

(89.6%), cuentan con un seguro de salud, lo cual si bien es cierto estaría ligado a una mayor satisfacción, en la realidad no es así, a causa de múltiples factores. Por ejemplo, en el 2016, el tiempo de espera promedio para la atención de cualquier persona que sea usuario de servicios de salud del MINSA en un consultorio externo y de hospitales de los Gobiernos regionales fue un promedio de 135 minutos, 34 minutos en exceso que la media nacional, y además, este promedio es significativamente mayor al de otros sistemas de aseguramiento en salud del país.

Ante las cifras evaluadas es evidente la falta de una gestión pública óptima direccionada en beneficio de la población peruana, ya que, la satisfacción del servicio de salud no es proporcional dentro de los departamentos que comprenden el territorio peruano. Además, velar por un buen manejo del presupuesto financiero que se destina para este sector, ya que, estos se han mantenido constantes, sin embargo, un marcado sector de la población no lo percibe de esa manera, en especial los que corresponden a los departamentos de la costa y, sobre todo, aquellos que cuentan con un seguro de salud.

Un reto importante para el Estado peruano es en primer lugar, canalizar las demandas que se desprenden de los ciudadanos, los cuales no perciben una óptima atención cuando acuden a un establecimiento de salud del MINSA, posteriormente, fiscalizar rigurosamente mediante organismos el adecuado uso de los recursos destinados al sector salud y finalmente, lograr una retroalimentación con los ciudadanos, pues es un aspecto importante en la administración pública, ya que el servicio de salud es indispensable, y este debe ser satisfactorio de manera proporcional en cada región y departamento en nuestro país para un desarrollo integral adecuado del ser humano.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alarcón, F. (2018). El sistema de programación de bienes.

Gálvez, A. (2018). Consideraciones económicas sobre la salud pública cubana y su relación con la salud universal. Revista Panamericana de Salud Pública .

Eraso, B. (2017). ¿Cómo medir la eficacia de la gestión en instituciones de salud? Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas.

Eficiencia en los sistemas de salud: (2017). Observatorio de la Seguridad Nacional.

Dieleman, J. (2017). Evolución y patrones del financiamiento mundial de la salud 1995-2014: asistencia para el desarrollo para la salud y gasto público, privado prepago y de bolsillo en 184 países.

Dieleman, J. (2016). Gasto nacional en salud por fuente para 184 países entre 2013 y 2040.

MINSA. (2016). Resolución Ministerial N°1008-2016-MINSA. Lima.

MINSA. (2017). Resolución Ministerial N° 1557-2017-MINSA. Lima.

MINSA. (2018). Resolución Ministerial N° 1347-2018-MINSA. Lima.

MINSA. (2019). Resolución Ministerial N° 1168-2019-MINSA. Lima.

Muñoz. (2017). Población y salud en Mesoamérica. Centro Centroamericano de Población .

Rojas, J. (2017). Enfoques teóricos para la evaluación de la eficiencia y eficacia en el primer nivel de atención médica de los servicios de salud del sector público. Retos de la Dirección.

Vásquez, A. (2019). Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica.



Infraestructuras potenciales para ampliación de instalaciones sanitarias y el espaciamiento social para la prevención y control del COVID 19.

Dani Vargas Huanca, Yenny Flores Quispe y Jose Chuqui huaccha, investigadores del Hospital Militar Central

Resumen

Ante la situación crítica de las instalaciones hospitalarias para atender una crisis sanitaria por otro lado las grandes limitaciones de las familias en las ciudades principales para acatar las disposiciones de distanciamiento social impuesta por el gobierno de turno. La pandemia originó el desuso de cientos hasta miles de infraestructura urbana. Ante tanta disponibilidad, y su potencial empleo en la ampliación de instalaciones sanitarias y el des hacinamiento social; se realizó una encuesta una muestra aleatoria de 800 usuarios organizado en estratos y conglomerados para conocer la valoración de diversas infraestructuras para combatir el COVID 19. Así mismo se realizó análisis geoespacial de la jurisdicción de Lima Metropolitana, donde se identificó la ubicación las infraestructuras con alto nivel de valoración Los resultados nos muestran que es social y técnicamente viable el empleo de la infraestructura temporalmente en desuso para la ampliación de instalaciones sanitarias y la ocupación social para reducir la vulnerabilidad por hacinamiento. . En las ciudades del país, la crisis de infraestructura sanitaria y el hacinamiento social como factores que favorecen la propagación y la gravedad de la vulnerabilidad al COVID 19, puede ser revertida con el empleo de infraestructura en desuso temporal. En la jurisdicción espacialmente analizada se dispone gran cantidad de infraestructura que históricamente se empleo para la ampliación de instalaciones de atención de salud en épocas de catástrofes sanitarias, las cuales también podrían permitir reducir los índices de hacinamiento social.

INTRODUCCION

Las crisis sanitarias se constituyen en oportunidades de cambio disruptivo dentro del sistema sociosanitario, más allá del empleo de militares y policías para la inmovilización social. En este contexto surgen actuaciones que amenazan a la seguridad multidimensional, las cuales demandan formas de actuación integral, inter agencial y multisectorial además de contar con la imprescindible cooperación y conciencia ciudadana (Astudillo, 2020). En este sentido es imprescindible la cooperación de diversas instituciones públicas como privadas en disponer medios y recursos que nos permitan afrontar mejor esta crisis y especialmente de la sociedad civil organizada.

El elevado índice de hacinamiento de pacientes en los servicios de emergencia de nuestros hospitales públicos, a cerca de un año de iniciarse la propagación de la pandemia; se debe a que las áreas críticas de los hospitales públicos del Perú, muestran severa crisis según Informes de la Contraloría General de la República (2020) que data sobre la implementación y cumplimiento de las normas técnicas en áreas críticas de los hospitales.

El informe de Defensoría del Pueblo (2019), después de la inspección de 149 hospitales a nivel nacional, describe las brechas presentes entre las ofertas de cama y sobredemanda de atenciones en los servicios de emergencia inspeccionados, así como las condiciones en que permanecen los pacientes y trabaja el personal de salud en los servicios de emergencia. En la misma se expone también sobre inadecuados espacios que comprometen el acceso y la atención oportuna de personas que demandan ser atendidos.

Las recomendaciones presentadas por ambos informes de entes inspectores en torno a la congestión de pacientes dentro de los servicios de emergencia.

El hacinamiento es un grave problema de salud pública, no se cuenta con estudios ni datos oficiales sobre los efectos del hacinamiento del sistema de salud sobre los pacientes, ni el personal de servicio en hospitales nacionales, así como tampoco tenemos publicaciones sobre soluciones para tratar el hacinamiento (Ponce-Varillas, 2017; Contraloría General de la República 2020).

Los gobiernos de turno han tenido el compromiso con la sociedad en sincerar públicamente ese como un problema de gestión, a fin de enfocar las más adecuadas soluciones a corto y mediano plazo con los recursos disponibles, con metas en la mejora continua de la calidad de atención de los pacientes, así como de los ambientes de trabajo para el personal de los establecimientos de salud (Ponce-Varillas, 2017), lo que dificulta totalmente la efectiva respuesta del sistema de salud al avance del COVID 19

Las familias que son las más vulnerables ante esta situación en la mayoría de las ciudades viven hacinadas (INEI, 2018). Existe un gran déficit habitacional de 612,464 unidades de vivienda en Lima Metropolitana al año 2016, (HGP Group, 2017). Del total del déficit habitacional señalado, 251,942 corresponde al déficit cuantitativo que en términos de porcentaje representa el 41.1%.

El déficit cuantitativo corresponde a viviendas que necesitan ser reemplazadas para satisfacer las necesidades de hogares secundarios que aspiran a comprar una vivienda; y segundo, para reponer viviendas que no son adecuadas para habitarlas, o porque además en ella viven dos o más hogares. 360,522 unidades habitacionales corresponden al déficit cualitativo, que en términos porcentuales equivale al 59%, es decir, a viviendas existentes con deficiencias en la calidad en cuanto a su material de construcción, hacinamiento y acceso a los principales servicios básicos como el agua potable, electricidad y desagüe.

El mismo Estado ha reconocido que existen 5598 hogares en Centro Histórico de Lima, con al menos una necesidad básica insatisfecha por cantidad de carencias, según distrito, 2017 INEI (2018).

Las experiencias en el mundo nos demuestran que es posible revertir esta situación de carencia de infraestructura adecuada el sistema de salud en muy corto tiempo, en este sentido la república del China ante la pandemia COVID 19, construyó un hospital en apenas 10 días para atender a más de 100000 pacientes.

En los países de Latinoamérica es poco probable, por la ineficiencia en el uso de recursos y la corrupción institucionalizada del sistema sanitario peruano (Valenzuela-Rodríguez, G. 2019). Todos los años se reportan la demanda ampliar las instalaciones, para aumentar camas y equipos complementarios.

La innovación práctica de adaptación de infraestructuras de uso potencial, contribuir en reducir al máximo los niveles de morbilidad y mortalidad por COVID 19, Incrementar el nivel de distanciamiento y medidas de protección. Un sistema de control y asistencia para reducir la letalidad. Que pueda reducir la tasa de morbilidad y la tasa de mortalidad.

Los hospitales de referencia del Ministerio de Salud peruano brindan baja calidad de atención a pacientes con patologías complejas. La atención de calidad involucra buen trato, la calidez, el humanismo, recursos materiales y capacidad real de resolver problemas (Soto, A. 2019). La realidad de los hospitales del Ministerio de Salud peruano dista mucho de los estándares de calidad recomendados por la OMS, con notables deficiencias en la capacidad resolutoria debido a la falta de métodos de ayuda diagnóstica, falta de equipamiento y deficiencia en la adquisición de medicamentos e insumos (Soto, A., 2019) así mismo en la Pandemia de COVID 2019, la población y los trabajadores del sector salud han mostrado sus preocupaciones que para cumplir con el protocolo de distanciamiento social las actuales instalaciones sanitarias no serían suficientes, exigiéndose mayor presupuesto para la ampliación de la infraestructura sanitaria.

Desde hace varios años después de la evaluación de la calidad de atención realizada por la Contraloría General de la República en hospitales de referencia se proponen medidas inmediatas de acción y se enfatiza la necesidad de abordar de manera inmediata las carencias de infraestructura y capacidad resolutoria para el diagnóstico y tratamiento, así como fomentar los concursos públicos para gestores de hospitales que permitan un ejercicio transparente y meritocrático no sujeto a vaivenes políticos (Soto, A. 2019), sin embargo nada de estas recomendaciones y alertas han sido consideradas para optimizar el sistema de salud en materia de infraestructura.

La gestión del espacio, es relevante para reducir los niveles de morbilidad y mortalidad por COVID 19, en todas las ciudades del Perú, existen infraestructuras disponibles con condiciones para ser convertido en centros de atención de emergencia hospitalaria y por otro para hospedar a las personas que viven hacinadas y poder incrementar los niveles de distanciamiento, las imágenes satelitales disponibles en Google heart, nos muestra una gran diversidad de infraestructura disponible, entre las más relevantes y abundantes tenemos a Centros educativos incluyen universidades, Estadios, casas sin huéspedes, hospitales privados y conventos o infraestructura en poder de las iglesias cristianas.

METODO Y MATERIALES

Se ha realizado una encuesta a una muestra poblacional de 800 seleccionadas de manera aleatoria de dos estratos poblacionales (personal de salud) y (población usuaria), en 8 conglomerados en entornos de los 8 hospitales de mayor acceso de la ciudad metropolitana de Lima, para conocer las preferencias para dos cuestiones: 1) para la ampliación de la atención hospitalaria y 2) el des hacinamiento social. De entre las instalaciones a ser calificadas fueron los Centros educativos, Estadios e instalaciones deportivas, casas inhabitadas, hospitales o centros de salud privados y Conventos. El sistema de calificación es vigesimal, un tipo de valoración muy conocido con la que están familiarizados la totalidad de la población que asistió a algún nivel de educación sea básica o intermedia.

Posteriormente se elige la jurisdicción de Lima centro, para realizar un análisis geo espacial de la situación, disponibilidad real del tipo infraestructura disponible de mayor preferencia alcanzado en la encuesta a la población. En el distrito de Lima centro, o mercado de lima, se determinó la existencia de tres tipos de infraestructura de mayor preferencia y la cantidad existente dentro de la geografía para su posible empleo para ampliación hospitalaria y distanciamiento social en contextos de COVID 19.

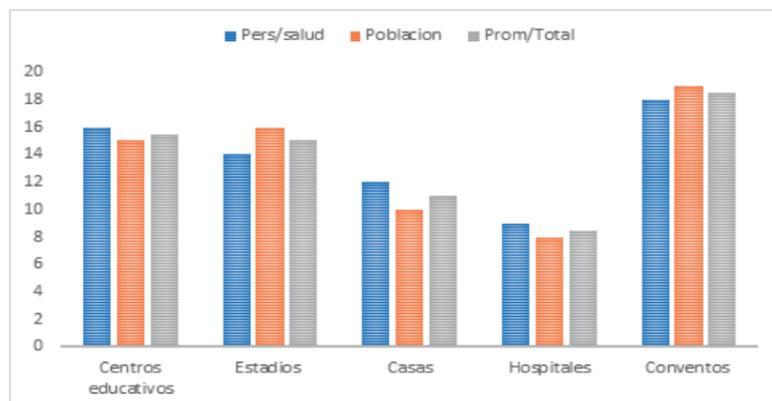
Para simular la ubicación de las infraestructuras potenciales, se empleó un Sistema de información geográfica de fácil acceso (Google heart) para comprobar las hipótesis que se plantean respecto y se muestra en grafico la disponibilidad de infraestructuras potencial-

mente empleables. Finalmente se ha obtenido los datos precisos: cantidad, nombre, ubicación, tipo de institución disponibles con mayor preferencia social, para su empleo inmediato para la pandemia del COVID 19 en Lima.

RESULTADOS

Las puntuaciones medias alcanzadas en los resultados de la encuesta Likert online, muestran novedades respecto a la visión y las estrategias que recomiendan dos grupos poblacionales: 1) trabajadores de la salud y 2) población usuaria del servicio de salud respecto a una adecuada gestión de infraestructuras urbanas disponibles y desocupadas para un mejorar el distanciamiento social.

Gráfico 01



Posteriormente se elige una jurisdicción, para realizar un análisis geo referencial de la situación, disponibilidad real del tipo infraestructura disponible deseado por la población. La muestra es el distrito de Lima centro, o cercado de lima, donde se determinó la existencia de cada una de tipos y la cantidad existente dentro de la geografía para su posible empleo para distanciamiento social en contextos de COVID 19. La mejor puntuación ha alcanzado los conventos la calificación media otorgada por la población fue 19 puntos y 17 por parte de los trabajadores de la salud.



Para simular la ubicación de las infraestructuras potenciales, se empleó un Sistema de información geográfica de fácil acceso "Google heart" para comprobar las hipótesis que se plantean respecto. Se puede observar que en este distrito existe abundantes templos y conventos muchas de ellas muy bien conservados. También se ha obtenido los datos de los conventos y templos de la iglesia católica disponibles para su empleo para la pandemia del COVID 19 en Lima.

Conventos y templos de la iglesia católica disponibles para su empleo para el COVID 19 en Lima

Nro	Iglesias supervisadas	Iglesias no supervisadas	Iglesias cerradas
1	Iglesia de Jesús, María y José	Parroquia Jesús Nazareno	Iglesia San Antonio
2	Parroquia del Sagrario	Iglesia de la Limpia Concepción	Iglesia de Santa Ana
3	Iglesia de San Francisco	Parroquia la visitación de Nuestra Señora	
4	Catedral de Lima	Parroquia Sagrados Corazones Recoleta	
5	Iglesia de San Marcelo	Iglesia Jesús Redentor - San Pedro Nolasco	
6	Iglesia Santísima Trinidad	Iglesia Santo Tomás	
7	Iglesia Santa Catalina	Iglesia Nuestra Señora del Prado	
8	Iglesia Jesús Reparador	Capilla San Columbano y Santo Toribio	
9	Iglesia de San Sebastián	Iglesia San Pío X	
10	Corazón de Jesús (San José)	Parroquia Virgen del Buen Remedio y San Pablo Apostol	
11	Iglesia de Santo Domingo	Parroquia Cristo Rey	
12	Iglesia de Santa Clara	Parroquia Nuestra Señora de la Merced	
13	Parroquia Santiago Apostol	Parroquia Nuestra Señora de Fátima	
14	Iglesia nuestra Señora de Cocharcas	Parroquia Santa Teresa del Niño Jesús	
15	Iglesia de Monserrate	Parroquia la Santísima Trinidad	
16	Iglesia Santa Rosa de Lima	Iglesia del Perpetuo Socorro	
17	Parroquia Sagrado Corazón de Jesús - Los Huérfanos	Iglesia Santo Cristo de las Maravillas	
18	Iglesia de la Buenamuerte		
19	Iglesia Virgen del Carmen		
20	Iglesia San Pedro		
21	Iglesia La Inmaculada		
22	Iglesia Las Nazarenas		
23	Basílica de la Veracruz		
24	Iglesia de San Agustín		
25	Iglesia La Merced		

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Los resultados, muestran datos sumamente novedades respecto a la elección de infraestructuras adecuadas para la ampliación e implementación de centros de emergencia hospitalaria. Ambos grupos poblacionales consultadas, coinciden en la elección de la infraestructura adecuada, otorgan una elevada calificación a conventos e iglesias para la ampliación hospitalaria. Para una adecuada gestión de infraestructuras urbanas disponibles y desocupadas en especial para la ampliación de atención de emergencia hospitalaria y el distanciamiento social (trabajadores de la salud y población usuaria del servicio de salud) es importante que el Estado tome en cuenta la disponibilidad de infraestructura y las decisiones de la ciudadanía a razón del principio de Soberanía.

Ambos grupos poblacionales consultadas prefieren que se adapte los templos. Lo cual estaría alineado con estudios que argumentan que los conventos son espacios que favorecen el restablecimiento de la salud de los enfermos (Sánchez, M. C. 1996), los jardines y arboles pueden mejorar el sistema inmunitario de las personas (Li, Q. 2018; López, S., 2018) que históricamente han estado asociados.

Infraestructura	Pers/salud	Población	Prom/Total
Centros educativos	16	15	15.5
Estadios	14	16	15
Casas	12	10	11
Hospitales	9	8	8.5
Templos	17	19	18

Para verificar la viabilidad, se analiza la jurisdicción de Lima Metropolitano, el análisis geo referencial de la situación, disponibilidad real del tipo infraestructura disponible deseado por la población. Donde se determinó la existencia de cada uno de los tipos de infraestructura y la cantidad existente dentro de la geografía para su empleo para distanciamiento social en contextos de COVID 19. La mejor puntuación ha alcanzado los conventos la calificación media otorgada por la población fue 19 puntos y 17 por parte de los trabajadores de la salud (GRAFICO 01).

Para localizar geográficamente la ubicación de las infraestructuras potenciales, se empleó el Sistema de información geográfica de fácil acceso Google heart, para comprobar las hipótesis que se plantean respecto. En el GRAFICO (03) se observa que en este distrito existe abundantes templos y conventos muchas de ellas muy bien conservados. También se ha obtenido los datos de los conventos y templos de la iglesia católica disponibles para su empleo para la pandemia del COVID 19 en Lima.

Según Ferraz, A. R. (2020) y Valenzuela JL (2020) sobre el empleo de conventos y templos como sanatorios, la historiografía mundial nos muestra claras evidencias. La historia de la Iglesia católica, por lo menos, está llena de antecedentes de fórmulas de asistencia. En el Concilio de Nicea en el 325 d.C., se acordó crear un hospital en cada catedral con el fin de atender a los peregrinos, que enfermaban. Santa Fabiola en el 390 d.C., una adinerada romana que se deshizo de sus bienes para con su venta organizar el primer hospital en Roma saliendo por las calles a recoger a enfermos y necesitados. Luego se incrementaría la creación de los hospitales en zonas de peregrinos atención y se ocuparon para ello monasterios (Ferraz, A. R. 2020). Los monasterios se convirtieron en sitios de traducción y conservación de textos médicos, lo que se conoce como medicina monástica. Siguió avanzando este concepto de iglesia abierta por Europa en forma de hospederías, hospitales y leproserías hasta llegar al gran hospital de la Orden de san Juan en Jerusalén (Ferraz, A. R. 2020).

En plagas, pestes y enfermedades colectivas la iglesia no solo puso parte de sus templos al servicio de los más necesitados, sino que convirtió a sus recintos en auténticos hospitales de campaña. El Papa Francisco en las Jornada Mundiales de los Pobres, permite instalar hospitales de campaña en la Plaza de San Pedro del Vaticano. Bajo este antecedente se ha preguntado a la población de sobre el empleo de los templos para aislamiento social en caso de catástrofes. En el Encuentro internacional "El proyecto pastoral de Evangelii Gaudium" en 2014, se advirtió que no se cayera en la tentación de "llenar la fe de reglamentos como hacían los fariseos, pues la Iglesia se parece a un hospital de campaña a donde llegan personas heridas buscando la bondad y cercanía de Dios. La Civiltà Cattolica afirma que "la Iglesia es como un hospital de campaña tras una batalla (Ferraz, A. R. 2020; Valenzuela JL. 2020).

En el Perú, la iglesia no puso parte de sus templos al servicio de los más necesitados, como si lo hicieron en países europeos en épocas pasadas, donde sus autoridades convirtieron a sus recintos en auténticos hospitales de campaña. Ante la plena voluntad y predisposición del Papa Francisco y de las entidades más influyentes del mundo como Civiltà Cattolica, pastoral de Evangelii Gaudium para apoyar a la población en esta pandemia; se esperaba de toda la comunidad religiosa la máxima predisposición en permitir el empleo de infraestructuras religiosas para afrontar el COVID 19. Sin embargo, ocurrió lo contrario, fueron ajenos a esta realidad respecto al empleo de infraestructura.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Astudillo, W., (2020) Reflexiones sobre la seguridad multidimensional y la respuesta de los Estados ante la pandemia de COVID-19. <https://ceeep.mil.pe/2020/04/01/reflexiones-sobre-la-seguridad-multidimensional-y-la-respuesta-de-los-estados-ante-la-pandemia-de-covid-19/>
- Sánchez, M. C. (1996). El nuevo marco socioespacial: emplazamiento de los conventos mendicantes en el plano urbano. In VI Semana de Estudios Medievales: Nájera, 31 de julio al 4 de agosto de 1995 (pp. 101-110). Instituto de Estudios Riojanos.
- Li, Q. (2018). El poder del bosque. Shinrin-Yoku: Cómo encontrar la felicidad y la salud a través de los árboles. Roca Editorial.
- López, S. (2018). Arquitectura que respira. La Naturaleza como escuela. eDUCADORES.
- MINSA (2020) Recomendaciones en caso un familiar presenta síntomas de Covid-19. <https://dirislimacentro.gob.pe/recomendaciones-covid-19-familiar-presenta-sintomas/>
- Asenjo Tello, G. J., & Loza Huamán, M. (2018). Mejora en la optimización del uso de los recursos públicos del programa presupuestal TBC-VIH/SIDA, para el componente de TB en Lima Metropolitana.
- Soto, A. (2019). Barreras para una atención eficaz en los hospitales de referencia del Ministerio de Salud del Perú: atendiendo pacientes en el siglo XXI con recursos del siglo XX. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, 36, 304-311.
- Ponce-Varillas, Tomás Ignacio. (2017). Overcrowding in the hospital emergency services. Anales de la Facultad de Medicina, 78(2), 218-223. <https://dx.doi.org/10.15381/anales.v78i2.13221>
- Contraloría General de la República 2020. Informe N348-2012-CG "Veeduría a la Implementación y Cumplimiento de las Normas Técnicas en las Áreas Críticas de Hospitales https://doc.contraloria.gob.pe/boletines/2020/BOLETIN_MARZO_ABRIL.pdf
- HGP Group (2017). Informe del déficit habitacional de 612,464 unidades de vivienda en Lima Metropolitana al año 2016.
- INEI (2018) Reporte de hogares con al menos una necesidad básica insatisfecha por cantidad de carencias, según Distrito, 2017
- Valenzuela-Rodríguez, G. (2019). Corrupción en el sistema sanitario peruano. Revista de la Sociedad Peruana de Medicina Interna, 32(4), 127-128.
- Ferraz, A. R. (2020). As grandes Pandemias da História. Revista de Ciência Elementar, 8(2).
- Valenzuela JL (2020) Cuando los templos de la Iglesia se convirtieron en urgentes hospitales y los dos casos actuales en España El Papa y los cardenales Omella y Osoro, partidarios de abrir iglesias como hospitales de campaña frente al coronavirus. El Plural, ESPAÑA. https://www.elplural.com/sociedad/templos-iglesia-convirtieron-urgentemente-hospitales-casos-actuales-espana_235989102.