.70%	2
10	Honduras	68	2.05%	92.74%	0
11	El Salvador	60	1.81%	94.55%	2
12	Nicaragua	48	1.45%	96.00%	1
13	Panamá	40	1.20%	97.20%	2
14	Argentina	40	1.20%	98.40%	4
15	Paraguay	21	0.63%	99.04%	1
16	Chile	19	0.57%	99.61%	1
17	Costa Rica	8	0.24%	99.85%	1
18	Portugal	3	0.09%	99.94%	3
19	Uruguay	2	0.06%	100.00%	5

Fuente: CIA World Factbook y CONFEMEL
 Información oficial: 17/03/2021

Por otra parte, en la Tablas N° 9, 10 y 11, con información al 11 de enero de 2021, se observa a detalle cada uno de los médicos fallecidos en Loreto. El 100% de los fallecidos eran hombres, 9 eran médicos sin especialidad, seguidos por 3 pediatra, ginecólogos y médicos internistas, todos iguales en número. Además, dos tercios de los fallecidos tenían menos de 60 años.

Tabla 9.*Total de médicos fallecidos en Loreto por edad, sexo y especialidad*

Orden	CMP	> 60 años	Sexo	Consejo Regional	Especialidad 1	RNE 1
1	20227	SI	Masculino	II QUITOS	CIRUGIA GENERAL	10102
2	23708	NO	Masculino	II QUITOS	GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	22496
3	1220	SI	Masculino	II QUITOS		
4	12972	SI	Masculino	II QUITOS	PSIQUIATRIA	6829
5	26915	NO	Masculino	II QUITOS	NEFROLOGIA	19779
6	41214	NO	Masculino	II QUITOS		
7	41879	NO	Masculino	II QUITOS	RADIOLOGIA	38783
8	39373	NO	Masculino	II QUITOS		
9	90779	NO	Masculino	II QUITOS		
10	21281	SI	Masculino	II QUITOS	PEDIATRIA	10558
11	79694	NO	Masculino	II QUITOS		
12	16205	SI	Masculino	II QUITOS	MEDICINA INTERNA	13223
13	59606	NO	Masculino	II QUITOS		
14	18866	SI	Masculino	II QUITOS	GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	21846
15	12978	SI	Masculino	II QUITOS	PEDIATRIA	12707
16	36301	NO	Masculino	II QUITOS	ONCOLOGIA MEDICA	22818
17	48404	NO	Masculino	II QUITOS		
18	16445	SI	Masculino	II QUITOS	MEDICINA INTERNA	21845
19	50467	NO	Masculino	II QUITOS	PEDIATRIA	24802
20	36201	NO	Masculino	II QUITOS	MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA	31341
21	27391	NO	Masculino	II QUITOS		
22	90778	NO	Masculino	II QUITOS		

Fuente: CMP

Información oficial: 11/01/202

Tabla 10.*Total de médicos fallecidos en Loreto por especialidad*

Especialidad	N°	Porcentaje	% acumulado
MEDICO CIRUJANO	9	40.91%	40.91%
PEDIATRIA	3	13.64%	54.55%
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	2	9.09%	63.64%
MEDICINA INTERNA	2	9.09%	72.73%
CIRUGIA GENERAL	1	4.55%	77.27%
MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA	1	4.55%	81.82%
NEFROLOGIA	1	4.55%	86.36%
ONCOLOGIA MEDICA	1	4.55%	90.91%
PSIQUIATRIA	1	4.55%	95.45%
RADIOLOGIA	1	4.55%	100.00%
Total	22	100.00%	

Fuente: CMP

Fecha: 11/01/2021

Tabla 11.*Total de médicos fallecidos en Loreto mayores de 60 años*

> 60 años		%
SI	8	36.36%
NO	14	63.64%
Total	22	100.00%

Fuente: CMP

Fecha: 11/01/2021

4.4 Calidad de la prestación de los servicios de salud en Loreto

Para medir la calidad de los servicios se cuentan con estándares e indicadores que nos permiten medir, controlar y examinar el logro de los objetivos y metas establecidos. Algunos indicadores son de fácil medición y bastantes objetivos como los indicadores cuantitativos o de dimensión del desempeño; contrario a ello, los indicadores cualitativos o del ámbito de control son más complejos de medir debido a que se miden a través de los estándares de eficiencia, eficacia, economía, entre otros.

La calidad depende del sector de las políticas y las características que se deseen medir donde a pesar de las similitudes no se llegan a acuerdos universales. En el escenario peruano, la rama que se encarga de medir el nivel de excelencia de los servicios de atención médica a nivel de sus procesos es la Auditoría Médica. Esta nos da libertad de diseñar el flujo de procesos y hacer una medición cuantitativa de cada uno de los insumos y actividades, y a través de un check list medir el porcentaje de cumplimiento de los procesos; sin embargo, esta metodología es bastante positivista y poco útil en el contexto de esta tesis ya que no permite tener el alcance que se busca. Por lo tanto, sin salir de la metodología estándar decidimos buscar un segundo camino por la valoración de la excelencia en la prestación de atención.

El enfoque empleado se basó en la Normativa Técnica Número 001-2022-PCM-SGP, conocida como la 'Normativa Técnica para el adecuado manejo de la excelencia en la prestación de servicios dentro del ámbito gubernamental', la cual fue ratificada mediante la Resolución emitida por la Secretaría de Gestión Pública bajo el número 011-2022-PCM/SGP. La cual consta con un Cuestionario de 7 criterios y 29 preguntas para medición de la Calidad, para la valoración de cada pregunta se tuvo como base las respuestas de las entrevistas aplicadas a la población objetivo, Después de asignar una puntuación a cada pregunta dentro de cada componente, se procedió a agregar los puntajes obtenidos de todas las preguntas para calcular la puntuación total.

Seguidamente, esta suma fue multiplicada por el porcentaje de peso asignado a cada componente según lo establecido en la Normativa de la PCM, con el fin de obtener una calificación ponderada. Por último, para determinar el Nivel de Calidad de la Región Loreto, se optó por dividir los resultados en quintiles.

La región Loreto tiene determinantes sociales que influyeron en la excelencia de las prestaciones ofrecidas en los servicios de atención médica; razón por la cual, para evitar el sesgo de que estos hayan influido directamente en los resultados, se buscó una región comparativa con determinantes similares, como es el caso de San Martín, que también pertenece a la amazonia peruana y tiene similar cultura y valores.

Loreto tiene una población de 883 510 habitantes (INEI, 2018) y 456 médicos, de los cuales 109 son especialistas (MINSA, 2017); mientras San Martín tiene una población de 813 381 habitantes (INEI,2018) y 405 médicos, de los cuales 113 son especialistas (MINSA, 2017). Por estas similitudes se escogió como comparativo para evitar que los parámetros sociales que influyen en el bienestar y la salud no influyeran directamente en el objetivo de medir la calidad de las prestaciones de salud que se dieron.

En cuanto al plan para enfrentar al COVID-19 en Loreto, este fue uno de los puntos más deficientes. La sede regional para la gestión de emergencias operativas (COER) estaba institucionalizado y tenía un plan vigente para afrontar un estado de emergencia sanitario aprobado desde el 2016, pero por alguna razón no se implementó. Ello conllevó a que los infectólogos del Hospital Regional se organizaran y coordinaran con el médico infectólogo de EsSalud Iquitos con el objetivo de crear un plan que tampoco fue implementado. Sin embargo, con cambios en la dirección general del Hospital Regional y en la DIRESA Loreto se dieron algunos cambios sobre la marcha, que se detallan en el capítulo 6, pero en este punto definitivamente hubo un componente de baja calidad.

Respecto a la disponibilidad de materiales, insumos y medicinas, se evaluó la existencia de estos y se evidenció una deficiencia sostenida de años. Existen problemas básicos como el acceso a agua y desagüe las 24 horas del día. Además, el equipamiento e insumos son insuficientes durante demandas regulares y durante esta pandemia se evidenciaron necesidades muy superiores a lo usual.

Asimismo, medicamentos como paracetamol, relajantes musculares y sedantes para entubar a los pacientes se agotaron rápidamente, al igual que el oxígeno. Asimismo, se observó unos escasos de equipos de protección como guantes, mascarillas N95 y EPP, los cuales resultan indispensable para cuidar a individuos afectados por el virus COVID-19. Por tales razones en este punto la calificación sobre la calidad es baja.

En cuanto a los recursos humanos suficientes y especializados, desde el comienzo del brote de la pandemia, el equipo de trabajo especializado era escaso. En su mayoría era personas con más de 60 años, por lo cual pidieron licencias para salvaguardar su salud. En otros casos, optaron por una licencia sin goce de haberes o incluso renunciaron. En ese escenario, personal no especializado se hizo cargo de los pacientes positivos a COVID-19 junto a los bachilleres y alumnos de medicina, así como de otras carreras de expertos en medicina. En esta situación específica, se proveyó el servicio de salud, pero de baja calidad debido a que no se contaba con especialistas. Por ejemplo, la UCI del Hospital Regional tenía 6 camas y con todas las gestiones se lograron incrementar a 16 camas, pero después de eso el oxígeno fue insuficiente y los pacientes de la hospitalización regular (que fue todo el hospital) tuvo que conseguir su propio oxígeno para continuar con la atención, y a pesar de todos los pacientes seguían llegando. Se contó con el puente aéreo para referencias, pero este se dio a un ritmo muy por debajo de lo necesario. Además, que las ciudades receptoras también se encontraban con sobrecapacidad de sus camas UCI. En este estado multicausal llevó a que en muchos casos no se pudieran resolver en gran medida los problemas de la población.

Sumado a lo anterior descrito, la disponibilidad de medicinas fue también un problema serio. Los pacientes de EsSalud, en gran parte del tiempo, se mantuvieron abastecidos y se enviaban los medicamentos necesarios para que sean atendidos en el Hospital Regional, pero los pacientes que se atendían bajo la modalidad SIS sufrieron un desabastecimiento temprano. La población de Loreto recurría al sector privado para abastecerse de medicamentos, pero estos se incrementaron en un 300% y también eran escasos.

Sobre la capacitación del personal, se observó que los médicos y enfermeras atienden por “competencias”. Al existir unos escasos de especialistas, la atención lo brinda el profesional que tiene experiencia en la atención de un mismo de pacientes, de patologías o de órganos. Si bien es cierto que el profesional cuenta con la experiencia que adquiere en la práctica, este no puede reemplazar un Residentado médico o de enfermería ya que la certificación universitaria y la capacitación por “competencias mínimas” (que son los mínimos escenarios y conocimientos que deberían tener para considerarse especialistas en un tema) son la metodología formativa académica reconocida a nivel mundial en salud, algunos procedimientos solo pueden ser aprendidos a través de esta modalidad de formación académica.

El personal de salud loretano se expuso al igual que los pacientes por su vocación de servicio e incluso no regresaban a sus hogares por sobrellevar la situación de emergencia sanitaria; tratando con el mayor respeto posible a los pacientes. Muchos profesionales de la salud dieron su vida por atender en la pandemia e incluso mucho de ellos atendían con los síntomas del COVID-19 debido a la falta de personal y a la alta demanda de casos.

Según la valoración otorgada a cada factor, el puntaje obtenido es 4 el cual evidencia que hubo una **BAJA** calidad de las prestaciones de bienestar durante la crisis sanitaria provocada por la pandemia del COVID-19 en Loreto.

Al ser la calidad algo imprescindible para lograr el éxito de una prestación de salud, y habiendo obtenido una puntuación cuando la puntuación se sitúa por debajo del cincuenta por ciento del puntaje máximo esperado, esto se señala como un factor directo que contribuye al aumento de la incidencia y la mortalidad por enfermedades médicas durante la crisis del COVID-19 en la región de Loreto.

Con la misma metodología de medición del estándar de los servicios de atención médica se obtiene para San Martín. Las atenciones fueron similares en todos los casos y hubo periodos de limitación del oxígeno que rápidamente se resolvieron; por lo cual, se puede considerar este punto como exitoso.

Por otra parte, en al menos el 90% de los casos la cobertura SIS cubría el íntegro del costo de la prestación; en cuanto a la apertura y registro de la historia clínica se encuentra similar a Loreto. Este último es un estándar nacional en el cual aún no tenemos un sistema integrado de gestión, ni siquiera aún la gestión de registros médicos electrónicos de forma generalizada en nuestras IPRESS. Existe una gestión ordenada en los hospitales de la región y un buen control de sus indicadores por lo cual las atenciones cumplen con los estándares de acuerdo con su prioridad. Por otra parte, la DIRESA San Martín mantiene un orden en sus procesos en todos sus establecimientos de salud, por lo cual el personal de seguridad y los trabajadores en general son capacitados permanentemente. Esto les permite indicar a los usuarios los pasos a seguir para recibir los diversos tipos de prestaciones necesarias, según la patología por la cual acuden, ya sean exámenes de laboratorio, radiográficos, recojo de medicinas, entre otros; por lo cual han sido eficiente antes y durante la pandemia. No tiene puntaje perfecto debido a que existen ciertos retrasos porque la información de los hospitales no se encuentra sistematizada.

En cuanto al personal, quienes se encontraban con licencia por alguna comorbilidad se encargaron de monitorizar a los pacientes COVID leve o en fase 1; mientras que los médicos tratantes terminando la visita médica se encargaban de llamar al familiar responsable de cada paciente registrados. Al respecto, refieren que los familiares se encontraban muy satisfechos con este servicio; sin embargo, con respecto al plan preventivo de emergencias y desastres a cargo del COER, este se implementó parcialmente y las medidas se adaptaron sobre la marcha. A pesar de la mala planificación hubo un buen enfoque desde el Gobierno Regional debido a que el gobernador regional es médico, y coordinó efectivamente con su DIRESA, hospitales y establecimientos del primer nivel, pero el puntaje sigue siendo bajo porque no se implementó un plan.

En cuanto a la infraestructura y equipamiento en San Martín, está distribuida de manera homogénea entre sus principales ciudades, siendo el hospital referencial el II-2 de Tarapoto. Sin embargo, no tiene una IPRESS de tercer nivel y además los proyectos de modernización se ejecutan en los tiempos apropiados. Con respecto a los recursos, se usaron inicialmente los del COER y se terminaron rápidamente. Cabe resaltar que los insumos del COER se proyectan para manejar la primera semana de la emergencia sanitaria; sin embargo, gracias al valioso tiempo ganado de planificación entre la alerta epidemiológica y el incremento (pico) de casos en San Martín, la gestión de los hospitales y DIRESA, con el apoyo constante del Gobierno Regional de San Martín, aceleraron los procesos logísticos de compras y adquisiciones de insumos como medicamentos, reactivos, mascarillas, guantes y EPP, bajo el lema “es que mejor que sobre a que falte”. Además, existió un apoyo social al evitar la sobreexposición al COVID.

El abastecimiento de insumos médicos en todo momento superó a la demanda. Así, el peor indicador de la región fue la disparidad en el personal disponible especializados a pesar de tener más especialistas que Loreto. El personal médico está conformado, principalmente, por las especialidades más generales como medicina

interna, pediatría, cirugía y ginecología. No se encontró subespecialistas ni especialistas poco frecuentes como cirujanos de cabeza, de tórax y cardiovasculares e intensivistas debido a lo mencionado anteriormente, sobre la no existencia de IPRESS de tercer nivel. Además, los médicos mayores de edad, en su mayoría, solicitaron licencias por comorbilidades, se elevaron los sueldos de todos los profesionales de la salud, con lo cual se consiguió cubrir el déficit; sin embargo, en su gran mayoría fueron recién egresados que incluso no habían realizado el Serums (Servicio rural y urbano marginal en salud). Por lo tanto, se contó con personal no especializado y sin experiencia que repercutió en el nivel de excelencia de los servicios de atención médica para COVID en San Martín. En cuanto a la tercera subcategoría disponibilidad de recursos en general si promediamos las tres variables tuvo un impacto positivo.

Por otra parte, si tomamos en cuenta los indicadores de morbilidad y mortalidad, se evidencia que la localidad de San Martín se destaca como una de las que mejor afrontó la pandemia, por lo cual se infiere que los usuarios ven solucionados sus necesidades de salud. Al mismo tiempo las medicinas, como ya se explicó, en promedio general siempre estuvieron disponibles a los usuarios sin importar el tipo de su aseguramiento (SIS, EsSalud, Salud Pol y Fuerzas Armadas, entre otros). En general se puede afirmar que, en cuanto a la cuarta subcategoría, la resolutivez en la región San Martín brindó prestaciones exitosas.

Se tiene que abordar que la región tiene 8 hospitales de segundo nivel, pero al no contar con personal especializado se terminan refiriendo al Hospital II-2 Tarapoto, incluso este último no cuenta con los especialistas necesarios. Debido a la brecha nacional de especialistas se terminó contratando a muchos médicos generales para cumplir con tareas muy especializadas que disminuyó notoriamente la calidad en este aspecto. Se concluye que en esta quinta subcategoría la cualificación técnica de los profesionales dedicados a la salud fue baja.

Según la coordinadora de talento humano COVID de la región, y de los profesionales restantes, al menos un 80% solicitó su reubicación en áreas no COVID. Los especialistas restantes hicieron los esfuerzos por cubrir esta brecha, pero, como ya se explicó, el peso recayó sobre médicos generales, con la consiguiente disminución de la calidad en esta sexta subcategoría que abarca las relaciones empáticas y respetuosas.

La población de San Martín tiene muchas semejanzas culturales con los ciudadanos de otras regiones de la Amazonía peruana; pero una de las principales diferencias es el orden social que tienen en sus conductas y comportamientos como comunidad. Esto sirvió tanto para cumplir con la cuarentena y las recomendaciones de las tres instancias gubernamentales a nivel nacional, regional y local, como para la comprensión de los datos proporcionados por los profesionales de la salud, el cual al tener el canal telefónico abierto para la comunicación con los familiares permitió una sensación de tranquilidad y compromiso de que las prestaciones se realizaban de la mejor manera posible. Esta séptima subcategoría de comunicación asertiva fue bastante buena.

Analizando los Criterios para la Región San Martín fueron buenas. Al respecto, obtuvieron 8 puntos lo que ubica a la región en el quintil C, como **REGULAR** calidad de los servicios de atención médica durante la crisis del COVID-19, todos estos datos obtenidos de la matriz de calidad se visualizan en las Tablas N° 12 y N° 13.

Con todo lo descrito, queda en evidencia que la región San Martín se encuentra mejor preparada a nivel de Gestión con una gran diferencia, que es mucho más amplia en el criterio de disponibilidad de recursos lo que es reflejo de coordinaciones de abastecimiento para tener una disponibilidad relativa a su necesidad de insumos.

A diferencia de lo vivido en San Martín, en Loreto, a pesar de conocer el posible desenlace fatal de atender con menos recursos de lo mínimo necesario, los trabajadores del ámbito sanitario, especialmente los médicos, atendió a los pacientes positivos a COVID-19 incrementado la morbilidad y mortalidad en un acto de total humanidad por el prójimo.

Apartando las variables no evaluadas en esta investigación, al considerar los factores sociales que influyen en el bienestar, se evidencia la administración de la salud y la voluntad política jugaron un papel primordial en los distintos resultados entre Loreto y San Martín.



Tabla 12.

Ponderación de Componentes de la Calidad según Metodología de la PCM

Nº	Componentes	Loreto		San Martín	
		TOTAL	Puntaje	TOTAL	Puntaje
1	Política pública y regulación	El bien o servicio se relaciona de manera expresa con algún objetivo prioritario de alguna política pública.	4	El bien o servicio se relaciona de manera expresa con algún objetivo prioritario de alguna política pública.	4
		TOTAL	0		2
2	Estrategia de intervención	No se tiene dimensionada la demanda no atendida para la prestación del bien o servicio.	0	Se ha establecido acciones para disminuir la demanda no atendida, sin descuidar la calidad del diseño establecido del bien o servicio.	2
		TOTAL	19		28
3	Bienes y servicios	Se ha diseñado el bien o servicio, identificando y caracterizado todos los componentes.	4	Se ha diseñado el bien o servicio, identificando y caracterizado todos los componentes.	4
		Las personas participan en la co-creación del bien o servicio.	4	Las personas participan en la co-creación del bien o servicio.	4
		No se cuenta con información que evidencie mejoras en el bien o servicio.	0	Se valida que las acciones de mejora del bien o servicio son adecuadas	3
		El bien o servicio está relacionado con alguna acción estratégica contenida en el plan estratégico de la entidad. Se encuentra dentro del PEI y POI.	4	El bien o servicio está relacionado con alguna acción estratégica contenida en el plan estratégico de la entidad. Se encuentra dentro del PEI y POI.	4
		El PEI incluye objetivos estratégicos relacionados con la calidad de la prestación del bien o servicio.	4	El PEI incluye objetivos estratégicos relacionados con la calidad de la prestación del bien o servicio.	4
		No se cuenta con evidencia de la relación del bien o servicio con algún mecanismo presupuestal.	0	El presupuesto asignado al bien o servicio toma en consideración las necesidades y expectativas de las personas.	4
		Las competencias y funciones de la o las entidades relacionadas con el bien o servicio se encuentran definidas, sin estar establecidas en los documentos de gestión organizacional correspondientes.	3	Las competencias y funciones de la o las entidades relacionadas con el bien o servicio se encuentran definidas, sin estar establecidas en los documentos de gestión organizacional correspondientes.	3
		El bien o servicio no cuenta con servidores necesarios (cantidad) y competentes (perfil) para su prestación.	0	Se ha dimensionado la dotación del personal para la realización del bien o servicio y se han identificado los perfiles necesarios	2
		TOTAL	1		5

		Se ha planificado realizar una evaluación de las necesidades de fortalecer capacidades, tomando en cuenta el bien o servicio priorizado	1	Se realiza una evaluación de las necesidades de fortalecer capacidades, tomando en cuenta el bien o servicio priorizado	2
4	Gestión interna	Los recursos tecnológicos que se utilizan para la prestación del bien o servicio no es acorde a las necesidades y expectativas de las personas	0	La entidad ha realizado ajustes en los recursos tecnológicos para alinearse con el diseño del bien o servicio	1
5		No se han identificado las necesidades de bienes, servicios e infraestructura en el bien o servicio priorizado	0	Se han identificado y dimensionado las necesidades de bienes, servicios e infraestructura para alinearse con el diseño del bien o servicio	1
6		No se verifica que el bien o servicio se ejecute de acuerdo con lo diseñado	0	No se verifica que el bien o servicio se ejecute de acuerdo con lo diseñado	0
7		No se ha implementado el enfoque de procesos	0	Se ha desarrollado acciones aisladas referidas con la implementación del enfoque de procesos	1
TOTAL			3		7
8	Resultados	Se realiza el seguimiento sobre los resultados del bien o servicio, y se toman acciones como resultado de dicho seguimiento	3	Se realiza el seguimiento sobre los resultados del bien o servicio, y se toman acciones como resultado de dicho seguimiento, de manera recurrente	4
9		No se mide la satisfacción de las personas respecto del bien o servicio priorizado	0	Se ha establecido el mecanismo para medir la satisfacción de las personas respecto del bien o servicio priorizado	1
10		No se cuenta con información que evidencie la evaluación del impacto del bien o servicio	0	Se realiza la evaluación del impacto del bien o servicio, pero no se toman acciones como resultado de dicha evaluación	2
TOTAL			0		0
11	Seguimiento, evaluación y mejora continua	No se han realizado mejoras en el componente	0	No se han realizado mejoras en el componente	0
12		No se han realizado mejoras en el componente	0	No se han realizado mejoras en el componente	0
13		No se han realizado mejoras en el componente	0	No se han realizado mejoras en el componente	0
14		No se han realizado mejoras en el componente	0	No se han realizado mejoras en el componente	0
15		No se han realizado mejoras en el componente	0	No se han realizado mejoras en el componente	0
TOTAL			7		8
	Estado Abierto	Se ha identificado y recogido la información que puede ser publicada a raíz de la prestación del bien o servicio	2	Se ha identificado y recogido la información que puede ser publicada a raíz de la prestación del bien o servicio	2

	Se realizan acciones para la participación de las personas, pero no se toman acciones como consecuencia de la misma en favor del servicio	2	Se realizan acciones para la participación de manera esporádica y se toman acciones como consecuencia de la misma en favor del servicio	3
	Se realiza informes de rendición de cuentas sobre los resultados de la prestación del bien o servicio y son publicados a la ciudadanía	3	Se realiza informes de rendición de cuentas sobre los resultados de la prestación del bien o servicio y son publicados a la ciudadanía	3
16	No se cuenta con información que evidencie la generación de incentivos, condiciones u otras acciones para evitar casos de corrupción en la prestación del bien o servicio.	0	No se cuenta con información que evidencie la generación de incentivos, condiciones u otras acciones para evitar casos de corrupción en la prestación del bien o servicio.	0

LEYENDA:

** El puntaje máximo total es 18 puntos, la mejor calidad de prestaciones de salud posible, se decidió dividir en quintiles:

Quintil E: 0-3 = Muy baja calidad de prestaciones de servicios de salud.

Quintil D: 4 - 7= Baja calidad de prestaciones de servicios de salud.

Quintil C: 8 - 11 = Regular calidad de prestaciones de servicios de salud.

Quintil B: 12 - 15 = Buena calidad de prestaciones de servicios de salud.

Quintil A: 16 - 18 = Muy buena calidad de prestaciones de servicios de salud.

Tabla 13.

Resultados del Nivel de la Calidad

Componente	Peso	Total Loreto	Total San Martín
Política pública y regulación	10%	0.4	0.4
Estrategia de intervención	10%	0.0	0.2
Bienes y servicios	15%	2.9	4.2
Gestión interna	20%	0.2	1.0
Resultados	20%	0.6	1.4
Seguimiento, evaluación y mejora continua	20%	0.0	0.0
Estado abierto	5%	0.4	0.4
	100%	4	8

4.5 Factores de la administración pública que han incidido en la calidad de la prestación de servicios de salud durante la pandemia en la Región Loreto

Dentro de la población objetivo se buscó a los candidatos a entrevistar, como puede apreciarse en el Anexo N° 1. La guía de entrevistas se elaboró de acuerdo con el diagrama de Ishikawa, como se puede apreciar en el Anexo N° 2, y una vez obtenidas las entrevistas se trianguló la información de los entrevistados con toda la evidencia disponible, ya sea en la prensa o en la data oficial del gobierno a través de su portal de transparencia.

Como se detalla en el Anexo N° 1, la muestra inició con médicos del Hospital Regional de Loreto y luego con profesionales no médicos del Hospital Regional de Loreto. En el mismo hospital se entrevistó a personal administrativo y relacionado a la gestión hospitalaria. Se entrevistó también a personal de salud de los otros hospitales de la ciudad de Iquitos como son el Hospital de Apoyo Iquitos y el Hospital EsSalud Iquitos. De igual forma, se entrevistó a personal de asistencia de la periferia de Loreto pertenecientes al Centro de Salud I-3 Pebas. Por último, se entrevistó a personal administrativo y de alta gestión de la DIRESA Loreto.

Por otra parte, en la investigación también se emplea la metodología comparada por lo cual se entrevistó por igual a personal asistencial y administrativo de la DIRESA San Martín. Cabe resaltar que en ambos casos el personal fue de distintos grupos etarios (tanto recién egresados como muy experimentados), ambos sexos, solteros y casados, siempre se trató de buscar la mayor heterogeneidad dentro del grupo de trabajadores del sector salud público.

A continuación, se detallan los resultados alcanzados por cada variable según a las afirmaciones de los entrevistados **(ver Anexo 6 y Anexo 7)**.

a) Factor de Recursos Humanos

Respecto a este primer factor analizado a partir de los encuentros llevados a cabo con los expertos del ámbito médico, se evidencia que en la Región Loreto la situación del personal durante la primera ola fue precaria debido a las siguientes situaciones:

- **Calidad universitaria:** No existe una óptima oferta de formación de profesionales en Medicina, esto conllevó a que se contrataran bachilleres por la falta de médicos, asimismo, por la falta de especialistas, muchos médicos de otras regiones fueron a Loreto para atender la emergencia sanitaria y tratar de minorar la sobredemanda.
- **Condiciones laborales:** Durante la pandemia, el profesional de Salud estuvo bajo inadecuadas condiciones laborales a causa de la inexistencia de pago, asimismo, el Personal de Salud se quedó a vivir en el hospital, el personal realizó turno de 24 horas y en ocasiones de 32 horas porque no había reemplazo para atender las emergencias, es decir, la brecha fue evidente.
- **Dotación del Personal:** Los establecimientos no capacitaban al personal, no se preocuparon por dotar de competencias al RRHH, asimismo, no contaban con la implementación de un plan integral de seguridad y salud laboral que asegure la bioseguridad del Personal.

b) Factor de Infraestructura y Equipamiento

A partir de la evaluación llevada a cabo de las entrevistas, la Región Loreto no contaba con Infraestructura y Equipamiento mínimo requerido para afrontar la emergencia sanitaria, siendo la situación según se detalla:

- **Infraestructura:** Los Establecimientos no tenían la capacidad instalada óptima, estaban hacinados por falta de espacios, además, el material de los nosocomios era inadecuado (madera), lo que conllevó a que se alquile una Institución Educativa para aperturar la atención COVID, en otros casos, los pasillos fueron invadidos con camas hospitalarias por falta de espacio para hospitalización y emergencia, también las condiciones de ventilación no eran las adecuadas. Un punto crucial también fue la ausencia de Plantas de suministro de oxígeno en las instalaciones de atención médica.
- **Equipamiento:** Respecto a equipamiento, existió carencia de Camas UCI, falta de ventiladores mecánicos, bombas de infusión. Para que se pueda atender a los pacientes se tuvo el apoyo de las Parroquias con donación de Camas.

c) Factor de Medicamentos, equipos médicos y artículos de higiene y cuidado personal.

La logística jugó un papel fundamental en la excelencia de la atención médica, ya que la falta de suministro oportuno de equipos de protección personal afectó directamente al personal sanitario.

- **Industria Farmacéutica:** Ausencia de industrias nacionales para provisión de insumos, medicamentos.
- **Gestión del Suministro:** El suministro de EPP, Medicamentos e Insumos fue precario debido al Desabastecimiento de los mismos durante la primera ola, los Hospitales sobrevivieron en la época más dura de la pandemia gracias a las donaciones que se hicieron por instituciones privadas o instituciones sin fines de lucro. El personal de salud usaba mascarillas recicladas por 10 a 20 días, no contaban con alcohol, papel toalla, jabón líquido, esto fue una limitante para el cumplimiento de la Bioseguridad del Personal de Salud.

d) Factor de Directivas de Salud

- **Directivas internacionales:** A nivel mundial ningún país tenía un plan para contrarrestar la pandemia, las directivas para la prevención fueron tardías.
- **Directivas nacionales:** A nivel nacional no se hizo nada al respecto, no se contaba con algo concreto, asimismo, no se hizo un control de protocolos sobre lavado de manos, cambio de guantes, el uso del alcohol.
- **Directivas regionales:** Existió falta de liderazgo y de un plan de contingencia porque no hubo un plan de respaldo.

e) Factor de Geografía

- **Accesibilidad:** La pandemia se instaló en todos los distritos de la ciudad de Iquitos, Belén, San Juan. Siendo Belén y San Juan los más golpeados. Belén, por obvias razones, por el mercado, y San Juan por ser el más extenso en territorio y población. No se distribuían los medicamentos a tiempo por el tema de la movilidad porque no había transporte.

- **Clima Tropical:** Muchos médicos y enfermeras desmayados por el EPP que era demasiado sofocante. En la selva el clima es muy caluroso y andar con el EPP, el overol, con la chaqueta, el pantalón, guantes, y los protectores faciales, es complicado. El personal sufría de deshidratación, y otros efectos.

f) **Factores Sociales**

- **Cultura y Valores:** Población con cultura distinta y estilos de vida diferentes. Nuestro poblador amazónico tiene un sentido común de la supervivencia total. Tenemos personas adultas que tienen sus tradiciones y creencias. El bajo nivel socioeconómico de las personas exige trabajar diariamente. Había aglomeraciones en los mercados. Los pobladores salían a trabajar y no había restricciones.
- **Actores Sociales:** los entrevistados refieren que mató la indiferencia y la indolencia de las autoridades, no hubo liderazgo de las autoridades tanto del gobierno regional como del director regional de salud. La DIRESA prácticamente se olvidó de las comunidades (como Pebas) porque en ese momento Iquitos estaba en un caos total.
- **Especulación del Sector Privado:** Alza excesiva de los precios de medicamentos e insumos. Influencia de las fake news eran impactantes.

Tabla 14.

Resultado de los Factores que influyeron en la Calidad de las Prestaciones de Salud

FACTORES		IQUITOS	TARAPOTO
Recursos Humanos	Calidad universitaria	Limitaciones en temas de oferta que se hacen en la formación de las facultades de medicina.	Brecha de médicos intensivistas
	Condiciones laborales	Falta de pagos RRHH se quedó a vivir en el hospital	Demora en los pagos
	Dotación del Personal	Falta de capacitaciones	Se realizaron capacitaciones
	Infraestructura	Establecimientos sin capacidad instalada óptima Existió hacinamiento El material era inadecuado Los pasillos fueron invadidos con camas	Se cuenta con hospitales de nivel II-2 implementados

Infraestructura y equipamiento	Equipamiento	Carencia de camas UCI Falta de ventiladores mecánicos Falta de Planta de Oxígeno propia	Cuentan con 01 planta de oxígeno, camas UCI
Productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios	Industria Farmacéutica	Ausencia de industrias nacionales para provisión de insumos, medicamentos	Ausencia de industrias nacionales para provisión de insumos, medicamentos
	Gestión del Suministro	Desabastecimiento de EPP, medicamentos, insumos y pruebas rápidas	En cierto sentido se gestionó, y no hubo desabastecimiento.
Directivas de salud	Directivas internacionales	A nivel mundial creo que todo el mundo no tenía un plan para contrarrestar esta pandemia.	A nivel mundial creo que todo el mundo no tenía un plan para contrarrestar esta pandemia.
	Directivas nacionales	No se hizo nada al respecto, nada concreto.	No se hizo nada al respecto, nada concreto.
	Directivas regionales	Falta de liderazgo y de un plan de contingencia porque no hubo un plan de respaldo	No contaban con un Plan de Contingencia
Geografía	Accesibilidad	Falta de distribución los medicamentos a tiempo por el tema de la movilidad porque no había transporte.	La accesibilidad es buena. Recibían referencias de diversos lugares
	Clima Tropical	Muchos médicos y enfermeras se han desmayados por el EPP que era demasiado sofocante.	El uso del EEP sofocaba debido al clima caluroso
Sociales	Cultura y Valores	Población con cultura distinta y estilos de vías diferentes Nuestro poblador amazónico tiene un sentido común de la supervivencia total. Tenemos personas adultas que tienen su tradiciones y creencias	Lo que más tenía que ver era la educación de la población frente a esta enfermedad
	Actores Sociales	Mató la indiferencia y la indolencia de nuestras autoridades Hemos estado sin liderazgo de las autoridades tanto del gobierno regional como del director de salud, el director regional de salud. DIRESA prácticamente se olvidó de Pebas porque en ese momento Iquitos estaba en un caos total	Se captó el convenio mediante el hospital y el GORE para abastecer a los pacientes en un 80%
	Especulación del Sector Privado	Alza excesiva de los precios de medicamentos e insumos Influencia de las fake news eran impactante	Con respecto a las farmacias los medicamentos subieron de precio

CONCLUSIONES

- El nivel de excelencia en la entrega de servicios médicos durante la pandemia en la Región Loreto fue baja.
- La falta de recursos (humanos, materiales, equipamiento), condiciones inadecuadas de infraestructura y laborales, son factores que influyeron en el estándar de excelencia en la provisión de servicios de atención médica, asimismo contribuyó directamente en la elevada morbimortalidad médica durante la pandemia en Loreto.
- La cultura y valores de los loretanos retroalimentó negativamente los determinantes estructurales e intermedios de la salud, lo cual se refuerza en un aislamiento socioeconómico, cultural, educativo y geopolítico.
- La Organización del Sistema de Salud Loretano no se enfocó en fortalecer el primer nivel de atención lo que conllevó a una saturación del segundo y tercer nivel de salud.
- Los niveles de morbilidad y mortalidad del personal médico, se debió a que el personal médico realizaba sus actividades en condiciones laborales inadecuadas, no contaban con los insumos médicos necesarios y las jornadas laborales se extendían por largas horas sin pausas de descanso, debido a los elevados números de pacientes COVID que requerían atención médica.
- Periódicamente, las epidemias vuelven para evidenciar nuestra fragilidad frente a las disparidades sociales y las deficiencias de nuestro sistema de atención médica.
- Reflexionar sobre lo ocurrido nos ayuda a que individuos, organizaciones y naciones adopten una perspectiva de futuro respecto a sus éxitos, desafíos y potenciales.
- Es responsabilidad de los Estados democráticos garantizar la seguridad y bienestar de sus habitantes usando estrategias y Políticas Públicas en Salud innovadoras, con un diseño centrado en los requerimientos más elementales de la sociedad.

RECOMENDACIONES

- La administración y prevención son importantes para tener control sobre la pandemia. Según la experiencia de la periferia de Loreto, y de la región San Martín, demuestran que una gestión eficaz y preventiva puede mantener bajo control los niveles de contagio del COVID-19. Por ello, las metas de largo plazo en el ámbito de la salud pública deben ir dirigidos a mejorar su infraestructura y fortalecer la educación de los especialistas en el campo de la salud, a corto plazo es necesario mejorar las condiciones de trabajo del personal sanitario con el objetivo de favorecer la permanencia del recurso humano especializado en la región Loreto.
- Se debe contar con una política que tenga por componentes la difusión y generación de información con el propósito de sensibilizar a los habitantes de Loreto acerca de la relevancia de seguir las pautas de distanciamiento social y usar de manera adecuada los dispositivos de protección personal, entre otras, a fin de tener un cambio en la conducta social de dicha población.
- Se deben mejorar y fortalecer la provisión de servicios de salud a nivel nacional y promover una mayor transparencia y ética en la gestión pública
- Llevar a cabo una administración eficiente de los recursos públicos y fomentar la formación de comunidades seguras.
- El uso de la Tecnología tiene un gran potencial con el fin de disminuir las disparidades en la disponibilidad de servicios de atención médica primaria. La telemedicina, complementa la Atención Primaria en Salud y puede contribuir a lograr una mayor cobertura de los Servicios sanitarios.
- Se requiere una mejora en la administración gubernamental mediante la implementación de un enfoque de gobierno transparente y participativo, es decir más accesible, receptivo y responsable ante los ciudadanos. Además, con Transparencia y acceso a la información pública. Que fomente la participación Ciudadana y la Rendición de cuentas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (2005) *Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Documento oficial. Borrador para discusión.* (s.f.) *Sistemas de salud.* Organización Panamericana de la Salud.
https://www.paho.org/per/index.php?option=com_content&view=article&id=3735:sistemas-de-salud&Itemid=1064
- (2020). *Alerta Epidemiológica Nuevo coronavirus (nCoV).*
- Alcalde, J., Lazo, O. & Nigenda, G. (2011). Sistema de salud de Perú. *Salud pública de México*, 53(2), s243-s254.
- Alva, M. (17 de abril de 2009) *El “concepto” de administración pública en la legislación peruana.* Blog de Mario Alva Matteucci.
<http://blog.pucp.edu.pe/blog/blogdemarioalva/2009/04/17/el-concepto-de-administracion-publica-en-la-legislacion-peruana/>
- Asociación Interamericana de Desarrollo de la Selva Peruana (AIDSESP). (2020). *Pronunciamiento: ¡Emergencia Indígena ante el Coronavirus!*
<http://www.aidsep.org.pe/sites/default/files/media/noticia/pronunciamiento%20frente%20al%20coronavirus.pdf>
- BAANANTE, M. J. (2006). *Estudio sobre los Recursos Humanos en Salud en Perú: Gestión, Distribución, Normatividad, Regulación, Condiciones laborales y salariales y Formación.* Obtenido de
http://www.grade.org.pe/upload/publicaciones/archivo/download/pubs/Informe_Final_RRHH_Salud_GRADE.pdf
- Bardach, Eugene. (1998). *Los ocho pasos para el análisis de políticas públicas. Un manual para la práctica.* CIDE.
- Bhal, P., Doolan, C., De Silva, C., Chughtai, A., Bourouiba, L. & MacIntyre, C. (2020). Airborne or droplet precautions for health workers treating COVID-19? *The Journal of infectious diseases*, xx (xxxxxx). <https://doi.org/10.1093/infdis/jiaa189>
- Cárdenas, E., Juárez, C., Moscos, R. & Vivas, J. (2017). *Determinantes sociales en salud.*
- Cardona, Jorge. (1998). La salud pública en período de crisis. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 14(3), 286–294.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251998000300015

Carlos , E., César , F., & Sonia , L. (2007). Obtenido de Políticas para eliminar las barreras geográficas en salud: <https://cies.org.pe/investigacion/politicas-para-eliminar-las-barreras-geografias-en-salud/?vietnam/2022-10-0547896.html>

CDC COVID-19 Response Team. (2020) Characteristics of Health Care Personnel with COVID-19 — United States, February 12–April 9, 2020. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 69(12), 477–481.
https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/mm6915e6.htm?s_cid=mm6915e6_w

Cena, R. & Dettano, A. (10 de noviembre de 2020). *Políticas sociales y emociones en el marco del COVID-19: sobre viejos “nuevos” debates e intersticios*. CLACSO.
<https://www.clacso.org/politicas-sociales-y-emociones-en-el-marco-del-covid-19-sobre-viejos-nuevos-debates-e-intersticios/>

Centro Nacional de Estimación, Prevención y Reducción del Riesgo de Desastres. (2020). *Cenepred.gob.pe*. Obtenido de Cenepred.gob.pe:
https://sigrid.cenepred.gob.pe/sigridv3/storage/biblioteca//10961_escenario-de-riesgo-por-covid-19-para-la-ciudad-de-iqitos-provincia-maynas-y-departamento-loreto.pdf

Cetrángolo, O., Bertranou, F. Casanova, L. & Casalí, P. (2013). *El sistema de salud del Perú: situación actual y estrategias para orientar la extensión de la cobertura contributiva*. Organización Internación de Trabajo.

Chilca, M., Pérez, W., Loayza, J. & Huapaya, F. (2018) *Información de Recursos Humanos en el Sector Salud, Perú 2017*. Lima.
<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4559.pdf>

Collan López, C. V., & Risco García, C. R. (2021). Obtenido de Estrategia de comunicación y gestión pública en tiempos de Covid-19 durante el periodo marzo – junio 2020:
https://repositorioacademico.upc.edu.pe/bitstream/handle/10757/657697/CollanL_C.pdf?sequence=3&isAllowed=y

Cueto, Marcos (2022) *Salud en Emergencia Penguin grupo editorial*

Delgado, M., Vázquez, M. & Moraes, L. (2010). Calidad en los servicios de salud desde los marcos de sentido de diferentes actores sociales en Colombia y Brasil. *Revista de Salud Pública*, 12(4), 533-545.

Departamento Nacional de Planeación de Colombia. (2019). *Guía para la construcción y estandarización de la Cadena de valor*.

- DIGEMID. (2017). Obtenido de Sistema de Suministro de Medicamentos e Insumos Médico Gestión y Procesos :
[https://www.digemid.minsa.gob.pe/UpLoad/UpLoaded/PDF/Acceso/URM/GestionURMT rabSalud/ReunionTecnica/VIII/D%C3%ACa1/SismedInsumoMedico.pdf](https://www.digemid.minsa.gob.pe/UpLoad/UpLoaded/PDF/Acceso/URM/GestionURMT%20rabSalud/ReunionTecnica/VIII/D%C3%ACa1/SismedInsumoMedico.pdf)
- Durand F, Salcedo E. Beteta E., (2020) Patologías del Sistema de Salud Peruano PUCP Fondo Editorial
- Donabedian, Avedis. (1990) La dimensión internacional de la evaluación y garantía de la calidad. *Salud Publica Mex [Internet]*, 32(2).
<https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5280>
- Dussauge, M. (2005) ¿Servicio civil de carrera o servicio civil de empleo? Una breve discusión conceptual. *Revista Servicio Profesional de Carrera*.
- Folgueira, M., Muñoz-Ruipérez, C., Alonso-López, M. & Delgado, R. (2020). SARS-CoV-2 infection in Health Care Workers in a large public hospital in Madrid, Spain, during March 2020. *medRxiv*.
<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.04.07.20055723v2.full.pdf+html>
- Fondo para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas de América Latina y el Caribe (FILAC). (2020). *Nuestra declaración frente a la pandemia del Covid-19*.
<http://www.filac.org/wp/wp-content/uploads/2020/03/Declaracio%CC%81n-FILAC.pdf>
- Galán-Rodas, E., Tarazona-Fernández, A., & Palacios-Celi, M. (2020). *Acta Medica Peru*. Obtenido de Riesgo y muerte de los médicos a 100 días del estado:
<http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v37n2/1728-5917-amp-37-02-119.pdf>
- García-Basteiro, A. L., Moncunill, G., Tortajada, M., Vidal, M. & et al. (2020) Seroprevalence of antibodies against SARS-CoV-2 among health care workers in a large Spanish reference hospital. *Nature communications*, 11(1), 1-9.
<https://www.nature.com/articles/s41467-020-17318-x>
- Gobierno Regional de Loreto. (2008). *Plan Estratégico de la Dirección Regional de Salud de Loreto 2007 -2012*.
- González, Diego. (2014). Prólogo: Salud pública en el Perú: Aproximaciones y nuevos horizontes en A. Alcántara, I. Alva; Pablo Anamaria; et al, *Salud pública en el Perú: Aproximaciones y nuevos horizontes*. Ministerio de Salud & Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- Guan, W., Ni, Z., Hu, Y., Liang, W., Ou, C., et al. (2020). Clinical characteristics of coronavirus disease 2019 in China. *The New England journal of medicine*, 382(18), 1708-1720. DOI: 10.1056/NEJMoa2002032

Heinzerling, A., Stuckey, P., Scheuer, T., Xu, K., Perkins, K, et al. (2020) Transmission of COVID-19 to health care personnel during exposures to a hospitalized patient—Solano County, California, February 2020. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 69(15), 472-476.

Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). (2018). *Perfil Sociodemográfico del Perú*.

Kluytmans, M., Buiting, A., Pas, S., Bentvelsen, R. & et al. (2020). SARS-CoV-2 infection in 86 healthcare workers in two Dutch hospitals in March 2020. *medRxiv*.
<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.03.23.20041913v3>

León, Z. P. (s.f.). *REFORMA DEL SISTEMA SANITARIO Y DE SALUD*. Obtenido de <https://cies.org.pe/publicaciones/reforma-del-sistema-sanitario-y-de-salud-balance-de-investigacion-2016-2021-y-agenda-de-investigacion-2021-2026/>

Liu M, Cheng S, Xu K, Yang Y, Zhu Q, Zhang H et al. (2020). Use of personal protective equipment against coronavirus disease 2019 by healthcare professionals in Wuhan, China: cross sectional study. *BMJ*, 369. doi:10.1136/bmj.m2195

Llerena, S. L. (2022). Obtenido de Revisión de las estrategias usadas en la gestión pública durante la pandemia del covid-19:
<https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/1502>

Longo, F. (2002). *Marco analítico para el diagnóstico institucional de sistemas de servicio civil. Informe elaborado para el Diálogo Regional de Políticas del banco Interamericano de Desarrollo*.

Macedo, J. (s.f.). Obtenido de PROBLEMÁTICA DE LA SALUD EN LOS PUEBLOS:
[https://www2.congreso.gob.pe/Sicr/GrupParlamentarios/indigena.nsf/vf08web/6DE4E904CFB20F6905257674007F2CB5/\\$FILE/Art.PIACongr.JoseMacedo.pdf](https://www2.congreso.gob.pe/Sicr/GrupParlamentarios/indigena.nsf/vf08web/6DE4E904CFB20F6905257674007F2CB5/$FILE/Art.PIACongr.JoseMacedo.pdf)

Martínez, R. (2013). *La profesionalización de la Función Pública: ideas para Latinoamérica*.

Matas, R. & Salvador, M. (2002). Servicio Civil en América Latina: reflexiones y propuesta tentativas. *Revista Prospectiva*.

Mecanismo de Expertos de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas (MEDPI). (06 de abril de 2020) *COVID-19 un desafío más para los pueblos indígenas*. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas.
<http://www.oacnudh.org/covid-19-un-desafio-mas-para-los-pueblos-indigenas/>

Ministerio de Salud de Chile. (2013) Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria.

<https://www.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf>

Ministerio de Salud de Perú (MINSA). (2017). *Información de Recursos Humanos en el Sector Salud*.(2011). Modelo de atención integral en salud basado en familia y comunidad.

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, (2016). *Política de Atención en Salud. “Un sistema de salud al servicio de la gente”*.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2020). Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/El-reto-del-covid-19-para-los-sistemas-de-salud-en-el-mundo.aspx>: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/El-reto-del-covid-19-para-los-sistemas-de-salud-en-el-mundo.aspx>

Ministerio de Sanidad. (2020). *Información Científica-Técnica: Enfermedad por coronavirus, COVID-19*.

https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/20200417_ITCoronavirus.pdf

Ministerio de Sanidad. (2020). *Información Científica-Técnica: Enfermedad por coronavirus, COVID-19*.

Moreno, A., López, S. & Corcho, A. (2000) Principales medidas en epidemiología. *Salud pública de México*, 42(4), 337-348.

Ocampo-Rodríguez, M. V., Betancourt-Urrutia, V. F., Montoya-Rojas, J. P., & Bautista-Botton, D. C. (2013) Sistemas y modelos de salud, su incidencia en las redes integradas de servicios de salud. *Revista de Gerencia y Políticas de Salud*, 12(24), 114-129.

OMS. (s.f.). Obtenido de Determinantes sociales de la salud:

<https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>

Organización Mundial de la Salud. (s.f.) *Temas de salud*., <https://www.who.int/topics/mortality/es/>

Organización Panamericana de la Salud.

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. (s.f.). *Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud.:

https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52414/COVID-19SitRep3_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Ponce de León, Z. (2021). Obtenido de Sistema de Salud en el Perú y el COVID-19:
<https://repositorio.pucp.edu.pe/index/handle/123456789/176598>

Rivas, G. & Suaznabar, C. (2020) *Respuestas al COVID-19 desde la ciencia, la innovación y el desarrollo productivo*. <https://publications.iadb.org/es/respuestas-al-covid-19-desde-la-ciencia-la-innovacion-y-el-desarrollo-productivo>

Robles-Guerrero, L. R. (s.f.). Obtenido de Importancia de la función normativa de la Autoridad de Salud Nacional para el control de problemas de salud pública:
<http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v72n4/a10v72n4.pdf>

RPP. (11 de mayo de 2020). *Carlos Calampa: "En la periferia de Iquitos los médicos están abandonando los centros de salud" [AUDIOS]*. RPP.
<https://rpp.pe/peru/actualidad/coronavirus-en-peru-carlos-calampa-en-la-periferia-de-iquitos-los-medicos-estan-abandonando-los-centros-de-salud-audios-noticia-1264844?ref=rpp>

Sampieri, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2014). *Fundamentos de metodología de la investigación*. McGraw Hill.

Seguro Integral de Salud (SIS). (2014). *Seguro Integral de Salud: Informe anual. Julio 2012 – julio 2013*.

Stein, E., Tommasi, M., Echebarría, K., Payne, J., Lora, E. & Morrison N. (2006). *La política de las políticas públicas: progreso económico y social en América Latina: informe 2006*.

Susan Yanett Mateo Lizarbe. (2020). Obtenido de COVID-19, REGIÓN LORETO 2020:
https://www.dge.gob.pe/portalnuevo/wpcontent/uploads/2020/09/Pres_COVID19_2smateo.pdf

UNIVERSIDAD DE LIMA. (2020). *NOTICIAS FALSAS EN TIEMPOS DE PANDEMIA*. Obtenido de NOTICIAS FALSAS EN TIEMPOS DE PANDEMIA:
<https://www.ulima.edu.pe/entrevista/julio-cesar-mateus-08-05-2020>

Vera, F., Adler, V. & Uribe, M. (2020) *¿Qué podemos hacer para responder al COVID-19 en la ciudad informal?* <https://publications.iadb.org/es/que-podemos-hacer-para-responder-al-covid-19-en-la-ciudad-informal>

Wang, D., Hu, B., & Hu, C. (2020). Clinical Characteristics of 138 Hospitalized Patients With 2019 Novel Coronavirus–Infected Pneumonia in Wuhan, China. *JAMA - Journal of the American Medical Association*, 1061-1096.
doi:10.1001/jama.2020.1585

Wang, D., Hu, B., Hu, C., Zhu, F., Liu, X., & et al. (2020). Clinical Characteristics of 138 Hospitalized Patients With 2019 Novel Coronavirus–Infected Pneumonia in Wuhan, China. *JAMA - Journal of the American Medical Association*, 323(11), 1061–1069. doi:10.1001/jama.2020.1585

Wang, J., Zhou, M. & Liu, F. (2020) Reasons for healthcare workers becoming infected with novel coronavirus disease 2019 (COVID-19) in China. *Journal of Hospital Infection*, 105 (1), 100-101. [https://www.journalofhospitalinfection.com/article/S0195-6701\(20\)30101-8/fulltext](https://www.journalofhospitalinfection.com/article/S0195-6701(20)30101-8/fulltext)

Yturriaga, O. A. (s.f.). *Gestión de recursos humanos en salud en el Perú, indicadores en el contexto de la pandemia del covid 19*. Obtenido de Gestión de recursos humanos en salud en el Perú, indicadores en el contexto de la pandemia del covid 19: <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/2481/3667>

Zhan, M., Qin, Y., Xue, X. & Zhue, S. (2020). Death from Covid-19 of 23 health care workers in China. *New England Journal of Medicine*, 282 (23), 2267-2268. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32294342/>

NORMATIVA

Congreso de la República.

- Proyecto de Ley 5613/2020-CR, Proyecto de ley que autoriza el uso del oxígeno al 93% de porcentaje de concentración para fine terapéuticos y medicinales.
- Ley N° 25035. Lima, 30 de mayo de 1989. Gobierno Regional de Loreto
- Resolución Ejecutiva Regional N° 164-2015-GRL-P. Loreto., 27 de febrero de 2015.

Presidencia de la República.

- Decreto Supremo N° 008-2020-SA. Lima, 11 de marzo de 2020.
- Decreto de Urgencia N° 014-2019. Lima, 19 de noviembre de 2019.

BASE DE DATOS

- Confederación Médica Latino Iberoamericana (<https://www.confemel.com/>)
- Colegio Médico del Perú (<https://www.cmp.org.pe/medicos-fallecidos-por-covid-19-en-iberoamerica/>)
- Centro Nacional de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud (<http://sol.cenares.minsa.gob.pe:8080/covid19.xhtml>)
- The CIA World Factbook (<https://www.cia.gov/the-world-factbook>)

ANEXOS:

ANEXO 1

RELACIÓN DE ENTREVISTADOS

Orden	Fecha	Profesión	Cargo durante la pandemia COVID-19	Perfil	Institución	Lugar	Sexo
1	17/09/2020	Médico cirujano	Jefe del servicio de emergencia	Asistencial	Hospital Regional de Loreto	Iquitos, Maynas, Loreto	Masculino
2	2/10/2020	Médico cirujano	Médico residente de segundo año de la especialidad de medicina interna	Asistencial	Hospital Regional de Loreto	Iquitos, Maynas, Loreto	Femenino
3	3/10/2020	Obstetra	Atención integral sobre salud sexual en las gestantes con COVID y organización de los servicios de atención COVID	Administrativo	Dirección Regional de Salud Loreto	Iquitos, Maynas, Loreto	Femenino
4	10/10/2020	Médico cirujano	Médico auditor	Administrativo	Hospital Regional de Loreto	Iquitos, Maynas, Loreto	Femenino
5	10/10/2020	Enfermera	Enfermera COVID	Asistencial	Hospital Regional de Loreto	Iquitos, Maynas, Loreto	Femenino
6	8/11/2020	Médico cirujano	Médico residente de segundo año de la especialidad de pediatría	Asistencial	Hospital de Apoyo Iquitos	Iquitos, Maynas, Loreto	Femenino
7	12/01/2021	Enfermera	Enfermera COVID	Asistencial	C.S. I-3 Pebas	Pebas, Mariscal Ramón Castilla, Loreto	Femenino
8	13/01/2021	Médico cirujano	Médico serums	Asistencial	C.S. I-3 Pebas	Pebas, Mariscal Ramón Castilla, Loreto	Masculino
9	25/01/2021	Médico cirujano	Médico del servicio de emergencia	Asistencial	Hospital EsSalud Iquitos	Iquitos, Maynas, Loreto	Masculino
10	2/02/2021	Médico cirujano	Médico del servicio de emergencia pediátrica	Asistencial	Hospital II-2 Tarapoto	Tarapoto, San Martín, San Martín	Masculino
11	6/02/2021	Enfermera	Enfermera intensivista en UCI COVID	Asistencial	Hospital II-2 Tarapoto	Tarapoto, San Martín, San Martín	Femenino
12	6/02/2021	Enfermera	Coordinadora COVID-19	Administrativo	Hospital II-2 Tarapoto	Tarapoto, San Martín, San Martín	Femenino
13	8/02/2021	Médico cirujano	Ex Director General/ Médico Pediatra	Administrativo	Hospital II-2 Tarapoto	Tarapoto, San Martín, San Martín	Masculino
14	9/02/2021	Enfermera	Coordinadora RHUS COVID-19	Administrativo	Hospital II-2 Tarapoto	Tarapoto, San Martín, San Martín	Femenino
15	10/02/2021	Médico cirujano	Médico patólogo, jefa del servicio de laboratorio	Administrativo	Hospital II-2 Tarapoto	Tarapoto, San Martín, San Martín	Femenino
16	15/02/2021	Médico cirujano	Médico familiar del servicio de emergencia	Asistencial	Hospital Regional de Loreto	Iquitos, Maynas, Loreto	Femenino
17	18/02/2021	Médico cirujano	Sub Directora	Administrativo	Dirección Regional de Salud Loreto	Iquitos, Maynas, Loreto	Femenino
18	19/02/2021	Médico cirujano	Médico Infectólogo	Asistencial	Hospital Regional de Loreto	Iquitos, Maynas, Loreto	Masculino

ANEXO 2

GUÍA DE ENTREVISTA

Se inicia con la lectura del Consentimiento Informado y la aceptación de parte del entrevistado, a continuación, empezamos con las preguntas que nos responderán las causas de las políticas, de la gestión y de las prestaciones del sistema de salud durante la pandemia en Loreto que produjeron una elevada morbilidad y mortalidad médica.

1. Factores de recursos humanos en salud:

- 1.1. **Calidad universitaria:** ¿Cómo influyó la oferta educativa de formación de profesionales médicos en la Región Loreto en la situación de pandemia?
- 1.2. **Condiciones laborales:** ¿Cómo influyeron las condiciones laborales de los profesionales médicos en la Región Loreto en la situación de pandemia? (pueden ser modalidad de contrataciones, estabilidad, horarios, etc.).
- 1.3. **Dotación del Personal:** ¿Cómo son las capacitaciones, inducciones, actualizaciones en el Establecimiento de Salud?

2. Factores de infraestructura y equipamiento:

- 2.1. **Infraestructura y equipamiento:** ¿Qué medidas y en qué momento se tomaron para incrementar la oferta de servicios de salud para la atención directa de casos COVID en la región Loreto? (infraestructura como hospitales COVID temporales, equipamiento como camas UCI con VM e insumos al alcance, personal que se contrató o convocatorias).

3. Factores de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos sanitarios:

- 3.1. **Industria Farmacéutica:** ¿Cuál fue el rol de la Industria Farmacéutica en la crisis de Salud por el COVID-19?
- 3.2. **Gestión del Suministro:** ¿Cómo es el abastecimiento de insumos médicos (materiales, medicamentos e insumos propiamente dichos) normalmente en la región Loreto? ¿Y cómo fue este abastecimiento durante esta pandemia en la región?

4. Factores de las Directivas de salud:

- 4.1. **Directivas internacionales:** ¿Qué opina de la actuación del Gobierno de China, OMS/OPS respecto a la pandemia COVID-19?
- 4.2. **Directivas nacionales:** ¿Cómo influyó las políticas nacionales respecto al COVID-19 en el contagio de los médicos?
- 4.3. **Directivas regionales:** ¿Cuál fue el protocolo de atención de los profesionales médicos infectados por COVID? ¿Cómo funciona?

5. Factores Geográficos:

- 5.1. **Accesibilidad:** ¿Qué tanto influyó el aislamiento y dispersión poblacional de Loreto (ubicación geográfica) con las medidas preventivas o recuperativas para la atención de población COVID, especialmente médicos? ¿qué tan influyente era este tema en la distribución de pruebas rápidas, mascarillas, EPP y otros insumos necesarios para la atención de la pandemia?
- 5.2. **Clima Tropical:** ¿Qué tanto influyó las condiciones climáticas en la calidad de atención por COVID-19 y su relación con el uso de los EPP?

6. Factores Sociales:

- 6.1. **Cultura y Valores:** ¿Cómo fueron las conductas sociales en la Región Loreto en cuanto al acatamiento del distanciamiento físico, uso de mascarillas y cuarentena?
- 6.2. **Actores Sociales:** ¿Cómo se está comportando los grupos sociales (Gremio Médico, Gobierno regional y local, Sindicatos, Prensa u otros), ¿respecto a la pandemia en la región Loreto?
- 6.3. **Especulación del Sector Privado:** ¿Cómo fue la participación del sector privado (clínicas, farmacias, etc.) durante la pandemia en la región Loreto?

Describir la morbilidad y mortalidad de médicos durante la pandemia COVID-19 en Loreto:

7. ¿Cuál son otros factores que usted considera que fueron influyentes en la situación que vivió la región Loreto, especialmente la que le tocó vivir a los médicos tratantes en el contexto de la pandemia?
8. ¿Cuáles serían sus recomendaciones para que la situación no se vuelva a presentar? (*realizar repreguntas*)
9. ¿Le gustaría agregar algún comentario?

ANEXO 3

ADQUISICIÓN DE EPP PARA REGIÓN LORETO

De la página de CENARES se obtienen las pecosas del total de adquisiciones para equipos de protección personal para la Región Loreto.

N°	Pecosa	Fecha	N°	Pecosa	Fecha	N°	Pecosa	Fecha
1	2181	2020-03-17	203	11473	2020-07-24	405	17561	2020-09-10
2	2188	2020-03-17	204	11489	2020-07-27	406	17562	2020-09-10
3	2251	2020-03-19	205	11495	2020-07-27	407	17563	2020-09-10
4	2302	2020-03-20	206	11496	2020-07-27	408	17593	2020-09-10
5	2433	2020-03-25	207	11497	2020-07-27	409	17729	2020-09-11
6	2498	2020-03-26	208	11498	2020-07-27	410	17730	2020-09-11
7	2567	2020-03-27	209	11499	2020-07-27	411	17751	2020-09-11
8	2633	2020-03-28	210	11500	2020-07-27	412	17752	2020-09-11
9	2683	2020-03-29	211	11527	2020-07-27	413	17772	2020-09-11
10	2725	2020-03-30	212	11583	2020-07-27	414	17773	2020-09-11
11	2785	2020-03-31	213	11665	2020-07-29	415	17810	2020-09-11
12	2859	2020-04-01	214	11737	2020-07-31	416	17811	2020-09-11
13	2882	2020-04-01	215	11741	2020-07-31	417	17812	2020-09-11
14	3085	2020-04-03	216	11742	2020-07-31	418	17839	2020-09-11
15	3210	2020-04-08	217	11743	2020-07-31	419	17848	2020-09-11
16	3273	2020-04-09	218	11744	2020-07-31	420	17900	2020-09-12
17	3291	2020-04-09	219	11769	2020-07-31	421	17913	2020-09-14
18	3378	2020-04-10	220	11793	2020-07-31	422	17937	2020-09-14
19	3425	2020-04-10	221	11865	2020-07-31	423	17938	2020-09-14
20	3468	2020-04-13	222	11996	2020-07-31	424	17939	2020-09-14
21	3532	2020-04-14	223	11997	2020-07-31	425	17940	2020-09-14
22	3596	2020-04-15	224	11998	2020-07-31	426	17980	2020-09-14
23	3664	2020-04-16	225	11999	2020-07-31	427	17981	2020-09-14
24	3806	2020-04-17	226	12038	2020-07-31	428	17982	2020-09-14
25	3949	2020-04-20	227	12060	2020-07-31	429	18071	2020-09-14
26	3955	2020-04-21	228	12074	2020-07-31	430	18072	2020-09-14
27	4007	2020-04-21	229	12075	2020-07-31	431	18073	2020-09-14
28	4055	2020-04-21	230	12076	2020-07-31	432	18263	2020-09-15
29	4113	2020-04-22	231	12077	2020-07-31	433	18284	2020-09-15
30	4186	2020-04-23	232	12078	2020-07-31	434	18299	2020-09-15
31	4264	2020-04-23	233	12079	2020-07-31	435	18300	2020-09-15
32	4332	2020-04-24	234	12080	2020-07-31	436	18301	2020-09-15
33	4359	2020-04-24	235	12081	2020-07-31	437	18388	2020-09-15
34	4406	2020-04-26	236	12108	2020-07-31	438	18450	2020-09-15
35	4481	2020-04-28	237	12121	2020-08-03	439	18451	2020-09-15

36	4524	2020-04-28	238	12122	2020-08-03	440	18452	2020-09-15
37	4570	2020-04-29	239	12123	2020-08-03	441	18550	2020-09-16
38	4588	2020-04-29	240	12124	2020-08-03	442	18568	2020-09-17
39	4622	2020-04-29	241	12125	2020-08-03	443	18569	2020-09-17
40	4638	2020-04-30	242	12126	2020-08-03	444	18570	2020-09-17
41	4716	2020-05-01	243	12158	2020-08-03	445	18571	2020-09-17
42	4783	2020-05-01	244	12170	2020-08-03	446	18578	2020-09-17
43	4800	2020-05-04	245	12346	2020-08-04	447	18772	2020-09-21
44	4803	2020-05-04	246	12392	2020-08-04	448	18773	2020-09-21
45	4841	2020-05-04	247	12403	2020-08-04	449	18774	2020-09-21
46	4881	2020-05-05	248	12405	2020-08-04	450	18775	2020-09-21
47	4928	2020-05-06	249	12406	2020-08-04	451	18776	2020-09-21
48	4935	2020-05-06	250	12407	2020-08-04	452	18777	2020-09-21
49	4973	2020-05-06	251	12408	2020-08-04	453	18778	2020-09-21
50	4986	2020-05-07	252	12409	2020-08-04	454	18779	2020-09-21
51	5091	2020-05-08	253	12410	2020-08-04	455	18780	2020-09-21
52	5123	2020-05-08	254	12479	2020-08-04	456	18781	2020-09-21
53	5227	2020-05-11	255	12480	2020-08-04	457	18782	2020-09-21
54	5269	2020-05-11	256	12481	2020-08-04	458	18808	2020-09-21
55	5310	2020-05-11	257	12541	2020-08-04	459	18809	2020-09-21
56	5405	2020-05-14	258	12573	2020-08-05	460	18876	2020-09-22
57	5461	2020-05-14	259	12665	2020-08-06	461	18880	2020-09-22
58	5470	2020-05-15	260	12694	2020-08-06	462	18881	2020-09-22
59	5480	2020-05-15	261	12718	2020-08-06	463	18887	2020-09-22
60	5580	2020-05-15	262	12771	2020-08-06	464	19011	2020-09-23
61	5603	2020-05-15	263	12772	2020-08-06	465	19095	2020-09-24
62	5648	2020-05-16	264	12831	2020-08-07	466	19098	2020-09-24
63	5653	2020-05-16	265	12832	2020-08-07	467	19111	2020-09-25
64	5816	2020-05-20	266	12833	2020-08-07	468	19113	2020-09-25
65	5863	2020-05-21	267	12834	2020-08-07	469	19231	2020-09-25
66	5926	2020-05-21	268	12835	2020-08-07	470	19232	2020-09-25
67	5985	2020-05-25	269	13062	2020-08-07	471	19233	2020-09-25
68	5986	2020-05-25	270	13176	2020-08-07	472	19278	2020-09-28
69	6069	2020-05-25	271	13260	2020-08-10	473	19309	2020-09-28
70	6209	2020-05-26	272	13280	2020-08-10	474	19310	2020-09-28
71	6221	2020-05-26	273	13297	2020-08-10	475	19352	2020-09-28
72	6259	2020-05-27	274	13361	2020-08-10	476	19521	2020-10-01
73	6264	2020-05-27	275	13438	2020-08-11	477	19522	2020-10-01
74	6272	2020-05-27	276	13447	2020-08-11	478	19571	2020-10-01
75	6273	2020-05-27	277	13448	2020-08-11	479	19670	2020-10-02
76	6292	2020-05-28	278	13592	2020-08-11	480	19717	2020-10-02

77	6293	2020-05-28	279	13593	2020-08-11	481	19892	2020-10-06
78	6294	2020-05-28	280	13594	2020-08-11	482	19945	2020-10-06
79	6295	2020-05-28	281	13616	2020-08-11	483	20033	2020-10-07
80	6296	2020-05-28	282	13903	2020-08-12	484	20034	2020-10-07
81	6297	2020-05-28	283	13904	2020-08-12	485	20035	2020-10-07
82	6298	2020-05-28	284	13905	2020-08-12	486	20036	2020-10-07
83	6299	2020-05-28	285	13906	2020-08-12	487	20187	2020-10-12
84	6300	2020-05-28	286	13907	2020-08-12	488	20227	2020-10-12
85	6301	2020-05-28	287	13943	2020-08-12	489	20228	2020-10-12
86	6302	2020-05-28	288	13990	2020-08-12	490	20267	2020-10-12
87	6303	2020-05-28	289	14020	2020-08-12	491	20268	2020-10-12
88	6304	2020-05-28	290	14021	2020-08-12	492	20302	2020-10-12
89	6305	2020-05-28	291	14022	2020-08-12	493	20346	2020-10-12
90	6373	2020-05-29	292	14023	2020-08-12	494	20347	2020-10-12
91	6479	2020-06-01	293	14024	2020-08-12	495	20416	2020-10-14
92	6525	2020-06-01	294	14025	2020-08-12	496	20417	2020-10-14
93	6567	2020-06-01	295	14127	2020-08-13	497	20510	2020-10-14
94	6599	2020-06-01	296	14128	2020-08-13	498	20511	2020-10-14
95	6604	2020-06-01	297	14129	2020-08-13	499	20570	2020-10-15
96	6993	2020-06-05	298	14190	2020-08-14	500	20571	2020-10-15
97	7027	2020-06-05	299	14191	2020-08-14	501	20661	2020-10-20
98	7060	2020-06-06	300	14373	2020-08-14	502	20662	2020-10-20
99	7065	2020-06-06	301	14374	2020-08-14	503	20663	2020-10-20
100	7182	2020-06-08	302	14404	2020-08-14	504	20708	2020-10-20
101	7261	2020-06-08	303	14405	2020-08-14	505	20709	2020-10-20
102	7362	2020-06-09	304	14521	2020-08-17	506	20716	2020-10-20
103	7460	2020-06-10	305	14522	2020-08-17	507	20793	2020-10-21
104	7461	2020-06-10	306	14523	2020-08-17	508	20794	2020-10-21
105	7464	2020-06-11	307	14524	2020-08-17	509	20795	2020-10-21
106	7465	2020-06-11	308	14607	2020-08-17	510	20807	2020-10-21
107	7477	2020-06-11	309	14608	2020-08-17	511	20808	2020-10-21
108	7614	2020-06-12	310	14656	2020-08-17	512	20821	2020-10-21
109	7661	2020-06-15	311	14657	2020-08-17	513	20822	2020-10-21
110	7664	2020-06-15	312	14669	2020-08-17	514	20830	2020-10-21
111	7665	2020-06-15	313	14670	2020-08-17	515	20831	2020-10-21
112	7666	2020-06-15	314	14686	2020-08-18	516	20832	2020-10-21
113	7843	2020-06-16	315	14706	2020-08-18	517	20867	2020-10-21
114	7844	2020-06-16	316	14727	2020-08-18	518	20868	2020-10-21
115	7845	2020-06-16	317	14728	2020-08-18	519	20869	2020-10-21
116	7846	2020-06-16	318	14729	2020-08-18	520	20870	2020-10-21
117	7847	2020-06-16	319	14730	2020-08-18	521	20871	2020-10-21

118	7848	2020-06-16	320	14731	2020-08-18	522	21079	2020-10-26
119	7881	2020-06-16	321	14732	2020-08-18	523	21193	2020-10-26
120	7882	2020-06-16	322	14771	2020-08-18	524	21210	2020-10-26
121	7900	2020-06-16	323	14772	2020-08-18	525	21266	2020-10-27
122	7914	2020-06-16	324	14776	2020-08-18	526	21267	2020-10-27
123	8083	2020-06-16	325	14777	2020-08-18	527	21472	2020-10-28
124	8107	2020-06-17	326	14778	2020-08-18	528	21473	2020-10-28
125	8165	2020-06-17	327	14784	2020-08-19	529	21480	2020-10-28
126	8183	2020-06-17	328	14793	2020-08-19	530	21481	2020-10-28
127	8243	2020-06-18	329	14794	2020-08-19	531	21488	2020-10-28
128	8402	2020-06-19	330	14795	2020-08-19	532	21489	2020-10-28
129	8404	2020-06-19	331	14796	2020-08-19	533	21594	2020-10-29
130	8480	2020-06-22	332	14797	2020-08-19	534	21595	2020-10-29
131	8490	2020-06-22	333	14800	2020-08-19	535	21611	2020-10-30
132	8570	2020-06-22	334	14801	2020-08-19	536	21612	2020-10-30
133	8724	2020-06-23	335	14845	2020-08-19	537	21613	2020-10-30
134	8785	2020-06-24	336	14846	2020-08-19	538	21614	2020-10-30
135	8816	2020-06-24	337	14887	2020-08-21	539	21615	2020-10-30
136	8820	2020-06-24	338	14897	2020-08-21	540	21616	2020-10-30
137	8821	2020-06-24	339	14964	2020-08-21	541	21617	2020-10-30
138	8854	2020-06-25	340	14965	2020-08-21	542	21618	2020-10-30
139	8903	2020-06-25	341	14966	2020-08-21	543	21619	2020-10-30
140	8954	2020-06-25	342	14967	2020-08-21	544	21620	2020-10-30
141	9000	2020-06-25	343	14968	2020-08-21	545	21682	2020-10-31
142	9119	2020-06-26	344	15048	2020-08-24	546	21842	2020-10-31
143	9240	2020-06-30	345	15049	2020-08-24	547	22425	2020-11-09
144	9320	2020-06-30	346	15050	2020-08-24	548	22426	2020-11-09
145	9414	2020-06-30	347	15051	2020-08-24	549	22915	2020-11-16
146	9468	2020-06-30	348	15052	2020-08-24	550	22941	2020-11-16
147	9488	2020-06-30	349	15122	2020-08-24	551	23332	2020-11-17
148	9548	2020-07-03	350	15123	2020-08-24	552	23333	2020-11-17
149	9586	2020-07-05	351	15310	2020-08-26	553	23601	2020-11-19
150	9619	2020-07-06	352	15311	2020-08-26	554	23873	2020-11-20
151	9635	2020-07-06	353	15369	2020-08-26	555	23874	2020-11-20
152	9676	2020-07-06	354	15431	2020-08-27	556	23875	2020-11-20
153	9705	2020-07-07	355	15432	2020-08-27	557	23876	2020-11-20
154	9751	2020-07-07	356	15433	2020-08-27	558	24060	2020-11-23
155	9853	2020-07-08	357	15434	2020-08-27	559	24111	2020-11-23
156	9894	2020-07-08	358	15435	2020-08-27	560	24114	2020-11-23
157	9947	2020-07-08	359	15517	2020-08-27	561	24475	2020-11-30
158	9948	2020-07-08	360	15518	2020-08-27	562	24476	2020-11-30

159	9949	2020-07-08	361	15551	2020-08-27	563	24477	2020-11-30
160	9950	2020-07-08	362	15552	2020-08-27	564	24478	2020-11-30
161	9951	2020-07-08	363	15553	2020-08-27	565	24622	2020-12-02
162	9952	2020-07-08	364	15554	2020-08-27	566	24623	2020-12-02
163	9953	2020-07-08	365	15555	2020-08-27	567	24624	2020-12-02
164	9954	2020-07-08	366	15616	2020-08-27	568	24655	2020-12-03
165	9955	2020-07-08	367	15617	2020-08-27	569	24656	2020-12-03
166	9956	2020-07-08	368	15825	2020-08-28	570	24853	2020-12-07
167	9957	2020-07-08	369	15936	2020-08-28	571	24854	2020-12-07
168	9958	2020-07-08	370	15937	2020-08-28	572	24855	2020-12-07
169	9960	2020-07-09	371	15938	2020-08-28	573	24856	2020-12-07
170	9961	2020-07-09	372	15939	2020-08-28	574	24857	2020-12-07
171	9962	2020-07-09	373	15981	2020-08-28	575	24858	2020-12-07
172	9963	2020-07-09	374	15982	2020-08-28	576	24859	2020-12-07
173	9964	2020-07-09	375	16062	2020-08-29	577	24860	2020-12-07
174	9965	2020-07-09	376	16063	2020-08-29	578	24861	2020-12-07
175	9982	2020-07-09	377	16064	2020-08-29	579	24864	2020-12-07
176	9983	2020-07-09	378	16065	2020-08-29	580	24865	2020-12-07
177	10092	2020-07-10	379	16066	2020-08-29	581	24866	2020-12-07
178	10141	2020-07-12	380	16067	2020-08-29	582	24867	2020-12-07
179	10142	2020-07-12	381	16268	2020-08-31	583	24868	2020-12-07
180	10169	2020-07-13	382	16269	2020-08-31	584	24869	2020-12-07
181	10230	2020-07-13	383	16315	2020-08-31	585	24943	2020-12-07
182	10231	2020-07-13	384	16316	2020-08-31	586	24945	2020-12-07
183	10323	2020-07-14	385	16317	2020-08-31	587	24947	2020-12-07
184	10324	2020-07-14	386	16546	2020-09-02	588	24950	2020-12-07
185	10402	2020-07-15	387	16547	2020-09-02	589	24956	2020-12-07
186	10487	2020-07-16	388	16548	2020-09-02	590	24967	2020-12-09
187	10561	2020-07-17	389	16549	2020-09-02	591	24968	2020-12-09
188	10648	2020-07-17	390	16550	2020-09-02	592	24978	2020-12-09
189	10649	2020-07-17	391	16852	2020-09-05	593	24979	2020-12-09
190	10682	2020-07-17	392	16904	2020-09-05	594	24980	2020-12-09
191	10747	2020-07-18	393	16983	2020-09-05	595	24981	2020-12-09
192	10807	2020-07-18	394	17089	2020-09-06	596	24982	2020-12-09
193	10870	2020-07-20	395	17152	2020-09-07	597	24990	2020-12-09
194	10949	2020-07-20	396	17153	2020-09-07	598	24991	2020-12-09
195	11031	2020-07-20	397	17321	2020-09-08	599	24992	2020-12-09
196	11032	2020-07-20	398	17329	2020-09-08	600	25006	2020-12-09
197	11136	2020-07-22	399	17411	2020-09-08	601	25250	2020-12-12
198	11229	2020-07-23	400	17412	2020-09-08	602	25276	2020-12-12

199	11280	2020-07-23	401	17435	2020-09-08	603	25302	2020-12-12
200	11301	2020-07-23	402	17436	2020-09-08	604	25420	2020-12-14
201	11384	2020-07-23	403	17479	2020-09-08	605	25421	2020-12-14
202	11472	2020-07-24	404	17560	2020-09-10	606	25619	2020-12-16
						607	25626	2020-12-16

Fuente: CENARES
Elaboración propia

En el cuadro resumen a continuación, se observan que los meses en rojos son los que menos adquisiciones tuvieron siendo los meses de marzo y abril los de mayor demanda por el pico de casos en Loreto, siendo los meses de mayor adquisiciones los de julio a setiembre, esta información se triangula con la que se encuentra en la página de la DIRESA Loreto.

Cuadro resumen

Meses	N° pecosas
Mar-20	11
Abr-20	29
May-20	50
Jun-20	57
Jul-20	89
Ago-20	149
Set-20	90
Oct-20	71
Nov-20	18
Dic-20	43

Fuente: CENARES
Elaboración propia

En el Portal de Transparencia del Gobierno Peruano, se evidencian los procesos de selección de para la contratación de bienes, servicios y obras durante el mes de abril el gasto fue de S/. 1821745,15, en el mes de mayo el gasto fue de S/. 2469759,95, mientras que en los meses junio, julio y agosto no se registran contrataciones, lo cual difiere a lo reportado por CENARES, reporte en el cual se evidencia exactamente lo contrario; independiente a estos hechos la percepción del personal de salud de Loreto, fue que los insumos no fueron accesibles en las fechas pico de casos.

ANEXO 4

**GOBIERNO REGIONAL DE LORETO – SALUD LORETO Y PERIFÉRICOS (GR)
REGISTROS DE PROCESOS DE SELECCIÓN PARA LA CONTRATACIÓN DE BIENES, SERVICIOS Y OBRAS**

Abr-20									
Códigos SNIP									
Nº	Fecha y Hora de Publicación	Nomenclatura	Reiniciado Desde	Objeto de Contratación	Descripción de Objeto	Valor Referencial	Moneda	Versión SEACE	Acciones
1	29/04/2020 22:57	DIRECTA-PROC-13-2020-GRL-DRSL/30.01-1		Bien	CONTRATACIÓN DE BIENES: ADQUISICIÓN DE BALONES DE OXIGENO, PARA EL ALBERGUE KANATARY, EN EL MARCO DE LA DECLARATORIA DE EMERGENCIA SANITARIA ¿ COVID 19.	213,000.00	Soles	3	
2	16/04/2020 19:47	DIRECTA-PROC-8-2020-GRL-DRSL/30.01-1		Bien	CONTRATACION DE BIENES ADQUISICION DE EQUIPOS DE ULTRASONIDO IMAGENES ECOGRAFICAS, EN EL MARCO DE LA DECLARATORIA DE EMERGENCIA SANITARIA - COVID 19.	90,300.00	Soles	3	
3	15/04/2020 20:03	DIRECTA-PROC-7-2020-GRL-DRSL/30.01-1		Bien	CONTRATACION DE BIENES ADQUISICION DE CABINAS DE BIOSEGURIDAD, EN EL MARCO DE LA DECLARATORIA DE EMERGENCIA SANITARIA COVID 19	44,800.00	Soles	3	
4	15/04/2020 18:21	DIRECTA-PROC-6-2020-GRL-DRSL/30.01-1		Bien	CONTRATACION DE BIENES ADQUISICION DE TRAJES DE BIOSEGURIDAD EN EL MARCO DE LA DECLARATORIA DE EMERGENCIA SANITARIA COVID 19	607,920.00	Soles	3	
5	14/04/2020 15:00	DIRECTA-PROC-5-2020-GRL-DRSL/30.01-1		Bien	CONTRATACIONES DE BIENES ADQUISICION DE MASCARILLAS N95 - COVID 19	268,500.00	Soles	3	
6	8/04/2020 09:32	DIRECTA-PROC-4-2020-GRL-DRSL/30.01-1		Servicio	CONTRATACION DE SERVICIO DE SALUD, PARA ATENCION DE CCONSULTAS MEDICAS, EXAMENES DED LABORATORIO ASISTENCIA VISITAS MEDICAS Y OTRAS EMERGENCIAS	346,725.15	Soles	3	
7	7/04/2020 16:18	DIRECTA-PROC-2-2020-GRL-DRSL/30.01-1		Servicio	CONTRATACION DE SERVICIO DE RECOLECCION, TRANSPORTE Y DISPOSICION FINAL DE RESIDUOS SOLIDOS DEL AMBITO NO MUNICIPAL DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD Y ALMACEN DE INSUMOS QUIMICOS DE LA DIRECCION REGIONAL DE SALUD LORETO	156,000.00	Soles	3	

8	7/04/2020 12:39	COMPRESM-5-2020-GRL-DRSL/30.01-1		Bien	CONTRATACION DE BIENES ADQUISICION DE GUANTES DESCARTABLE TALLA S, M, L.	38,500.00	Soles	3	
9	7/04/2020 09:45	COMPRESM-4-2020-GRL-DRSL/30.01-1		Bien	CONTRATACION DE BIENES ADQUISICION DE MANDIL DESCARTABLE (TALLA ESTANDAR)	56,000.00	Soles	3	
						1,821,745.15			

May-20 Códigos SNIP

N°	Fecha y Hora de Publicacion	Nomenclatura	Reiniciado Desde	Objeto de Contratación	Descripción de Objeto	Valor Referencial	Moneda	Versión SEACE	Acciones
1	25/05/2020 15:35	DIRECTA-PROC-3-2020-GRL-DRSL/30.01-1		Servicio	CONTRATACION DEL SERVICIO DE TRANSPORTE DE CARGA DE MEDICAMENTOS A LOS DIFERENTES ESTABLECIMIENTOS DE SALUD, DENTRO DE LA REGION LORETO DIRESA - LORETO	716,000.00	Soles	3	
2	20/05/2020 12:15	AS-SM-6- 2020-GRL-DRSL/30.01-1		Bien	CONTRATACION DE SUMINISTRO DE BIENES ADQUISICION DE COMBUSTIBLE DE GASOLINA 84 OCTANOS LUBRICADA, PARA LA JURIDICION DE LOS RIOS UCAYALI, NAPO Y PUTUMAYO	257,553.88	Soles	3	
3	20/05/2020 10:59	AS-SM-5- 2020-GRL-DRSL/30.01-1		Bien	CONTRATACION DE SUMINISTRO DE BIENES ADQUISICION DE COMBUSTIBLE DE GASOLINA DE 84 OCTANOS LUBRICADA, PARA LA MICRO RED ANGAMOS Y TAMSHIYACU	247,706.07	Soles	3	
4	13/05/2020 20:53	DIRECTA-PROC-15-2020-GRL-DRSL/30.01-1		Bien	CONTRATACION DE BIENES: ADQUISICION DE MEDICAMENTOS, METILPREDNISOLONA 500 MG, HIDROXICLOROQUINA 400 MG Y ENOXAPARINA SODICA 40MG ¿ EN EL MARCO DE LA DECLARATORIA DE EMERGENCIA SANTARIA ¿ COVID 19.	498,500.00	Soles	3	
5	4/05/2020 23:37	DIRECTA-PROC-14-2020-GRL-DRSL/30.01-1		Bien	CONTRATACION DE BIENES, EN EL MARCO DE LA DECLARATORIA DE EMERGENCIA SANITARIA - COVID 19, ADQUISICIÓN DE 300 BALONES DE OXIGENO MEDICINAL - COMPLETO PARA EL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO	750,000.00	Soles	3	
						2,469,759.95			

Jun-20

Códigos SNIP

N°	Fecha y Hora de Publicación	Nomenclatura	Reiniciado Desde	Objeto de Contratación	Descripción de Objeto	Valor Referencial	Moneda	Versión SEACE	Acciones
						0.00			

Jul-20

Códigos SNIP

N°	Fecha y Hora de Publicación	Nomenclatura	Reiniciado Desde	Objeto de Contratación	Descripción de Objeto	Valor Referencial	Moneda	Versión SEACE	Acciones
						0.00			

Ago-20

Códigos SNIP

N°	Fecha y Hora de Publicación	Nomenclatura	Reiniciado Desde	Objeto de Contratación	Descripción de Objeto	Valor Referencial	Moneda	Versión SEACE	Acciones
1	31/08/2020 17:20	DIRECTA-PROC-19-2020-GRL-DRSL/30.01-1		Bien	ADQUISICIÓN DE MOTORES FUERA DE BORDA DE 40 HP Y 60 HP PARA LA ATENCION A LAS IPRESS ADSCRITAS A LA UNIDAD EJECUTORA 400 DIRESA LORETO	206,820.00	Soles	3	
2	17/08/2020 10:56	DIRECTA-PROC-18-2020-GRL-DRSL/30.01-1		Servicio	CONTRATACION DE SERVICIO DE ALQUILER DE INMUEBLE PARA LABORES ADMINISTRATIVAS Y OPERATIVAS DE LA DIRESA LORETO, POR ESPACIO DE DOCE (12) MESES	325,000.00	Soles	3	
						531,820.00			

Fuente: Portal de Transparencia Estándar gob.pe Dirección Regional de Salud Loreto
https://www.transparencia.gob.pe/contrataciones/pte_transparencia_procesos.aspx

Elaboración propia

ANEXO 5

LÍNEA DE TIEMPO

Evento	Fecha	Observaciones
Estado de emergencia nacional	15-Mar-20	Anunciado por el presidente Vizcarra
Caso cero Loreto	16-Mar-20	Aislamiento del caso cero y sus contactos
Plan de Contingencia HRL (infectólogos) - EsSalud (Dr. Percy Rojas)	23-Mar-20	Director HRL Dr. Harold Cervantes, se le propuso crear área COVID (40--80 camas) según proyección estimada de casos
1er deceso COVID en Loreto	30-Mar-20	
1er médico infectado Dr. Freddy Alvarado (SAMU) con todo su equipo	30-Mar-20	médicos refieren que Lic. Clara Bustamante (Sub Directora Regional Salud Loreto) declara que se enfermaron por negligencia y descuido; no se encontraron declaraciones en la prensa
Contrataciones de terceros para Área COVID en HRL en el servicio de infectología Gobierno Regional (DIRESA Loreto) ofreció los pagos a través de "Horas Complementarias"	1-Abr-20	15 a 20 médicos las 24 horas del día para atención directa COVID EMG atendía casos NO COVID La modalidad de Horas Complementarias indica la alta probabilidad de que muchos médicos hayan tenido más de 1 o 2 turnos seguidos
Se amplía a 2do piso Medicina A para hospitalización COVID	2-Abr-20	Se dieron de alta a sus pacientes y se llenó de pacientes COVID
Se amplían a 3er piso Ginecología y 4to piso Maternidad la Hospitalización COVID	3-Abr-20	Igualmente se dieron de alta y en algunos casos se refirieron al Hospital de Apoyo Iquitos
La población loretana acató fuertemente la cuarentena hasta estas fechas Posteriormente todo fue desordenado	4-Abr-20	Empezaron a acudir a los mercados, a trabajar para generar ingresos Idiosincrasia loretana y sentido de supervivencia
Habilitación de Casa de Curas Kanatari para Aislamiento (Punchana) Se instó al GoRe a instalar 1 o 2 Kanataris por distrito	5-Abr-20	Destinado a pacientes positivos a prueba molecular y de alta hospitalaria, para completar la cuarentena → medida positiva
Se implementan medidas: Comando Regional COVID	6-Abr-20	Se obligaba/ exponía al gremio médico a trabajar sin EPP, pero aún se contaban con medicamentos. Comando COVID gracias a presión del CMP y Cuerpos Médicos de HRL y Hospital Apoyo Iquitos.
Se enferma el primer grupo de médicos COVID Se decide cerrar EMG NO COVID	7-Abr-20	Todos los RHUS entraron en cuarentena
Declaraciones Gobernador Regional Lic. Elisban Ochoa Sosa	8-Abr-20	Si los médicos no quieren ir a trabajar se les va a botar, no se encontraron las declaraciones en la prensa
DIRESA contrata el 1er grupo de médicos COVID por terceros que vienen de Lima	13-Abr-20	20 médicos aprox. Gestionados por EsSalud
Gente empieza a salir a los mercados	15-Abr-20	La necesidad supera el cuidado de la salud pública.

Escasez de EPP, medicamentos e insumos para atención de pacientes COVID en el HRL	16-Abr-20	2 semanas después de estas fechas, el virus tuvo sus picos más altos. Este fue el probable "Periodo de incubación del COVID - Loreto" No había paracetamol, ivermectina, azitromicina para pacientes SIS. EsSalud todavía tenía un abastecimiento adecuado.
		En pacientes complicados se llegó a usar antibióticos como Meropenem, que también fue escaso.
Médicos de Lima renuncian por contagiarse COVID Ingresan a trabajar bachilleres de medicina UNAP	20-Abr-20	25 bachilleres que se encontraban terminando el internado, posteriormente también se enfermaron
Se habilitó Colegio MORB y Centro de Convenciones Sombrero de Paja para Aislamiento	4-May-20	Sin condiciones de salubridad mínimas
DIRESA contrata 2do grupo de médicos de Lima	4-May-20	Este grupo en su mayoría CAS y algunos por terceros Algunos se enfermaron, otros fueron a zonas periféricas, a Kanatari, MORB y Sombrero de Paja
Plan de Contingencia HRL efectivizado	4-May-20	En un momento solo hubo 13 médicos en todo el HRL con casi 660 pacientes COVID hospitalizados
Se habilitan los pasillos del HRL para la hospitalización de pacientes COVID	4-May-20	Infraestructura y equipamiento que no reunía las condiciones mínimas para prestaciones de servicios de salud
RHUS se queda a vivir dentro del HRL: médicos de Lima en Área de "Residencia Médica" enfermeras especialmente intensivistas, en los consultorios	5-May-20	Se toman estas medidas para evitar contagiar a sus familiares y a la población en general. Esto se da en malas condiciones
Fallecen primer grupo de médicos	6-May-20	Fallecieron por falta de oxígeno e insumos, más que por COVID
EsSalud y clínicas entregan sus Ventiladores Mecánicos a HRL y algunos equipos (bombas de infusión, etc.)	7-May-20	Se llegó a acuerdo por la alta demanda. Los pacientes COVID EsSalud se referían al HRL. Se creció de 6 camas UCI a 16 camas UCI en el HRL.
Designación de Dr. Carlos Calampa como nuevo Director Regional de Salud Loreto	7-May-20	Quien en entrevista a RPP refiere que en un punto hubo 1 fallecido por hora por COVID en HRL
Orientación de Oficio N° 4029-2020-CG/GRLO-SOO Contraloría a DIRESA Loreto	8-May-20	Contratación directa para adquisición de balones de oxígeno a empresa impedida por normativa de contratar con el Estado, afectaría la transparencia y legalidad con las que deben regirse las actividades de la gestión pública
Mayor mortalidad COVID en Iquitos (Belén y San Juan los más afectados) Colapso del Hospital Regional Loreto	27-Abr-20	Según MINSA: 800 muertos
	10-May-20	Según CMP Loreto: 2000 muertos
Fallece el único neumólogo del HRL por COVID Dr. Rafael García	8-May-20	SARS-CoV-2 es una enfermedad con sintomatología y manejo respiratorio

Fallece el psiquiatra del HRL por COVID Dr. Argumedo, el Dr. Arévalo se jubiló; por lo tanto, para todo Iquitos en este momento solo quedan 2 psiquiatras	8-May-20	No se pueden tratar las secuelas de estrés post pandemia
Llegada de EPP	9-May-20	posterior a la muerte de médicos y pico de mortalidad gracias a donaciones (instituciones privadas y sin fines de lucro)
Cierre del mercado	18-May-20	Se dio tardíamente, a los 60 días de iniciada la pandemia en Loreto
Casos en Zonas Periféricas de Loreto: Requena (próxima a Iquitos), Datem	May-20	Datem y Yurimaguas tienen la mayor población indígena

del Maraón y Yurimaguas (próxima a Tarapoto)	Jun-20	los más vulnerables y 10-11 referencias diarias graves a HRL (daño pulmonar 80-90%)
Campaña del Padre Raimundo anexan 2 plantas de oxígeno a la previamente existente en el HRL	1-Jun-20	Esta campaña se dio gracias a la solidaridad/donaciones de la población loretana; antes se contaba con 1 planta de oxígeno conectada a la red del HRL que no se daba abasto para satisfacer la alta demanda durante la pandemia, que se inauguró en el 2006 y nunca recibió mantenimiento hasta la fecha, funcionando al 50% de su capacidad, con la pandemia funciona al 80%.
Focalización de casos en zonas periféricas	2-Jun-20	No hubo mortalidad tan alta, como se esperaba, el HRL ya podía atender la demanda. Los pacientes se referían de forma ordenada, 5 diarios, todos venían graves. No hubo anestésicos para intubar (rocuronio, vecuronio, midazolam, etc.), incluso se usó ketamina con los riesgos que eso conlleva.
Resolución Ejecutiva Regional N° 151-2020-GRL-GR de Hospital HRL como Hospital COVID	16-Jun-20	Todo este tiempo el HRL estuvo trabajando como Hospital COVID sin resolución
Llega lote de EPP (primera compra de DIRESA Loreto)	1-Ago-20	el pico de casos ya había terminado
Inicio de funciones de Hospital COVID Loreto (temporal/ campaña)	15-Set-20	muy tarde, los picos de morbimortalidad ya descendieron 150 camas COVID
Se realizan las convocatorias MINSa para médicos COVID para el Hospital Temporal COVID	16-Set-20	20 médicos COVID que se encuentran laborando en áreas críticas del HRL (Emergencia, UCI) y no en Hospital COVID
Disminuyen notablemente los casos COVID y se normaliza la demanda de casos	17-Set-20	Se atiende casos con "normalidad" como antes de la pandemia
Se está intentando cerrar la brecha de adeudo de haberes y beneficios del personal que estuvo trabajando durante la pandemia Se han pagado los sueldos hasta abril 2020 Se adeuda aún desde mayo a julio Horas Complementarias COVID	21-Set-20	Se debe aproximadamente S/. 3 400 000 en Horas Complementarias desde enero a junio (de enero a marzo estas se dieron para cubrir la demanda del dengue) No se han cobrado sueldos, horas complementarias, ni bonos

ANEXO 6

EVIDENCIA DE LAS RESPUESTAS DE LOS ENTREVISTADOS REGION LORETO

Causas	Recursos Humanos	Infraestructura y equipamiento	Productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios	Directivas de salud	Geografía	Sociales
Entrevistado 1	<p>1. El Departamento de Infectología con su staff de médicos se encargará del tema. Se vio que eso era insuficiente. Y se empezó a contratar a, modalidad de terceros, médicos que quisieran apoyar en el área COVID.</p> <p>2. En este contexto viene el primer grupo de médicos que fueron 20 médicos, aproximadamente. Y también empezaron a caer enfermos. Muchos de ellos renunciaron por el temor.</p> <p>3. Más de 25 bachilleres entraron en esta pandemia. Incluso también se enfermaron ellos. Y eso te demuestra las limitaciones que tenemos en temas de oferta que se hacen en la formación de las facultades de medicina.</p> <p>4. Se está debiendo a personal de marzo, abril y mayo, y no se les pagaba.</p> <p>5. Desde la pandemia, recién hace 20 días regresaron a su casa las que estaban trabajando en UCI. Las enfermeras que trabajaban en UCI estuvieron prácticamente viviendo en el hospital.</p> <p>6. no se estaba dando el reconocimiento adecuado al personal de salud que estaba dando todo para luchar contra la pandemia y no se veía una repuesta reciproca por parte de las autoridades.</p>	<p>1. La gente se moría porque no había oxígeno.</p> <p>2. La falta de previsión de no tener una planta de oxígeno propia en el hospital adecuada. Creo que esa planta de oxígeno desde el 2006 no había recibido mantenimiento. Desde el 2006 no había recibido mantenimiento esa planta de oxígeno, que se inauguró.</p> <p>3. El ESSALUD nos dio sus ventiladores mecánicos. Las clínicas privadas nos dieron los ventiladores mecánicos que tenían y algunos equipos como bombas de infusión y eso.</p>	<p>1. No se dotó de los equipos de protección personal adecuados al personal.</p> <p>2. El hospital regional prácticamente sobrevivió en la época más dura de la pandemia gracias a las donaciones que se hicieron por instituciones privadas o instituciones sin fines de lucro</p>	<p>1. No se hizo una atención de acceso a los servicios de salud en los primeros niveles para que la gente tuviera un sostenimiento en el manejo del COVID en los síntomas más leves.</p> <p>2. El gobierno dice quédate en tu casa, pero yo te doy la facilidad para que puedas aguantar tu cuarentena. Y n 3. No se hizo un control de protocolos sobre lavado de manos, cambio de guantes, el uso del alcohol. Con una infraestructura que da mucho que desear. Creo que, hoy la pandemia no solamente ha sacado a la luz lo precario que es nuestro sistema de salud. Es un sistema muy precario, pero también nos está dando la oportunidad para reflexionar sobre ello y cómo mejorarlo. Creo que eso es fundamental.</p>	<p>1. La pandemia se instaló en todos los distritos de la ciudad de Iquitos, Belén, San Juan. Siendo Belén y San Juan los más golpeados. Belén, por obvias razones, por el mercado, y San Juan por ser el más extenso en territorio y población.</p> <p>2. La diferencia es que mientras en Iquitos los pacientes que estaban en observación o en hospitalización eran de leve o moderados a severos, los pacientes que venían de periferia venían en estado grave.</p>	<p>1. La gente empezó a salir a los mercados. Empezó a salir a comprar, a trabajar como a dé lugar, para llevar un pan a la casa.</p> <p>2. El uso de mascarilla se usaba para la frente, para el cuello, no para tapar ni la nariz ni la boca.</p> <p>3. Todos los bancos, todas las colas que se hicieron, no se guardaba el metro y medio de distancia social.</p> <p>4. Nuestro poblador amazónico tiene un sentido común de la supervivencia total.</p> <p>5. El COVID no los mató, los mató la indiferencia y la indolencia de nuestras autoridades por no haber previsto tener estos insumos, como el oxígeno.</p> <p>6. Pero, sin embargo, lo que es cadenas de farmacia, un paracetamol que costaba, el blíster, S/. 0.50, llegó a costar S/. 5.00. Una azitromicina que costaba, creo, S/0.50, la pastilla llegó a costar S/20, S/.10.00, cada pastilla de azitromicina. Una ivermectina que costaba S/8.00 en la farmacia antes de la pandemia empezó a costar hasta S/60.00</p>

<p style="text-align: center;">Entrevistado 2</p>	<p>1. Las convocatorias estaban hábiles, pero no eran cubiertas debido a falta de personal. Y nuestro personal ya se había infectado en un 50%, de médicos y enfermeras. 2. Por eso es que se tuvo que hacer uso de bachilleres y de otros médicos que tenían que venir de otro lado; por ejemplo, de Lima, los recién egresados.</p> <p>3. Durante todos estos meses que estuvimos no hemos vistos en ningún momento la remuneración.</p> <p>4. Digamos, desde la parte clínica, en promedio, egresan 4 o 3. Según cada promoción</p> <p>5. Muchos de nosotros nos quedamos a vivir en la misma institución.</p>	<p>1. Se ha visto la falta de oxígeno</p> <p>2. Y ese hospital COVID que supuestamente está plantado no funciona. Solamente es un almacén y no tienen las condiciones adecuadas como para recibir un paciente, para que un personal labore ahí. Es un lugar móvil que está hecho de lona. Para nuestro clima no sirve porque necesitas ventilación, aire acondicionado. Los pacientes van a ir a sofocarse ahí. En realidad, no están funcionando. Solamente el área de infectología está recibiendo los casos COVID.</p>	<p>1. En cuanto a la distribución de mascarillas y EPPS, al inicio eran muy escasas. Luego, cuando hubo el pico máximo donde todos están infectados sobre todo el personal de salud que llegó casi a un 80% no había la disponibilidad de pruebas rápidas.</p> <p>2. Nos dieron porque empezaron a venir las donaciones. Eso de parte las donaciones fue algo que ayudó bastante, porque si no fuera por eso creo que no hubiera sido lo mismo.</p> <p>3. Al inicio sí hubo medicinas. A medida que aumentaban los casos nos quedábamos desabastecidos. No había paracetamol, no había enoxaparina. Los familiares tenían que ir a comprar. No había ivermectina.</p> <p>4. Si un balón de oxígeno en promedio lo vendían entre 700 sin el oxígeno. Pero, si querías comprar todo completo con el manómetro te costaba entre 2 000 a 2 500.</p>	<p>1. Desde el inicio se vio una falta de liderazgo y de un plan de contingencia porque no hubo un plan de respaldo</p>	<p>1. En esos meses, entre marzo, abril hasta mayo, fue una de las épocas que hacía bastante calor. Entonces, eso llama a que uno utilice los ventiladores. Muchos médicos y enfermeras se han desmayados por el EPP's que era demasiado sofocante.</p>	<p>1. Hemos estado sin liderazgo de las autoridades tanto del gobierno regional como del director de salud, el director regional de salud. No hubo en ningún momento un acercamiento.</p> <p>2. Bueno, desde un inicio se vio que la población no acataba todas las ordenes de aislamiento social o de uso de mascarillas. Eso fue un gran determinante para que nuestra población haya aumentado de un día para otro del caso 1 a 10 casos al siguiente día</p> <p>3. En la parte de las farmacias, la parte privada, realmente fue un abuso de las farmacias vender los medicamentos a un excesivo precio. Creo que se han lucrado muchos de ellos. Se han aprovechado de la necesidad de las personas. Puedo decirle que en la experiencia propia de ir a buscar un día ivermectina que costaba unos S/. 28.00, S/30.00, y al siguiente día que se excedió unos S/.80.00 y subió incluso más. Entonces, era algo que veíamos que era increíble.</p>
--	---	---	---	---	---	--

<p>Entrevistado 3</p>	<p>1. Era bastante un caos porque teníamos muy pocos recursos humanos y esta región está caracterizada por esto. Y un recurso humano que no eran bien pagados.</p> <p>2. O sea, el profesional vivía ahí. Y tenía que estar permanentemente por la misma condición con el EPP, todo el tiempo.</p> <p>3. A los dos meses que tuvimos estudios de todo esto recién pusieron alcohol y papel toalla.</p>	<p>1. Todos los servicios cerrados del primer nivel.</p> <p>2. Después se cerró el hospital Iquitos porque tenían que hacer la infraestructura correcta, organizar el servicio por donde van a estar los pacientes COVID, los pacientes no COVID</p> <p>3. La gran mayoría de establecimiento no tiene una infraestructura adecuada. Los establecimientos son pequeños, cerrados, no hay ventilación.</p>	<p>1. En lo que es equipos de protección, nosotros nos moríamos porque no teníamos equipos de protección. Teníamos a las simples. Estas mascarillas que nos alberga.</p> <p>2. Durante la pandemia si hubo hasta un caos. Tanto de medicamentos porque todo se acabó. Se acabó o si no utilizaron para sus conveniencias porque eso también se vio. En sus conveniencias algunos empezaron a vender, empezaron agarrar y todo eso.</p>	<p>1. A nivel mundial creo que todo el mundo no tenía un plan para contrarrestar esta pandemia. Nosotros como región... Bueno, si te hablo como DIRESA, como región, realmente no teníamos muy claro el afrontamiento para esta pandemia.</p> <p>2. Cuando yo entre a mi servicio, cuando yo entro a mi oficina, no teníamos un protocolo.</p> <p>3. Los médicos cuando salían positivo, la gran mayoría, mira, se iba a su casa. Algunos se iban por siete días a pesar de que tenían más días. Ellos querían regresar.</p>	<p>1. No creo que esto del estar bastante aislados, no tener carreteras, solamente era vía acuática. Las provincias se cerraban porque las etnias tenían miedo.</p>	<p>1. Pero, lamentablemente, la parte política de parte del gobierno es una tontería acá. No incentiva, no da cosas para sus profesionales.</p> <p>2. Se sacaban la mascarilla. Gente que sí respetaba, la gran mayoría, el distanciamiento. Gente que no.</p>
----------------------------------	--	---	--	--	---	--

<p>Entrevistado 4</p>	<p>1. Acá en Iquitos no hay tantos especialistas, específicamente, nuestro hospital tampoco. 2. No tiene una gestión la universidad para que pueda haber más vacantes, para que los especialistas puedan ser formados acá mismo sin necesidad de tener que viajar a otro departamento 3. Muchos también no volvieron a sus casas. Sé que se quedaron a vivir ahí en el hospital. 4. Nunca he visto un plan de salud de ocupacional en los 4</p>	<p>1. Todo el ambiente donde supuestamente nosotros trabajamos fue ocupado por camillas, había pacientes y había mucha exposición. 2. Fue tanta la demanda que en los pisos ya no cabían los pacientes COVID. Entonces, viendo esa necesidad ellos decidieron</p>	<p>1. Nosotros teníamos que comprar nuestras mascarillas para poder ir. 2. En la región sabemos que lo que abastece al hospital es el presupuesto que ingresa a la región por parte del SIS. 3. El insumo no siempre está a la mano. Pero, hay momentos en el que, a pesar de haber recibido, nuestra farmacia no está abastecida y el asegurado no siempre tiene todo lo que necesita. Entonces, hay cosas que por ahí el</p>	<p>1. Bueno, sé que cuando se empezaron a infectar los colegas, obviamente, tomaban su cuarentena y, obviamente, como nada estaba previsto para el tratamiento ellos se automedicaban.</p>	<p>1. Si hablamos por geografía, en realidad, hubiera sido tan fácil de contagiarnos porque se supone que somos los más aislados, se podría decir. Pero, sin embargo, el contagio se dio y realmente fue muy agresivo.</p>	<p>1. En realidad, ellos mismos no sabían cómo iban a manejar la situación o cómo van a administrar porque eso se notó ya después. No sabían cómo iban a controlar la situación. Inicialmente, no. Creo que para ningún departamento ciertamente. 2. Bueno, la gente acá es muy rebelde, algunos con la mascarilla que no les cubría bien la cara, como que la nariz estaba fuera o como que estaba en el cachete. Algunos ni distancia. O sea, te estornudaban.</p>
	<p>años que vengo trabajando en el hospital. 5. Creo que era la sobreexposición a la carga viral, el que no tuviera de repente sus EPP's en cada turno. Porque algunos creo que tenían que utilizar sus EPP's, hacerlos durar para más de tres turnos, creo, o ingeniarse.</p>	<p>que parte de los pasillos para ir a los consultorios que da a nuestras oficinas sean todas implementadas como lugares de hospitalización.</p>	<p>paciente tiene que comprar porque no tenemos en farmacia. 4. No habían EPPS, de que todo el tiempo no había pruebas reactivas, de que cuando ya se estaban contagiando ellos mismo ahí en el trabajo haciendo frente.</p>			<p>3. Las clínicas, en realidad, al principio no te atendían pacientes así particulares. 4. La verdad que las farmacias, creo que, se beneficiaron bastante durante esa época. Porque si vamos a hablar de precios se excedieron demasiado. Si vamos a poner ejemplos, un blíster de paracetamol que generalmente cuesta S/. 0.50 ellos lo estaban vendiendo como que a S/. 5.00.</p>

<p>Entrevistado 5</p>	<p>1. No había médicos suficientes. No. Faltaban manos para la cantidad de pacientes que había. Nos faltaban. Definitivamente faltaban médicos.</p> <p>2. Contrataron bachilleres, pero que estaban terminando el internado. A ellos lo habían contratado por la falta de médicos. Incluso, contrataron enfermeras también bachilleres,</p> <p>3. Por ejemplo, los bachilleres después de un mes, después de dos meses, le hacían trabajar y ni siquiera les pagaban. Igualito las enfermeras.</p> <p>4. Le mandaban a su cuarentena. Varios han hecho cuarentena. Después de cumplir la cuarentena ha regresado y varios se han reinfectado.</p> <p>5. La alta demanda de pacientes para un solo</p>	<p>1. No teníamos ni planta de oxígeno operativa</p> <p>2. Los médicos diciendo que no había camas en la UCI.</p> <p>3. El hospital regional no contaba con la capacidad.</p> <p>4. El pasillo, todo consultorios, toda esa parte estaba llena de camillas. Todo el piso, abajo, todo estaba lleno de camillas, de esas camillitas de defensa civil. Ahí estaban llenos de pacientes.</p> <p>5. Había como 8. 8 – 9 ventiladores, tengo entendido. Y priorizaban más al personal de salud que entraba a ventilación mecánica.</p> <p>6. Imagínate abajo 30 pacientes, en esos consultorios donde no tienes baño, donde no tienes lavatorio, donde no tienes soporte. No hay lugar donde te vas a</p>	<p>1. Creo que si no hubiera sido por las donaciones todos hubiéramos muertos por COVID, contagiados.</p> <p>2. No teníamos, cómo se llama, equipo de protección facial.</p> <p>3. En el hospital ni una prueba rápida me han hecho.</p> <p>4. Medicamentos nos faltaba. Supuestamente los medicamentos llegaban a Iquitos, pero no llegaban a los hospitales. Llegaban a otras personas. Y esas otras personas le vendían a un precio. Con decirte que la azitromicina te costaba S/15.00, cada azitromicina, y una azitromicina que todavía decía Estado peruano. Era desastroso.</p>		<p>1. Imagínate en ese calor. El clima que tenemos acá. En este EPP que era como plastificado; o sea, cubierto todo tu cuerpo 12 horas en este calor insoportable de Iquitos. Sin agua. A veces no había agua. A veces nos donaban agua. Tomábamos agua. O sea, te sacabas solamente para tomar tu agua y nada más.</p>	<p>1. Ha sido gracias a la asociación civil que se han dado más que a la iniciativa nacional o regional</p> <p>2. en algunos lugares en que no se respetaban. En algunos lugares se veía todavía a la gente. Definitivamente era algo que no se podía controlar</p>
	<p>médico, el estrés laboral. De una u otra manera salías marcada de tu turno, los médicos y las enfermeras.</p>	<p>cambiar.</p> <p>7. Tendría que haber mayor apoyo logístico o de infraestructura en el hospital. Evitar el desabastecimiento de materiales porque eso le hace falta.</p>				

<p>Entrevistado 6</p>	<p>1. Creo que de repente hubo personas que por ser médicos se automedicaron o se descuidaron y lamentablemente fallecieron. 2. Hay varios médicos que tenían que quedarse de largo porque el médico que venía a reemplazarle en caso de emergencia no aparecía o no venía o ya se había infectado o justo le hacían la prueba rápida en ese momento y ya salía positiva.</p> <p>3. Por su condición de estudiantes fueron enviados al confinamiento, a sus casas, porque no eran personas con título y todo eso, seguro, los beneficios que te puede dar un trabajo. Como residentes, en mi caso, solamente éramos dos residentes. No, éramos cuatro.</p> <p>4. Los bachilleres del año pasado se fueron a atender.</p>	<p>1. En cuanto al balón de oxígeno, en mi hospital que era no COVID no sentí escases.</p> <p>2. Lo que pasa es que hubo una reducción de camas porque antes las camas eran más apegadas y por un tema del espacio se redujo, de repente, un 10 %, un 20% de las camas.</p> <p>3. Incluso normalmente se quedan 24 horas, pero por razones de la pandemia, y por razones de demanda de camas, y por razones del hacinamiento, se daba de alta a veces a las 8 horas, a las 10 horas posparto o a las 6 horas posparto.</p>	<p>1. Sí hubo una falta de EPP's tremenda. Yo calculo por decir las cuatro o seis semanas.</p> <p>2. no había ni cloruro Faltaba heparina. Faltaban lo que eran sedantes para ventilación mecánica, midazolam. Eso no había. Ni en el hospital. Creo que en el regional tampoco. Tenían que comprar particular.</p>	<p>1. Esta semana, en septiembre, si no me equivoco, ha salido sino me equivoco el manual de COVID de Loreto. Pero, ya hubo los casos y recién lo han sacado y es del Comité de Salud Ocupacional</p>	<p>1. En caso del hospital Iquitos los pacientes vienen de San Juan o vienen de la carretera. Entonces, a ellos no les daba el tiempo o el dinero para llegar hasta el hospital regional. Entonces, venían acá.</p> <p>2. No tenemos un flujo las 24 horas del día de agua.</p>	<p>1. Sí se sintió un aislamiento, pero ese aislamiento no duro hasta julio.</p> <p>2. En caso de los privados, sí hubo un aumento de la demanda de lo que es radiografía, tomografía, les pedían CCR. De manera privada fue un buen momento para la inversión privada</p>
----------------------------------	--	--	---	---	---	--

<p>Entrevistado 7</p>	<p>1. Entonces solo contábamos hasta ese momento con dos médicos serumistas, que no eran de nuestra región que no son de Loreto,</p> <p>2. Entonces, la única forma de tener un médico es por vía SERUMS, con un solo médico para Pebas, y un médico que lo brinda el puesto de salud Nuevo Pebas. Solo podemos contar con dos médicos,</p> <p>3. Dentro de trabajo remoto, ellos hacen seguimiento COVID, paciente positivo. Ellos se encargan de hacer las llamadas telefónicas para verificar el estado de los pacientes.</p> <p>4. La DIRESA Loreto estuvo distribuyendo a los médicos que vinieron en apoyo a Loreto, dentro de toda la región. Nosotros tuvimos la oportunidad de tener a un médico que es de Lima, 5. Luego se tuvieron que retirar por el tema de la remuneración que nos les pagaban.</p> <p>6. teniendo una universidad un poco más fortalecida que genere números más grandes de médicos por cada promoción no tendríamos todos estos problemas.</p> <p>7. El personal de salud vivía ahí dentro del hospital COVID.</p>	<p>1. La infraestructura es de madera, a las justas puede entrar una sola persona porque si no de tanta lluvia se desmorona.</p> <p>2. Tuvimos que prestar a un jardín que se llama San Francisco. Nos prestaron su establecimiento y fue ahí donde aberturamos el hospital COVID</p> <p>3. La cama que colocamos dentro del hospital COVID fue donado por el vicariato porque nosotros como centro de salud solo contamos con doce camas,</p>	<p>1. Lo primero que nos donaron fueron doce EPP. También nos dieron las carpas, el respirador, guantes, bocas, todo lo que tenía que ver con la implementación.</p> <p>2. Hemos sufrido mucho con las pruebas rápidas. Logramos hacer un poco de compras de pruebas rápidas porque no había en Pebas. Era bien difícil conseguir el tema de las pruebas rápidas.</p> <p>3. Todo estaba cerrado. Entonces, empezamos a trabajar con las donaciones de municipalidad y del vicariato. Al igual que ellos, los dos primeros balones de oxígeno fueron del vicariato y lo tres restantes fueron del gobierno local.</p> <p>4. Con los EPP sufrimos bastante con el tema de los EPP al igual que las mascarillas N95 que se proporcionaba tres o cuatro y eso no nos daba para todo el personal</p> <p>5. Mandaban a comprar en Iquitos y en la lancha nos enviaban ya que tenga que ver con alcohol en gel, jabón líquido, papel, todo lo que era descartable. En la plataforma que realizaba la municipalidad conjuntamente con el vicariato, el ejército y la policía, los colegios, también los directores, ellos formaban un grupo y se encargaban de la compra.</p>		<p>1. Porque para nosotros era muy difícil transportar de Iquitos a Pebas. No teníamos en qué transportar. Los pacientes que eran transportados por COVID era bien restringidos.</p> <p>2. En el hospital COVID hemos implementado una farmacia con medicinas de donaciones porque DIREMID no nos distribuían los medicamentos a tiempo por el tema de la movilidad porque no había transporte.</p> <p>3. Se escapaban en bote, recogían familiares en botes, se metían por las cuencas.</p> <p>4. Cuando estuvieron haciendo las pruebas, uno de ellos se nos estaba asfixiando, pero era por el tema del calor, de la ropa que estaban puestas.</p> <p>5. Para serte sincera, hemos parecido con el tema del agua porque dentro del hospital COVID no contábamos con agua. Lo que tuvimos que hacer es comprar baldes y esperar que de le semana por lo menos llegue un solo día y juntar agua.</p>	<p>1. Nuestro gobierno regional por motivos económicos nos había cerrado las puertas antes como es medicinas, también a profesionales, técnicos,</p> <p>2. Tenemos personas adultas que tienen su tradiciones y creencias. Había un poco contradicción entre como ellos, como médicos, en ese momento.</p> <p>3. Entonces, sí era poco difícil para nosotros controlar a la población. Empezaron aumentar los casos.</p> <p>4. Un diclofenaco si querías comprar era S/. 30.00 -S/. 40.00 de lo que normalmente su precio es precio de S/. 5.00 - S/. 7.00.</p> <p>5. Al igual que las noticias, cada cosa que veíamos en las noticias eran impactante. Cada médico que salía daba su versión y mencionaban algunos medicamento que puedes consumir. Entonces, la población trata de conseguir lo que tal médico decía o algunas hierbas.</p>
---	---	--	---	--	---	---

<p>Entrevistado 8</p>	<p>1. Se exigió el aumento de recursos humanos, tener más personal para enfrentar la pandemia. así el 80% del personal de Pebas era personal de riesgo.</p> <p>2. Bueno, en ese caso fueron escasos médicos. Yo creo que la universidad cubrió que son alrededor de diez o quince médicos anuales.</p> <p>3. Prácticamente se necesitaba el trabajo las 24/7, por no exagerar. La demanda era demasiada. Atendía pacientes en la mañana, en la tarde, en la noche.</p> <p>4. Nunca se dio ningún tipo de comunicación con algún médico ocupacional.</p> <p>5. En periferia la escasez de personal, de recursos humanos. Como le expliqué, en el pico máximo de la pandemia de Pebas era el único médico.</p>	<p>1. Las camas fueron implementadas por ayuda de las parroquias o municipio. Igual en la población de Pebas, se llegó hacer un llamado para que se pueda implementar un ambiente especial solo para COVID.</p> <p>2. Llegamos a tener alrededor de unos quince balones de oxígenos en épocas de julio.</p> <p>3. Eran treinta camas, todas estaban llenas.</p> <p>4. Eran treinta camas, todas estaban llenas.</p>	<p>1. Ni si quiera tenían oxígeno y no teníamos cómo abastecernos en estos casos.</p> <p>2. Una vez que inicio la pandemia, el requerimiento que pedíamos no venía en la cantidad que pedíamos, sino en una cantidad menor porque estaba totalmente desabastecida Iquitos.</p>	<p>1. Por parte del municipio hubo apoyo. Se hicieron conversaciones se establecieron protocolos de seguridad, tanto para la población de Pebas como para las personas</p>	<p>1. Geográficamente el pro era que como se encontraba alejado de Iquitos mismo, hasta cierto punto teníamos un cierto nivel de aislamiento. Hasta cierto punto Pebas no se estaba contagiando. Evitábamos los casos positivos.</p> <p>2. Loreto en ese momento solo se transportaba alimentos de primera necesidad por vía fluvial. Entonces, los comerciantes hacían requerimientos vía telefónica a Iquitos. Iquitos lo enviaba en el barco y el barco llega a Pebas y ellos recogían sus cosas.</p>	<p>1. DIRESA prácticamente se olvidó de Pebas porque en ese momento Iquitos estaba en un caos total</p> <p>2. En un principio las personas tenían miedo. Entonces, acataban la orden</p> <p>3. Aun 60% o 80% porque siempre hay un porcentaje de las personas que no toman consciencia. Salían a tomar en las noches como allá estaba la luz hasta la once de la noche.</p> <p>3. Sea, los que tuvieron las medicinas subieron exponencialmente. Porque la gente no vendía en la farmacia, pero de repente la tienda vendía paracetamol o vendía naproxeno. Vendía el blíster de paracetamol a cinco soles.</p>
------------------------------	--	---	--	--	--	---

<p>Entrevistado 9</p>	<p>1. Siempre faltan médicos.</p> <p>2. El problema no era eso, el problema es que los médicos se enfermaron y tuvieron que ir aislamiento y ellos tuvieron déficit de médicos.</p> <p>3. Al principio hacíamos turno de 24 horas, a veces de 32. No teníamos quien nos reemplace. Todos los médicos habían caído.</p>	<p>1. Sí. Cuando empezaron a llenarse las camas UCI, las camas shock trauma, la unidad de cuidados especiales. Sí. Ahí recién empezaron a construir el hospital blanco.</p> <p>2. Lo que faltaba era el oxígeno.</p>	<p>1. Llegamos a desabastecernos.</p> <p>2. Y los medicamentos porque ese tiempo era el boom pues no. la azitromicina, hidroxycloquina, hemostaparina, no había. No había ni en la farmacia no había en toda la ciudad.</p>		<p>1. No influyo en nada porque es una ciudad chica. No tenemos acceso a carreteras. Como es chico nos faltaron las pruebas rápidas. Porque creo que el 80% de la población se contagió.</p> <p>2. En la selva nuestro clima es muy caluroso y andar con el EPP, el overol, con la chaqueta, el pantalón, el guante, andar con lo que</p>	<p>1. Al principio acataron muy bien, pero a pesar de eso la gente caía, la gente se enfermaba, estaban en el hospital, fuera del hospital. Pero, después como ya se hablaba de inmunidad de rebaño todo fue un relajó.</p> <p>2. La farmacia mal porque incrementaron el precio de los medicamentos. Se dispararon la azitromicina costaba S/. 18.00 – S/.</p>
------------------------------	--	--	---	--	---	---

	Solo quedábamos algunos médicos generales.				<p>cubre el rostro Los protectores faciales. Es bien difícil, es bien complicado. Te deshidratas, empiezas a tener otros efectos. No es bonito.</p>	<p>22.00. O sea, te costaba S/. 80.00 – S/. 100.00.</p>
Entrevistado 10	<p>1. Bueno, normalmente la Universidad de la Amazonia Peruana tiene buen número de egresados.</p> <p>2. La universidad de la Amazonia peruana sí tiene especialidades.</p> <p>3. Lamentablemente como en toda parte del país es la falta de pago.</p>	<p>1. Desgraciadamente la emergencia estaba saturada en todos los pasillos, pasadizos y consultorios externos.</p> <p>2. Por ese mismo hacinamiento nuestro personal cayó.</p> <p>3. Manejamos como 8 camas UCI y como 10 de intermedio,</p>	<p>1. Nosotros teníamos casi lo necesario para emergencia en el inicio, pero en función a la oferta y demanda los medicamentos escasean.</p> <p>2. Ha escaseado el servicio arterial que es primordial. En laboratorio e imágenes sobrevivimos. En medicina si se tenía, aunque el familiar compraba.</p> <p>3. Sobre los medicamentos de UCIM, fentanilo, por ejemplo, muchas veces el familiar gastaba 500 soles consiguiéndolo por 10 ampollas.</p>		<p>1. Bueno, lamentablemente todo recurso que nos llegue es lento porque estamos en una isla. Sea por vía fluvial o área. Y es que Loreto como departamento no es una única opción, también está la capital.</p>	<p>1. Las clínicas no atendían prácticamente.</p> <p>2. Estaban desabastecidas, y si encontrabas costaba así de caro. El paracetamol costaba 6 soles. Algo tan esencial como eso costaba tan caro, y se acabó.</p> <p>3. En Loreto todos hicieron su vida normal, cuando vieron el desborde de nuestras manos recién guardaron distanciamiento y no salían. Se asustaron. Por julio y agosto volvieron a salir haciendo vida social.</p> <p>4. Hubo momentos que por la oferta y demanda los colegas se aprovechaban del momento para subir precios en consultas e insumos médicos.</p>

<p>Entrevistado 11</p>	<p>1. Los médicos fueron cayendo, y muriendo. 2. La poca experiencia del personal de salud en una crisis enfrentada por un virus totalmente nuevo y que no se tenía conocimiento de sus síntomas o cuadro clínico. 3. El GORE y MINSA contrató médicos generales. Incluso había bachilleres en medicina por la falta de profesionales titulados para atender la emergencia sanitaria, pero era insuficiente. 4. Trabajamos de manera desmedida sin protección. No hubo salud ocupacional ni rehabilitación psicológica. Vulneraron nuestros derechos como médicos residentes y aun así seguimos trabajando.</p>	<p>1. Carencia de equipos, medicamentos y material humano. 2. El hospital colapsó con un 600 % más de su capacidad. 3. Ahora tenemos planta de oxígeno que no abastece. La</p>	<p>1. No, nunca hubo distribución adecuada de mascarillas ni de pruebas rápidas ni de equipos de protección completos. 2. Faltaba oxígeno. La demanda era de 800 o 600 galones al día 3. Usábamos mascarillas recicladas por 20 o 10 días. No teníamos equipos de protección completos. 4. Faltaba alcohol, papel toalla, jabón líquido. Todo.</p>	<p>1. Cuando eso ocurría, inmediatamente iba a su casa en un cuadro leve. Era monitorizado por los profesionales de la salud. Si era un cuadro severo, lo hospitalizaban.</p>	<p>1. La ubicación geográfica fue inaccesible. 2. Los medios de transporte aéreo fluvial no se detuvieron. Han venido gente enferma de otros lugares en contacto con más personas y se han diseminado las diferentes variantes.</p>	<p>1. La población con cultura distinta y estilos de vías diferentes no estaba preparada para enfrentar este tipo de pandemia modificó muchas cosas. El nivel socioeconómico de las personas que vivían tenía que trabajar diariamente. Esto fue otra parte importante. 2. Hizo caso omiso a toda medida de protección. No hubo distanciamiento social. Hubo desorden y no respeto a las reglas del gobierno para evitar el contagio masivo. Había aglomeraciones en los mercados. Los pobladores salían a trabajar y no había restricciones. El muro de contención de la policía y las fuerzas armadas era insuficiente. Todo era un caos. 3. Fueron la parte más abusiva y miserable que hubo porque elevaron sus precios y existió un descontrol en la venta de medicamentos. Los</p>
						<p>precios eran exorbitantes. 4. El comportamiento ha sido diferente en el medio urbano que en el rural. El impacto también. La población rural es una población más manejable. El nativo o periferia es más manejable. Les enseñan y advierten y comprenden.</p>

<p>Entrevistado 12</p>	<p>1. Hace problemas los pagos que acá el hospital es del Estado y siempre son demorones. Eso causa malestar. Nadie quiere estar con esas condiciones de pago atrasados.</p>	<p>1. La infraestructura eso fue el año pasado en el Hospital Regional que era hospital COVID, pero rápidamente desbordó la capacidad y tuvo que abrir ESSALUD 2. El tema de máquinas empezó a llegar paulatinamente. Empezaron a llegar máquinas de ventilación mecánica.</p>	<p>1. Urgencia, elementos como EPP, por ejemplo. 2. faltaban medicamentos, que faltaban insumos de laboratorio, que faltaba EPP, que faltaban cosas elementales. 3. El número de camas de todo el hospital es 250. Operativas serán 242.</p>	<p>1. Definitivamente, por su lejanía y ser el principal medio rápido para hacer llegar productos, insumos de laboratorio, etc., es el más lejano del país. No creo que eso sea para decir que ha entorpecido todo porque es lejano, pero es una hora y media en vuelo en aviones.</p>	<p>1. Hicieron su agosto. Hasta el paracetamol estaba caro. No había alcohol. Algunos se apiadaron. 2. El oxígeno lo pone la iglesia, la medicina lo pone las petroleras 3. al comienzo la gente se protegió mucho, pero luego no fue así. 4. Loreto tiene una idiosincrasia particular. Se ha evidenciado bastante.</p>
-----------------------------------	--	--	--	--	--



ANEXO 7

EVIDENCIA DE LAS RESPUESTAS DE LOS ENTREVISTADOS REGION SAN MARTIN

Causas	Recursos Humanos	Infraestructura y equipamiento	Productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios	Directivas de salud	Geografía	Sociales
Entrevistado 1	<p>1. Lo que falta acá es personal.</p> <p>2. Al no tener un personal capacitado pese a tener a las camas disponibles y los ventiladores, lastimosamente ellos se veían en la obligación de referir pacientes</p> <p>3. La universidad de Tarapoto en promedio egresa de 10 a 15 profesionales.</p> <p>4. Los estudiantes e internos entre otros estudiantes del área de salud fueron enviados a sus casas y no fueron aceptados durante toda la pandemia porque recordemos que son una población en riesgo</p> <p>5. No hay mucha demanda de médicos intensivistas.</p> <p>6. Las capacitaciones no se daban a todo el personal del hospital. Le recuerdo que trabajo en el área de emergencias más que nada.</p>	<p>1. El Hospital II-2 Tarapoto yo veía que dicho hospital contaba con un ambiente para UCI pediatría que estaba con cuatro camas a disposición, todos con sus equipamientos. también tenía un ambiente para UCI adultos esta contaba con seis o siete camas si mal no recuerdo. No podría darte un número exacto.</p> <p>2. El que fue habilitado como hospital COVID no cuenta con personal para tratar pacientes COVID y no cuenta ni siquiera con su planta de oxígeno.</p> <p>3. El Hospital de Tarapoto II-2 es un hospital de nivel dos y cuenta con su planta de oxígeno, ese fue el otro escándalo que ocurrió en la región San Martín, la planta de oxígeno no está funcionando, solamente brindaba el 30% de la provisión de oxígeno.</p>	<p>1. Los insumos eran deficientes</p> <p>2. Únicamente se nos daban máscaras KN95, los overoles, aunque en nuestro turno a veces no había disponibilidad de dichos overoles pese a haber pacientes COVID sintomáticos</p>		<p>1. Así nada tiene que ver la geografía, temperatura, ambiente.</p>	<p>1. Lo que más tenía que ver era la educación de la población frente a esta enfermedad,</p> <p>2. La farmacia a en cuanto a los medicamentos que se usaban se tenía que pedir desde lima particularmente. 3. Un balón grande de oxígeno con barómetro costaba S/.6 000.00, incluso llegaba a S/.8 000.00.</p>

<p>Entrevistado 2</p>	<p>1. Desgraciadamente nosotros no contábamos con muchos especialistas, enfermeros especialistas ni intensivistas. 2. En todo San Martín solo tenemos una universidad que forma personal médico y no es suficiente porque se gradúan 20 jóvenes. Es insuficiente para cubrir toda la necesidad de personal médico en toda una región. 3. Personal médico, personal de enfermería, muchos terminamos con depresión y la carga del estrés. El estrés era terrible en todos. 4. Nos venían capacitando todos los benditos días por un mes creo, dos meses. La colocación de los EPP's, la colocación de los guantes, la colocación de las botas; el desplazamiento del personal, por donde van a ir los pacientes infectados porque ponían la señalización, los letreros.</p>	<p>1. Contábamos inicialmente con tres, empezamos con tres, y posteriormente se habían ido incrementando, empezar a tener más y más ventiladores. Tuvimos que gestionar más ventiladores porque a medida que pasaba el tiempo íbamos necesitando más ventiladores, más espacios. 2. El gobierno ya compró la planta y que ahora ya tenemos producción de oxígeno en la planta con total libertad que ya no vamos a estar desabastecidos</p>	<p>1. En cuanto a los EPP's, el área UCI siempre fue prioridad. Nunca nos faltó los overoles. UCI todo el tiempo tuvo 2. Porque todos los otros servicios, las otras áreas, que eran las carpas, como una semana no contaban con los overoles, pero trataban en lo posible mejorar la bioseguridad del personal.</p>	<p>1. No teníamos un plan de contingencia. 2. Teníamos formas de desplazarnos para no estar ahí constantemente con la carga viral. Más o menos esa era la forma en como nosotros nos habíamos desarrollado para afrontar esto. Por ejemplo, una enfermera se contagiaba. Se iba a casa. Si presentaba signos de alarma se iba al hospital MINSA.</p>	<p>1. Hospital II-2 Tarapoto no tuvo muchos problemas, pero cuando nos traían las referencias de otras ciudades veíamos que había mucha deficiencia porque venía el personal que no estaba protegido 2. El tema era que nosotros recibíamos las referencias de todo lados. 3. El mismo hecho de haber estado con los overoles, estar a altas temperaturas en Tarapoto, que estamos con altas temperaturas casi todo el año, eso hacía que nos volvámos propensos no solamente las mujeres, sino los varones también, a muchas enfermedades,</p>	<p>1. Inicialmente como en todo lugar, la gente desobediente, irresponsable, que no creía en el virus. Desafiante. Mucha gente desafiante al inicio. 2. Había sido una realidad que nos había golpeado en ese momento porque en cuanto a los medicamentos los precios se dispararon terriblemente.</p>
---------------------------	--	---	--	--	---	--

Entrevistado 3	<p>1. No había médicos ni enfermera u otro personal para darse abasto. Ni siquiera contratando, aunque se sugiera la oferta con salarios.</p> <p>2. Un 50% del personal aproximado tenía comorbilidad</p>	<p>1. Se gestionaron e instalaron 4 carpas frente al hospital, para las cuales se</p>	<p>1. Se llegó a gestionar para que se pudiera asegurar la venta al personal de salud con una previa receta médica, como médico de emergencia podías comprar corta cantidad límite para ti y tu familia. En</p>	<p>1. Como institución nosotros tenemos nuestro propio trabajo interno. Podríamos hacerlo a la semana o tres veces por semana</p>	<p>1. Llegó a faltar en los meses de mayo junio y julio. (Ininteligible). Los precios subían incluso al triple meses más adelante. Esto sobre la adquisición, más no el transporte.</p>	<p>1. Se captó el convenio mediante el hospital y el GORE para abastecer a los pacientes en un 80%, el 20% lo destinaban a la población y subieron el costo.</p>
	<p>y se empezaba a contagiar. Y el contagio habilitaba 15 días de licencias,</p> <p>3. Las capacitaciones fueron institucionales, más no por el contacto gobierno regional ni por nadie. Fue una iniciativa institucional.</p> <p>4. Sobre los pagos de las horas complementarias no más. Fue la demora.</p>	<p>entregaron 20 camas</p>	<p>cierto sentido se gestionó, y no hubo desabastecimiento. Con eso se tranquilizó la situación.</p> <p>2. o que es oxígeno sí se sintió el desabastecimiento por las dos únicas plantas de oxígeno privadas que estuvieron</p>	<p>a partir de las eventualidades que nos hacían saber en el nivel de nuestros directivos del gobierno regional, sobre lo que es salud.</p>	<p>2. Para nosotros es más perjudicial estar con el overol que beneficioso, porque se sudaba y había que tocarse la cara, tomar más agua e ir al baño. El overol hacía que nos tocáramos más veces que estar sin él.</p>	<p>2. Influye bastante acá en forma negativa y positiva la idiosincrasia de la población. Nos jugó el papel del temor. Lo cual fue tanto positivo como negativo porque hemos visto que la población se aisló por el mismo temor y miedo.</p>

Entrevistado 4	<p>1. Nosotros en el hospital necesitamos 18 pediatras mínimos, pero éramos solo 5. Funcionábamos junto con 5 médicos generales para cumplir los horarios.</p> <p>2. Entonces fueron cayendo muchos colegas en la sala de operaciones. Aunado a eso había renunciar por temor teníamos que tomar a los médicos generales y eso fue un inconveniente para tomar protocolos.</p> <p>3. Hicieron complementaria en ese momento y no les pagaron,</p>	<p>1. Se tomaron ciertas medidas en el hospital como un espacio libre para los posibles pacientes</p> <p>2. Gastábamos cerca de 12 mil soles semanales en la compra de oxígeno para abastecer el hospital.</p> <p>3. Nosotros teníamos 120 camas.</p>	<p>1. No, las pruebas rápidas no fueron suficientes. solo para el personal fueron las pruebas rápidas que probablemente tenía sintomatología</p>		<p>1. Yo pienso que acatamos al 95 %, siempre con excepciones. También ha sido un factor importante la economía de las familias que tenían que alimentarse. Llegó un momento en el que las familias salían a buscar de alguna u otra manera, pero a pesar de eso. Sí había gran responsabilidad</p> <p>2. El oxígeno para 3 mil libras valía 800 soles o mil cuando antes se llenaba por 100. Las medicinas costaron carísimas, por ejemplo, la azitromicina cuyo costo era de 3 soles llegó a 25 o 30 soles.</p>
----------------	---	---	--	--	---

<p>Entrevistado 5</p>	<p>1. Con respecto a la repartición de EPP se ha tenido un poco de problemas porque no estábamos como personal muy informados. Querían usar el EPP para cualquier tipo de paciente por miedo. Al inicio tuvimos el EPP dos y tres. 2. Se contrata más personal por CAS COVID. Los locadores pasan a CAS COVID. 3. El personal asistencial habrá sido en 30% o 40% aproximadamente a los que se les concedió la licencia por comorbilidad. 4. Ahora sí tenemos personal suficiente y capacitado que hemos ido preparando y uno que hemos conseguido en Lima, en el hospital de Vitarte 5. Turnos dobles.</p>	<p>1. Nosotros iniciamos con ocho camas UCI. Reorganizamos un servicio en rehabilitación. En ese consultorio era un servicio libre 2. Por la organización de nuestra directora llegamos a 24 camas UCI. 3. La emergencia porque en la emergencia el punto fue el oxígeno muy necesario. Ahí contamos con 20 camas en emergencia y 1 en trauma shock, más unas en el tercer piso adicionales. 4. Estamos usando las canillas nasales de alto flujo, las cuales nos han dado muy buenos resultados. 5. Ni que hablar del oxígeno porque no teníamos planta. Teníamos balones llegados desde Lima o Iquitos.</p>	<p>1. Conforme la población aumentaba con los casos, desabasteció. 2. Los medicamentos salían por protocolos, por ejemplo, con la azitromicina. Esos medicamentos escasearon.</p>	<p>1. Nosotros tenemos el aeropuerto aquí. La accesibilidad es buena.</p>	<p>1. Respecto de las autoridades hemos tenido apoyo. En una ocasión vino la ministra de Salud, el director del hospital II-2 Tarapoto, y todos ellos priorizaron al COVID. 2. Con respecto a las farmacias los medicamentos subieron de precio. No sé si se pusieron de acuerdo, pero los precios subieron. Las clínicas no recibieron pacientes COVID.</p>
---------------------------	---	---	---	---	--

<p>Entrevistado 6</p>	<p>1. Se contrató más personal en el servicio. 2. Personal que era inexperto, recién es egresados. 3. En junio y julio se suspendieron vacaciones e incorpora a personal que caía enfermo. Prácticamente he tenido a la mitad de mi servicio en cuarentena.</p>	<p>1. Se incrementaron las camas UCI y los ventiladores. 2. También se implementaron carpas para atender a los pacientes COVID.</p>	<p>1. Nosotros como unidad ejecutora tenemos contacto directo con el proveedor. 2. Durante la pandemia fue muy difícil por vía terrestre. No llegaban hasta dentro de 10 días. Como los reactivos eran refrigerados corríamos el riesgo de correr cadena de frío y perder reactivos. 3. Hemos pasado bastantes dificultades con las pruebas rutinarias porque no llegaban. No nos quedamos desabastecidos.</p>	<p>1. Nos hicieron llegar la información tardíamente, no con la prontitud que hubiésemos querido.</p>	<p>1. Hemos usado mucho el puente aéreo. Ya que, por vía terrestre era muy difícil movilizar las cosas.</p>	<p>1. Los laboratorios empezaron a ofrecer pruebas rápidas caras. 2. Los medicamentos como la ivermectina o azitromicina escasearon. Y, cuando había en las clínicas estaban muy caros. 3. Un tema bastante importante para el personal ha sido en cómo el GORE ha llevado el tema de la pandemia. Las decisiones tomadas fueron solo por su lado, hemos sentido que ha sido un tema muy político.</p>
---------------------------	---	---	--	---	---	--