

VACUNAS Y DESIGUALDAD

LECCIONES DE LA VACUNACIÓN CONTRA LA COVID-19 EN PERÚ



saludconlu.pa



Gobierna
CONSULTORES



OXFAM

VACUNAS Y DESIGUALDAD

LECCIONES DE LA VACUNACIÓN CONTRA LA COVID-19 EN PERÚ

PRIMERA EDICIÓN

Abril 2023

Tiraje: 500 ejemplares

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2023-03204

AUTORES:

Fabiola Torres , Rocío Romero y Jason Marínez - **Salud con lupa**

Víctor Zamora, Javier Llamoza, Risof Solis y Alejandra Castillo - **Gobierna Consultores**

COORDINACIÓN DE LA PUBLICACIÓN:

Catherine Eyzaguirre y Cinthia Navarro - **Oxfam en Perú**

MAPAS:

Kelly Gomez

DISEÑO Y DIAGRAMACIÓN:

Jason Martínez

FOTO DE PORTADA:

Alto Amazonas, Loreto, Perú, 23 de setiembre de 2021 / Ministerio de Salud

Un grupo de vacunadores llegaron en peque-peque al pueblo indígena Shawi, en el Alto Amazonas.

EDITADO POR:

© Oxfam

© Fundación Oxfam Intermón

Calle Diego Ferré 365, Miraflores, Lima-Perú

Web: <https://peru.oxfam.org/> | Facebook/Twitter: Oxfamenperu

© Salud con lupa

De la Roca de Vergallo 493, Oficina 706, Magdalena del Mar, Lima-Perú

Web: <https://saludconlupa.com> | Facebook/Twitter: saludconlupa

© Gobierna Consultores

Web: <https://gobierna.com.pe/> | Teléfono: +51 950 069 024

El contenido de la presente publicación es responsabilidad exclusiva de las/los autores y no representa necesariamente los puntos de vista de Oxfam.

RESUMEN EJECUTIVO

La vacunación ha sido una de las intervenciones sanitarias más efectivas para controlar y erradicar enfermedades, y se convirtió en la mejor herramienta para proteger y evitar el fallecimiento de millones de personas durante la pandemia de la covid-19. Pese al contexto global de escasez y acaparamiento de dosis por parte de los países ricos y de la crisis política interna del Perú, la compra de vacunas y el inicio de la vacunación en febrero de 2021 fue una señal importante de la recuperación del Estado en su capacidad de garantizar la salud de todos sus ciudadanos. Para muchos peruanos, después del colapso del sistema sanitario, tener al fin una fecha para recibir su primera dosis contra un virus que cambió la vida que conocían les permitió recobrar la esperanza en un país que llegó a tener la tasa de mortalidad más alta del mundo por esta enfermedad.

Como varios gobiernos de la región, el Estado peruano se tuvo que allanar a las condiciones de las farmacéuticas y aprobó normas que permitieran la confidencialidad de las compras y garantizaran indemnidad económica a los laboratorios. Así, el Perú fue el noveno país de América Latina y El Caribe que inició su vacunación, unos 47 días después de que lo hicieran los tres primeros: México, Chile y Costa Rica. Un factor que impidió negociaciones tempranas fue el conflicto político interno del país, que pudo superarse temporalmente durante el Gobierno Transitorio a finales de 2020 y comienzos de 2021. Se hizo entonces una inversión extraordinaria de S/ 3,984 millones para la adquisición de vacunas, recursos que salieron de la Reserva de Contingencia del Tesoro Público y de créditos suplementarios de operaciones de endeudamiento externo.

El Ministerio de Salud (Minsa) lideró el Plan Nacional de Vacunación contra la Covid-19 que cambió de fases por grupos de prioridad a un modelo territorial por grupos de edad de manera descendente después de que se vacunó a todo el personal de salud en primera línea y a los adultos mayores, uno de los grupos con mayor riesgo de muerte frente a la enfermedad. Este plan tuvo el compromiso desde el más alto nivel político hasta los niveles operativos, sobre todo en su primer año de ejecución, pero no logró superar las estructuras que sostienen la desigualdad en el país. Pronto, se evidenciaron las falencias del Estado en sus tres niveles de gobierno para llevar la vacuna a las poblaciones de los distritos de áreas rurales y de difícil accesibilidad geográfica, sobre todo de los Andes y la Amazonía. Un problema que perjudicó a los peruanos más vulnerables, como los pueblos indígenas, cuya vacunación requería una estrategia de vacunación con pertinencia intercultural.

Las vacunas no estuvieron disponibles para todos los peruanos poco después de que los lotes aterrizaron en el país. Hasta el cuarto trimestre de 2021, las provincias de la selva y la sierra recibieron menos vacunas de las que necesitaban. Por ejemplo, Picota y Tocache (San Martín) recibieron dosis para vacunar al 2% y 7% de su población objetivo, respectivamente; mientras que la provincia de Datem del Maraón (Loreto) solo tuvo dosis para cubrir al 1% de su población objetivo, y Melgar (Puno) apenas el 2%. Es decir, varias de las zonas de mayor pobreza del país fueron las que menos dosis recibieron.

Los problemas también se reflejaron en la cobertura de vacunación contra la covid-19 por región, provincias y distritos conforme a sus condiciones económicas, densidad poblacional y accesibilidad geográfica. Así, los distritos de la Amazonía presentaron más retrasos que los de la sierra y la costa en la cobertura de primeras dosis. Para el segundo

trimestre de 2022, la mayoría de los distritos de la costa y la sierra habían alcanzado más del 100% de cobertura de primeras dosis, mientras que los distritos amazónicos llegaron a una cobertura de 95.7%. La brecha creció en los distritos amazónicos con pueblos indígenas, como Cahuapanas y Andoas (Loreto) que registraron menos del 25% de cobertura de la primera dosis. En tanto, los distritos de El Cenepa, Imaza, Río Santiago y Nieva (Amazonas), y Yaquerana, Manseriche y Balsapuerto (Loreto) no superaron el 40% en primeras dosis hasta ese período. La aplicación de la segunda y tercera dosis acentuó las brechas de los distritos de la Amazonía con el resto del país, ya que sus tasas de vacunación llegaron a menos del 30% de cobertura para la segunda dosis y menos del 15% para la tercera dosis en 2022. Estos hallazgos muestran que en el proceso de vacunación se mantuvieron las desigualdades históricas. Los distritos con mayor pobreza monetaria y con menor índice de Desarrollo Humano (IDH) fueron los que presentaron menores tasas de cobertura del esquema de inmunización.

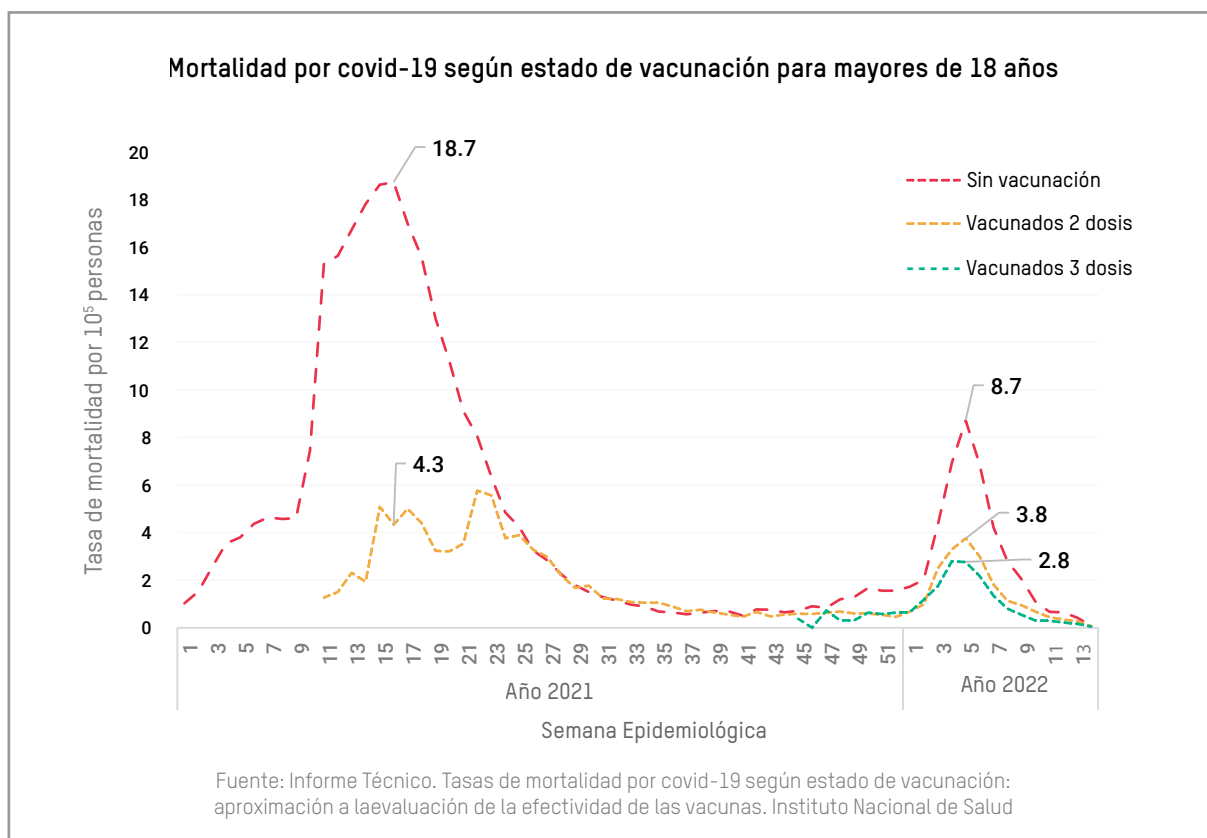
Las zonas con menor densidad poblacional quedaron también rezagadas en las tasas de cobertura de vacunación covid-19. Hasta el segundo trimestre de 2022, Cahuapanas, Andoas, Manseriche y Morona, distritos de Loreto; y El Cenepa, Río Santiago y Nieva, distritos de Amazonas, no llegaban al 50% de cobertura de la primera y la segunda dosis. Sus comunidades están en un territorio donde la densidad poblacional es menor a 10 personas por kilómetro cuadrado. Estos territorios son habitados por poblaciones indígenas u originarias amazónicas (Shawi, Wampis, Kapanawa, Achuar, Kandozi, Chapra, Kichwa, Shipibo-Konibo, Kukama Kukamiria, Awajún y Kandozi).

Sin embargo, si bien el Plan Nacional de Vacunación contra la Covid-19 se diseñó para orientar una participación activa y articulada del Minsa, los gobiernos regionales, el Seguro Social de Salud (EsSalud), las sanidades de las Fuerzas Armadas y la Policía, así como el sistema privado de salud, su ejecución tuvo debilidades por un conjunto de factores, como las limitaciones logísticas y de recursos humanos de cada gobierno regional, la constante inestabilidad del Poder Ejecutivo y el alejamiento de cuadros técnicos experimentados del Minsa para vigilar y evaluar los resultados.

Por ejemplo, las limitaciones de los gobiernos regionales se reflejaron en la poca adaptación de las estrategias nacionales de vacunación a las necesidades específicas de sus poblaciones como la difusión de mensajes culturalmente pertinentes en su lengua y a través de promotores y comités comunitarios que actuaran como enlaces entre el Estado y la comunidad. La participación comunitaria en la estrategia de vacunación no se fortaleció lo suficiente pese a que este tipo de organización en salud cobró relevancia como respuesta de la ciudadanía ante el colapso del sistema sanitario. En el Minsa, para 2022 la estrategia de vacunación pasó de ser una política de Estado que involucra a todos los sectores a la responsabilidad solitaria de la Dirección General de Inmunizaciones. Así, no se establecieron pronto medidas específicas para llegar a los ciudadanos y ciudadanas que se estaban quedando atrás en la vacunación y acortar las brechas pendientes.

1. BALANCE DEL PROCESO DE VACUNACIÓN COVID-19

La vacunación ha sido la estrategia sanitaria más importante para proteger y evitar el fallecimiento de millones de personas durante la pandemia de la covid-19. Por eso, pese al contexto global de escasez y acaparamiento de dosis por parte de los países ricos y la crisis interna que afrontó el Perú, la llegada de las primeras vacunas al país fue vista como una señal importante de recuperación del Estado en su capacidad para resolver sus grandes falencias. Sobre todo, cuando empezaron a notarse los efectos de la vacunación. Un estudio de vigilancia epidemiológica del Colegio Médico del Perú reveló que la curva de muertes por coronavirus en los doctores disminuyó, en comparación con la población en general no vacunada, luego de dos semanas de haber sido inmunizados con la segunda dosis. En el caso de las hospitalizaciones, estas comenzaron a disminuir una semana después de aplicada la segunda dosis. Además, durante el pico de la tercera ola de la pandemia, la población mayor de 18 años inmunizada con tres dosis registró una tasa de mortalidad de 2.8¹, tres veces menor al 8.7 que tuvieron los no vacunados, de acuerdo al Centro Nacional de Salud Pública del Instituto Nacional de Salud (INS).



Conforme fueron aterrizando los lotes de vacunas en el país, el Ministerio de Salud (Minsa) empezó la distribución y aplicación de dosis sobre la base de un Plan Nacional de Vacunación contra la Covid-19. Este plan tuvo adaptaciones sobre la marcha, pero generó un compromiso desde el más alto nivel político hasta los niveles operativos, sobre todo en su primer año de ejecución. Sin embargo, no logró superar las estructuras que sostienen la desigualdad en el país para llevar las vacunas a las poblaciones que viven en áreas rurales y de difícil accesibilidad geográfica de los Andes y la Amazonía.

1 La tasa de mortalidad se calcula por cada 100,000 personas. Lo que significa que por cada 100,000 vacunados fallecieron 2.8 y por cada 100,000 no vacunados fallecieron 8.7.

LA IMPORTANCIA DE QUE EL ESTADO GARANTICE LAS VACUNAS

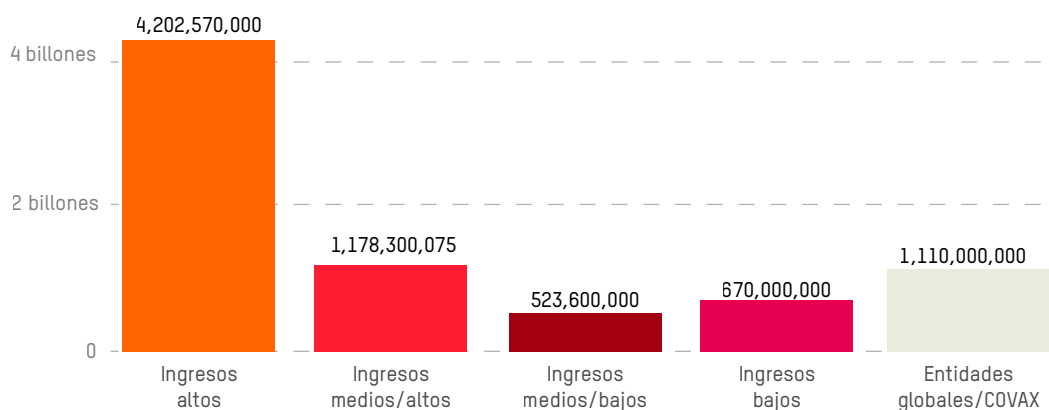
Una mañana de febrero de 2021, los primeros peruanos fueron inmunizados contra la covid-19. Para muchos, monitorear en tiempo real el aterrizaje de las vacunas y las colas del personal de salud en primera línea listo para poner el brazo significó el inicio del fin de una larga pesadilla. A pesar de todas las dificultades, el Estado peruano hizo posible la vacunación gratuita para todos sus ciudadanos y quedaron atrás argumentos de algunos sectores sobre que debían ser los privados los que trajeran las vacunas para darle celeridad al proceso.

Desde su aprobación, las vacunas fueron un bien escaso, y fabricar y distribuir dosis

suficientes para cubrir la demanda global tomaría tiempo. En el ámbito internacional, el Perú enfrentó un escenario de acaparamiento, donde los países de altos ingresos reservaron la mayoría de las dosis y dejaron una porción más pequeña para los países en desarrollo*. En el ámbito local, el Parlamento buscó abrir un mercado privado de vacunas. Solo entre diciembre de 2020 y febrero de 2021, seis bancadas propusieron 13 proyectos de ley para que empresas privadas y gobiernos regionales pudieran comprar vacunas con el argumento de la débil gestión del Gobierno Central. Ninguna de estas iniciativas fue aprobada.

* El 17 de febrero de 2021, en una sesión de alto nivel del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas, su secretario general, Antonio Guterres, señaló que más de 130 países no habían recibido hasta entonces una sola dosis de las vacunas covid-19 y denunció que el 75% de las vacunas aplicadas se concentraban en solo diez países desarrollados.

Número de dosis adquiridas por los países según su nivel de ingresos



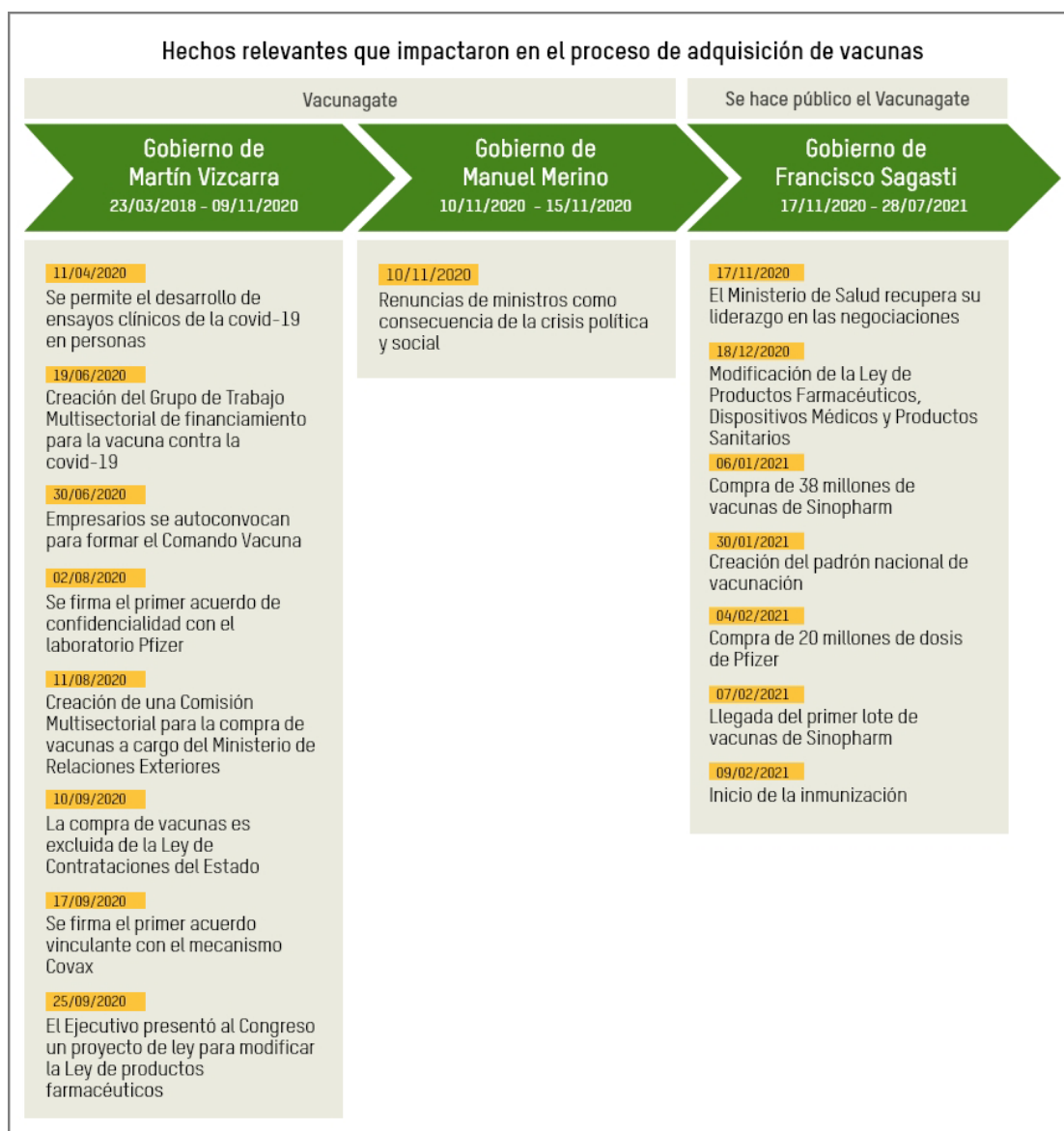
Fuente: Duke Global Health Innovation Center / Actualizado al 29 de enero de 2021.

ERRORES ESTRATÉGICOS Y FALTA DE LIDERAZGO DEL MINSA

Desde el principio de las negociaciones, durante el Gobierno de Martín Vizcarra, hubo errores estratégicos en las decisiones políticas para la compra de las vacunas. Uno fue quitarle la rectoría al Ministerio de Salud (Minsa) para liderar el proceso de negociaciones de la compra de las vacunas y delegarlo a una comisión multisectorial a cargo del Ministerio de Relaciones Exteriores. Pese a que se trataba de vacunas en investigación - productos que estaban aún en ensayos clínicos y que requerían un manejo especializado-, el Minsa solo participaba como ejecutor de los acuerdos de dicha comisión. Se hizo de esta forma pese a que la evaluación de las vacunas utilizadas en la

Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones dirigida por el Minsa siempre había tenido instancias en las que participan un comité consultivo y la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (Digemid), que tienen profesionales de salud y científicos especializados en vacunas.

Además, una estrategia para el acceso a las vacunas covid-19 no solo implicaba la compra, sino toda la planificación de un programa de vacunación extraordinario. En ese contexto, había que considerar el importante liderazgo que tuvo el Minsa en anteriores coyunturas desafiantes. Por ejemplo, en 2006, el Perú fue capaz de vacunar a cerca de 22 millones de peruanos contra la rubéola y el sarampión en siete semanas, lo que tiempo después hizo que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) lo certifique como un país libre de rubéola y del síndrome de rubéola congénita. Una certificación que significó un reconocimiento a su robusto sistema de inmunizaciones².



2 El Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) fue creado en el Perú en 1979. Desde su creación, las coberturas de vacunación fueron aumentando y se fueron implementando campañas masivas que permitieron la erradicación del poliovirus salvaje (1991), la eliminación del sarampión (2000) y de la rubéola (2006), y en el control de EPV como la difteria, el tétanos neonatal, la fiebre amarilla, y la tuberculosis infantil en sus formas graves. En 2004 se creó la Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones (ESNI). Desde que fue creada con un comité consultivo y posteriormente con un comité de expertos, como órganos asesores. Desde el año 2008, el Perú ha introducido aceleradamente vacunas a su esquema nacional de vacunación. Actualmente, el ESNI incluye vacunas contra 21 enfermedades, no solo destinadas a la niñez, sino que también para preadolescentes, embarazadas, adultos mayores y población de riesgo. Así mismo, entre 2008 y 2011, se realizó una gran inversión en cadena de frío: implementación de cámaras frías en todas las regiones, compra de los equipos (congeladores, conservadoras, termos, data logger y otros insumos necesarios).

Sin embargo, las gestiones del Estado para la compra de vacunas fueron dispersas y no fortalecieron al Minsa. En forma paralela a la comisión multisectorial, el Gobierno permitió a un grupo de empresarios ligados al rubro farmacéutico, autodenominado Comando Vacuna, participar en la orientación de las negociaciones de compra y asumir vocería pública a nombre del Estado sobre un proceso en el que no tenía competencia.

A los errores en algunas decisiones políticas, se sumaron las limitaciones de las herramientas legales del Estado. Las normas peruanas impedían la compra de medicamentos que no existían en el mercado y su uso con ensayos clínicos inconclusos, como sucedía con las candidatas a vacunas contra la covid-19. Por eso, en septiembre de 2020, se publicó un decreto de urgencia³ para que estas compras se excluyan de la Ley de Contrataciones del Estado y se realicen de acuerdo a las condiciones establecidas por los mercados internacionales.

En ese período, el Perú vivía una de las peores etapas de la pandemia y en simultáneo una crisis política que se agudizó el 9 de noviembre con la vacancia del entonces presidente de la República, Martín Vizcarra, y la investidura de Manuel Merino como su sucesor hasta su renuncia el 15 de noviembre. Esta crisis desencadenó masivas protestas sociales y se convirtió en un factor que impidió concretar negociaciones tempranas y firmas de contratos para adquirir vacunas contra la covid-19 para las 22.2 millones de personas por inmunizar en el país.

MODIFICACIONES LEGALES PARA ATENDER LAS CONDICIONES DE FARMACÉUTICAS

El proceso de compra de vacunas fue retomado por el gobierno de transición del presidente Francisco Sagasti en diciembre de 2020. Hasta entonces, Pfizer había sido la primera opción de compra del Perú, pero su vacuna no fue la primera en adquirirse. Las conversaciones formales con esta farmacéutica iniciaron en agosto de 2020, cuando el Gobierno peruano firmó un acuerdo de confidencialidad. Luego, en setiembre, se firmó un “pliego de condiciones vinculantes”, que detalló los compromisos preliminares de ambas partes, y estableció la compra de 9.9 millones de dosis por 118.8 millones de dólares. Es decir, 12 dólares por dosis.

Sin embargo, por entonces, el Estado peruano no tenía un marco regulatorio que le permitiera comprar medicamentos en desarrollo. Se necesitaba modificar la Ley de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios para otorgar registros sanitarios condicionales a las vacunas con estudios clínicos preliminares en fase III⁴. La norma⁵ se publicó recién el 18 de diciembre de 2020, es decir, luego de dos meses de su presentación en el Congreso de la República porque no fue aprobada por los parlamentarios en su primera votación de octubre, sino en una moción de reconsideración de votos. Para ese período, Perú ya tenía la mayor tasa de mortalidad por Covid-19 en el mundo, según Our World in Data⁶. Y en esos dos meses de espera para los cambios normativos murieron 9,748 personas por esta enfermedad, según datos de la Sala Situacional Covid-19 del Ministerio de Salud.

3 Decreto de Urgencia N° 110-2020 que dicta medidas extraordinarias para facilitar y garantizar la adquisición, conservación y distribución de vacunas contra la covid-19.

4 Ley N° 31091, Ley que garantiza el acceso al tratamiento preventivo y curativo de la enfermedad por coronavirus SARS-COV-2 y de otras enfermedades que dan origen a emergencias sanitarias nacionales y otras pandemias declaradas por la Organización Mundial de la Salud.

5 Ley que modifica el Artículo 8 de la Ley 29459, Ley de los Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios: <https://www2.congreso.gob.pe/Sicr/TraDocEstProc/CLProLey2016.nsf/sicr/tradocestproc/CLProLey2016.nsf/debusqueda/1CB-65760CBF9C30A052585EF0001E674?opendocument>

6 Este indicador se corroboró con el informe emitido el 31 de mayo de 2021 por el Grupo de Trabajo organizado por la Presidencia del Consejo de Ministros (PCM) para actualizar la cifra de muertes por covid-19 hasta ese momento. Perú tenía 5,540 muertes por millón de habitantes, el mayor número en el mundo. Poco después, el 18 de julio, el país llegó a tener 5,915 muertes por millón de habitantes. Los países vecinos presentaban los siguientes resultados a la misma fecha: Colombia 2,285 muertes por covid-19 por millón de habitantes, Chile 1,805 muertes, Ecuador 1,244, Bolivia 1,495 y Brasil 2,550.

Mientras tanto, las negociaciones del Gobierno con farmacéuticas lo obligaban a ceder a varias condiciones. Funcionarios del Gobierno revelaron que Pfizer solicitó cláusulas que lo eximían de responsabilidad ante posibles efectos adversos de la vacuna, demoras en la entrega de lotes, u otro tipo de protección frente a futuras demandas⁷. Por eso, días antes de que el Parlamento modificara la ley de productos farmacéuticos, el 1 de diciembre de 2020, el Gobierno Transitorio publicó un decreto supremo⁸ que expresaba el total compromiso del Estado peruano de someterse a un arbitraje internacional, ante controversias derivadas de la compra de vacunas.

En América Latina, al menos 13 países tuvieron que cambiar sus leyes para comprar la vacuna contra la covid-19 entre septiembre de 2020 y febrero de 2021, según una investigación de la Red de Periodistas de América Latina para la Transparencia y la Anticorrupción (Red Palta) en alianza con la Fundación Directorio Legislativo⁹. Estas leyes, decretos y resoluciones permitieron la opacidad de estas adquisiciones y le dieron indemnidad económica y confidencialidad a las farmacéuticas que producen las vacunas. Hasta ahora, todos los contratos firmados por países latinoamericanos son confidenciales y casi ningún Estado informó a qué precio compró la vacuna.

Durante el gobierno transitorio, y como señalaron exfuncionarios de alto nivel del sector Salud entrevistados por Gobierno Consultores, se aceleraron las negociaciones de compra de vacunas con varios laboratorios, entre ellos Astrazeneca, Sinopharm, Moderna y Johnson & Johnson, debido a que fueron asumidas directamente por los ministros que integraban la comisión multisectorial, y el Ministerio de Salud recuperó liderazgo.

COMPRAS CUBIERTAS CON LA RESERVA DE CONTINGENCIA DEL TESORO PÚBLICO

El 6 de enero de 2021, el presidente Sagasti anunció la primera compra de 38 millones de vacunas del laboratorio chino Sinopharm, cuyos lotes empezaron a llegar un mes después. Así, en plena segunda ola de contagios y tras 42 mil personas fallecidas, el 9 de febrero el Perú se convirtió en el noveno país de América Latina y El Caribe que inició la vacunación contra la covid-19. Para entonces habían transcurrido 47 días desde que México, Chile y Costa Rica empezaron a vacunar. En marzo llegaron las dosis a través del mecanismo Covax¹⁰, que buscaba asegurar el acceso equitativo a las vacunas a nivel global.

Entre 2020 y 2021, el Perú gastó S/ 3,984 millones en la adquisición de vacunas contra la covid-19, recursos que salieron de la Reserva de Contingencia del Tesoro Público y de créditos suplementarios para el financiamiento de estas adquisiciones mediante operaciones de endeudamiento externo¹¹. Por ejemplo, el Banco Mundial aprobó un préstamo por US\$ 500 millones para fortalecer el Plan Nacional de Vacunación contra la Covid-19. Y con el mismo fin, el Banco de Desarrollo de América Latina aprobó un crédito sectorial por US\$ 120 millones.

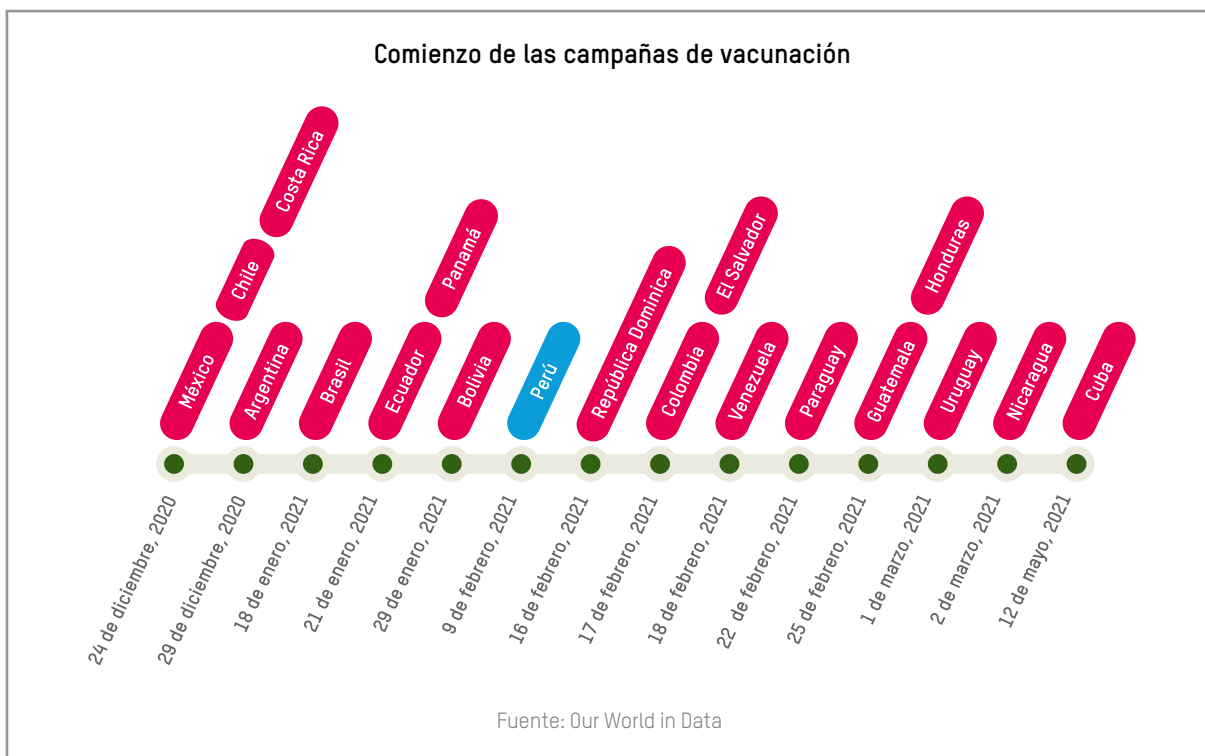
7 Las exigencias de Pfizer: pide a gobiernos utilizar activos soberanos como garantía para acuerdo de vacuna: <https://ojo-publico.com/2502/las-abusivas-exigencias-de-pfizer-con-las-vacunas-covid-19>

8 Decreto Supremo que autoriza al Ministerio de Salud para que, en el marco de los contratos celebrados al amparo del Decreto de Urgencia N° 110-2020, Decreto de Urgencia que dicta medidas extraordinarias para facilitar y garantizar la adquisición, conservación y distribución de vacunas contra la COVID-19, exprese el compromiso del Estado peruano de someter al arbitraje internacional las controversias derivadas de la relación contractual: <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-supremo-que-autoriza-al-ministerio-de-salud-para-que-decreto-supremo-n-186-2020-pcm-1908302-1/>

9 Gobiernos de América Latina otorgaron beneficios legales y tributarios a farmacéuticas en compras de vacunas: <https://redpalta.org/los-beneficios-a-farmaceuticas-en-compra-de-vacunas/>

10 El sistema Covax fue una iniciativa conjunta de la Coalición para la Promoción de Innovaciones en pro de la Preparación ante Epidemias (Cepi), la Alianza para las Vacunas (Gavi), UNICEF y OMS para acelerar el desarrollo y la fabricación de las vacunas de covid-19, y asegurarse de que lleguen a los países más pobres del mundo.

11 Minsa reveló la cantidad de dinero invertido por Perú para la compra de vacunas: <https://gestion.pe/peru/covid-19-minsa-revelo-la-cantidad-de-dinero-invertido-por-peru-para-la-compra-de-vacunas-nndc-noticia/>



Todo este esfuerzo financiero generaría ahorros potenciales entre US\$ 100 y US\$ 1,500 millones de dólares para el país en el año 2021 asumiendo que se lograba implementar en su totalidad el plan de vacunación previsto. Una vacunación masiva disminuiría la cantidad de vidas perdidas por la pandemia, y reduciría los costos directos e indirectos del sistema de salud en comparación a un escenario sin vacunación, según el reporte “Análisis de impacto presupuestal de la vacunación contra Covid-19 en América Latina”, elaborado por un grupo de investigadores y publicado en la Revista Panamericana de Salud Pública de la OPS¹². Los tres años de esperanza de vida que per-

Días de demora en la adquisición de vacunas desde la declaratoria de emergencia de salud pública de importancia internacional (OMS - 30/01/2020)

Por negociaciones Estado - Laboratorios					
BRASIL Coronavac	ARGENTINA Spunik	ECUADOR Pfizer	PERÚ Sinopharm	COLOMBIA Pfizer	PARAGUAY Spunik
19/11/2020	24/12/2020	20/01/2021	07/02/2021	13/02/2021	18/02/2021
294 días	329 días	356 días	374 días	380 días	385 días
01/03/2021	10/03/2021	17/03/2021	19/03/2021	21/03/2021	28/03/2021
396 días	405 días	412 días	414 días	416 días	423 días
COLOMBIA Pfizer	PERÚ Pfizer	ECUADOR Astrazeneca	PARAGUAY Astrazeneca	BRASIL Astrazeneca	ARGENTINA Astrazeneca
Por negociaciones Estado - Covax					

Fuente: Información propia.

12 “Análisis de impacto presupuestal de la vacunación contra COVID-19 en América Latina”: <https://www.paho.org/journal/es/articulos/analisis-impacto-presupuestal-vacunacion-contra-covid-19-america-latina>

dieron los peruanos por el coronavirus podrían recuperarse¹³.

El volumen de vacunas que necesitaba adquirir el Perú demandaba capacidad de negociación del precio con las farmacéuticas. Sin embargo, la confidencialidad en los acuerdos de precios entre los laboratorios y los gobiernos impactaron en el valor final de la vacuna comprada por cada país. Según el mismo documento citado, los países con limitada capacidad económica pagaron más por dosis. Para el caso de la vacuna Pfizer se evidenció una variación de precio entre US\$ 12 y US\$ 40 entre lo pagado por Argentina, Brasil, Chile, Colombia, México y Perú; para la Sinovac entre US\$ 10 y US\$ 17. La menos costosa fue AstraZeneca con una variación entre US\$ 2.8 y US\$ 8 durante el período 2021-2022.

GRUPOS DE PRIORIDAD Y UN PADRÓN ÚNICO DE VACUNADOS

En febrero de 2021, cuando estaba por empezar la distribución y la aplicación de las vacunas contra la covid-19, un escándalo les recordó a los peruanos cómo la corrupción puede profundizar las desigualdades. A raíz de una denuncia periodística, Martín Vizcarra confirmó que, en su calidad de presidente de la República, y mientras se negociaba la compra de vacunas, había recibido la vacuna candidata de Sinopharm de los ensayos clínicos en fase III en Perú. Pero no fue el único funcionario privilegiado que había tenido acceso a la vacuna desde septiembre de 2020 pese a no ser voluntario del ensayo clínico que se realizaba en el país: las exministras de Salud, Pilar Mazzetti, y de Relaciones Exteriores, Esther Astete, también se vacunaron al igual que otras 467 personas, entre funcionarios, investigadores clínicos y sus familiares.

CÓMO SE ASESORA EL ESTADO EN CIENCIA

Tradicionalmente, el Ministerio de Salud aprobó y compró vacunas para su esquema regular de vacunación basado en las recomendaciones de un Comité Consultivo de Inmunizaciones en su mayoría integrado por pediatras. Esto obedece a que 15 de las 18 vacunas incluidas en el esquema oficial del país deben ser aplicadas a los niños y niñas antes de los 5 años de edad para protegerlos de 28 enfermedades. Sin embargo, la designación de expertos del comité no ha obedecido a un sistema de asesoramiento científico transparente.

La emergencia sanitaria por la covid-19 expuso la necesidad de cambios y adaptaciones para transparentar la asesoría científica en la que se basan las decisiones del Estado para la adquisición de bienes como las vacunas. Sin un sistema vigente, desde el comienzo de la pandemia el Gobierno formó comités de expertos que no garanti-

zaron independencia, transparencia y recomendaciones basadas en la mejor evidencia científica.

Las consecuencias de este problema se reflejaron en respuestas erráticas que ocasionaron un gasto público, pero no fueron eficaces para controlar la pandemia. Sucedió con la insistencia en la compra de medicamentos como la ivermectina y la hidroxiquina durante el segundo año de la emergencia pese a que para entonces había suficiente evidencia de que no servían para tratar la covid-19. Esa falta de asesoramiento científico transparente generó también que el Estado cometiera también errores estratégicos en el proceso de vacunación. Por ejemplo, los primeros criterios de priorización de vacunación contra la covid-19 dejaron a los adultos mayores fuera de la Fase 1 pese a ser la población con mayor riesgo de mortalidad frente a la enfermedad.

13 La pandemia le hizo perder tres años de esperanza de vida a los peruanos: se pasó del promedio de 76.2 años en la pre pandemia a 73.7 años en 2020 y a 72.4 años en 2021. En 2022, tras un año de vacunación, se remontó a 73.4 años de esperanza de vida.

Esta vacunación irregular, conocida durante el Gobierno transitorio como el caso Vacunagate, obligó al Estado a dar varias señales de que la vacunación se manejaría con criterios de transparencia y equidad. Sin embargo, este hecho y muchos otros ocurridos durante la pandemia que condicionaron a la capacidad económica de una persona la posibilidad de que salvara su vida (abusos en el precio de los balones de oxígeno y en las tarifas para acceder a una cama UCI en una clínica) reforzaron la percepción de que la salud es un privilegio en el Perú. Según la Encuesta Nacional de Percepción de Desigualdades, realizada por Oxfam y el Instituto de Estudios Peruanos, en 2022, el 70% de peruanos cree que el acceso a la salud es muy desigual en el país¹⁴.

A pesar de los esfuerzos del Minsa, el Plan Nacional de Vacunación contra la Covid-19¹⁵ no estuvo exento de errores estratégicos, en parte por la alta rotación de funcionarios y los cambios de criterios en el sector salud. Por eso, los primeros grupos de la población priorizados para la aplicación de la vacuna no respondieron a criterios basados en datos epidemiológicos (mayor exposición al contagio y mayor riesgo de muerte) e información de las varias dimensiones de la desigualdad (género, pertenencia geográfica o étnico-racial, ingresos)¹⁶, sino a las necesidades de un Estado que buscaba mantener operativas las actividades esenciales del país. Por eso, al principio se consideró para la fase I de vacunación al personal que labora en las diferentes instancias del sector salud, soldados, policías, bomberos, miembros de mesa para las elecciones presidenciales, entre otros.

Sin embargo, la Defensoría del Pueblo¹⁷ advirtió que el 70% de las personas fallecidas como consecuencia del virus eran adultos mayores, de acuerdo a la Sala Situacional Covid-19. El 5 de marzo de 2021, el Minsa modificó el plan y los incluyó en el primer grupo. Las demás fases

Fases de vacunación contra la covid-19

FASE I

09/02/2021

- Personal del sector salud
- Adultos mayores de 60 años a más (incluidos desde el 05/03/2021)
- Policía Nacional y Fuerzas Armadas
- Bomberos y Cruz Roja
- Personal de seguridad, serenazgo, brigadistas y personal de limpieza
- Estudiantes de la salud
- Miembros de las mesas electorales

FASE II

11/05/2021

- Personas con comorbilidad
- Población de comunidades indígenas
- Internos y personal del Instituto Nacional Penitenciario

FASE III

25/06/2021

- Personas de 18 a 59 años de edad

14 | Encuesta Nacional de Percepción de Desigualdades 2022, realizada Oxfam e IEP. https://oi-files-cng-prod.s3.amazonaws.com/peru.oxfam.org/s3fs-public/file_attachments/1%20Encuesta%20nacional%20de%20percepci%C3%B3n%20de%20desigualdades-ENADES%202022-v2.pdf

15 | El Minsa aprobó el documento técnico Plan Nacional de Vacunación contra la covid-19 el 20 de octubre de 2020.

16 | El Grupo de Expertos en Asesoramiento Estratégico (SAGE), el principal grupo asesor en materia de vacunas e inmunización de la OMS, estableció un grupo de valores objetivos para la priorización de vacunas:

- **Bienestar humano:** reducir la carga de mortalidad y morbilidad causada por la covid-19.
- **Igualdad:** tratar los intereses de todas las personas y grupos con la misma consideración mientras se adoptan y se aplican las decisiones de asignación de las vacunas y el establecimiento de prioridades.
- **Equidad mundial:** asegurarse de que la asignación de vacunas tenga en cuenta los riesgos y las necesidades especiales asociados a la epidemia de todos los países, en particular, de los de ingresos medios y bajos.
- **Equidad nacional:** asegurarse de que la determinación de prioridades para la vacunación dentro de los países tenga en cuenta las vulnerabilidades, los riesgos y las necesidades de los grupos que, debido a factores sociales, geográficos o biomédicos subyacentes, están expuestos al riesgo de sufrir una mayor carga, a causa de la covid-19.
- **Legitimidad:** utilizar la mejor evidencia científica disponible, la pericia y la participación significativa de los interesados directos pertinentes en la asignación de las prioridades para la vacunación entre diversos grupos dentro de cada país, por medio de procesos transparentes, responsables e imparciales.

17 | Pronunciamiento de la Defensoría del Pueblo: Personas adultas mayores deben ser vacunadas de manera prioritaria y progresiva.

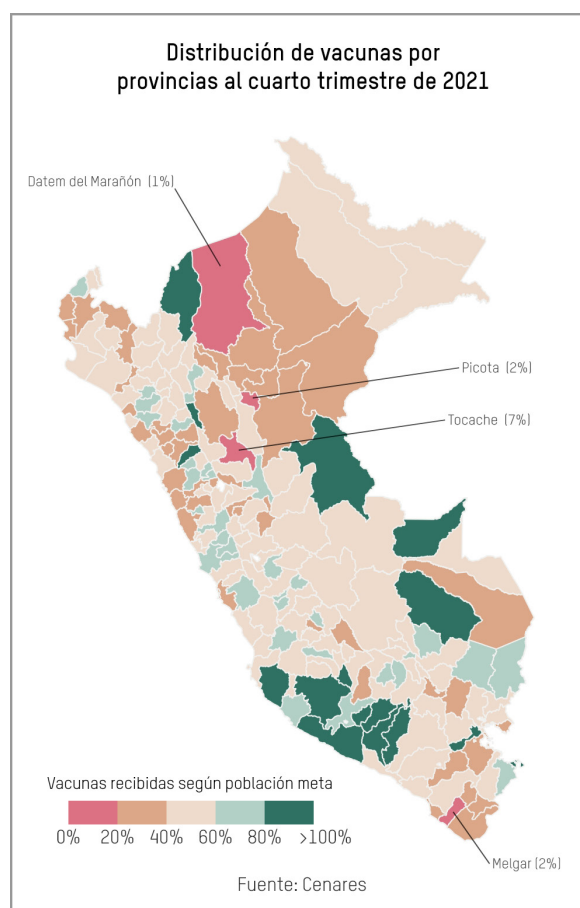
de la vacunación se mantuvieron en el orden establecido: la segunda fase incluyó a las personas con comorbilidades, comunidades indígenas, y a quienes laboraban o estaban reclusos en los establecimientos penitenciarios; mientras que la tercera fase incorporó a los adultos de entre los 18 y 59 años de edad. En abril de 2021, el Ministerio de Salud cambió su modelo de vacunación: pasó de las fases por grupos de prioridad a un enfoque territorial por grupos de edad de manera descendente. Para entonces ya se había vacunado a la población en primera línea y a los adultos mayores¹⁸.

No fue el único desafío para llevar la vacuna a todos los peruanos. El programa de vacunación se complejizaba con varios padrones paralelos de inmunización a cargo de los distintos prestadores de salud (SIS, EsSalud, sanidad policial y militar, y privados), producto de un sistema sanitario fragmentado y segmentado¹⁹, tanto en el financiamiento como en la provisión de los servicios, que dificulta las respuestas de atención a la población. Este tipo de sistema conlleva inequidad y falta de visión integradora. Por eso, para enfrentar mejor la vacunación, el Minsa tuvo que hacer cambios y construir un Padrón Nacional de Vacunación Universal contra la Covid-19. Para ello se destinaron partidas extraordinarias para contratar a personal técnico que aplique las vacunas y registre cada una en un sistema digital único de información His-Minsa.

LA DESCENTRALIZACIÓN DE LAS VACUNAS

En el Perú, las vacunas son almacenadas en el Centro Nacional de Abastecimiento de Recursos Estratégicos (Cenares) en Lima y luego distribuidas en cada región. Cuando llegaron las primeras vacunas de Sinopharm se repartieron a las Direcciones Regionales de Salud (Diresas) con uno o dos días de retraso desde que aterrizaron al país, pero hubo también demoras mayores por las falencias de planificación logística y de recursos humanos en cada región. Por ejemplo, en la región de Huánuco, los distritos de Huacrachuco y Huacaybamba recibieron sus dosis recién el 22 de febrero de 2021, 15 días después de la llegada de las vacunas al país²⁰.

Este problema se acentuó cuando llegaron las vacunas de Pfizer debido a que requieren cadenas de frío específicas que no todas las regiones garantizaron. Por eso se distribuyeron principalmente en Lima y el Callao desde el 3 marzo de 2021, cuando llegó el primer lote de estas vacunas al país. Mientras que las regiones Huancavelica, Madre de Dios, Puno, Uca-



18 Documento de trabajo del Ministerio de Salud "Vacunar es Vida" <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5486.pdf>

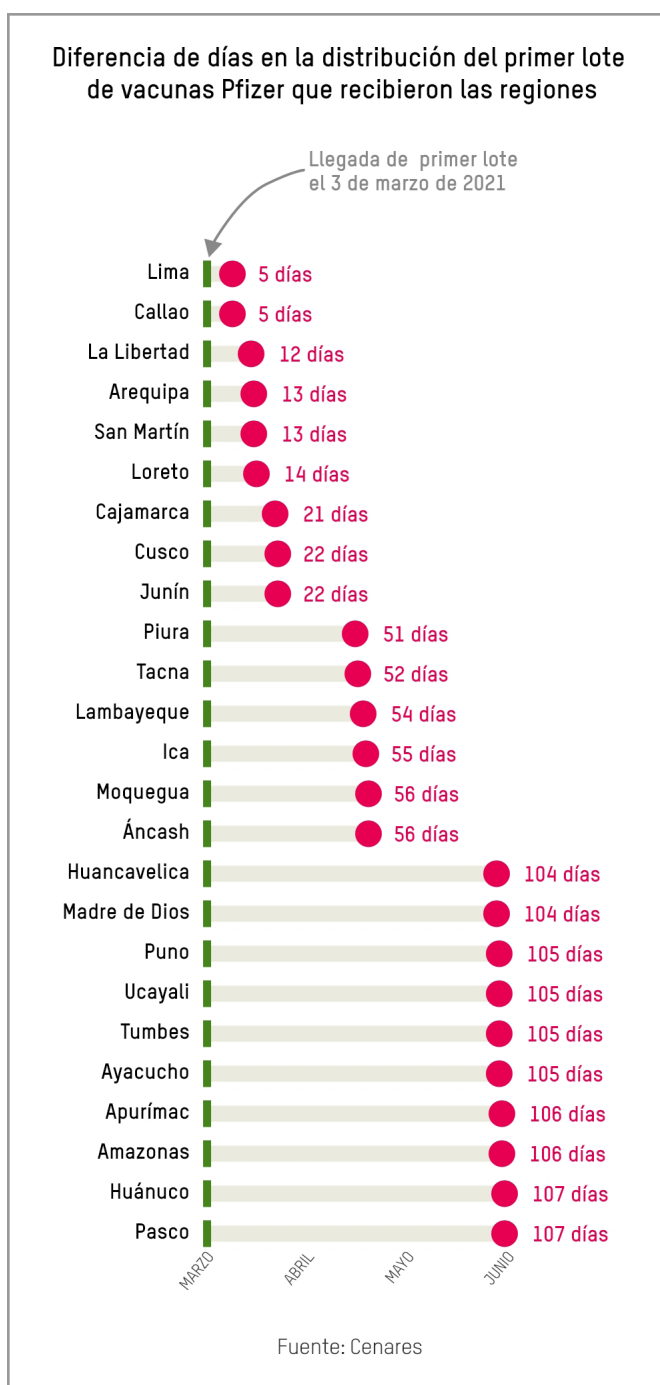
19 El sistema de salud del Perú presenta un modelo segmentado y fragmentado. Segmentado porque coexisten subsistemas con distintas modalidades de financiamiento, afiliación y provisión como son: el Ministerio de Salud (Minsa) y Gobiernos Regionales (GORE), Seguro Social del Perú (Essalud), sanidades de las Fuerzas Armadas, Policía y privados. Fragmentado porque se da la coexistencia de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo no integradas en la red de servicios de salud como un todo. El Minsa da cobertura al 49% de la población, fundamentalmente la de bajos recursos, y cuenta con una red propia de establecimientos de salud incluyendo puestos, centros de salud y hospitales. El otro subsistema mayoritario es el de Essalud, que da cobertura al 27% de la población. Las entidades privadas cubren el 4.5%, y la red de salud de Fuerzas Armadas y Policiales cubre al 0.8% de la población.

20 Revisión de notas de prensa del Minsa y de Direcciones Regionales de Salud.

yali, Tumbes, Ayacucho, Apurímac, Amazonas, Huánuco y Pasco las recibieron recién a partir de junio. Es decir, estas regiones las recibieron con más de cien días de retraso con respecto al día en que aterrizaron en suelo peruano.

El proceso de distribución de las dosis enfrentó problemas logísticos²¹ y de personal²² en las ciudades alejadas de sus capitales regionales tanto para almacenar vacunas a temperaturas muy frías como para llevarlas hasta las microrredes de salud²³ más recónditas.

En Perú, hay comunidades a las que solo se puede llegar por avioneta o por bote navegando durante tres a cuatro días, además de horas de caminata. Estas zonas se caracterizan por la ausencia del Estado, como son los casos de los distritos amazónicos Río Santiago (Amazonas), en la frontera con Ecuador, y Purús (Ucayali), en la frontera con Brasil, como lo muestra el estudio diagnóstico "Aproximaciones a la situación de salud en zonas de frontera", de la organización no gubernamental Servindi. En estos distritos, la mayoría de centros de salud solo tiene personal técnico para la atención médica, los pocos doctores rotan constantemente por las bajas remuneraciones, y no hay equipos para atender a la población. En esas condiciones, durante la vacunación contra la covid-19, se mantuvieron brechas históricas en la atención de salud en esas zonas. Si la vacuna representaba el retorno a la "normalidad" después de la peor etapa de la pandemia, un importante grupo de peruanos se fue quedando atrás en su esquema de vacunación y aumentó las vulnerabilidades de sus condiciones de vida.



21 Para 2020, según datos del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), el 96.8% de los hogares urbanos accedían al servicio de energía eléctrica mediante red pública, en tanto que en el área rural alcanzaba el 79.1% de los hogares. Los departamentos con menor cobertura de este servicio eran Loreto y Ucayali con solo el 52.6% y 51.3% de hogares, respectivamente.

22 En noviembre del 2020, la exministra de Salud Pilar Mazzetti indicó que se capacitaría a 7 mil profesionales de la salud para que vacunen contra la covid-19, mientras que en febrero de 2021, la entonces primera ministra, Violeta Bermúdez, señaló que tendríamos 15 mil vacunadores. Luego, otros voceros del Gobierno difundieron que el Ministerio de Salud contaba con un equipo de 20 mil vacunadores contra la covid-19 para inmunizar a más de 22 millones de peruanos entre 18 a 65 años de edad. Salud con lupa solicitó al Ministerio de Salud que precise la cifra nacional y envió solicitudes de acceso a la información pública, pero no hubo respuesta. Según el Colegio de Enfermeras, en 2021, Perú solo contaba con 6 mil enfermeras con contratos fijos y que participaban en la vacunación, pero existía una brecha de 10 mil para cubrir la demanda.

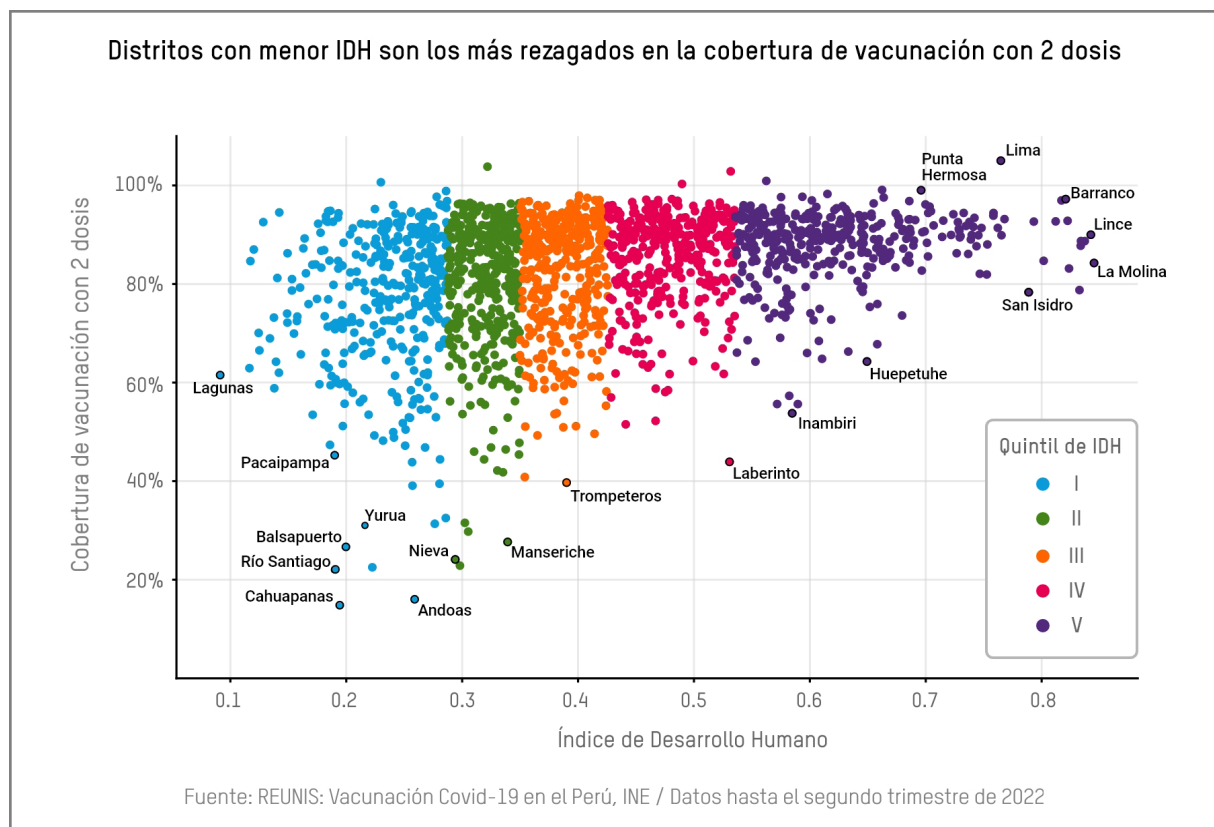
23 La Micro Red es el conjunto de establecimientos de salud del primer nivel de atención conformado por puestos y centros de salud de un área geográfica.

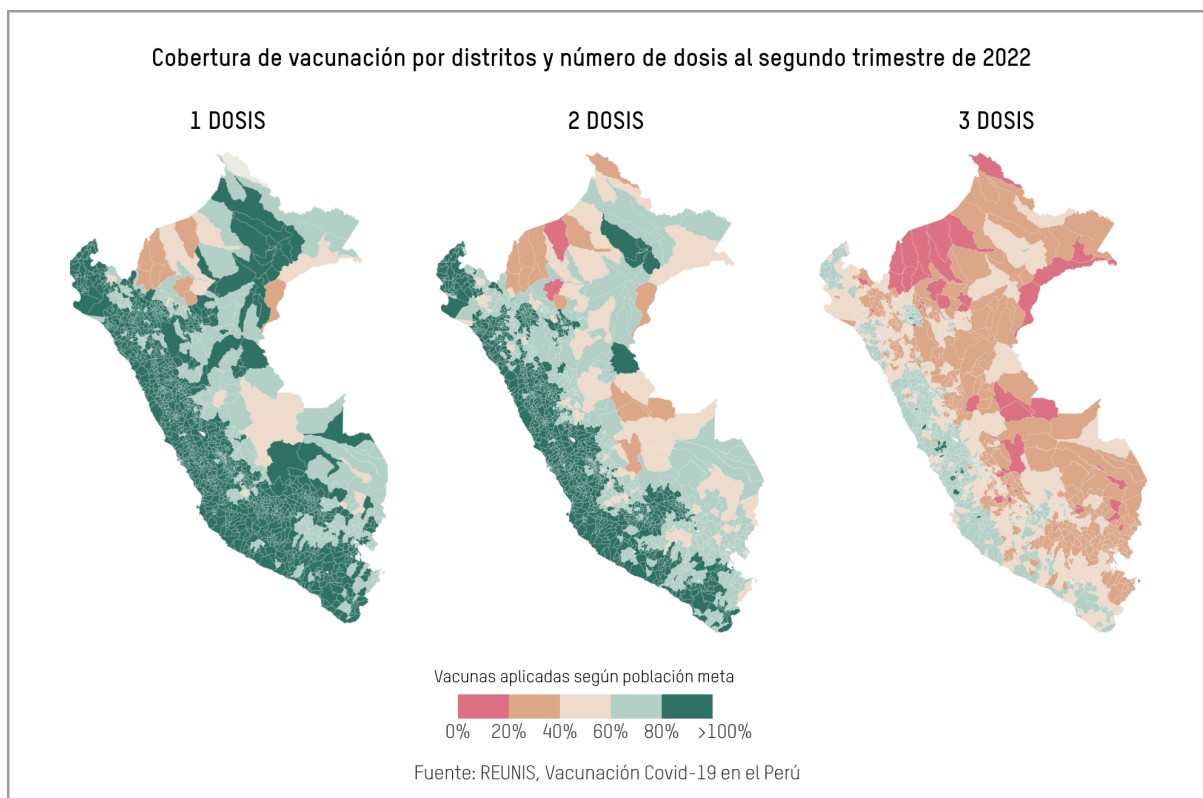
Hasta el cuarto trimestre de 2021, las provincias que recibieron menos vacunas para inmunizar a su población objetivo se ubicaron en las zonas rurales de selva y sierra, y de difícil acceso geográfico. Por ejemplo, Picota y Tocache (San Martín) recibieron dosis para vacunar al 2% y 7% de su población objetivo, respectivamente; mientras que la provincia de Datem del Marañón (Loreto) solo tuvo dosis para cubrir al 1% de su población objetivo, y Melgar (Puno) apenas el 2%. Es decir, varias de las zonas de mayor pobreza del país fueron las que menos dosis recibieron. La pobreza monetaria a nivel nacional fue de 25.9%, según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) para el 2021, mientras que en las zonas de sierra rural alcanzó el 44.3%, y en la selva rural, el 35%.

DESIGUALDADES QUE SE MANTIENEN

La cobertura de vacunación contra la covid-19 tuvo grandes variaciones en el Perú de acuerdo a las características de las regiones, como sus condiciones económicas, densidad poblacional, vías de transporte y comunicación. Ello significa que en el proceso vacunal se mantuvieron las desigualdades históricas que arrastra el país. Los distritos con mayor pobreza monetaria (con ingresos insuficientes para adquirir una canasta básica de alimentos) y con menor Índice de Desarrollo Humano (IDH) -indicadores que miden el desarrollo en base a la esperanza de vida, la educación y un nivel de vida decoroso- presentaron menores tasas de cobertura del esquema de inmunización. Estos distritos están ubicados principalmente en la selva y sierra rural del país, en zonas de frontera o de complicado acceso geográfico.

Por ejemplo, Andoas (Loreto) y El Cenepa (Amazonas) no habían alcanzado el 25% de cobertura de vacunación con la primera dosis al segundo semestre de 2022. En distritos andinos como Copani (Puno) y Huayrapata (Puno), la cobertura de la primera dosis para el mismo periodo llegó al 62% cuando la meta para esa etapa era llegar a más del 90% de la población objetivo. Estos indicadores son síntomas de las aún grandes limitaciones de la descentralización del Estado para romper con las desigualdades que le impiden ser eficaz en las respuestas de atención de todos sus ciudadanos y ciudadanas.





Las zonas con menor densidad poblacional quedaron también rezagadas en las tasas de cobertura de vacunación covid-19. Hasta el segundo trimestre de 2022, Cahuapanas, Andoas, Manseriche y Morona, distritos de Loreto; y El Cenepa, Río Santiago y Nieva, distritos de Amazonas, no llegaban al 50% de cobertura de la primera y la segunda dosis. Sus comunidades están en un territorio donde la densidad poblacional es menor a 10 personas por kilómetro cuadrado. Estos territorios son habitados por poblaciones indígenas u originarias amazónicas (Shawi, Wampis, Kapanawa, Achuar, Kandozi, Chapra, Kichwa, Shipibo-Konibo, Kukama Kukamiria, Awajún y Kandozi), según la Base de Datos de Pueblos Indígenas u Originarios del Ministerio de Cultura. El Estado peruano tiene una política de salud intercultural, pero no está completamente implementada y extendida en el sistema de salud pese a que el 25% de la población se autoidentifica como perteneciente a un pueblo indígena y existen 51 pueblos indígenas u originarios en la Amazonía y 4 en los Andes.

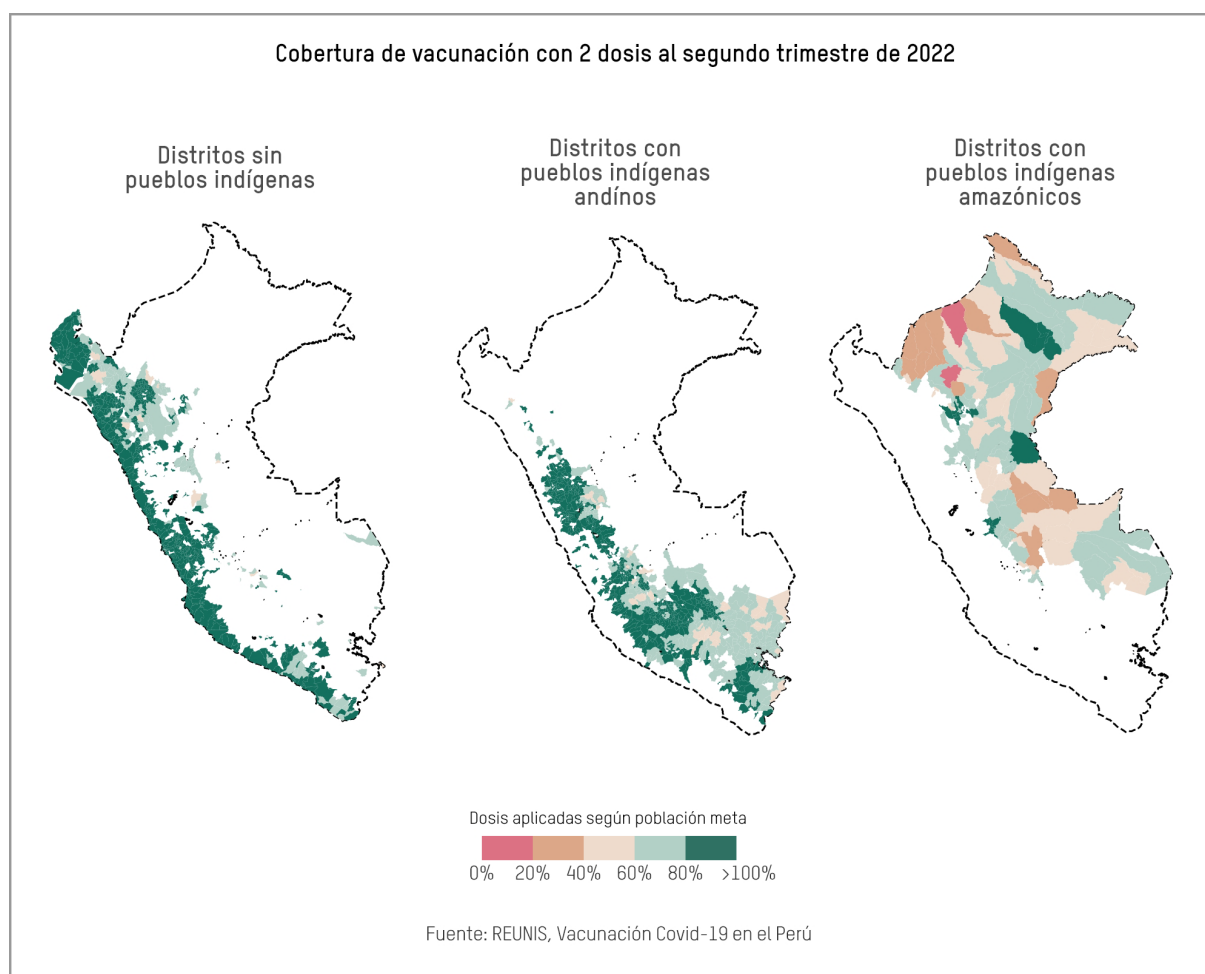
LA AMAZONÍA AL FINAL DE LA FILA

En los distritos con población indígena de la Amazonía, hay 1,690 establecimientos de salud. Si una persona se enferma y acude a uno de estos servicios, lo más seguro es que será atendida por un enfermero o un técnico, pero no por un médico. El 65% carece de médicos y apenas el 1% tiene áreas de hospitalización²⁴. El acceso a la salud se complica con vías de comunicación poco eficientes que conecten a las comunidades con las ciudades de región. Por ejemplo, cuando la Red de Salud Bagua debe trasladar a un enfermo o a una gestante con complicaciones obstétricas desde de la comunidad nativa Alto Tuntus – Wayampiak hacia un hospital de la región Amazonas tiene que recurrir a evacuaciones aeromédicas con apoyo de la Fuerza Aérea. Por tierra, el camino puede tomar entre tres y seis días, gran parte del tramo a pie. Un recorrido que suelen hacer los enfermeros para abastecer de medicinas a las microrredes de salud y también muchas familias para traer alimentos a las comunidades.

24 Cruce del Registro Nacional de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (RENIPRESS), Base de Datos de Pueblos Indígenas u Originarios (Ministerio de Cultura) y del Registro Nacional del Personal de la Salud (INFORHUS).

Entre las razones de mortalidad más frecuentes en las comunidades amazónicas figuran las diarreas²⁵, la neumonía²⁶ y la malaria²⁷. Según diversos especialistas, muchas de las muertes indígenas son totalmente prevenibles si contaran con servicios de agua, saneamiento y establecimientos de salud. Sin embargo, el 79.9% de viviendas en los centros poblados indígenas de la Amazonía no tiene acceso a agua potable y el 93% carece de servicio de desagüe.

Si bien una pandemia puso en emergencia a todo el país, para la mayoría de comunidades indígenas las condiciones para sobrellevar el estado de emergencia fueron peores por el histórico abandono del Estado. Muchas de las muertes por covid-19 ni siquiera se contaron. Durante la pandemia hubo un subregistro de las poblaciones indígenas contagiadas y fallecidas²⁸ por esta enfermedad. Incluso, cuando se sinceraron las cifras oficiales sobre el número de muertes por el virus, no se incluyó la variable étnica en los registros administrativos de las instituciones del Estado. Su inclusión llegó después de junio de 2021, pero no existe un informe oficial sobre el efecto de esta medida.



25 En Perú, solo el 10 % de los niños y niñas indígenas de entre tres y cinco años tiene acceso a instalaciones de saneamiento adecuadas, según datos del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI).

26 Los casos de neumonía en menores de 5 años han aumentado en Loreto. Durante el 2021, se registraron 355 casos, mientras que en 2022 la cifra superó los 800 casos, según el CDC Perú.

27 Después de Loreto, Amazonas es la segunda región con más casos de malaria, concentrándose principalmente en el distrito de Río Santiago, provincia de Condorcanqui. Este comportamiento se evidencia desde el año 2010 debido a la transmisión de *P.vivax* y se notó un incremento de casos en 2019 y 2020. Aunque es posible que las medidas restrictivas por pandemia afectaron el real impacto sobre la transmisión de la malaria, no se descarta una subestimación de la situación, debido a la reducción de medidas de control y un consecuente resurgimiento de malaria o expansión a otras áreas limítrofes como Amazonas.

28 En una entrevista para Salud con lupa, la ex viceministra de Interculturalidad, Ángela Acevedo, aseguró que no era posible determinar con exactitud cuántas personas fallecieron y se infectaron de covid-19 en los pueblos indígenas por la falta de incorporación de la variable étnica en los registros administrativos de las entidades públicas.

Otro problema que reflejó el subregistro del que hablamos fueron las incongruencias de los reportes del Ministerio de Salud y de las Direcciones Regionales de Salud de la Amazonía. Hasta el 10 de junio de 2021, el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC Perú) tenía registrados a 139 indígenas fallecidos en 10 regiones amazónicas y eran los pueblos Awajún, Asháninka y Kichwa los más afectados. Sin embargo, las oficinas de epidemiología de tan solo cuatro regiones (Loreto, Ucayali, San Martín y Amazonas) reportaron en conjunto 169 fallecidos indígenas por covid-19 en ese mismo período.

Cuando comenzó el proceso de vacunación en el país, los distritos de la Amazonía presentaron más retrasos que los de la sierra y la costa en la cobertura de primeras dosis. Para el segundo trimestre de 2022, la mayoría de distritos de la costa y la sierra alcanzaron más del 100% de cobertura de primeras dosis, mientras que los distritos amazónicos llegaron a una cobertura de 95.7%. La brecha creció en los distritos amazónicos con pueblos indígenas, como Cahuapanas y Andoas (Loreto) que registraron menos del 25% de cobertura de la primera dosis. En tanto, los distritos de El Cenepa, Imaza, Río Santiago y Nieva (Amazonas), y Yaquerana, Manseriche y Balsapuerto (Loreto) no superaron el 40% en primeras dosis hasta ese período. Si hubo retrasos para la primera dosis, durante la aplicación de la segunda y tercera dosis, las brechas de cobertura en los distritos de la Amazonía se profundizaron con respecto al resto del país. Los distritos mencionados arriba llegaron a menos del 30% de cobertura de la segunda dosis y menos del 15% para la tercera dosis para el segundo trimestre de 2022. En el resto de distritos del país sin comunidades originarias la cobertura de tres dosis llegó al 72.4%.

LIMITACIONES REGIONALES Y CRISIS EN EL MINSA

En octubre de 2020, el Plan Nacional de Vacunación contra la covid-19 se publicó para orientar una participación activa y articulada de los servicios de salud del Minsa, los gobiernos regionales, el Seguro Social de Salud (EsSalud), las sanidades de las Fuerzas Armadas y la Policía, así como cualquier otra entidad pública, privada o mixta necesaria para la inmunización de la población objetivo. El documento tuvo que ser sometido a algunas modificaciones de modelo de vacunación durante el Gobierno Transitorio.

En abril de 2021, tras vacunar al personal que se encontraba en primera línea y a los adultos mayores, el Plan pasó de fases de grupos de prioridad a un modelo territorial por edades en la vacunación. Según esta nueva estrategia, se debía tomar en cuenta las provincias y distritos con mayor riesgo frente a la pandemia y las de mayor densidad poblacional. Además, la vacunación bajo este modelo se realizaría independientemente a la condición de asegurado y con la participación de las instituciones de salud privadas y públicas. Mientras que en el caso de las comunidades indígenas de selva y sierra con alta vulnerabilidad de las personas se debía aplicar la vacunación a todos los habitantes de forma integral.

Para lograrlo, el Plan demandaba articulación estratégica entre los distintos niveles de gobierno. A nivel nacional, el Minsa - bajo la coordinación y dirección del Viceministerio de Salud Pública, la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública y la Dirección de Inmunizaciones- articularía con otros ministerios, instituciones públicas y privadas, organizaciones, asociaciones civiles, sociedades científicas, EsSalud e instituciones privadas de salud. A nivel regional, cada Gerencia Regional de Salud (GERESA), Dirección Regional de Salud (Diresa) y Dirección de Redes Integradas de Salud (DIRIS) eran responsables de conducir e implementar en sus jurisdicciones la estrategia de vacunación contra la covid-19. Estas instancias de gobierno estuvieron obligadas a conformar sus comandos técnicos operativos responsables de la planificación de la inmunización, la programación de fechas, la capacitación del personal, la supervisión y la evaluación de la vacunación.

Sin embargo, si bien el Plan demostraba una decisión política del más alto nivel de Gobierno para lograr la vacunación y había un diseño de organización específico, su ejecución fue desigual por un conjunto de factores, entre ellos las limitaciones de cada gobierno regional, la constante inestabilidad del Poder Ejecutivo y el alejamiento de cuadros técnicos experimentados del Minsa.

Las limitaciones de los gobiernos regionales se reflejaron tanto en recursos logísticos y humanos (disponibilidad para alquilar botes, adquirir combustible, viáticos, pasajes y alimentación del personal de salud para llegar a las zonas rurales e indígenas) como en las capacidades de gestión para adaptar la estrategia de vacunación a necesidades específicas de su población como la difusión de mensajes culturalmente pertinentes en su lengua y a través de promotores que actuaran como enlaces entre el Estado y la comunidad. Así, en febrero de 2022, un año después del inicio de la vacunación en el país, regiones como Madre de Dios, Amazonas, Ucayali y San Martín no llegaban ni al 70% de su población vacunada con la primera dosis.

En Ucayali, la directora regional de Salud, Victoria Rivera, explicó que las comunidades indígenas, como los asháninkas, que viven en la provincia de Atalaya, a una hora en avión de la capital del departamento, Pucallpa, eran las que menos se habían vacunado en la región por la poca información que habían recibido. De acuerdo al Reunis, la población vacunada con dos dosis en la referida provincia no llegaba al 30% en febrero de 2022. Otra limitación de esta región fue el escaso personal de salud. Solo había 17 centros de vacunación en toda la región porque no se podía vacunar sin la presencia de un médico". En la provincia de Satipo (Junín), donde vive la mayoría de comunidades asháninkas, tampoco se había llegado a vacunar ni a la mitad de su población con dos dosis para ese período.

El estancamiento de la cobertura de las tasas de vacunación se empezó a reflejar poco después de la renuncia de los cambios en el gabinete. El 8 de febrero de 2022, el médico Hernando Cevallos salió del MINSA y fue designado en su lugar Hernán Condori, cuya presencia en el ministerio debilitó el proceso de vacunación²⁹. Dos días después se produjo también la salida de cuadros intermedios y del Equipo Consultivo de Alto Nivel, encargado de recomendar los criterios y consideraciones éticas en la priorización de la aplicación de las dosis. Los cinco miembros (Virginia Garaycochea Cannon, Edwin Vásquez Gheresi, Ladislao Tutaya Gonzales, Juan Rivera Feijoo y Gabriela Minaya Martínez) sostuvieron, a través de una carta pública, que su salida respondía a que dentro del Minsa "no existen condiciones para un trabajo autónomo e independiente". El 25 de febrero renunció Gabriela Jiménez a la Dirección de Inmunizaciones y fue reemplazada por María Martínez. Semanas después, el 5 de marzo, Gustavo Rosell renunció al Viceministerio de Salud Pública y fue sustituido por Jorge López Peña.

El exviceministro de Salud Percy Minaya explica que, más allá de las personas que ocuparon los cargos en el sector salud, los cambios repentinos que se produjeron después del primer año de la vacunación afectaron esta estrategia sanitaria. Esta crisis interna en el Minsa hizo que no pudiera establecer pronto medidas específicas para llegar a la población más vulnerable que no estaba vacunada y saldar la deuda pendiente con la población que vive en las áreas rurales.

29 La era Condori: presiones a funcionarios, planes populistas y un asesor con poder de ministro
<https://saludconlupa.com/noticias/era-condori-presiones-a-funcionarios-planes-populistas-y-un-asesor-con-poder-de-ministro/>
Caos en la gestión de la salud: Gobierno cambia funcionarios cada cuatro días en promedio
<https://ojo-publico.com/3927/caos-la-gestion-salud-mas-110-cambios-altos-funcionarios>
Vacunación en su punto crítico: desinformación, cambios en el Minsa y falta de estrategia en zonas rurales
<https://ojo-publico.com/3386/vacunacion-en-su-punto-critico-razones-detras-de-la-caida>
La vacunación de los niños contra la Covid-19 va en picada
<https://saludconlupa.com/noticias/la-vacunacion-de-los-ninos-contra-la-covid-19-va-en-picada/>
Ritmo de vacunación contra el covid-19 sigue en caída libre
<https://convoca.pe/agenda-propia/ritmo-de-vacunacion-contra-el-covid-19-sigue-en-caida-libre>

LOS AGENTES Y COMITÉS COMUNITARIOS

En Perú, el aporte de los agentes comunitarios de salud ha sido valioso durante emergencias sanitarias. En 1991, estas personas voluntarias, elegidas o reconocidas por su comunidad para promover entornos saludables en sus barrios y ser enlaces con el personal de salud, fueron claves para salvar vidas durante la epidemia del cólera. Con su apoyo, el Ministerio de Salud supo llegar con mensajes para prevenir la diarrea aguda que afectó al país. Casi treinta años después, al inicio de la pandemia de la covid-19, se activaron comités comunitarios anticovid en muchos distritos por iniciativa ciudadana para prevenir contagios con el uso de la mascarilla, orientar a las personas enfermas que sobrellevaron la infección en sus casas, ayudarlas a conseguir oxígeno y hasta buscar camas en hospitales. Durante el 2020, cuando muchos establecimientos de salud colapsaron por limitaciones de personal y equipos, los comités comunitarios anticovid se sumaron a la primera línea de respuesta a la pandemia. Por ejemplo, el Comité Anticovid de Santa Rosa, de Comas, recolectó y distribuyó alimentos a las familias vulnerables y también orientó a las personas con covid-19.

Casi diez meses después, en enero de 2021, el Ministerio de Salud reconoció su labor y aprobó una guía que respaldó el trabajo de los comités comunitarios. Sin embargo, durante el proceso de vacunación contra la covid-19 no se aprovechó ese nivel de organización social en todas las regiones donde estaban presentes para sensibilizar a las personas sobre la importancia de la vacunación y disminuir la información confusa o falsa relacionada a las vacunas. Algunos comités comunitarios anticovid se fueron convirtiendo en comités de salud de sus barrios en la medida que disminuyeron los riesgos frente al coronavirus y surgieron otras necesidades y emergencias. Este fue el caso del Comité Comunitario Anticovid de Lurigancho - Chosica se transformó en Comité Comunitario de la Salud de Lurigancho - Chosica, cuyo equipo participó en la respuesta a la emergencia por los últimos huaicos que afectaron a este distrito.

LA DESINFORMACIÓN SOBRE LAS VACUNAS

Como en ningún otro escenario de emergencia, la desinformación sobre la pandemia de la covid-19 afectó los mensajes para proteger la salud de las personas. Esto ocurrió desde el principio, con sectores que no creían en la existencia del nuevo coronavirus, y también durante las campañas de vacunación que fueron atacadas por grupos antivacunas.

Si bien el Ministerio de Salud desarrolló la campaña nacional informativa "Pongo el hombro por el Perú" y el Ministerio de Cultura tradujo a 22 lenguas originarias los mensajes para promover la vacunación en forma paulatina, estos mensajes no se enmarcaron dentro de una estrategia que contrarrestara la desinformación con acciones específicas dirigidas a los distintos grupos de la población, como los pueblos indígenas.

Una encuesta realizada entre el 16 y el 29 de abril de 2021 a 462 ciudadanos indígenas de 40 comunidades en Loreto y Ucayali mostró que dos de cada tres encuestados no tenía la intención de vacunarse contra la covid-19. Entre las principales razones se encontraban la falta de información oficial (29.7%), el miedo generalizado (22.5%), el no querer morir (10.8%) y los comentarios en relación a las vacunas (13.7%). Este sondeo fue elaborado por la Organización Regional de los Pueblos Indígenas del Oriente (ORPIO) y AIDSESEP-Ucayali (ORAU).

La estrategia de vacunación tuvo la participación de promotores interculturales para fortalecer la confianza hacia las autoridades sanitarias y las vacunas, pero no hubo suficientes para llegar a todos los territorios donde eran necesarios.

2. DISCUSIÓN DE HALLAZGOS

El Perú fue el noveno país de América Latina y El Caribe que empezó la vacunación contra la Covid-19. Al haber tenido la mayor tasa de mortalidad por esta enfermedad en el mundo, la pandemia le hizo perder tres años de esperanza de vida³⁰ a los peruanos: se pasó del promedio de 76.2 años en la prepandemia a 73.7 años en 2020 y a 72.4 años 2021. En 2022, tras un año de vacunación, se remontó a 73.4 años de esperanza de vida. Para empezar su recuperación, el Estado tuvo que sobreponerse a la crisis política interna que complicó una negociación más temprana de compra de vacunas y mejores respuestas sanitarias.

La reducción de hospitalizaciones y de la tasa de mortalidad, así como los costos evitados son solo los resultados cuantificables asociados con la vacunación. Pero este proceso fue también un factor muy importante en la recuperación de la confianza de millones de personas en el Estado para garantizar su salud después de un período en el que vieron colapsar el sistema sanitario público y dejarlas vulnerables. En la ENADES 2022, elaborada por Oxfam y el Instituto de Estudios Peruanos (IEP), el 68% de los encuestados estaba de acuerdo con que el Estado peruano debería ser responsable de proveer los servicios de salud en el país³¹.

Las metas de cobertura de dosis en las ciudades del país nos hablan de un proceso de vacunación exitoso, pero conforme el análisis profundiza en lo que ocurrió en los distritos más alejados de las capitales de departamento, en las zonas rurales y en los territorios donde viven la población indígena, sobre todo en la Amazonía, las bajas coberturas de vacunación son un espejo de las desigualdades sociales históricas existentes en el Perú. Los distritos en mayor pobreza, menos conectados con sus capitales de departamento, se fueron quedando atrás en la protección vacunal.

NEGOCIACIONES EN CONDICIONES ASIMÉTRICAS

Las crisis sanitaria y la pérdida de miles de vidas obligaban al Estado peruano a actuar rápido para asegurarse vacunas desde que varios laboratorios recibieron aprobaciones de emergencia. Sin embargo, el escenario de negociaciones fue asimétrico para la mayoría de países, sobre todo para los de limitada capacidad económica como el Perú. El Gobierno tuvo que allanarse a todas las condiciones de los laboratorios para ingresar a la cola de compradores, como garantizar confidencialidad e indemnidad económica a las farmacéuticas. Hasta ahora, todos los contratos firmados son confidenciales y no se ha informado de manera oficial a qué precio se compró cada vacuna.

Lo que sí sabemos es que la poca capacidad de negociación del precio de las vacunas y la opacidad de los acuerdos son factores que han impactado en el valor final de la vacuna comprada. El Perú gastó S/ 3,984 millones en la adquisición de vacunas contra la covid-19 entre 2020 y 2021, recursos que salieron de la Reserva de Contingencia del Tesoro Público y de créditos suplementarios para el financiamiento de estas adquisiciones mediante operaciones de endeudamiento externo. Todo este esfuerzo financiero generaría ahorros potenciales entre US\$ 100 y US\$ 1,500 millones de dólares para el país en el año 2021 asumiendo que se lograba implementar en su totalidad el plan de vacunación previsto.

30 Tendencias de la población de América Latina y el Caribe. Efectos demográficos de la pandemia de covid-19. Documento elaborado por el Centro Latinoamericano Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la Comisión Económica para América Latina y El Caribe (CEPAL).

31 Probablemente, esto está asociado también con los abusos que se cometieron en el sistema privado de salud para atender a los pacientes por covid-19 en 2020 al haberse condicionado cualquier atención al pago de excesivas cantidades de dinero para asegurar una cama. ¿Por qué las clínicas cometen abusos y el Estado no hace reformas de fondo? <https://saludconlupa.com/noticias/por-que-las-clinicas-hacen-cobros-abusivos-y-el-estado-no-hace-reformas-de-fondo/>

DECISIONES QUE DEBILITARON AL MINSA

En vez de fortalecerlo, algunas decisiones tomadas por el Ejecutivo terminaron debilitando el rol rector del Minsa para la toma de decisiones estratégicas que permitieran enfrentar la pandemia de covid-19. Esto fue muy visible durante la gestión de la compra de las vacunas para la que se creó una comisión multisectorial que no fue liderada por el Minsa sino por el Ministerio de Relaciones Exteriores. En paralelo, se permitió la participación de un grupo de empresarios que buscaron orientar las negociaciones de compra de vacunas³².

Con la pandemia se tuvo que adaptar el marco legal del Estado para la compra de vacunas y otros bienes esenciales, pero hubo varias demoras para aprobar las normas que necesitaba la emergencia, lo que impidió al Perú concretar negociaciones tempranas para asegurarse vacunas³³. Además, aun cuando el Estado peruano autorizó que el laboratorio chino Sinopharm hiciera el ensayo clínico de su vacuna con la participación voluntaria de 11 mil peruanos, esta colaboración no fue capitalizada en condiciones beneficiosas para que el país se asegurara una mayor cantidad de dosis de este laboratorio. Por el contrario, un manejo poco ético de los responsables de este ensayo clínico y de los funcionarios que aprobarían y comprarían la vacuna derivó en el Vacunagate, un escándalo de corrupción que evidenció un acceso privilegiado a las dosis.

Iniciado el proceso de vacunación, las debilidades en la gestión del Minsa y las falencias de la descentralización de los niveles de gobierno (nacional, regional y local) dificultaron el desarrollo de una estrategia sanitaria que respondiera eficazmente a tres grandes necesidades que diferentes expertos entrevistados para este documento de trabajo destacaron: a) urgencia de informar correctamente y dar confianza a la población sobre la vacuna contra la covid-19, b) velocidad en la distribución de las dosis a las regiones, c) y una cola de vacunación diseñada con criterios basados en datos epidemiológicos e información de las varias dimensiones de la desigualdad en el país. Por eso, al principio quedaron relegados los adultos mayores cuando ellos son la población con mayor riesgo de muerte frente a la enfermedad.

EL CENTRALISMO DE LAS REGIONES

En el proceso de distribución y aplicación de las vacunas contra la covid-19, los gobiernos regionales terminaron siendo centralistas dentro de su región. Su alcance fue desigual en sus capitales con respecto a sus demás provincias y distritos por varios factores, entre ellos la falta de planificación y limitaciones de gestión de recursos humanos y logística, así como de adaptación de estrategias a las necesidades de su población rural e indígena.

Parte del problema se evidenció con el retraso que se recibieron y distribuyeron las vacunas de Pfizer en las regiones, a diferencia de lo ocurrido con las dosis de Sinopharm, principalmente por problemas para garantizar la cadena de frío. Así, hubo regiones como Huancavelica, Madre de Dios, Amazonas, Apurímac y Pasco que recibieron estas vacunas cien días después de que llegaron al país. Al centralismo regional responde también que la población de los distritos amazónicos y andinos más alejados de las capitales de departamento no hayan podido cubrir hasta el segundo semestre del 2022 el esquema regular de vacunación con segundas y terceras dosis.

La coordinación intergubernamental fue debilitándose también con el cambio de gobierno y la salida de funcionarios y cuadros técnicos en el Minsa que habían conducido el Plan Nacional de Va-

32 Comando Vacuna: el grupo de empresarios que busca guiar las compras: <https://saludconlupa.com/noticias/comando-vacuna-el-grupo-de-empresarios-que-busca-guiar-las-compras/>

¿Qué antecedentes tienen los integrantes del Comando Vacuna? <https://saludconlupa.com/noticias/que-antecedentes-tienen-los-integrantes-del-comando-vacuna/>

33 Cómo Chile se convirtió en un improbable ganador en la carrera de la vacuna covid-19 <https://www.ciperchile.cl/2021/02/15/como-chile-se-convirtio-en-un-improbable-ganador-en-la-carrera-de-la-vacuna-covid-19/>

cunación contra la covid-19. Estos cambios, ocurridos un año después de iniciada la vacunación, se relacionan con el estancamiento de la cobertura de la vacunación debido a que no se hicieron evaluaciones para reorientar la estrategia de inmunización y hacer énfasis en aquellas poblaciones a las que las dosis no estaban llegando o había poca respuesta de la población. Por ejemplo, pese a la diversidad cultural y étnica del país, la estrategia sanitaria dirigida a pueblos indígenas no tuvo desde el principio la participación de líderes o promotores interculturales de las propias comunidades, como se hizo en el pasado con éxito para el control de otras epidemias. Los ministerios de Salud y Cultura lograron apoyar el trabajo de algunos promotores, pero fue insuficiente para todos los territorios donde viven pueblos indígenas. Esta labor tampoco fue fortalecida por los gobiernos regionales.

En el ámbito urbano tampoco se aprovechó la experiencia y articulación ganada de los agentes comunitarios y los comités comunitarios anticovid, que habían logrado informar y orientar a las personas de sus barrios en prevención, detección y atención de casos de covid-19. Su participación pudo haber fortalecido la acogida de las maratones de vacunación ininterrumpida convocadas por el Gobierno y la promoción de los vacunatorios temporales adaptados por los municipios, además de servir de apoyo a las brigadas de vacunación que visitaban casa por casa a las personas postradas por su edad o condición específicas de salud.

DE POLÍTICA DE ESTADO A MISIÓN DE UNA UNIDAD

Para el 2022, la ejecución del Plan Nacional de Vacunación contra la covid-19 pasó de ser una política pública de Estado a reducirse a la labor solitaria de la Dirección de Inmunizaciones del Minsa, una unidad orgánica que pertenece al despacho del Viceministerio de Salud Pública. Tras el gobierno transitorio, hubo un período de permanente inestabilidad política lo que se tradujo en cambios constantes de ministros de salud y la salida de sus puestos de funcionarios y cuadros técnicos con experiencia para gestionar los desafíos sanitarios. Tan solo entre el 29 de julio de 2021 y el 10 de diciembre de 2022, hubo cinco ministros de salud. La salida de varios de estos ministros estuvo vinculada a casos de faltas éticas graves y corrupción.

La inestabilidad política afectó la gobernabilidad del país y también la vacunación. A medida que la dirección del Ministerio de Salud fue cambiante, se planificaba menos, en menor tiempo y no se evaluaban las estrategias sanitarias para llegar a la población objetivo, lo que se vió claramente con la desaceleración del ritmo de aplicación de vacunas en tercera y cuarta dosis en el país. Hasta fines de 2022, el Minsa no había realizado estudios de percepción que arrojen respuestas sobre las principales razones del abandono de los esquemas vacunales mientras el país acumulaba, hasta enero de 2023, 16 millones de dosis en los almacenes del Cenares y de los gobiernos regionales.

Además de mediciones de percepción, la adaptación de la comunicación en salud requiere tiempo de escucha activa, atención a las preocupaciones de cada población y respuestas a las dudas que van desde el primer nivel de atención hasta las instancias más altas de gobierno. Sin embargo, la comunicación del Estado con sus ciudadanos y ciudadanas para la vacunación contra la covid-19 ha sido insuficiente, lo que ha generado que escale la desinformación que desalienta a las personas a completar sus vacunas. Ante este escenario, es de vital importancia que el Minsa reformule su estrategia de comunicación.

3. CONCLUSIONES Y LECCIONES APRENDIDAS

Durante la pandemia de covid-19, la población peruana vivió inequidades en su acceso a la salud, desde encontrar una cama en un hospital hasta recibir una vacuna en forma oportuna, diferencias en el ejercicio de un derecho fundamental que fueron injustas y evitables si el país hubiera contado con un sistema de salud que funciona para todos sus ciudadanos de manera eficiente en una emergencia sanitaria.

- El Perú fue el noveno país de América Latina y El Caribe en iniciar su vacunación contra la covid-19. Así empezó a recuperar los tres años de esperanza de vida perdidos con la reducción de las muertes por esta enfermedad. Tan importante como este indicador fue el significado que tuvo la vacunación para muchos peruanos: una etapa de recuperación de la confianza en el Estado como garante de su salud después del colapso. En la ENADES 2022, elaborada por Oxfam e IEP, el 68% de peruanos encuestados estaba de acuerdo con que el Estado debía ser responsable de proveer los servicios de salud en un país que perciben profundamente desigual.
- Una mirada general a la cobertura de la vacunación contra la covid-19 en Perú muestra indicadores óptimos, pero conforme el análisis se dirige fuera de los distritos urbanos y capitales de departamento, aparecen retrasos y grandes brechas de cobertura en primera, segunda y tercera dosis, principalmente en la sierra y selva rural del país, históricamente desatendidas por el Estado. Estas brechas responden a falencias de la descentralización del Estado en sus tres niveles de Gobierno para garantizar a todos sus ciudadanos y ciudadanas el ejercicio de sus derechos básicos como la atención de su salud, varias de las cuales se evidenciaron durante la ejecución del Plan Nacional de Vacunación contra la Covid-19 e impidieron romper con las desigualdades que arrastra el país.
- Las fechas de disponibilidad de vacunas no fueron iguales para todos los peruanos: las dosis de Pfizer llegaron con cien días de retraso a las regiones Huancavelica, Madre de Dios, Puno, Ucayali, Tumbes, Ayacucho, Apurímac, Amazonas, Huánuco y Pasco con respecto al día en que aterrizaron en Lima para su distribución. Esto se explica, principalmente, porque los gobiernos regionales tardaron en garantizar la cadena de frío requerida y en contar con personal suficiente para el manejo de la estrategia sanitaria, lo que hizo que el comienzo de la vacunación contra la covid-19 fuera tardío en las regiones de la sierra y la selva con respecto al de la costa del país.
- Durante el proceso de vacunación, los distritos de la Amazonía presentaron mayores retrasos que los de la sierra y la costa en la cobertura de primera dosis, un problema que se agudizó para la segunda y tercera dosis. Tomando en cuenta las características de estos territorios, podemos afirmar que los distritos con mayor pobreza monetaria y con menor índice de Desarrollo Humano (IDH) fueron los que presentaron menores tasas de cobertura del esquema de vacunación covid-19. Para el segundo trimestre de 2022, cuando la mayoría de distritos de la costa y la sierra habían alcanzado más del 100% de cobertura de primeras dosis, habían distritos amazónicos con pueblos indígenas que tenían menos del 40% de cobertura de primera dosis. Mientras que en la segunda y la tercera dosis, los distritos amazónicos apenas alcanzaron una cobertura del 30% de la segunda dosis y menos del 15% en tercera dosis para ese mismo período.
- En un contexto de escasez de vacunas y de acaparamiento de los países ricos, Perú se allanó a todas las condiciones de las farmacéuticas para acceder a dosis, como lo hicieron varios otros países de la región a través de leyes, decretos y resoluciones. La confidencialidad de los contratos de las adquisiciones e indemnidad económica frente a cualquier problema relacionado con la vacuna estuvieron entre los requisitos de los laboratorios, lo que generó un clima

de opacidad en los términos de compra de cara al país. Hasta ahora, el Estado peruano no ha podido informar en forma oficial sobre el precio unitario que pagó por cada vacuna vendida por los laboratorios con que firmó contratos.

- Cuando el MINSA recuperó liderazgo mejoró la planificación y la articulación de las intervenciones sanitarias con todos los prestadores de atención del sistema de salud peruano, como se evidenció con el padrón único de vacunados contra la covid-19 y con el cambio de fases de grupos de prioridad a un enfoque territorial por edades en forma descendente de la vacunación, medidas que fueron modificaciones al plan nacional de vacunación original.
- Al tomar en cuenta criterios de priorización de grupos de la población por atender en una emergencia sanitaria que incluyen la variable epidemiológica (mayor riesgo de muerte y mayor riesgo de exposición a una enfermedad) y las dimensiones de la desigualdad (género, pertenencia geográfica o étnico-racial, ingresos), se puede lograr una atención oportuna a las personas que, por factores históricos y estructurales, han sido siempre relegadas por el Estado en su acceso a la salud, como los pueblos indígenas y personas más vulnerables (pacientes con enfermedades crónicas o huérfanas y adultos mayores).
- El Estado peruano tiene una política de salud intercultural, pero no está completamente implementada y extendida a todas sus atenciones en el sistema de salud pese a que el 25% de la población se autoidentifica como perteneciente a un pueblo indígena y existen 51 en la Amazonía y 4 en los Andes. Una mejor atención de salud con pertinencia intercultural es una tarea pendiente no solo para reducir las brechas de cobertura de vacunación, sino para mejorar las condiciones de vida de estas poblaciones.
- La capacidad de organización de los ciudadanos y ciudadanas a través de los comités comunitarios anticovid ha sido una respuesta relevante para reducir las inequidades en el acceso a la salud durante la crisis por la pandemia y permitir que todos los actores del territorio se involucren en la política de salud. Esta experiencia puede ser revisada por el Ministerio de Salud y las Direcciones Regionales de Salud para fortalecer e impulsar las organizaciones ciudadanas locales en contextos de respuesta a emergencias u otras intervenciones sanitarias y también para pensar en formas de mejora de la gobernanza en salud.
- La vacunación contra la covid-19 es una estrategia sanitaria que además de reducir la morbilidad y mortalidad en un país genera ahorros potenciales para el sistema de salud en la medida que se cumplan las metas del plan de vacunación diseñado.

BIBLIOGRAFÍA:

- Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (7 de febrero de 2021). Situación Actual Covid-19. Perú 2020-2021. Recuperado de <http://bvs.minsa.gob.pe/local/covid/sala-situacional/coronavirus070221.pdf>.
- Centro Nacional de Salud Pública del Instituto Nacional de Salud (2022). Informe técnico. Tasas de mortalidad por covid-19 según estado de vacunación: aproximación a la evaluación de la efectividad de las vacunas. Recuperado de <https://boletin.ins.gob.pe/informe-tecnico-tasas-de-mortalidad-por-covid-19-segun-estado-de-vacunacion-aproximacion-a-la-evaluacion-de-la-efectividad-de-las-vacunas/>
- Congreso de la República (2021). Informe final. Denuncias constitucionales 423 y 427. Recuperado de https://leyes.congreso.gob.pe/Documentos/2016_2021/Proyectos_de_Ley_y_de_Resoluciones_Legislativas/Proyectos_Firmas_digitales/OFICIO-220-2020-2021-SCAC-CP0.pdf.
- Defensoría del Pueblo (10 de febrero de 2021). Personas adultas mayores deben ser vacunadas de manera prioritaria y progresiva. Recuperado de <https://www.defensoria.gob.pe/personas-adultas-mayores-deben-ser-vacunadas-de-manera-prioritaria-y-progresiva/>.
- El Peruano (9 de febrero de 2021). Perú inicia plan de vacunación contra covid-19. Recuperado de <https://elperuano.pe/noticia/114960-peru-inicia-plan-de-vacunacion-contra-covid-19>.
- Gobierno Regional de Ayacucho (2 de julio de 2021). Ponen en funcionamiento ultra congeladora para conservar vacunas Pfizer. Recuperado de <https://www.gob.pe/institucion/regionalayacucho/noticias/504045-ponen-en-funcionamiento-ultra-congeladora-para-conservar-vacunas-pfizer>
- Gobierno Regional de La Libertad (1 de septiembre de 2020). GR gestiona con anticipación vacuna contra la covid-19. Recuperado de <https://www.gob.pe/institucion/regionalalibertad/noticias/298317-gr-gestiona-con-anticipacion-vacuna-contra-la-covid-19>
- Ministerio de Cultura (17 de junio de 2021). Decreto Supremo N° 010-2021-MC. Recuperado de <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-supremo-que-aprueba-los-lineamientos-para-la-genera-decreto-supremo-no-010-2021-mc-1964424-6/>.
- Ministerio de Cultura. Base de Datos de Pueblos Indígenas u Originarios. Recuperado de <https://bdpi.cultura.gob.pe/>.
- Ministerio de Relaciones Exteriores (10 de agosto de 2020). Resolución Suprema N° 079-2020-RE. Recuperado de https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1227075/RS._N_079-2020-RE.pdf?v=1597187409.
- Ministerio de Salud (16 de octubre de 2020). Resolución Ministerial N° 848-2020/MINSA. Recuperado de <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1394145/RM%20N%C2%B0848-2020-MINSA.PDF.PDF?v=1604162987>
- Ministerio de Salud (5 de febrero de 2021). Resolución Ministerial N° 183-2021/MINSA. Recuperado de <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/aprueban-el-padron-nacional-de-vacunacion-universal-contra-l-resolucion-ministerial-n183-2021minsa-1926093-1/>.
- Ministerio de Salud (5 de marzo de 2021). Resolución Ministerial N° 345-2021/MINSA. Recuperado de <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1711468/Resoluci%C3%B3n%20Ministerial%20N%C2%B0%20345-2021-MINSA.pdf?v=1615153809>.

- Ministerio de Salud (17 de marzo de 2021). Resolución Ministerial N° 389-2021/MINSA. Recuperado de <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/aprueban-el-padron-nacional-de-vacunacion-universal-contra-l-resolucion-ministerial-n-389-2021minsa-1936351-1/>.
- Ministerio de Salud (18 de mayo de 2021). Resolución Ministerial N° 640-2021/MINSA. Recuperado de <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/clasifican-como-informacion-reservada-en-el-ministerio-de-sa-resolucion-ministerial-no-640-2021minsa-1954239-1/>.
- Ministerio de Salud (25 de junio de 2021). Ministerio de Salud inicia vacunación de personas de 58 y 58 años con estrategia "Vacuna activa". Recuperado de <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/502273-ministerio-de-salud-inicia-vacunacion-de-personas-de-58-y-59-anos-con-estrategia-vacuna-activa>.
- Ministerio de Salud (27 de julio de 2021). Ministerio de Salud declara el 7 de febrero como "Día de la vacunación contra la Covid-19 en el Perú". Recuperado de <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/508663-ministerio-de-salud-declara-el-7-de-febrero-como-dia-de-la-vacunacion-contra-la-covid-19-en-el-peru>.
- Ministerio de Salud (4 de octubre de 2022). Vacunación permitió que entre la segunda y cuarta ola la mortalidad en adultos mayores se redujera en un 96% y en un 98% en adultos. Recuperado de <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/657058-vacunacion-permitio-que-entre-la-segunda-y-cuarta-ola-la-mortalidad-en-adultos-mayores-se-redujera-en-un-96-y-en-un-98-en-adultos>.
- Ojo Público (23 de febrero de 2021). Las exigencias de Pfizer: pide a gobiernos utilizar activos soberanos como garantía para acuerdo de vacuna. Recuperado de <https://ojo-publico.com/2502/las-abusivas-exigencias-de-pfizer-con-las-vacunas-covid-19>
- Organización Mundial de la Salud (2020). Covax: colaboración para un acceso equitativo mundial a las vacunas contra la covid-19. Recuperado de <https://www.who.int/es/initiatives/act-accelerator/covax>.
- Organización Regional de los Pueblos Indígenas del Oriente (2021). Resultados de encuesta indígena frente al covid-19. Recuperado de <http://www.orpio.org.pe/wp-content/uploads/2021/06/RESULTADOS-OFICIALES-DE-ENCUESTA-INDI%CC%81GENA-ORPIO- ORAU.pdf>
- Presidencia de la República (10 de septiembre de 2020). Decreto de Urgencia N° 110-2020. Recuperado de <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-de-urgencia-que-dicta-medidas-extraordinarias-para-f-decreto-de-urgencia-n-110-2020-1884114-1/>
- Presidencia de la República (30 de enero de 2021). Decreto de Urgencia N° 009-2021. Recuperado de <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/que-dicta-medidas-extraordinarias-y-complementarias-en-mater-decreto-de-urgencia-n-009-2021-1924318-1/>.
- Salud con Lupa (6 de marzo de 2021). Perú: un año de pandemia, recesión y feroz crisis política. Recuperado de <https://saludconlupa.com/noticias/peru-un-ano-de-pandemia-recesion-y-feroz-crisis-politica/>.
- Salud con Lupa (8 de abril de 2021). Las vacunas funcionan: la curva de muertes en médicos inmunizados empieza a caer. Recuperado de <https://saludconlupa.com/noticias/las-vacunas-funcionan-la-curva-de-muertes-en-medicos-inmunizados-empieza-a-caer/>

- Salud con Lupa (27 de julio de 2021). Cambio de gobierno, y aún no se sincera el número real de muertos indígenas por covid-19. Recuperado de <https://saludconlupa.com/entrevistas/cambio-de-gobierno-y-aun-se-sincera-el-numero-real-de-muertos-indigenas-por-covid-19/>
- Salud con Lupa (21 de septiembre de 2021). El otro Perú. Recuperado de <https://saludconlupa.com/series/el-otro-peru/>
- Salud con Lupa (2021). Vacunagate: las conexiones del poder. Recuperado de <https://saludconlupa.com/series/vacunagate-las-conexiones-del-poder/>

Entrevistas:

- Javier Llamoza, investigador de Acción Internacional para la Salud (AIS). 18 de enero de 2022.
- Alfredo Huamán, coordinador de la Plataforma Salud y Derechos. 18 de enero de 2022.
- Alicia García, vocera de Los pacientes importan. 20 de enero de 2022.
- Sergio de la Cruz, coordinador distrital del Comité Comunitario de la Salud de Lurigancho-Chosica. 24 de enero de 2022.
- Ana Romero, coordinadora ejecutiva de la Red Peruana por una Globalización con Equidad (Redge Perú). 24 de enero de 2022.
- Víctor Zamora, gerente general de Goberna Consultores. 25 de enero de 2022.



OXFAM



oxfamenperu



oxfamenperu



@oxfamenperu

www.peru.oxfam.org