

EL ESTADO PERUANO FRENTA A LA COVID-19

Lecciones de la región Ayacucho



**CISEPA
PUCP**

El Estado peruano frente a la Covid-19. Lecciones de la región Ayacucho

Documento elaborado por
Camila Gianella, Maritza Paredes y Eduardo Dargent
Como parte del proyecto ID PI0813 ¿(In)capacidad estatal? Análisis de las
respuestas del Estado peruano frente a la pandemia del COVID-19: los casos
de distribución y acceso a oxígeno medicinal respuestas y la vacuna contra la
COVID-19.
Contrato N° 064-2021-PROCIENCIA.

© Pontificia Universidad Católica del Perú (PUCP)
Centro de Investigaciones Sociológicas, Económicas, Políticas y Antropológicas
(CISEPA)
Av. Universitaria 1801, San Miguel, Lima - Perú.
<https://cisepa.pucp.edu.pe/>
Primera edición digital, abril 2023.

Cuidado de edición: Estación la Cultura S.A.C.

Hecho el depósito legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2023-03667
ISBN: 978-612-4355-14-1

Todos los derechos reservados. Queda prohibida su reproducción y distribución
total o parcial de esta obra, por cualquier medio o procedimiento, sin la
autorización escrita de los editores, bajo las sanciones establecidas por ley.



EL ESTADO PERUANO FRENTE A LA COVID-19.

Lecciones de la región Ayacucho

La pandemia de la Covid-2019 puso a prueba la capacidad del sistema de salud peruano. El número de casos, y la alta mortalidad que enlutó a muchas familias, develó que pese a ser un país catalogado como de ingreso medio alto, con casi el 100% de sus habitantes inscritos en un seguro de salud, Perú no contaba con un sistema de salud capaz de soportar una alta demanda de atenciones, y menos aún, de brindar atención de cuidados complejos de calidad, o diagnósticos de laboratorio a nivel nacional.

La infraestructura no fue el único punto débil del sistema de salud peruano en su respuesta a la pandemia de la Covid-19. La falta de recursos humanos, así como problemas derivados de la estructura del sistema de salud (por ejemplo, el fraccionamiento) debilitaron la respuesta estatal a la pandemia, incluyendo la vacunación. Pese a estas limitaciones, la sociedad peruana, y el sistema de salud respondieron a la pandemia, y esta respuesta evitó, sin duda, muchas muertes.



Tabla 1. Mortalidad e incidencia Covid-19, según regiones

Región	2020	2021	2022
Nacional (Perú)			
Tasa Mortalidad por 100,000 habitantes	292.2	331	46.76
Incidencia Covid-19 100,000 habitantes	3,333.82	4,182.3	6,195.18
Letalidad	8.77	7.91	0.75
Apurímac			
Tasa Mortalidad por 100,000 habitantes	85.20	269.3	38.07
Incidencia Covid-19 100,000 habitantes	1,981.26	4,441.24	4,273.62
Letalidad	4.3	6.06	0.89
Ayacucho			
Tasa Mortalidad por 100,000 habitantes	128.6	198.6	32.77
Incidencia Covid-19 100,000 habitantes	2,396.09	2,997.25	2,917.63
Letalidad	5.37	6.63	1.12
Huancavelica			
Tasa Mortalidad por 100,000 habitantes	107.9	209.1	36.68
Incidencia Covid-19 100,000 habitantes	2,235.32	2,438.98	3,560.74
Letalidad	4.82	8.57	1.03
Fuente: Elaboración propia en base a los datos del Ministerio de Salud. Datos Abiertos Covid-19.			

4

Qué factores contribuyeron a que algunas respuestas fueran más efectivas que otras es algo que necesita ser estudiado con mayor profundidad. Este documento presenta algunas reflexiones y recomendaciones a partir del análisis de la respuesta al Covid-19 en la región Ayacucho, región que, pese a sus niveles de pobreza, y falta de infraestructura para la atención de las personas con Co-

vid-19, mantuvo una baja mortalidad por Covid-19, y logró asegurar el abastecimiento de oxígeno medicinal en los establecimientos de salud públicos. Paradójicamente, esta región, que históricamente se ubicó entre las regiones con mejor cobertura de vacunación (esquema regular), no ha logrado una buena cobertura en vacunación de la Covid-19.

El documento se basa en el análisis de entrevistas realizadas en Ayacucho entre mayo y octubre del 2022 a funcionarios de salud, personal sanitario, autoridades políticas locales y regionales, líderes sociales, usuarias de los servicios de salud, periodistas, y miembros de la academia ayacuchana. El documento se organiza de la siguiente manera, primero se hace una breve descripción de la situación del sistema de salud ayacuchano a marzo del 2020, y algunos datos sobre su desempeño en la pandemia (mortalidad, así como cobertura de vacunación.

Luego, se pasa a presentar tres factores que evaluamos son centrales para comprender el desempeño de Ayacucho en la respuesta a la pandemia de la Covid-19: 1) acción rectora del Ministerio de Salud, 2) compromiso multisectorial a nivel regional y local, y 3) trayectoria de los funcionarios públicos. Al final del documento se señalan algunas recomendaciones que consideramos pueden contribuir a fortalecer las intervenciones sanitarias en el país.



EL SISTEMA DE SALUD DE AYACUCHO A MARZO DE 2020

A marzo del 2020 la región se podía categorizar como altamente vulnerable a la pandemia, sus indicadores de pobreza monetaria estaban (y han estado históricamente) por encima del promedio nacional, sus establecimientos de salud (incluyendo hospitales) no contaban con plantas de oxígeno, su número de camas hospitalarias estaba por debajo del promedio nacional (6 camas por 10,000 habitantes vs 14)(Comisión Especial de Seguimiento a Emergencias y Gestión de Riesgo de Desastres 2020-2021 2021), el 90% de sus hospitales y el 100% de sus laboratorios contaban con una capacidad instalada inadecuada (Ministerio de Salud, 2021).

Tabla 2: Letalidad Covid-19 en seis regiones andinas del Perú

Región	Camas por 10,000 habitantes (Marzo 2021)	Positividad (a Marzo 2021)	Capacidad de Stock de oxígeno (Marzo 2021)	Letalidad (a Marzo 2021)
Áncash	6	18.3%	2.2 días	4.3%
Apurímac	8.1	10.7%	4.7 días	2.4%
Arequipa	7.5	12.7%	5.1 días	3.3%
Ayacucho	6	19.6%	5.3 días	2.6%
Cusco	4.5	16%	3.8 días	2.7%
Huancavelica	5	13%	3.9 días	2.5%

Tomado de Dargent y Gianella 2023.

En el caso de la vacunación, como describe la Tabla 3, en el 2019 el 81.4% de los menores de 12 meses contaban con sus vacunas completas (el promedio de Perú era 76.7%), y en el caso de los menores de 36 meses, el porcentaje llegaba a 63.5% (nacional era de 60.7%).

En el caso de la vacunación por Covid 19, no se ha logrado una buena cobertura

de vacunación. Si Perú cuenta con una cobertura en adultos de tres dosis de 74.3%, Ayacucho sólo llega al 59.1%. En el caso de la cuarta dosis, Ayacucho llega al 13.2%, mientras que a nivel nacional la cobertura es de 26.57%.



Tabla 3: Coberturas de vacunación

Región	Paquete Regular Menores de 12 meses: 3 dosis pentavalente (2019)	Paquete Regular Menores de 12 meses: 3 dosis pentavalente (2022)	Paquete Regular Menores de 12 meses: 3 dosis Polio APO (2019)	Paquete Regular Menores de 12 meses: 3 dosis Polio APO (2022)	Covid Adultos Tercera dosis	Codi pediátrica (5 años a más) Tercera dosis
Perú	88.1	82.1	87.3	81.6	74.33	17.37
Áncash	94.8	90	93.6	89.9	83.44	40.77
Apurímac	100	97.5	100	95.7	71.59	14.49
Arequipa	87.3	71.8	86.6	71.5	71.58	7.26
Ayacucho	88	87	87.5	86.8	59.14	9.61
Cusco	90.2	79.6	90.7	79.5	65.97	8.74
Huancavelica	88.6	78	88	75.5	64.12	15.53

Elaboración propia en base a datos de REUNIS MINSA

7

En el caso de las 3 dosis de la vacuna pediátrica (en solo el de niños y niñas y adolescentes entre 5 y 17 años) a finales del 2022 la cobertura en Perú era baja, 17.27%, pero Ayacucho está por inclusive por debajo del promedio, llegando al 9.61%.

En el caso de la primera dosis que cubre a niños menores de 1 año, grupo en el que Ayacucho ha reportado una buena cobertu-

ra de vacunación, la región llega a 42.89%, mientras que la cobertura nacional es de 52.7%.

A continuación, presentamos algunos factores que podrían ayudar a explicar estos resultados, y que consideramos útiles para informar a las políticas de salud.

1) ACCIÓN RECTORA DEL MINISTERIO DE SALUD (MINSa)

La acción rectora ha sido positiva para la preparación de la respuesta inicial a la pandemia. Desde el nivel central, antes de que lleguen los casos al Perú, desde el MINSa se pedían reportes de infraestructura disponible en las regiones, así como de medidas a tomar en cuenta para enfrentar el supuesto de que se presenten casos.

Esto obligó a las autoridades de los gobiernos regionales y direcciones de salud a planificar medidas concretas, y contar con diagnósticos sobre la situación en sus regiones.

8

“ El MINSa ya estaba preparando todas las redes de salud a nivel nacional de cuál iba a ser nuestra respuesta frente a la pandemia, y mucha gente era incrédula, ¿no? Yo me... yo también me decía “eso nunca va a llegar acá”, ¿no?... Entonces, ya el MINSa nos había preparado en febrero. Entonces empezamos a adecuar ese hospital antiguo para que pueda ser un hospital COVID. ”

(Entrevista a autoridad Regional, Huamanga, mayo de 2022).

Con la llegada de los casos, desde el MINSa y la Presidencia del Consejo de Ministros, se elaboraron una serie de disposiciones en las que se resaltaba el rol activo que debían cumplir las autoridades locales y regionales, lo que brindó, además de un marco regula-

torio, la autoridad a las regiones y municipios para tomar decisiones sobre el manejo de la pandemia en su territorio.

Desde el nivel central se pidió, además, que se conformaran los Centros de Operaciones de Emergencia Regional - COER indicando su composición.

En el caso de la vacunación, la acción rectora y centralizada del MINSa no fue tan positiva como al inicio de la pandemia. Si bien es el MINSa el ente que se ha encargado de la distribución de las vacunas a nivel nacional, la vacunas contra la Covid-19 presentaban un reto adicional: la desconfianza, y la diversidad de las vacunas. La población tenía conocimiento de las posibilidades de vacuna. De hecho, existía mucha información en redes, muchas de ellas inexactas, otras falsas, sobre la calidad de las vacunas. Todo esto, además del impacto negativo del escándalo desatado por la irregular distribución de vacunas por parte del equipo de investigación encargado del ensayo clínico de la vacuna Sinopharm en el Perú (que incluyó al expresidente de la República y autoridades de salud), contribuyó a crear la percepción de que existía diferencia en la calidad y la efectividad entre las diferentes vacunas. Las vacunas de Sinopharm, Astra Zeneca y Moderna se percibieron como de menor calidad que las de Pfizer/BioNTech. Desde el MINSa se decidió, tomando en cuenta criterios logísticos (como la existencia de una cadena de frío adecuada a las necesidades de cada vacuna) la distribución

de las vacunas a nivel nacional para la primera fase de vacunación a la población. En el caso de Ayacucho, se asignaron las vacunas de Astra Zeneca y Sinopharm; mientras que, en la región vecina de Huancavelica, se asignó la vacuna de Pfizer/BioNTech. Esto despertó desconfianza en la población, resistencia y que algunos fueran a vacunarse a Huancavelica (debido al fácil acceso para las personas que vivían en varios de los distritos de las provincias de Huamanga y Huanta, por ejemplo).

“ En las otras regiones comenzaron a distribuir la vacuna Pfizer, y todos decían “la mejor vacuna, que tiene una protección del 92%”, en comparación con la Sinopharm, que era de 60% nomás, le atribuían. Entonces la gente ¿qué hacía?, de acá se iban así masivamente, ¿no? a otras regiones a vacunarse, a regiones vecinas, como Ica, Huancavelica, y en el VRAE, tú cruzas el puente, ya estás ya en el VRAE, por cruzar nomás recibías tu vacuna Pfizer, porque al Cusco también le mandaron el Pfizer. Ayacucho fue una de las últimas regiones en recibir la vacuna Pfizer. ”

(Entrevista a autoridad Regional, Huamanga, mayo de 2022).

Otro problema de esta estrategia centralizada, es que el MINSA no tomó en cuenta los contextos locales. Por ejemplo, en el caso del bono entregado a los equipos de vacunación, no se tomó en cuenta las diferencias en el esfuerzo de vacunar a población en zonas urbanas y en zonas rurales dispersas. Tam-

poco se tomó en cuenta que, en zonas rurales de este tipo, a lo que se sumaba como factor su poca población, usar el criterio de edad para la vacunación podía disminuir las oportunidades de vacunación. Se debió usar criterios como el de adultos de una misma familia vacunada.



2) COMPROMISO MULTISECTORIAL A NIVEL REGIONAL Y LOCAL

El número de casos, así como la alta tasa de mortalidad en algunas regiones, hicieron que autoridades locales, regionales, gremios y la población, se comprometieran con la respuesta a la Covid-19. La población exigía a las autoridades medidas concretas para controlar la pandemia, lo que obligó a las autoridades a crear canales de comunicación para informar de manera regular sobre las acciones tomadas, llegando en algunos casos a transmitir a través de las redes sociales, las reuniones de coordinación.

Durante el 2020 y 2021, la escasez del oxígeno se convirtió en preocupación nacional. Si bien en el caso de Ayacucho, se contaba con dos tanques criogénicos en la ciudad de Huamanga, que les permitió soportar los momentos de más alta demanda, las autoridades tuvieron que lidiar con la incertidumbre pues no sabían si los casos aumentarían, y con ello la demanda del suministro. Ante esta situación, comenzaron a surgir, como en varias localidades del país, iniciativas privadas, colectas para la compra de plantas de oxígeno. La demanda ciudadana por estas plantas era tal, que en algunos casos las autoridades decidieron, sin contar con un estudio técnico sobre la necesidad real de la planta, o sobre costos de mantenimiento, aportar con recursos ordinarios a estas colectas.

Estas decisiones de las autoridades deben ser analizadas en el contexto de la pandemia. No existía capacidad en el gobierno central para garantizar el abastecimiento regular de oxígeno en el país, y mucho menos

de controlar los precios. Las autoridades regionales y locales tuvieron que pelear con otras regiones por el recurso, y tuvieron que tomar decisiones, como la adquisición de plantas, que se presentaba como la mejor solución para salvar la vida de la población.

“ Sabemos que sí se ha ahorrado. Habría que hacer el costo metro cúbico, ¿no?, para ver cuánto. Además, en términos de gasto, puede ser q hayamos incrementado comprando plantas y todo, pero el costo de vida que se ha salvado con esto ha sido muy alto. ”

(Entrevista a autoridad Regional, Huamanga, mayo de 2022).

El apoyo de la población permitió a las autoridades a tomar medidas como el cierre o traslado de vendedores ambulantes a mercados cerrados, dar soluciones a conflictos locales que existían antes de la pandemia, lo que da cuenta del trabajo conjunto de autoridades con la población, y del potencial alto costo político de la inacción para las autoridades regionales y locales.

En el caso de la vacunación, este compromiso se vio en la primera etapa de la vacunación, en la que alcaldes apoyaron activamente la campaña habilitando locales de vacunación, o transportando a población vulnerable a los centros de vacunación, por ejemplo.



“ Hubo mucha participación, por ejemplo, de gobiernos locales en traer a los ancianitos a los puntos de vacunación... Los municipios nos ayudaron hasta en recoger a los adultos, devolverlos a sus casas, ha habido todo un movimiento en las primeras etapas. En una segunda etapa, cuando empezamos a hacer, a ir avanzando, también los municipios han, un poco, dejado de lado algunos temas, y empezamos a seguir trabajando nosotros por nuestro lado. ”

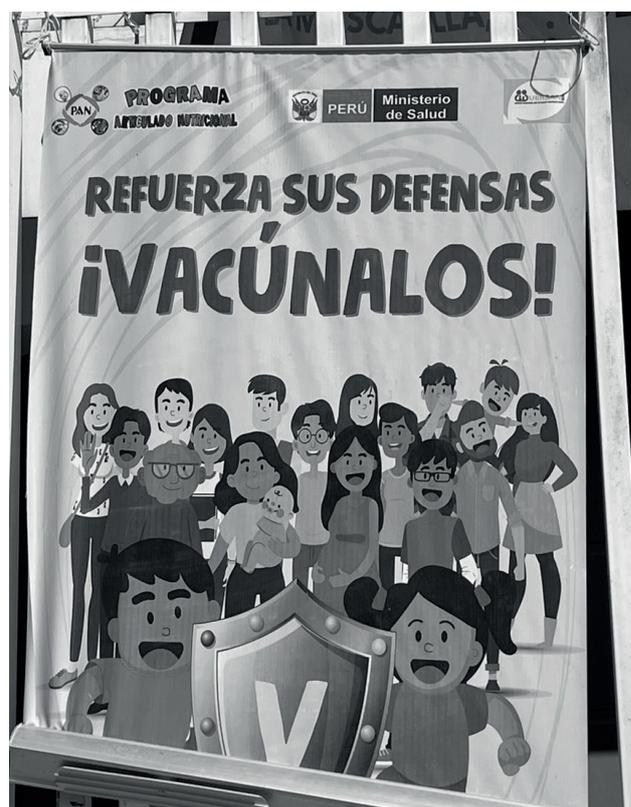
(Entrevista a autoridad Regional, Huamanga, mayo de 2022).

Sin embargo, la resistencia a las vacunas por parte de ciertos sectores de la población, así como la crítica a las restricciones impuestas (como el pedido del carnet de vacunación) comenzaron a convertir a la campaña de va-

cunación contra la Covid-19 en algo poco popular, y que podría tener además un alto costo político. Esto unido a la disminución de muertes por Covid-19, al parecer ha contribuido a desvincular a las autoridades políticas de la promoción de la vacunación contra la Covid-19.

Si bien hubo una respuesta multisectorial, el fraccionamiento del sistema de salud peruano significó una barrera para las autoridades de salud de la región, y para el COE (comando de operaciones de emergencia Covid-19) mismo. Essalud no participó en las coordinaciones de la respuesta, lo que perjudicó a su población asegurada, pues no contaban con la capacidad instalada para brindar oxígeno. Por otra parte, al ser sus autoridades elegidas a nivel central, no existió mayor costo político para errores en la gestión, incluyendo la compra de una planta de oxígeno. Si bien se dio un adelanto del 30%, el contrato fue resuelto y a febrero del 2023, el proceso se encuentra en arbitraje.

11



3) TRAYECTORIA DE LOS FUNCIONARIOS

Si bien la falta de recursos humanos especializados (especialistas) fue un problema en la región, un aspecto a resaltar es la presencia de funcionarios con experiencia en el sector salud, y en los gobiernos regionales y locales, lo que da cuenta de la importancia de contar con “burocracias profesionales”. En Ayacucho, la experiencia les permitió responder de manera rápida a las solicitudes del gobierno central. Conocer sobre los recursos humanos e infraestructura disponible, así como sobre sus debilidades, les facilitó planificar y organizar la respuesta. Al ser personas con experiencia en gestión pública, no les fue difícil organizar el COE (comando de operaciones de emergencia Covid-19), ni entablar contacto con autoridades locales.

Estos profesionales con experiencia también fueron claves para conseguir recursos

escasos como el oxígeno. Los funcionarios conocían a los proveedores, y lograron que les dieran preferencia. En medio de una respuesta desorganizada, en la que el gobierno central no reguló la venta de un recurso esencial como el oxígeno, esto fue de mucha ayuda.

“

Una vez llegó un barco con 300 balones, me acuerdo, y por el contacto que teníamos, el señor nos llama y nos dice “si ustedes compran con efectivo, a ustedes les separamos 100 balones”, cosas así había, ¿no? Increíble era eso.

”

(Entrevista a autoridad Regional, Huamanga, mayo de 2022).

12



En la vacunación también se percibe que es importante contar con equipos con experiencia de trabajo con la población objetivo, que puedan anticiparse a las resistencias, y adaptar los mensajes y estrategias a la población. Sin embargo, en el caso de la vacunación la trayectoria también puede haber afectado negativamente la campaña. La vacuna de la Covid-19 presentaba otros retos. El paquete regular de inmunizaciones está destinado, principalmente a niños y niñas que pueden enfermar gravemente de ciertas enfermedades, en el caso de la Covid-19 los

niños y niñas han sido los que menos desarrollaron cuadros graves de la enfermedad. Como se ha mencionado, existen diferentes argumentos en contra de la vacuna, hay desconfianza y el experimentado programa nacional de inmunizaciones no ha tenido la capacidad para gestionar esta desconfianza. Desde el nivel central (MINSA) hasta el nivel local se habló de la experiencia en campañas de vacunación como un factor determinante que garantizaba una alta cobertura de vacunación de la Covid-19, cosa que no se ha dado.





CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1.

El sistema de Alerta del MINSA ha demostrado ser una herramienta efectiva para comprometer a las autoridades regionales a prepararse para enfrentar las emergencias.

3.

Las regiones deben tener mayor capacidad para adaptar a sus territorios y poblaciones las guías nacionales.

14

2.

El fraccionamiento del sistema de salud puede debilitar el impacto de las acciones de las autoridades de salud, inclusive en casos de emergencia. Es necesario establecer cómo deben participar Essalud y los privados en espacios de coordinación como los COER, así como cuál es la incidencia de las autoridades regionales sobre estos actores.

4.

Es necesario que el componente de comunicación e información sea priorizado en las acciones del MINSA. Se debe brindar a las regiones los recursos para, además de traducir los mensajes, elaborar y evaluar las estrategias de comunicación.



5.

En el caso de la vacunación, es importante que se identifiquen las diferentes razones detrás de la baja cobertura. Si bien hay actores políticos, estos se dan sobre todo en grandes ciudades. Hay actores religiosos, pero también hay mucha desinformación y desconfianza sobre la calidad de las vacunas, y sobre el propio personal de salud. La desconfianza en el personal podría afectar negativamente la cobertura del programa regular de vacunaciones, pues los padres y madres estarían dejando de vacunar a sus hijos e hijas contra otras enfermedades, por miedo a que les pongan la vacuna de la Covid-19 “a escondidas”. Desde el MINSA se debe trabajar esta desconfianza, brindar herramientas a sus equipos de vacunación.

6.

Se deben examinar sistemas de información que apoyen a las regiones a realizar evaluaciones de tecnología médica en situaciones regulares y de emergencia. Esto podría mejorar los procesos de compra de dispositivos médicos.

7.

Urge que, desde el Ministerio de Salud y las regiones, se evalúe el estado de las plantas de oxígeno y se determine la entidad responsable de su mantenimiento. La infraestructura adquirida en el marco de la pandemia debe ser cuidada.

8.

Se deben elaborar mecanismos para permitir la profesionalización en cargos claves de los gobiernos regionales, a efectos de que la selección de las direcciones dependa de la experiencia y cualidades profesionales de quien la ocupe. El caso de Ayacucho da cuenta de la importancia de tener funcionarios de carrera.

15

REFERENCIAS

- Comisión Especial de Seguimiento a Emergencias y Gestión de Riesgo de Desastres 2020-2021. 2021. *Informe: Estado Situacional actual en las regiones del país respecto de la capacidad de respuesta contra la Covid-19* Congreso de la República (Lima).
- Ministerio de Salud. 2021. *Diagnóstico de Brechas de Infraestructura y Equipamiento del Sector Salud*. Ministerio de Salud (Lima).

+ + + + +

ÍNDICE

Presentación	3
El sistema de salud de Ayacucho a marzo de 2020	6
1) Acción rectora del Ministerio de Salud (MINSA)	8
2) Compromiso multisectorial a nivel regional y local	10
3) Trayectoria de los funcionarios públicos	12
Conclusiones y recomendaciones	14

+ + + + +

ISBN: 978-612-4355-14-1



9 786124 355141