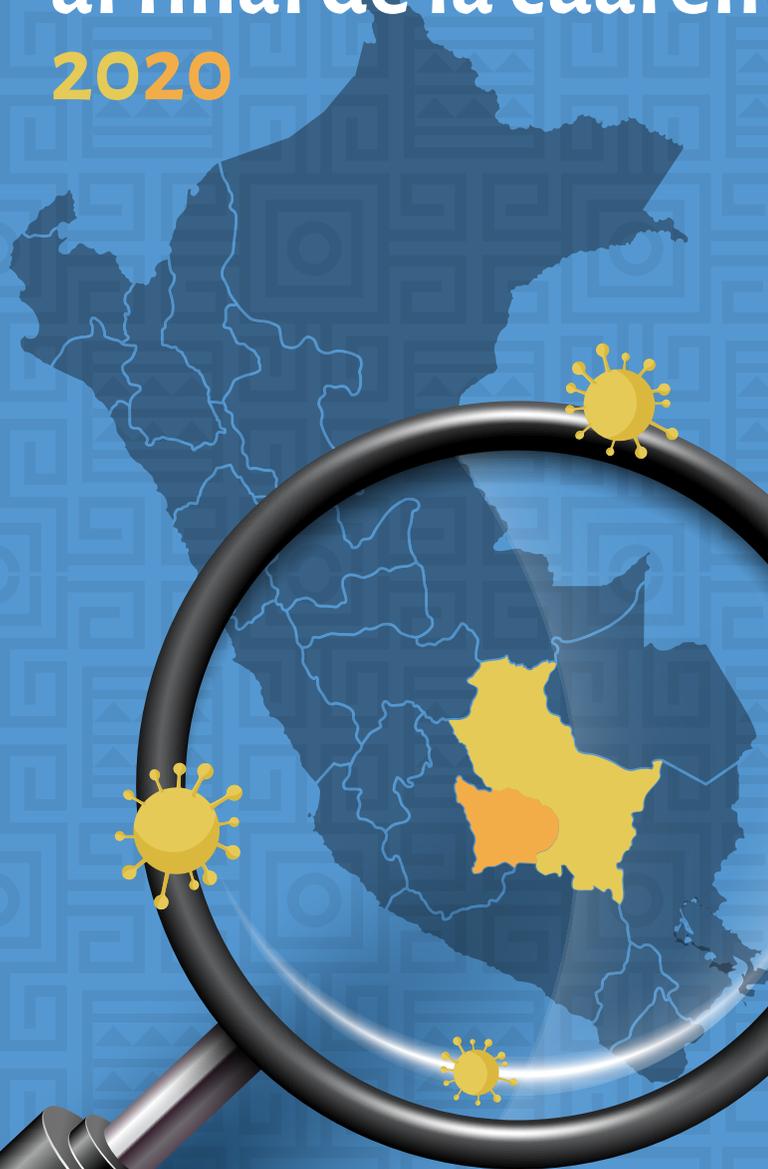


ESTUDIO SITUACIONAL

de la emergencia sanitaria en **Cusco** y **Apurímac** al final de la cuarentena **2020**



Con el apoyo de :



FORD
FOUNDATION

ESTUDIO SITUACIONAL
de la emergencia sanitaria en Cusco y Apurímac
al final de la cuarentena 2020

Este documento fue elaborado por el
Grupo Propuesta Ciudadana,
con la colaboración de la
Asociación Arariwa y el Centro Bartolomé de Las Casas

Cuidado de edición

Nelly Carrasco

Corrección de estilo:

Marusia Ruiz-Caro.

Diseño, diagramación y digitalización

www.digitalworldperu.com

www.propuestaciudadana.org.pe

Presidente del Directorio: Federico Tenorio Calderón

Coordinador Ejecutivo: Epifanio Baca Tupayachi

Con el apoyo:



FORD
FOUNDATION

Esta investigación se desarrolla en el marco del proyecto “Incrementar capacidades de la sociedad civil para participar en procesos de gestión territorial y en la distribución de la renta extractiva”, que cuenta con el apoyo de Fundación Ford.

ESTUDIO SITUACIONAL

de la emergencia sanitaria en Cusco y Apurímac al final de la cuarentena 2020



Con el apoyo de:



Contenido

Introducción 6

1

Características sociodemográficas: ruralidad, etnicidad y altas tasas de pobreza

Pag. 8

1.1 Apurímac	8
1.2 Cusco	10

2

Acceso a servicios: importantes brechas entre lo urbano y lo rural

Pag. 12

2.1 Apurímac	12
2.2 Cusco	14

3

Oferta de servicios de salud

Pag. 18

3.1 Apurímac	18
3.2 Cusco	20

4

Epidemiología del covid-19 en Cusco y Apurímac

Pag. 22

4.1 Indicadores epidemiológicos y evolución de los casos	22
4.2 Escenarios de atención frente al covid-19	25

5

Respuestas frente a la epidemia a nivel regional y local

Pag. 28

5.1 Instrumentos de gestión frente al covid-19	28
5.2 Espacios de coordinación multisectorial y trabajo técnico	30
5.3 Asignación presupuestal para las acciones frente al covid-19	31
5.4 Movilización y organización local para la atención de la emergencia por el covid-19	34
5.5 Medidas de soporte a familias vulnerables	36
5.6 El rol de las empresas mineras y el descontento social	37

6

Efectos percibidos de la epidemia en la vida social y económica de las regiones

Pag. 39

6.1 Paralización de proyectos que generan empleo para la población	39
6.2 El retorno de los migrantes	39
6.3 Aumento de las brechas en la educación	40
6.4 Revalorización y relevancia de la actividad agropecuaria	41

7

Recomendaciones para enfrentar los efectos de la emergencia generada por la epidemia de covid-19

Pag. 42

Referencias bibliográficas 44

Siglas y acrónimos empleados 47



Introducción

Casi cuatro meses después de la declaración del estado de emergencia nacional el 15 de marzo del 2020 mediante el Decreto Supremo 044-2020-PCM, el 30 de junio el país entró en una nueva etapa con la finalización del periodo de cuarentena, denominado de inmovilización social obligatoria, para la mayoría de las regiones y el inicio de la fase 3 de la reactivación económica.

Finalizada la cuarentena, las regiones de Apurímac y Cusco registran una baja tasa de morbilidad y mortalidad por el covid-19 en comparación con el resto del país; Apurímac es la que tiene menos contagios a nivel nacional. Si bien esto puede responder a una serie de factores como la efectividad de algunas medidas adoptadas por la población y sus autoridades locales de manera coordinada, así como a las particulares características de las zonas rurales del surandino (clima, altura, densidad poblacional, cultura, entre otros), lo cierto es que ambas regiones tienen una limitada capacidad de diagnóstico y de atención adecuada que, al igual que en el resto del país, da cuenta de la cruda realidad

de la precariedad del sistema de salud y la vulnerabilidad de la población frente a una pandemia como la del covid-19.

A diferencia de otras regiones del país, en los últimos años tanto Apurímac como Cusco han recibido importantes transferencias de la renta proveniente de las actividades extractivas que se realizan en sus territorios, las cuales no se reflejan en una adecuada inversión en infraestructura sanitaria y de servicios; por el contrario, se constatan importantes carencias en la capacidad de atención en caso se presenten manifestaciones graves de la enfermedad.

En ese contexto, los gobiernos regionales y locales han contribuido al cumplimiento de las medidas establecidas en el marco de la estrategia nacional para luchar contra la pandemia, la cual incluye el fortalecimiento de la capacidad de atención de los sistemas de salud en el territorio, el aseguramiento del suministro de materiales para la protección del personal sanitario, el equipamiento de los hospitales para el tratamiento de los pacientes, así como el abastecimiento de medicinas y de materiales de protección



Reunion de sensibilización. Tambobamba
©Alejandro Enriquez

para la población. Asimismo, y a pesar del vacío de este tema en la política general del Gobierno, los gobiernos regionales y locales han apoyado en diversas localidades iniciativas de las organizaciones comunales para luchar contra el covid-19.

Es importante resaltar que el desempeño de los gobiernos regionales y locales de las dos regiones no puede desligarse de problemas estructurales del proceso de descentralización, como la imprecisión en la asignación de las competencias entre los tres niveles de gobierno, la carencia de recursos coherentes con las funciones asignadas, así como las limitadas capacidades del personal administrativo y de atención médica en sus territorios. A esto se suman hechos de corrupción de algunos funcionarios locales y regionales.

Dado que las sociedades de ambas regiones son parte de las que entrarán en la etapa de apertura general, es necesario que las autoridades y la sociedad civil aborden algunas preguntas clave. ¿Cuán vulnerables se encuentran las zonas rurales de las regiones de Apurímac y Cusco para enfrentar la epidemia del covid-19 en esta nueva etapa? ¿Qué medidas se

han tomado para frenar el avance del virus y cuán eficientes han sido para mejorar la capacidad de respuesta durante el estado de emergencia? El Grupo Propuesta Ciudadana consideró necesario revisar y evidenciar las condiciones en las que se encuentran las poblaciones de ambas regiones culminado el periodo de cuarentena el 30 de junio, a través de un análisis situacional que da cuenta de las inequidades existentes en materia de acceso a la salud y salubridad, así como de los mecanismos desplegados hasta el momento por sus autoridades y su población organizada.

El presente documento ha sido elaborado en colaboración con la Asociación Arariwa y el Centro Bartolomé de las Casas, con el apoyo de la Fundación Ford en el marco del proyecto “Incrementar capacidades de la sociedad civil para participar en procesos de gestión territorial y en la distribución de la renta extractiva”, que tiene como principal ámbito de intervención las provincias y distritos que conforman el corredor minero sur en los departamentos de Apurímac y Cusco.



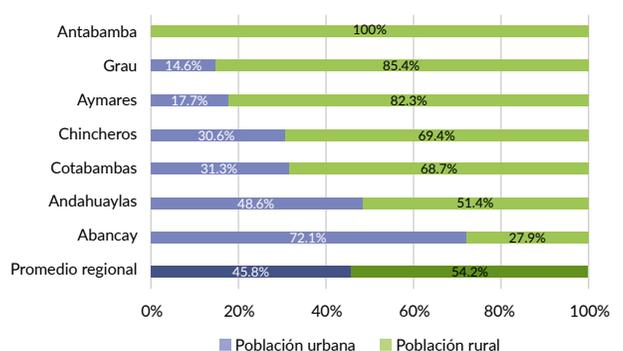
© Héctor Boza

Características sociodemográficas: ruralidad, etnicidad y altas tasas de pobreza

1.1 Apurímac

De acuerdo con las proyecciones sobre población del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) para el año 2020, Apurímac tiene 430 736 habitantes (INEI, 2020a). Las provincias más pobladas son Andahuaylas y Abancay, en las que se asienta el 59.8% de la población, mientras que las menos pobladas son Antabamba y Grau, en donde vive el 8.7% de la población departamental. Esta distribución se relaciona con la concentración urbano-rural en Apurímac: Abancay y Andahuaylas presentan una importante densidad urbana, mientras que las cinco provincias restantes tienen más de dos tercios de su población en el ámbito rural.

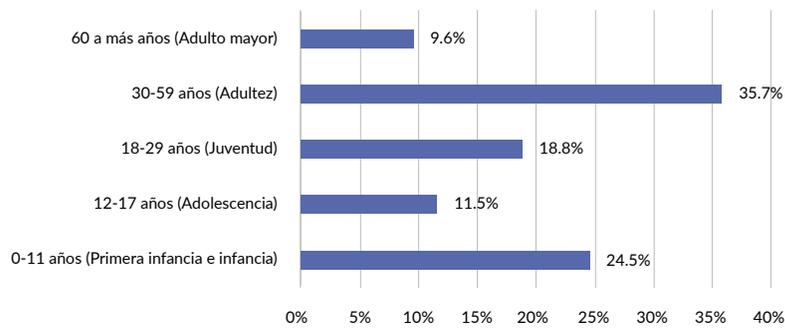
Apurímac: Población urbana y rural, 2017



Fuente: INEI (2018).



Apurímac: Composición de la población por etapas de vida, 2020



Fuente: INEI (2018).

Las provincias con la mayor proporción de población rural de la región son Antabamba (100%), Grau (85.4%) y Aymaraes (82.3%).

En cuanto a la composición de la población según sus etapas de vida, los principales grupos son los que se encuentran en la fase adulta (30-59 años) y en la de primera infancia e infancia (0 a 11 años), los cuales concentran el 35.7% y el 24.5% del total de la población, respectivamente. La menor presencia de jóvenes y adolescentes en relación con los grupos mencionados podría responder a la migración de este segmento hacia ciudades de otras regiones en busca de mejores oportunidades de estudio y trabajo. La distribución por grupo poblacional es similar en todas las provincias.

La autoidentificación étnica es importante en la región. El 84.1% de los apurimeños se considera quechua y las provincias con una mayor proporción de población de este grupo étnico son Grau (95%), Antabamba (89.9%), Aymaraes (87.6%) y Andahuaylas (86.4%). El quechua es también la lengua materna de la mayoría de la población de Apurímac (69.7%) y las provincias con una mayor concentración de quechuahablantes son Grau (85.7%), Antabamba (78.2%) y Cotabambas (78%).

Existen importantes diferencias en el acceso a la educación entre las personas cuya lengua

materna es el quechua y las que tienen como lengua materna al castellano: el 17% de los quechuahablantes no tiene ningún nivel educativo, frente al 5.7% de los castellanohablantes, y solo el 4.5% de los quechuahablantes cuenta con educación universitaria completa, frente al 14.6% de las personas castellanohablantes.

Apurímac tiene una tasa de pobreza monetaria total que oscila entre el 33.1% y el 38.2%, cifra distante del promedio nacional, que está entre el 19.7% y el 21.3% (INEI, 2020b). Las provincias que tienen las tasas de pobreza monetaria más altas son Grau, Chincheros y Cotabambas, todas ellas con más de dos tercios de su población en el ámbito rural, mientras que Abancay es la provincia que registra la menor tasa de pobreza monetaria en la región.

El quechua es también la lengua materna de la mayoría de la población de Apurímac (69.7%) y las provincias con una mayor concentración de quechuahablantes son Grau (85.7%), Antabamba (78.2%) y Cotabambas (78%).

Apurímac: Tasa de pobreza monetaria por provincias, 2018

N°	Provincia	Tasa de pobreza monetaria total	
		Límite inferior	Límite superior
1	Grau	40.6%	49.3%
2	Chincheros	40.0%	49.8%
3	Cotabambas	38.3%	49.3%
4	Andahuaylas	33.2%	41.5%
5	Aymaraes	33.0%	40.2%
6	Antabamba	27.4%	38.4%
7	Abancay	19.3%	29.3%

Fuente: INEI (2018).

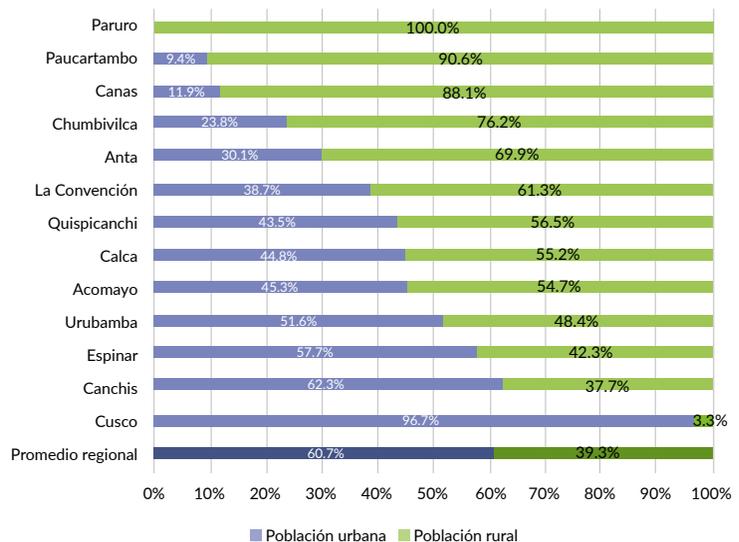
En Cusco viven también personas de los grupos étnicos matsigenka, asháninka, yine, kakinte y kichwa, cuyas comunidades se ubican principalmente en la provincia de La Convención. Más de la mitad de la población de Cusco tiene al quechua como lengua materna (54.3%), cifra que se incrementa en provincias como Canas (91%), Paruro (90.8%), Paucartambo (88.1%) y Chumbivilcas (88%)

1.2 Cusco

Cusco cuenta con 1 357 075 habitantes (INEI, 2020a). La provincia de Cusco concentra el 34.2% de la población y le sigue La Convención con el 13.7%. Las provincias con menos habitantes son Acomayo y Paruro, con el 2.1% y el 2.3% de la población, respectivamente. En cuanto a la distribución urbano-rural, Cusco es la provincia con mayor concentración de población urbana (96.7%), mientras que en Paruro el 100% de la población es rural.

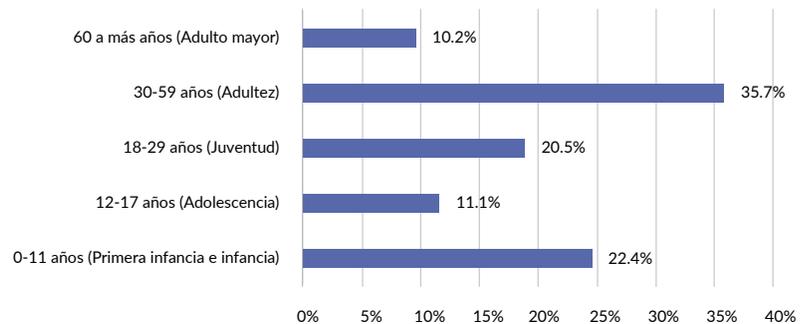
De acuerdo con las etapas de vida, el principal grupo poblacional es el que está en la fase adulta (30-59 años), el cual concentra el 35.7% del total de habitantes. La proporción de la población en la etapa de primera infancia e infancia (0-11 años) y en la de la juventud es muy similar: 22.4% y 20.5%, respectivamente. Esta estructura se repite en las provincias, aunque en las más rurales se aprecia una mayor proporción de la población en la primera infancia e infancia y una menor proporción de los jóvenes.

Cusco: Población urbana y rural, 2017



Fuente: INEI (2018).

Cusco: Composición de población por etapas de vida, 2020



Fuente: Ministerio de Salud (Minsa), Repositorio Único Nacional de Información en Salud (Reunis).

El 74.7% de la población cusqueña se identifica como quechua. Las provincias con más habitantes de este grupo étnico son Canas (94.2%), Chumbivilcas (92.8%), Paucartambo (92.2%) y Acomayo (90.6%). En Cusco viven también personas de los grupos étnicos matsigenka, asháninka, yine, kakinte y kichwa, cuyas comunidades se ubican principalmente en la provincia de La Convención. Más de la mitad de la población de Cusco tiene al quechua como lengua materna (54.3%), cifra que se incrementa en provincias como Canas (91%), Paruro (90.8%), Paucartambo (88.1%) y Chumbivilcas (88%).

La lengua materna de las personas determina diferencias importantes en el acceso a la educación: el porcentaje de las personas quechuahablantes que



no ha culminado ningún nivel de estudios es casi tres veces mayor que el de las personas que tienen el castellano como lengua materna (14.1%, frente a 4.1%). Con respecto a la educación superior universitaria, solo el 3.6% de la población quechuahablante culminó una carrera, porcentaje mucho menor que el 14.4% de las personas castellanohablantes.

La región de Cusco tiene una tasa de pobreza monetaria que oscila entre el 23% y el 25.6%, cercana al promedio nacional, que está entre el 19.7% y el 21.3% (INEI, 2018). Las provincias con las mayores tasas son Canas, Chumbivilcas y Paucartambo –provincias con una población predominantemente rural–, mientras que Cusco es la provincia con la menor tasa de pobreza monetaria, muy por debajo del promedio nacional.

Cusco: Tasa de pobreza monetaria por provincias, 2018

N°	Provincia	Tasa de pobreza monetaria total	
		Límite inferior	Límite superior
1	Canas	43.4%	56.0%
2	Chumbivilcas	41.8%	54.5%
3	Paucartambo	40.7%	53.1%
4	Paruro	36.6%	47.5%
5	Quispicanchi	37.0%	45.7%
6	Acomayo	33.9%	46.2%
7	Calca	29.6%	38.5%
8	Espinar	23.9%	38.0%
9	Anta	24.2%	34.7%
10	Canchis	22.5%	35.2%
11	La Convención	21.5%	29.3%
12	Urubamba	19.6%	29.6%
13	Cusco	6.2%	10.1%

Fuente: INEI (2018).

Como se puede observar, ambas regiones presentan altos índices de ruralidad en la mayoría de sus provincias, las cuales tienen, a su vez, altos grados de pobreza y bajos niveles educativos, especialmente en los casos de la población indígena y quechuahablante. En este contexto, la llegada del covid-19 y sus consecuencias sanitarias, sociales y económicas pueden ser muy graves. Como se verá más adelante, tanto para la prevención como para la adecuada atención de la emergencia en estos tres campos son determinantes el acceso a servicios básicos y de salud, así como a medios de comunicación y a la información.



© Héctor Boza



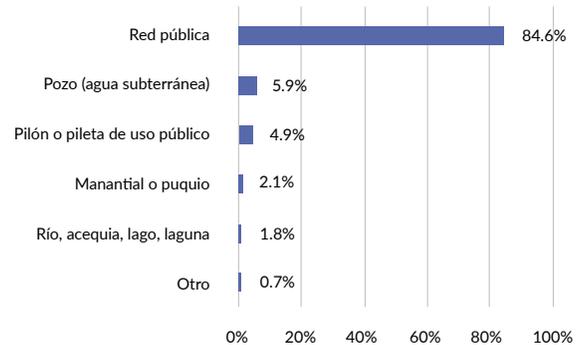
© Héctor Boza

Acceso a servicios: importantes brechas entre lo urbano y lo rural

2.1 Apurímac

Si bien el 84.6% de los hogares apurimeños se abastece de agua a través de una red pública, cifra superior al promedio nacional (78.3%), el porcentaje disminuye en provincias como Cotabambas (63.6%), Antabamba y Grau (74.2%), en donde la población usa de manera más habitual fuentes de abastecimiento como pozos de agua subterránea o manantiales. Solo la mitad de los hogares de la región tiene viviendas conectadas a la red pública de desagüe, mientras que el promedio nacional es del 66.6%. Esta situación empeora en provincias como Cotabambas y Grau, en donde solo el 35.3% y el 37.5% de los hogares, respectivamente, tiene acceso a una red pública de desagüe.

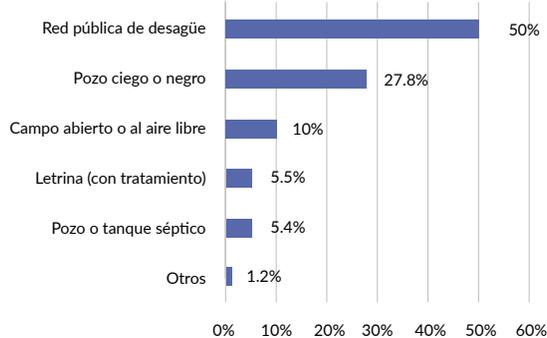
Apurímac: Abastecimiento de agua en hogares, 2017



Fuente: INEI (2018).



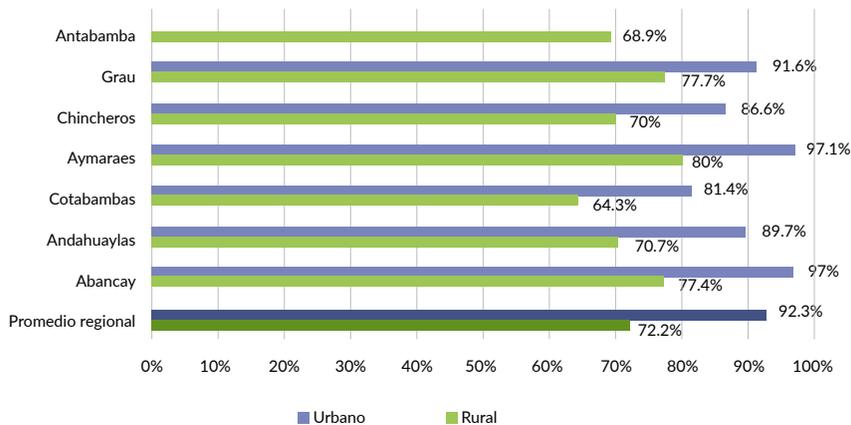
Apurímac: Servicios higiénicos en hogares, 2017



Fuente: INEI (2018).

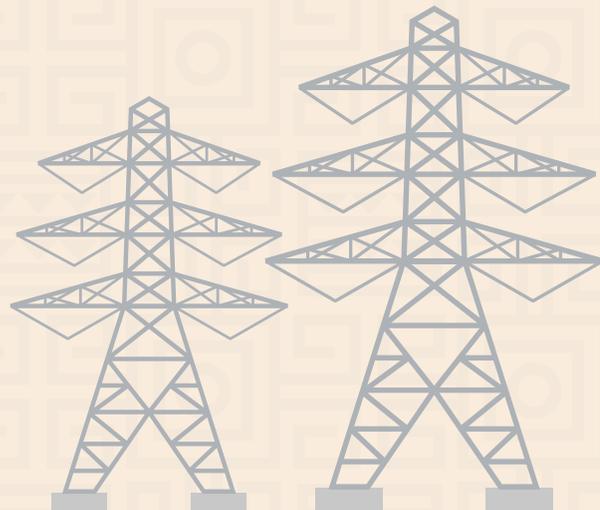
El 80.4% de los hogares de Apurímac cuenta con alumbrado eléctrico proveniente de una red pública, cifra inferior al promedio del país (87.7%). Este porcentaje disminuye en los hogares rurales, ya que solo el 72.2% de estos dispone del servicio. La brecha entre el acceso rural y el urbano se hace más evidente en las provincias de Abancay y Andahuaylas, tal como se aprecia en el gráfico que sigue.

Apurímac: Acceso de los hogares al alumbrado eléctrico por red pública,¹ 2017



Fuente: INEI (2018).

La situación del acceso a las telecomunicaciones a través de la televisión, la telefonía celular y el internet en Apurímac es bastante crítica. Solo el 8.9% de los hogares tiene conexión a internet, cifra muy inferior al promedio nacional del 28%, de por sí bastante bajo. Este porcentaje es considerablemente menor entre la población rural de la región, que apenas alcanza el 1.1%.

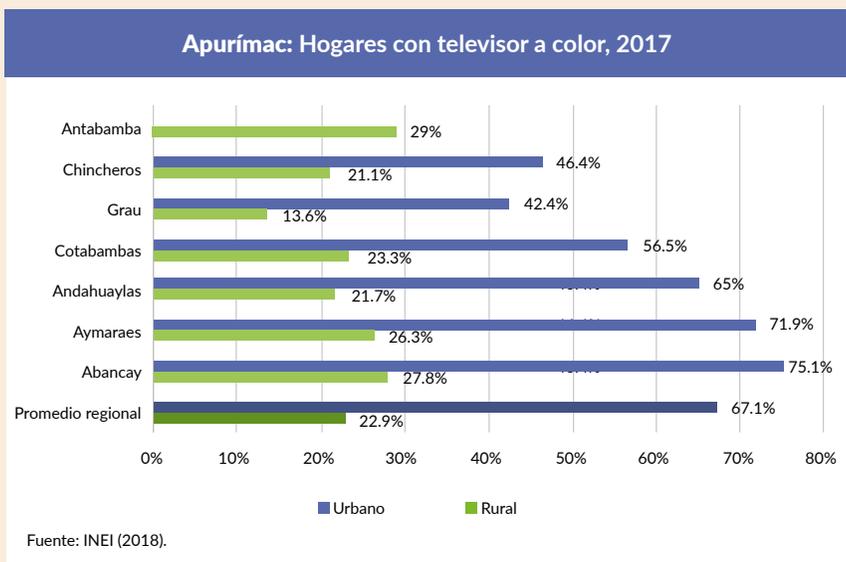
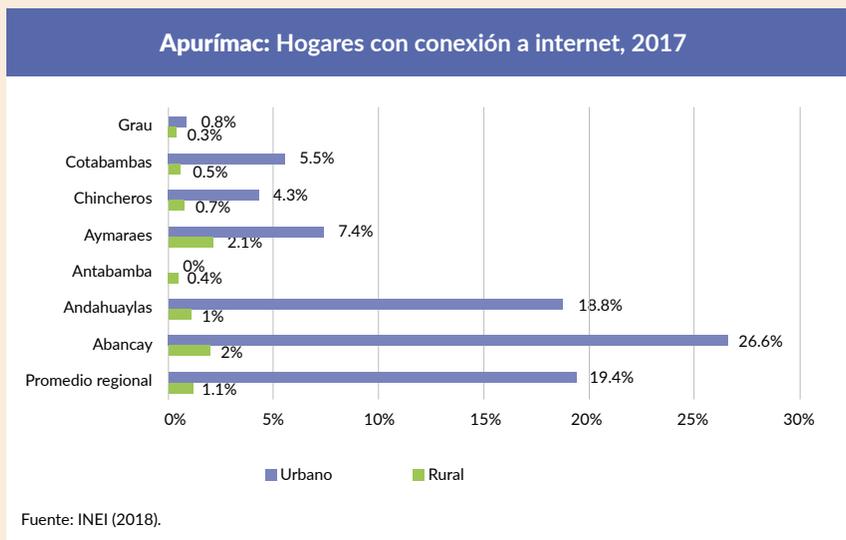


1 No se presentan datos urbanos de Antabamba porque solo cuenta con población rural.



Si bien el 71.21% de las personas censadas en esta región cuenta con teléfono celular, las brechas entre las áreas rural y urbana son importantes en todas las provincias. Por último, solo el 41.9% de los hogares apurimeños tiene un televisor a color. La cifra es inferior al promedio nacional (72.8%) y no refleja la brecha que existe en la posesión de este artefacto entre los hogares urbanos (67.1%) y rurales (22.9%) de la región. Esta diferencia se repite en cada provincia.

En Apurímac es bastante crítica la situación del acceso a las telecomunicaciones a través de la televisión, la telefonía celular y el internet. Solo el 8.9% de los hogares tiene conexión a internet, cifra muy inferior al promedio nacional del 28%.

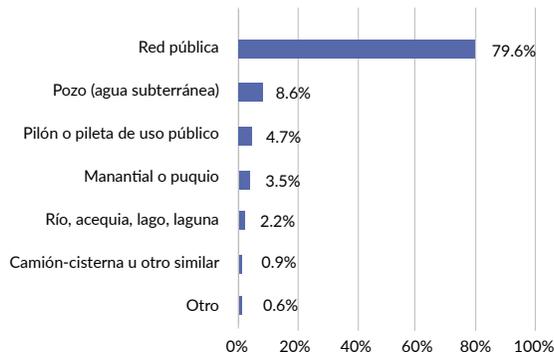


2.2 Cusco

En Cusco, el 79.6% de los hogares cuenta con conexión a una red pública de agua, porcentaje similar al promedio nacional (78.3%). Sin embargo, la cifra se reduce notablemente en provincias como Canas (53.1%), Espinar (60.3%), Chumbivilcas (61%) y Paucartambo (63%). En cuanto a los hogares indígenas amazónicos, apenas el 30.4% de estos dispone del servicio. Por otro lado, solo el 59.9% de los hogares cusqueños tienen acceso a la red pública de desagüe, cifra cercana al promedio nacional (66.6%). No obstante, hay provincias en las que el porcentaje es mucho menor, como son los casos de Canas (20%), Chumbivilcas (22.8%) y Paucartambo (33.8%), en donde la población utiliza mayoritariamente los pozos ciegos o el campo abierto. Solo el 19% de la población indígena amazónica tiene acceso a una red pública de desagüe.

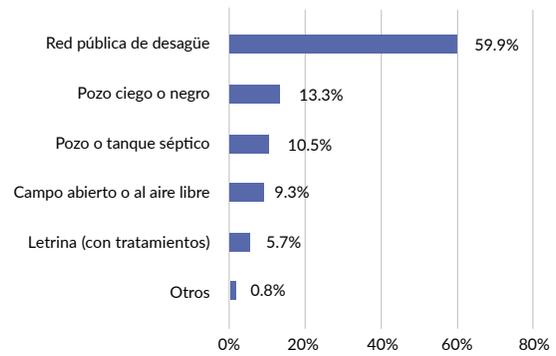


Cusco: Abastecimiento de agua en los hogares, 2017



Fuente: INEI (2018).

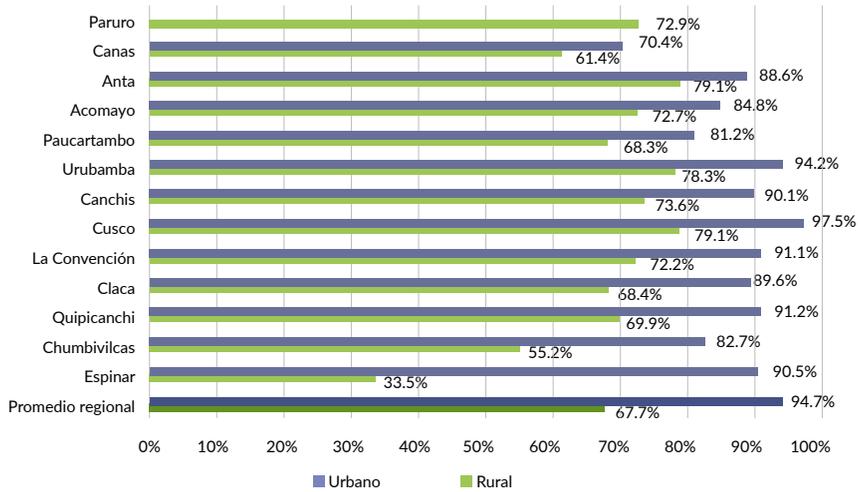
Cusco: Servicios higiénicos en los hogares, 2017



Fuente: INEI (2018).

El 82.2% de hogares de Cusco cuenta con alumbrado eléctrico proveniente de una red pública, cifra por debajo del promedio nacional (87.7%). El porcentaje se reduce significativamente en el caso de la población rural, entre la cual apenas el 67.7% tiene este servicio. Esta brecha es más notoria en las provincias de Espinar, Chumbivilcas, Quispicanchi y Calca.

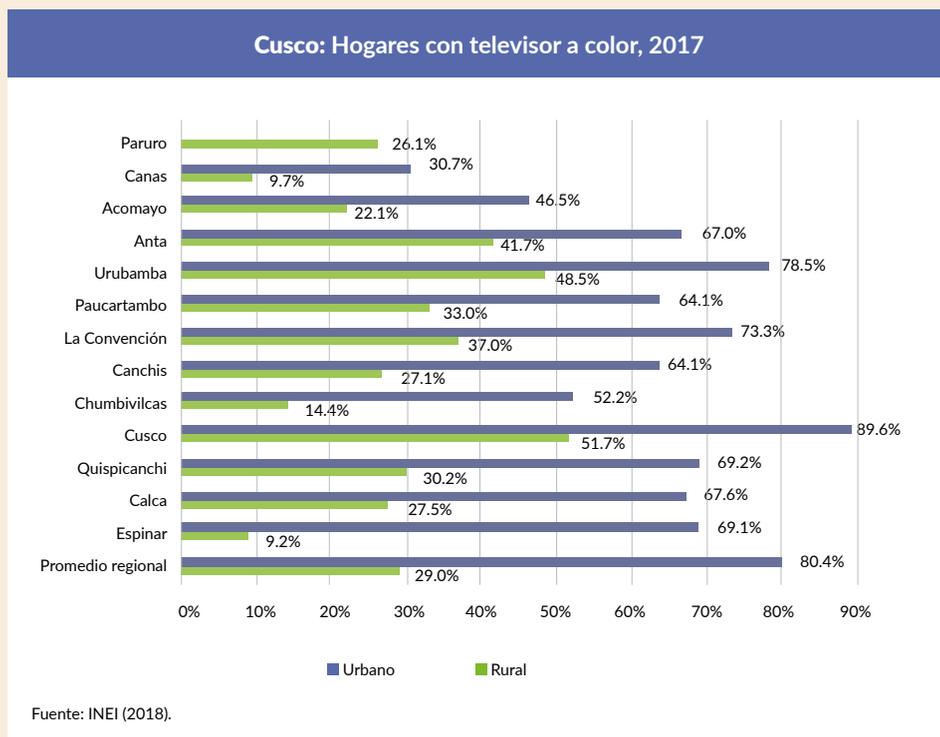
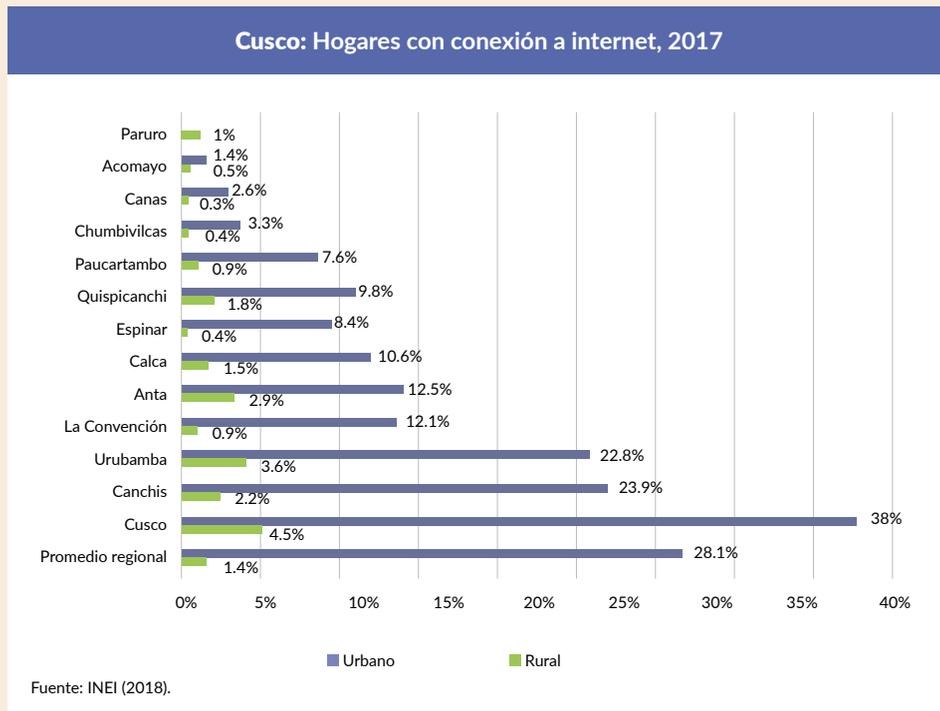
Cusco: Acceso de hogares al alumbrado eléctrico por red pública,² 2017



Fuente: INEI (2018).

Por otro lado, solo el 16.9% de los hogares cuenta con conexión a internet en su hogar, cifra inferior al promedio del país (28%). Entre la población rural, el porcentaje se reduce al 1.4%. Las provincias con las mayores brechas entre la población urbana y rural con respecto a este servicio son Cusco, Canchis y Urubamba.

2 No se presentan datos urbanos de Paruro porque solo cuenta con población rural.



El porcentaje de la población censada de la región de Cusco que cuenta con teléfono celular es del 77.29%. No obstante, las cifras por provincia evidencian brechas entre sí y entre la población rural y urbana. Por último, el 58.8% de los hogares de la región de Cusco tiene un televisor a color en su hogar, cifra por debajo del promedio nacional (72.8%). Además, existe una brecha importante entre la población urbana y la rural: en este último espacio, solo el 29% de los hogares cuenta con este aparato. Las provincias en las que esta diferencia es mayor son Espinar, Calca y Quispicanchi.



En Cusco, el **79.6%** de los hogares cuenta con **conexión a una red pública de agua**,



El **82.2%** de hogares de Cusco cuenta con **alumbrado eléctrico** proveniente de una red pública



El **16.9%** de los hogares de Cusco cuenta con **conexión a internet en su hogar**



El **77.3%** de la población de Cusco cuenta con **teléfono celular**.



En términos de la prevención del contagio del covid-19 son importantes prácticas como el lavado de manos, el aseo personal, así como la permanente desinfección de los ambientes y objetos con los que se interactúa. En este escenario, las dos regiones presentan cifras por debajo del promedio nacional en lo que se refiere al adecuado acceso a servicios de agua y desagüe. Asimismo, hay provincias —cuya población es principalmente rural e indígena— en donde el acceso a estos servicios es mucho menor que el promedio regional, lo que constituye un gran riesgo y una importante limitación para combatir al virus.

Es importante mencionar que los diseños de los proyectos de agua y saneamiento básico que se realizan en las zonas rurales de ambas regiones —y posiblemente en contextos similares en todo el país— no toman en cuenta sus particularidades geográficas y sociales, razón por la cual muchos de estos quedan a medio construir o requieren un presupuesto mayor que el inicial, a lo que se suma la falta de mantenimiento adecuado de los sistemas que existen. Por tanto, no llegan a funcionar y, de esta manera, se incumple el objetivo de dotar de servicios básicos a la población.

Por otro lado, si bien el porcentaje de acceso a la red pública de energía eléctrica es alto en ambas

regiones, en relación con el promedio nacional, existe una importante brecha entre las zonas urbanas y rurales tanto en el ámbito regional general, como en el de cada una de sus provincias. En ese sentido, la importancia de contar con energía en el hogar en el contexto de la emergencia creada por la pandemia se relaciona directamente con la posibilidad de estar comunicado y acceder oportunamente a información para la prevención y atención del covid-19. Sin embargo, como se ha podido observar, el acceso a la información a través de la televisión y del internet es aún muy limitado, especialmente en las zonas rurales de ambas regiones, lo que evidencia las grandes brechas de oportunidades que existen entre lo urbano y lo rural.

Un aspecto crítico que se ha evidenciado en la crisis actual es el difícil acceso de la población escolar a la teleeducación, propuesta que el Gobierno ha puesto en marcha para atender las necesidades educativas de las niñas y niños en todo el país, como producto de la prolongada suspensión de las clases presenciales en las instituciones educativas. No solamente se carece de equipos adecuados (televisión, celular, computador, entre otros), sino también de la disponibilidad del servicio.



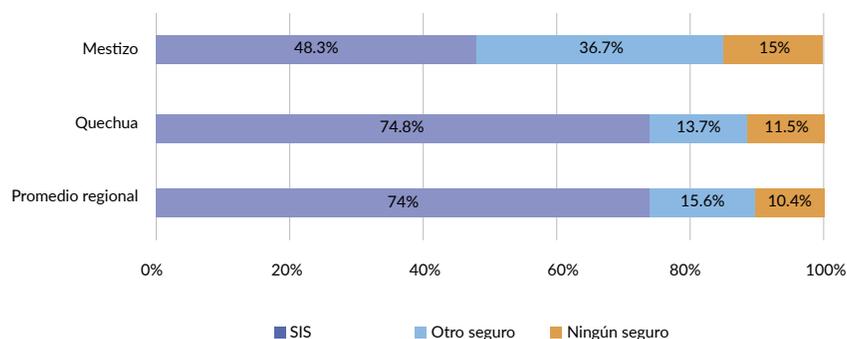
© Héctor Boza

Oferta de servicios de salud

3.1 Apurímac

De acuerdo con el censo del 2017, el 74% de la población del departamento de Apurímac cuenta solo con el Seguro Integral de Salud (SIS), el 15.6% tiene acceso a otros seguros y el 10.4% no cuenta con ninguno.³ En provincias como Grau y Chincheros, un alto porcentaje de la población depende exclusivamente del SIS: el 84% y el 83.7%, respectivamente. Por otro lado, las personas que se identifican como mestizas acceden más a seguros de salud distintos del SIS (36.7%) que quienes se identifican como quechuas (13.7%).

Apurímac: Acceso a seguros de salud según pertenencia étnica, 2017



Fuente: INEI (2018).

³ Desde el año 2019, los residentes en el Perú que no cuenten con ningún seguro de salud serán cubiertos por el SIS con la finalidad de garantizar la protección del derecho a la salud. Así lo dispuso el Decreto de Urgencia 017-2019, que estableció medidas para la cobertura universal de salud.



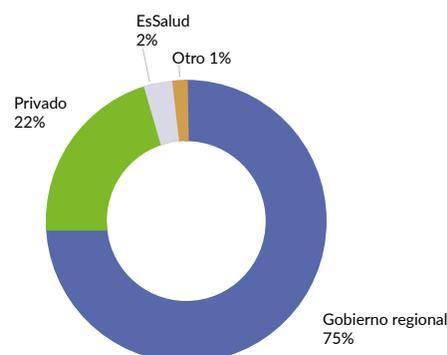
Según el Registro Nacional de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (Renipress), en Apurímac hay 514 establecimientos de salud, la mayoría de los cuales (75%) los administra el Gobierno Regional de Apurímac, el 22% es privado, el 2% pertenece al Seguro Social de Salud (EsSalud) y el 1% restante está a cargo de otras instituciones.

Del total de establecimientos de salud, solo ocho son hospitales que corresponden al segundo nivel de atención, cuatro de estos los administra el gobierno regional, dos EsSalud y dos son privados. De los 388 establecimientos de salud a cargo del Gobierno Regional de Apurímac distribuidos en las siete provincias de la región, 322 son puestos o postas de salud, 35 son centros de salud y 27 son centros de salud con camas de internamiento.⁴

En cuanto a la morbilidad, las principales causas relacionadas con las hospitalizaciones en Apurímac durante el 2018 fueron los embarazos terminados en aborto, la influenza y neumonía y las enfermedades del apéndice.⁵ Por otro lado, las principales causas de defunción en los hospitales estuvieron vinculadas a sepsis, enfermedades pulmonares, enfermedades relacionadas con el hígado y tumores malignos en el estómago.

Según la Defensoría del Pueblo (2020a), a finales de abril del 2020 la región contaba con 29 camas de unidad de cuidados intensivos (UCI) y 101 camas de hospitalización para pacientes con el covid-19, además de 9 camas para la observación de casos sospechosos de tener el virus. Asimismo, se disponía de 27 ventiladores mecánicos (9 del gobierno regional, 8 de EsSalud y 10 del hospital privado Diospi Suyana). La oferta de camas de UCI y de hospitalización administradas por el gobierno regional y EsSalud está concentrada en las ciudades de Abancay y Andahuaylas, y una parte importante, que corresponde al hospital privado, está ubicada en Curahuasi.

Apurímac: Establecimientos de salud por institución administradora, 2020



Fuente: Superintendencia Nacional de Salud (Susalud), Renipress.

Apurímac: Hospitales por administrador, ubicación y categoría, 2020

Institución	Nombre	Provincia	Distrito	Categoría
Gobierno regional	Hospital regional Guillermo Díaz de la Vega	Abancay	Abancay	II-2
	Hospital subregional de Andahuaylas	Andahuaylas	Andahuaylas	II-2
	Hospital de Chincheros	Chincheros	Chincheros	II-1
	Hospital de Tambobamba	Cotabambas	Tambobamba	II-1
EsSalud	Hospital I Santa Margarita	Andahuaylas	Andahuaylas	II-1
	Hospital del Seguro Social de Salud	Abancay	Abancay	II-2
Privado	Hospital Diospi Suyana	Abancay	Curahuasi	II-1
	Clinica peruana Los Andes	Andahuaylas	Andahuaylas	II-E

Fuente: Susalud, Renipress.

Apurímac: Principales causas de defunción en hospitales, 2018

N°	Causa	%
1	Sepsis	7.4
2	Otras enfermedades pulmonares intersticiales con fibrosis	5.0
3	Cirrosis hepática alcohólica	4.3
4	Otras cirrosis del hígado	3.9
5	Tumor maligno del estómago	3.5

Fuente: Susalud, Renipress.

4 *Puesto de salud* es el establecimiento de primer nivel de atención, que desarrolla actividades de atención integral de salud de baja complejidad, con énfasis en aspectos preventivos-promocionales. *Centro de salud* es la unidad de referencia a donde se derivan los pacientes de los puestos de salud, según la complejidad de su atención. *Hospital* es el establecimiento de salud destinado a la atención integral de las personas que requieren servicios ambulatorios o de hospitalización.

5 Ministerio de Salud, Reunis.

A fines de mayo, el hospital Diospi Suyana señaló que no recibiría a pacientes derivados de la red administrada por el gobierno regional debido al incumplimiento del convenio firmado el 24 de marzo para atender a los pacientes con el covid-19, lo que ocasionó la pérdida de 50 camas para la lucha contra esta enfermedad. De acuerdo con Susalud, al 29 de mayo Apurímac contaba con 17 camas disponibles y una cama ocupada, lo que sumaba un total de 18 camas de UCI con ventilador mecánico para la atención de pacientes con el covid-19.

3.2 Cusco

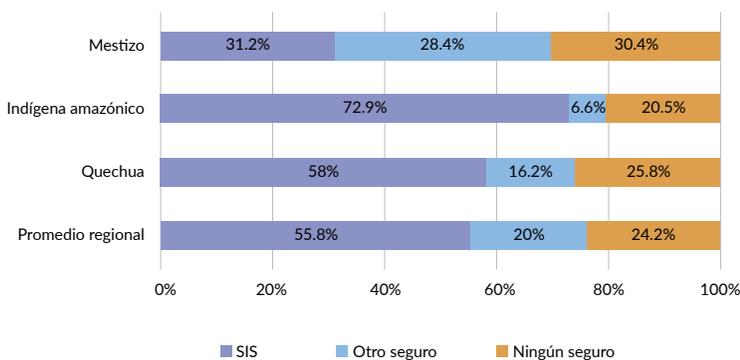
La población cusqueña censada el 2017 que cuenta solo con el SIS representa el 55.8% del total, mientras que el 20% tiene otro tipo de seguro y el 24% no cuenta con ninguno. En cinco provincias, el porcentaje de la población que tiene únicamente el SIS es mucho mayor que el promedio departamental, tal es el caso de Paruro (86.5%), Canas (86%), Paucartambo (85%), Acomayo (82.9%) y Chumbivilcas (81.4%). La mayoría de la población indígena amazónica de la región depende también del SIS y solo un pequeño porcentaje (6.6%) tiene acceso a otros seguros de salud, como EsSalud, seguros privados o seguros de las Fuerzas Armadas o de la Policía Nacional.

Apurímac: Camas para atender casos de covid-19, abril de 2020

Hospital	Camas de hospitalización	Camas de UCI	Camas de atención diferenciada
Abancay			
Hospital Guillermo Díaz de la Vega	9	2	1
Hospital del Seguro Social de Salud	30	6	5
Hospital privado Diospi Suyana	40	10	
Andahuaylas			
Hospital subregional de Andahuaylas	20	9	2
Hospital Santa Margarita	2	2	1
Total regional			
Total	101	29	9

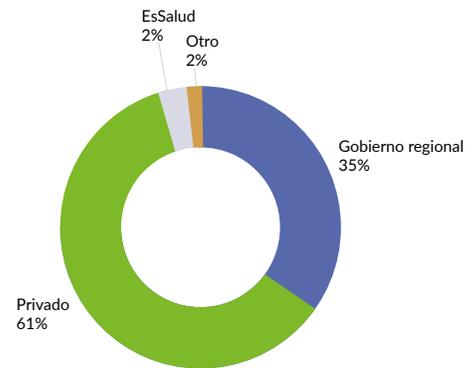
Fuente: Defensoría del Pueblo (2020a).

Cusco: Acceso a seguros de salud según pertenencia étnica, 2017



Fuente: INEI (2018).

Cusco: Establecimientos de salud por institución administradora, 2020



Fuente: Susalud, Renipress.

Según el Renipress, en la región de Cusco hay 1005 establecimientos de salud, de los cuales el 61% está en manos de privados, el 35% lo administra el gobierno regional, el 2% pertenece a EsSalud y el 2% restante está a cargo de otras instituciones como el Instituto Nacional Penitenciario (INPE) y el servicio de sanidad de las Fuerzas Armadas.

Del total de establecimientos de salud, solo 3 son hospitales que corresponden al tercer nivel de atención —2 los administra el gobierno regional y 1 EsSalud— y 18 al segundo nivel de atención —11 administrados por privados, en su mayoría clínicas especializadas, 6 por el gobierno regional y 1 por EsSalud—. De los 388 establecimientos de salud distribuidos en las trece provincias de la región y que están a cargo del Gobierno Regional de Cusco, 322 son puestos o postas de salud, 35 son centros de salud y 27 son centros de salud con camas de internamiento.



Las principales causas de morbilidad relacionadas con las hospitalizaciones que se registraron en Cusco en el 2018 fueron los embarazos terminados en aborto, la influenza y neumonía y los trastornos de la vesícula biliar, las vías biliares y del páncreas, así como las complicaciones del trabajo de parto.⁶ Por otro lado, las principales causas de defunción en los hospitales estuvieron vinculadas a neumonía, cirrosis del hígado, otras enfermedades pulmonares, neumonía bacteriana y sepsis.

De acuerdo con el reporte de la Defensoría del Pueblo (2020b), a fines de abril la región contaba con 12 camas de UCI y 65 camas para cuidados intermedios, moderados y leves de casos de covid-19, así como 17 camas para el aislamiento de casos sospechosos del nuevo virus. Se disponía también de 12 ventiladores mecánicos (8 del gobierno regional, 2 de EsSalud y 2 del Minsa). EsSalud y la Dirección Regional de Salud (Diresa) se han reunido para trabajar de manera coordinada los casos de covid-19 y se han acondicionado 10 camas con sus respectivos ventiladores mecánicos en el hospital Antonio Lorena.

De acuerdo con documentos internos del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC), la brecha estimada en la región es de 40 camas de UCI, 140 camas de hospitalización, 20 camas con ventiladores mecánicos y más de 400 recursos humanos que incluyen a médicos intensivistas. Como se aprecia en el anterior cuadro, toda la atención para casos de covid-19 de alto nivel de complejidad se concentra en el distrito de Cusco y solo se han priorizado algunas camas de aislamiento en otras provincias.

Cusco: Hospitales administrados por el gobierno regional y EsSalud, 2020

Institución	Nombre	Provincia	Distrito	Categoría
Gobierno regional	Hospital Antonio Lorena del Cusco	Cusco	Santiago	III-1
	Hospital de Santo Tomás	Chumbivilcas	Santo Tomás	II-1
	Hospital de Sicuani	Canchis	Sicuani	II-1
	Hospital Túpac Amaru	Cusco	San Sebastián	II-E
	Hospital de Espinar	Espinar	Espinar	II-1
	Hospital de apoyo departamental de Cusco	Cusco	Cusco	III-1
	Hospital San Juan de Kimbiri-Vraem	La Convención	Kimbiri	II-E
	Hospital de Quillabamba	La Convención	Santa Ana	II-1
EsSalud	Hospital de EsSalud de Sicuani	Canchis	Sicuani	II-1
	Hospital Adolfo Guevara Velasco	Cusco	Wanchaq	III-1

Fuente: Susalud, Renipress.

Cusco: Principales causas de defunción en hospitales, 2018

N°	Causa	%
1	Neumonía	8.6
2	Otras cirrosis del hígado	4.7
3	Otras enfermedades pulmonares intersticiales con fibrosis	4.0
4	Neumonía bacteriana	3.0
5	Sepsis	2.9

Fuente: Minsa, Reunis.

Cusco: Camas para atender casos de covid-19, abril de 2020

Provincia	Establecimientos de salud	Camas de UCI	Camas de cuidados intermedios	Camas de aislamiento
Cusco	Hospital Antonio Lorena de Cusco	10		
Cusco	Hospital Regional de Cusco	2	35	
Cusco	Hospital de EsSalud		10	
Cusco	Centro de salud de Accamana		20	
La Convención	Hospital de Santa Ana			3
Espinar	Hospital de Espinar			6
Chumbivilcas	Hospital de Chumbivilcas			5
Canchis	Hospital de Sicuani			3
	Total	12	65	17

Fuente: Defensoría del Pueblo (2020b).

De acuerdo con la Defensoría del Pueblo, al 25 de junio Cusco contaba con 15 camas de UCI para casos de covid-19, las cuales se encontraban distribuidas entre los hospitales Antonio Lorena, el regional y el Adolfo Guevara de EsSalud. Es decir, solo 3 camas más que las reportadas en el mes de abril.

⁶ Minsa, Reunis.

⁷ <https://andina.pe/agencia/noticia-defensoria-del-pueblo-gobierno-regional-debe-aumentar-camas-uci-cusco-803671.aspx>



4

© Héctor Boza

Epidemiología del covid-19 en Cusco y Apurímac

4.1 Indicadores epidemiológicos y evolución de los casos

Mientras que en los meses de marzo y abril la mayor morbilidad e incidencia del covid-19 estuvo en Lima y las regiones costeras y amazónicas del norte peruano, a inicios de mayo, el CDC-Minsa (2020) señaló un incremento importante de la positividad a nivel nacional y advirtió del riesgo de brotes en las regiones del centro y sur del Perú, debido principalmente a la presencia de las personas que retornaron a sus localidades de origen. Otro riesgo de contagio que se identificó fue la aparición de casos de covid-19 en algunas unidades mineras. Por ejemplo, en abril se detectaron 18 casos positivos de trabajadores de la empresa Hudbay en Cusco, que fueron trasladados a Arequipa para su tratamiento sin notificar a la red de salud.

Cusco reportó su primer caso de covid-19 el 13 de marzo, procedente de Estados Unidos, mientras que Apurímac lo hizo el 1° de abril, procedente de Lima. Al 30 de junio, fecha en la que se levantaron las medidas de cuarentena para la mayor parte del país, Apurímac era la región que menos casos presentaba a nivel nacional, mientras que Cusco se encontraba entre las nueve regiones con menos de dos mil casos positivos por covid-19.

Apurímac y Cusco: Indicadores epidemiológicos del covid-19 al 30 de junio de 2020

Ámbito	Pruebas tomadas	Casos positivos	Positividad	Casos por cien mil habitantes	Fallecidos	Letalidad	Muertes por cien mil habitantes
Ápurímac	19 362	557	3%	129	19	3.4%	4.4
Cusco	33 871	1 796	5%	132	19	1.1%	1.4
Lima y Callao	902 457	176 173	20%	1 498	5 114	2.9%	43.5
Total Perú	1 679 386	285 213	17%	874	9 677	3.4%	29.7

Fuente: Sala Situacional COVID-19 Perú.

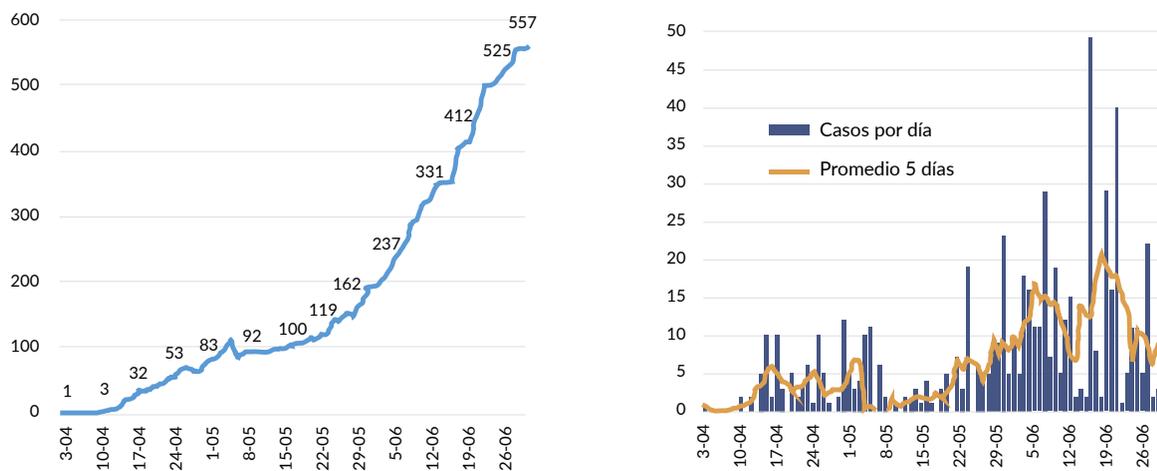


Los indicadores epidemiológicos al 30 de junio para ambas regiones reportan niveles de positividad de las pruebas aplicadas muy por debajo del promedio nacional, así como un número muy parecido de casos por cada cien mil habitantes, lo cual sugiere un desarrollo similar de la epidemia en Apurímac y Cusco. Sin embargo, a pesar de registrar un número igual de fallecidos, la letalidad en Apurímac iguala al promedio nacional, y el número de muertes por cien mil habitantes es tres veces mayor que la de Cusco. Esto puede explicarse por la diferente capacidad de los sistemas de salud de ambas regiones para atender casos graves por covid-19 y a las posibilidades de acceso oportuno de la población a estos sistemas.

a) Apurímac

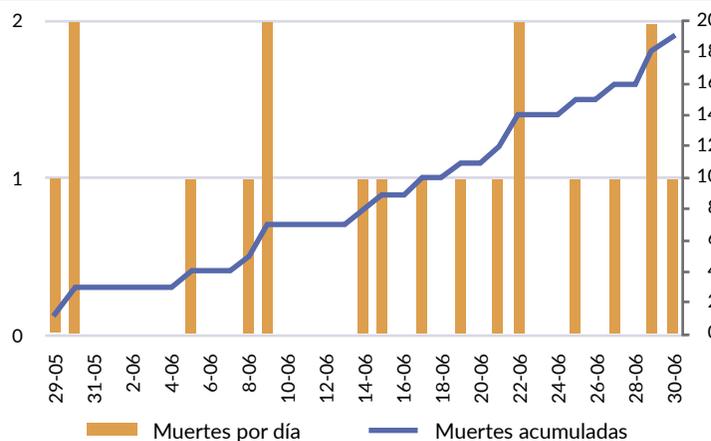
De acuerdo con los datos registrados por el Minsa, la evolución de los casos positivos por covid-19 en Apurímac tuvo un repunte importante desde finales del mes de mayo. Sin embargo, a pesar del incremento, al terminar el mes de junio se notó un descenso en el número de casos diarios. Será necesario observar esta evolución en los días posteriores al término de la cuarentena. De la misma manera, las muertes por covid-19 se incrementaron significativamente en junio. En las dos últimas semanas del mes se registró el 63% del total de los fallecidos que se tuvo entre mayo y junio del 2020.

Apurímac: Casos de covid-19 acumulados y diarios, abril-junio del 2020



Fuente: Sala Situacional COVID-19 Perú.

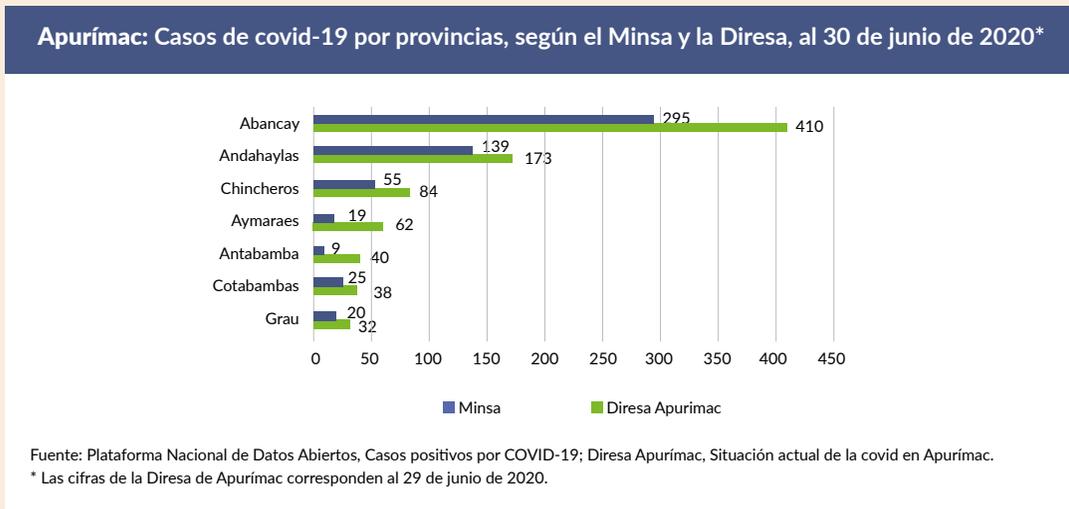
Apurímac: Personas fallecidas por covid-19, mayo-junio de 2020



Fuente: Sala Situacional COVID-19 Perú.

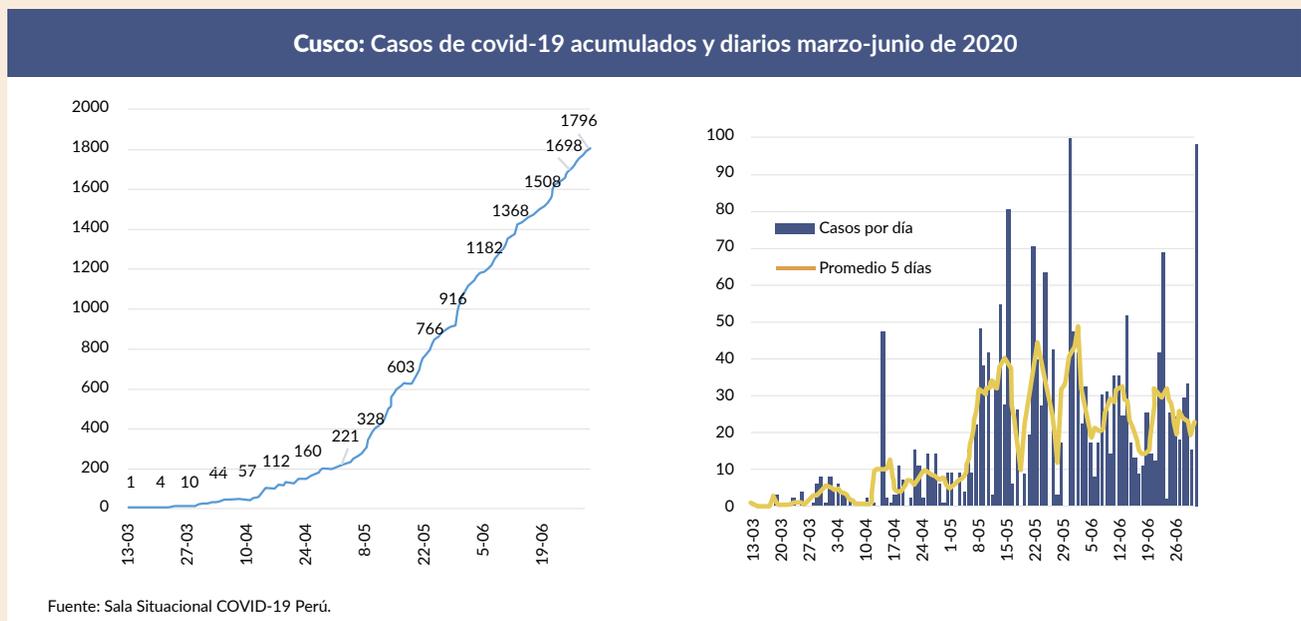
Al igual que en muchas regiones del país, los datos oficiales reportados por el Minsa no coinciden con los registrados por las direcciones regionales de salud. En Apurímac, la Dirección de Epidemiología de la Diresa señala para el 29 de junio un total de 844 casos, 287 casos más que los considerados por el Minsa, así como 12 fallecidos, 7 menos que el Minsa.

En cuanto a la concentración de los casos por provincia, tanto los datos del Minsa como los de la Diresa Apurímac coinciden en que las provincias con mayor concentración de población y de densidad urbana más alta de la región, Abancay y Andahuaylas, son las que tienen el número más alto de casos positivos por covid-19: en Abancay se reporta alrededor del 50% de los casos y en Andahuaylas alrededor del 20%. Los distritos más afectados en cada provincia son los de Abancay y Andahuaylas.



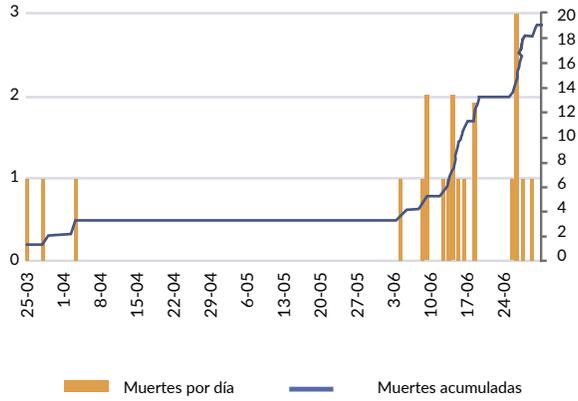
b) Cusco

De acuerdo con los datos reportados por el Minsa, la evolución de los casos positivos por covid-19 en Cusco inició un repunte importante desde finales del mes de abril y se registró un descenso en el número de casos diarios a partir de la primera semana de junio. Al igual que en Apurímac, las muertes por covid-19 en Cusco se incrementaron significativamente en junio, mes en el que se contabilizó el 79% del total de los fallecidos registrados entre marzo y junio del 2020.



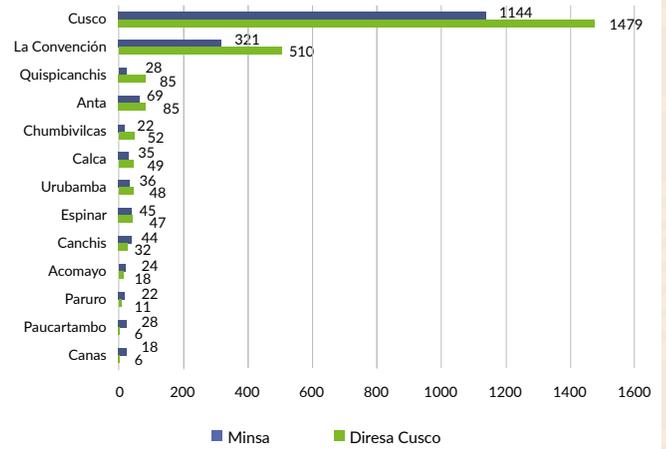


Cusco: Personas fallecidas por covid-19, marzo-junio de 2020



Fuente: Sala Situacional COVID-19 Perú.

Cusco: Casos de covid-19 por provincias, según el Minsa y la Diresa de Cusco, al 30 de junio*



Fuente: Plataforma Nacional de Datos Abiertos, Casos positivos por COVID-19; Diresa de Cusco, Sala de Situación COVID-19 Región Cusco.

* Las cifras de la Diresa de Cusco corresponden al 29 de junio de 2020.

En Cusco, los datos oficiales reportados por el Minsa tampoco coinciden con los que emite la Dirección de Epidemiología e Investigación de la Diresa de Cusco, la cual registra para el 29 de junio un total de 2428 casos, 632 casos más que los contados por el Minsa. En el caso de los fallecidos, la Diresa de Cusco indica 28 fallecidos al 29 de junio, 9 más que los señalados por el Minsa.

La mayor cantidad de los casos de la región, alrededor del 60% del total, se reportan en la provincia en Cusco, lo cual coincide con la concentración urbana de la región. Le sigue la provincia de La Convención, que reúne alrededor del 20% de los casos, de acuerdo tanto al Minsa como a la Diresa de Cusco. En la provincia de Cusco, los distritos con los números más altos de casos son Wanchaq, Cusco, San Sebastián y Santiago. En La Convención, el distrito más afectado es Santa Ana, cuya capital es la ciudad de Quillabamba, en donde se advierte un mayor riesgo debido a la presencia de la población nativa amazónica en condiciones de precariedad social (Gobierno Regional de Cusco, 2020c).

El rápido crecimiento del número de casos en ambas regiones durante el mes de junio debe alertar a las autoridades para que intensifiquen las acciones de prevención y contención del contagio, y debe servir para el despliegue de estrategias

de atención de casos sospechosos o confirmados. La disminución o el incremento de los casos en ambas regiones dependerá, en adelante, de las medidas de prevención que tomen las autoridades y la población en lo que se ha llamado la nueva normalidad.

4.2 Escenarios de atención frente al covid-19

En el análisis epidemiológico que presentó el CDC-Minsa el 5 de mayo, a partir de los indicadores existentes hasta ese momento, se establecieron cuatro escenarios de priorización, de acuerdo con la necesidad de fortalecimiento y apoyo a la respuesta ante la presencia del covid-19 (CDC-Minsa 2020). Estos fueron los siguientes:

Regiones según escenarios de priorización

Prioridad	Región
I	Lambayeque, Piura, Callao, Ucayali, Tumbes, Loreto, Ica, Áncash, Lima
II	La Libertad, Pasco, Arequipa, Junín, Huánuco, Amazonas
III	Tacna, Moquegua, Madre de Dios, Huancavelica, Cusco, Cajamarca
IV	San Martín, Puno, Ayacucho, Apurímac

Fuente: CDC-Minsa (2020).

Las regiones que se encontraban en la prioridad I requerían soporte y apoyo urgente a través de asistencia técnica, contratación de personal y reorganización de los servicios de salud, incluyendo equipamiento y la ampliación de la oferta hospitalaria, para reducir la elevada mortalidad y letalidad.

Las regiones ubicadas en las prioridades III y IV, como Cusco y Apurímac, respectivamente, necesitaban reforzar la vigilancia y el seguimiento clínico de casos detectados y garantizar la disponibilidad de equipos de respuesta rápida, de pruebas diagnósticas y de equipo de protección para el personal de salud. Con relación a la migración de retorno, se recomendó activar el seguimiento clínico en los albergues de cuarentena implementados por los gobiernos regionales y locales.

De acuerdo con el documento técnico del Ministerio de Salud aprobado en mayo, los casos leves captados por el primer nivel de atención debían seguir el aislamiento domiciliario y ser monitoreados por el personal de estos establecimientos (Minsa, 2020a). Los pacientes con casos moderados debían ser referidos a los hospitales designados. El documento técnico del Ministerio de Salud aprobado el 9 de junio estableció los procedimientos para el manejo ambulatorio de casos en el primer nivel de atención, que contara con médico, y en los centros de aislamiento temporal y seguimiento, así como a través de los equipos de respuesta rápida, con la finalidad de incrementar y reforzar la atención temprana de casos leves y desconcentrar la atención en los hospitales (segundo nivel de atención) (Minsa, 2020b).

Entre las principales dificultades para aplicar las medidas recomendadas estuvieron la insuficiente cantidad de pruebas existentes en ambas regiones para establecer diagnósticos de manera efectiva, así como el retraso de los gobiernos locales y regionales y del nacional para ejecutar el presupuesto destinado a afrontar la pandemia. Algunos factores críticos para atender los casos de covid-19 en ambas regiones son el número insuficiente de camas y de equipos para el internamiento, la ausencia de personal especializado, la falta de pruebas y de laboratorios de procesamiento y la carencia de equipos de protección para el personal sanitario.

En cuanto a la disponibilidad de pruebas diagnósticas, de acuerdo con los datos reportados por las respectivas direcciones regionales de salud al 29 de junio, el diagnóstico de casos positivos se ha realizado casi en su totalidad por medio de pruebas rápidas: el 98% del total aplicado en Apurímac y el 96% del total aplicado en Cusco corresponden a este tipo. Sin embargo, la existencia de un laboratorio que procesa pruebas moleculares en Cusco ha permitido que el 14% de los casos detectados en esta región se confirmen a través de esta modalidad, a diferencia de Apurímac, en donde solo el 1.7% de los casos se diagnosticó mediante una prueba molecular.⁸

Al respecto, los reportes regionales elaborados por la Defensoría del Pueblo señalaban que, al 25 de abril, en Apurímac se contaba con 1150 pruebas rápidas (Diresa disponía de 1100 y EsSalud de 50) y ninguna molecular, mientras que en Cusco se disponía de 225 pruebas rápidas y de 350 moleculares. En provincias como Chumbivilcas, la primera semana de mayo se contaba solo con 5 pruebas moleculares y 50 pruebas rápidas. Esta situación cambió en los meses siguientes, cuando el Estado entregó pruebas y se recibieron donaciones del sector privado (empresas mineras y otras), lo que aumentó la cantidad de pruebas disponibles y contribuyó también al incremento de casos detectados.

Apurímac y Cusco: Pruebas diagnósticas aplicadas hasta el 29 de junio de 2020

Región	Pruebas aplicadas		
	Rápidas	Moleculares	Total
Apurímac	16 817	328	17 145
Cusco	43 672	1 794	45 466

Fuente: Diresa de Apurímac y Diresa del Cusco.

A nivel provincial se han priorizado establecimientos de salud para atender los casos de covid-19. Por ejemplo, en Chumbivilcas (Cusco) se ha asignado al hospital de Santo Tomás para los casos positivos moderados y se ha habilitado el puesto de salud de Condepampa para las atenciones leves. Los pacientes graves deben recorrer siete horas, desde Santo Tomás hasta la ciudad del Cusco, para atenderse.

⁸ A nivel nacional, el 75% de los casos positivos se han detectado a través de pruebas rápidas y el 25% de pruebas moleculares.



Reunión de coordinación en Tambobamba
© Alejandro Enriquez

Los distritos demandan una mayor disponibilidad de pruebas rápidas y de equipos de protección personal para los trabajadores de salud, así como equipos y medios necesarios para trasladar a los pacientes moderados y graves hacia los hospitales asignados. La falta de ambulancias es una constante en todos los puestos y centros de salud de ambas regiones.

A la dificultad de acceso en las zonas rurales de ambas regiones se suma la precariedad de los establecimientos de salud. El distrito de Oropesa (en Antabamba, Apurímac) cuenta con cinco, uno de estos se ubica en la capital distrital —tiene, por tanto, una cierta capacidad de atención en lo que se refiere a personal y equipamiento—, y hay cuatro puestos de salud en las comunidades de Huacullo, que pertenece a la Red de Salud de Antabamba, y en las de Soncocochoa, Killcata y Yumire, que pertenecen a la Red de Salud de Grau, debido a la facilidad del acceso geográfico a esta provincia. De estos últimos, dos cuentan con un personal técnico cada uno y los otros dos disponen de dos técnicos cada uno. Debido a la lejanía, los técnicos no permanecen mucho tiempo en los centros de salud y se registra una alta rotación.

Por otro lado, la dimensión que alcanzó el retorno de la población migrante desde ciudades como Arequipa, Cusco, Abancay o Lima a sus localidades de origen con motivo de la pandemia obligó a establecer medidas que permitieran atender sus necesidades y, al mismo tiempo, evitar el riesgo de contagio. El nivel nacional asignó presupuestos y la Presidencia del Consejo de Ministros (PCM) estableció lineamientos para la acción y la coordinación con los gobiernos regionales. Estos contemplaban la instalación de albergues o centros de acogida para que se pudiera cumplir

la cuarentena de 14 días antes de que los retornantes regresaran a sus localidades de origen y a sus hogares, en los cuales se debían observar las normas sanitarias para la prevención del contagio de covid-19 (PCM, 2020).

La cantidad de personas que retornaron a sus localidades sobrepasó el cálculo inicial y rebasó la capacidad de respuesta de los gobiernos regionales. De acuerdo con las cifras oficiales, 167 000 peruanos buscaban retornar a sus regiones y localidades de origen a fines de abril. Según la información reportada por los gobiernos regionales en la misma fecha, 16 670 personas se habían inscrito para retornar a Cusco y 13 400 personas para retornar a Apurímac (Ojo Público, 2020). Junto con Piura, La Libertad y Lambayeque, ambas regiones presentaron la mayor cantidad de solicitudes de retorno en todo el país. Por ejemplo, en Apurímac, el gobierno regional señaló que solo contaba con soporte hotelero para acoger a 1200 personas, menos del 10% de la cantidad requerida para recibir a las personas inscritas. Para ello, tanto en Cusco como en Apurímac se buscó habilitar colegios y estadios, sin que se llegase a cubrir la demanda existente.

Es un hecho que provincias y distritos de ambas regiones han recibido una gran cantidad de migrantes de retorno que no figuran en las listas oficiales, muchos de ellos han realizado el viaje en condiciones precarias por la falta de recursos y medios para el traslado durante la cuarentena. Como se verá más adelante, la atención de esta situación estuvo principalmente en manos de los gobiernos locales y las comunidades, las cuales, de manera conjunta, se organizaron para recibir a los llamados retornantes y reducir, así, el riesgo de contagio en sus localidades.



© Héctor Boza

Respuestas frente a la epidemia a nivel regional y local

5.1 Instrumentos de gestión frente al covid-19

a) Planes regionales de reforzamiento de los servicios de salud y contención del covid-19

Mediante la Resolución Ministerial 095-2020-MINSA emitida el 18 de marzo 2020,⁹ el Minsa dispuso que los gobiernos regionales debían aprobar un plan regional de reforzamiento de los servicios de salud y contención del covid-19, con el objetivo de establecer con rapidez los procedimientos para afianzar los servicios de salud, contener la enfermedad y fortalecer la efectiva participación ciudadana. Los planes debían ser elaborados por las Diresa y cumplir con un estándar de información y contenido general, que se especificaban en la resolución.

Al respecto, la supervisión que realizó la Defensoría del Pueblo incluyó la revisión de los planes y encontró algunas faltas y vacíos en varios de estos. En el caso del plan de Cusco observó la falta de precisión de la información sobre los recursos disponibles para el tratamiento de casos de covid-19 (camas de UCI, ambulancias, ventiladores, etcétera) en todos los sistemas de salud de la región (Minsa, EsSalud y privados), así como la necesidad de especificar las acciones para los diversos grupos vulnerables o que requirieran una atención específica (pueblos indígenas, adultos mayores, personas en extrema pobreza, personas en la calle, población penitenciaria y turistas) (Defensoría del Pueblo, 2020b). Las observaciones para el Gobierno Regional de Apurímac no se hicieron públicas; no obstante, sí se dieron recomendaciones sobre la necesidad de proveer con recursos a entidades como el penal de Abancay, las aldeas infantiles y los asilos (Defensoría del Pueblo, 2020a).

⁹ Recuperado de <https://www.gob.pe/institucion/pcm/noticias/109780-comunicado-a-los-gobiernos-regionales-y-locales-frente-a-la-emergencia-del-coronavirus-en-el-peru>



b) Plan regional de contingencia y respuesta frente al potencial riesgo de transmisión del covid-19

Mediante el comunicado dirigido a los gobiernos regionales y locales frente a la emergencia del coronavirus en el Perú, publicado el 21 de marzo de 2020, la PCM dispuso que los gobiernos regionales debían elaborar un plan regional de respuesta ante la emergencia que incluyera la organización, la atención y el fortalecimiento de los servicios de salud, el paquete de servicios priorizados para las personas adultas mayores con alto riesgo y personas con discapacidad severa. Asimismo, disponía la realización de las adecuaciones presupuestales para el pago de los bonos al personal de salud, la organización de los servicios de agua y saneamiento, limpieza pública y disposición de residuos sólidos, así como de seguridad ciudadana, según

correspondiese a cada realidad local, en coordinación con las entidades competentes.

Aunque se debía procurar que estos planes fueran producto de un proceso de concertación regional amplio, apartir del cual se conformaran los comités multisectoriales de preparación y respuesta inicial ante el covid-19, esto no sucedió. En el plan de Apurímac se especifica que este fue elaborado por la Dirección de Epidemiología de su Diresa, en tanto que en el de Cusco se señala que participaron tanto representantes de la Diresa como de las redes y hospitales. De otro lado, los planes son bastante puntuales en sus acciones —particularmente el de Apurímac— y se deja de lado una mención a lo que sería la prevención dirigida a grupos vulnerables específicos en cada región.

Instrumentos de gestión frente al covid-19

Planes regionales de reforzamiento de servicios de salud y contención del covid-19

APURÍMAC

Resolución Directoral 91-2020-DG-DIRESA-AP, aprobada el 27/03/2020

CUSCO

Resolución Ejecutiva Regional 177-2020-GR, aprobada el 20/03/2020

Planes regionales de contingencia y respuesta frente al potencial riesgo de transmisión del covid-19

APURÍMAC

Decreto Regional 002-2020-GR, aprobado el 18/03/2020

CUSCO

Resolución Ejecutiva Regional 143-2020-GR, aprobada el 2/03/2020

Fuente: Elaboración propia.

Los planes de las dos regiones establecieron disposiciones generales que no aterrizaron en acciones concretas ni explicitaron los medios que se utilizarían para garantizarlas. No se definieron escenarios de riesgo particulares según grupos poblacionales y provincias de la región, ni se presentó un diagnóstico o una proyección del

comportamiento de la epidemia en el territorio de cada una, que permitiera calcular adecuadamente las necesidades del sector. Ninguno de los planes especifica el presupuesto de las actividades o de las acciones planificadas, por lo cual es imposible evaluar si los recursos destinados serán suficientes.

5.2 Espacios de coordinación multisectorial y trabajo técnico

El establecimiento de mecanismos y espacios de coordinación multisectorial entre distintos sectores competentes y las instancias de participación ciudadana han permitido la constitución de una instancia que articule las medidas para la respuesta ante el avance del covid-19 en cada región, tanto en el nivel local como regional. Entre estos, destacan los comités multisectoriales, los comandos covid y los comités o mesas técnicas.

a) Comités multisectoriales

De acuerdo con la experiencia internacional y con las recomendaciones hechas por el Gobierno nacional, los comités debían ser multidisciplinarios y multisectoriales, compuestos por un equipo permanente cuyas responsabilidades podrían variar en función de la presencia del virus en cada territorio.

Con este marco, en ambas regiones los comités se conformaron con representantes de las distintas entidades con competencias en el tema (de la Diresa, Policía Nacional, Ministerio de Justicia, Fiscalía, Ministerio del Ambiente, Ministerio de Inclusión y Desarrollo Social (Midis), colegios profesionales y de la sociedad civil organizada, entre otras). En los dos casos los preside el gobernador regional. Según lo dispuso cada gobierno regional, los comités se han replicado a nivel provincial y distrital, y sus miembros han definido los planes de intervención. En el caso de Apurímac y Cusco se constata una coordinación cercana entre los comités provinciales y distritales, en los que participan también actores de la sociedad civil para la toma de decisiones, así como representantes de los frentes de defensa y presidentes barriales.

b) Comandos covid

Los comandos covid se definen como instancias de carácter funcional, multiinstitucional y de monitoreo social de las acciones que se desarrollan para proponer e impulsar mejoras y ajustes a las mismas.

Los integran los directores de los principales establecimientos de salud del nivel regional y los presiden los directores de las Diresa. Al igual que los comités, los comandos covid se han replicado en las provincias y distritos, lugares en donde han desarrollado una importante labor para que se cumplan las medidas de prevención y vigilancia de casos sospechosos de covid-19, en coordinación con las autoridades de salud y la Policía Nacional.

c) Comités y mesas técnicas

Son espacios de trabajo técnico conformados por los responsables de las distintas áreas temáticas de las Diresa y las redes de salud a fin de coordinar y conducir actividades de contingencia ante la presencia de casos, evaluar los resultados e informar a la opinión pública, entre otras tareas.

Así, por ejemplo, en la Red de Salud de Chumbivilcas existe una mesa técnica conformada por los encargados de los programas presupuestales de salud, que son responsables de cumplir con lo señalado. En los ámbitos provinciales y regionales, los comités son más amplios e incluyen a representantes de los colegios profesionales y especialistas destacados, entre otros.



5.3 Asignación presupuestal para las acciones frente al covid-19

El presupuesto asignado por el Gobierno nacional a los gobiernos regionales y locales para atender el avance del covid-19 y su ejecución son aspectos claves para entender las respuestas implementadas. Existen distintos niveles de responsabilidad en los presupuestos asignados tanto a gobiernos locales como a gobiernos regionales en el contexto de la emergencia.

a) Gobiernos regionales

Los gobiernos regionales son los responsables de ejecutar el presupuesto destinado al reforzamiento de la respuesta sanitaria a partir del fortalecimiento de los sistemas de salud (infraestructura, equipamiento, abastecimiento de insumos y medicamentos, ambulancias, contratación de personal, entre otros), en función de lo considerado en sus respectivos planes de reforzamiento de los servicios de salud.

El presupuesto asignado a los gobiernos regionales de Apurímac y Cusco desde el inicio del estado de emergencia hasta fines de junio se ha incrementado significativamente, de acuerdo con el avance de la pandemia y las medidas dictadas por el Gobierno para contenerla y atenderla. Como se puede observar en el siguiente cuadro, el presupuesto entregado a ambas regiones durante el primer mes de la emergencia, entre marzo y abril, representó un poco más de la décima parte del total del presupuesto que se entregó a cada una hacia fines de junio.

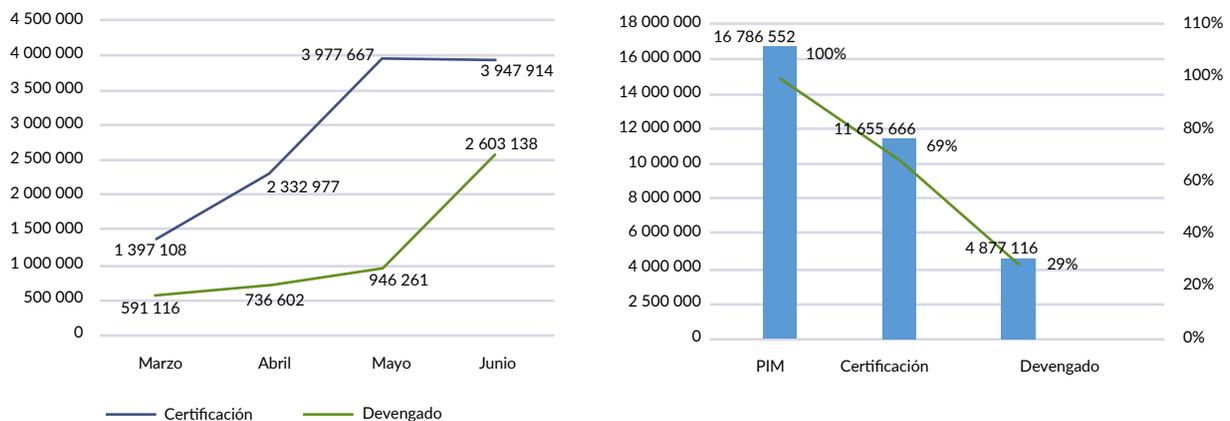
Presupuesto para el covid-19 asignado a los gobiernos regionales de Apurímac y Cusco hasta el 30 de junio de 2020 (Soles)

Región	DU 025-2020	DU 026-2020	DU 039-2020	Total al 16/04/2020	Modificaciones hasta el 30/06/2020	Presupuesto institucional modificado (PIM)
	11/03/2020	15/03/2020	16/04/2020			
Apurímac	271 520	1 175 845	454 059	1 901 424	14 885 128	16 786 552
Cusco	1 531 714	1 375 673	1 610 716	4 518 103	29 769 134	34 287 237

Fuente: Sala Situacional COVID-19 Perú.

A partir de la información proporcionada por el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) en la plataforma “Recursos para el covid-19” se observa la evolución de la ejecución del gasto asignado a los gobiernos regionales de Apurímac y Cusco desde el inicio del estado de emergencia hasta el 30 de junio.

Gobierno Regional de Apurímac: ejecución presupuestal de los recursos para el covid-19, al 30 de junio de 2020 (Soles)



Fuente: MEF, Portal Transparencia Económica, Recursos para el covid-19.

En el caso del Gobierno Regional de Apurímac, la certificación del gasto —la reserva del crédito presupuestario para la realización del gasto— se incrementó significativamente entre los meses de marzo y junio. Al 30 de junio se certificó el 69% (11 655 66 soles) del presupuesto institucional modificado (PIM), el cual alcanzó en esa fecha los 16 786 552 soles. Sin embargo, el devengado —el registro de la obligación de pago como parte de los compromisos contraídos, que indica la ejecución del gasto— no tuvo el mismo ritmo de avance. Solo a partir de mayo, este registró un incremento importante y a fines de junio alcanzó una ejecución del 29% (4 877 116 soles) del PIM asignado.

Gobierno Regional de Cusco: ejecución presupuestal de los recursos para el covid-19, al 30 de junio de 2020 (Soles)



Fuente: MEF, Portal Transparencia Económica, recursos para el covid-19.

En el caso del Gobierno Regional de Cusco, la certificación del gasto se mantuvo constante entre los meses de abril y junio. Al 30 de junio certificó el 54% (18 500 366 soles) del PIM, el cual alcanzó los 34 278 237 soles en la misma fecha. El comportamiento del gasto devengado varió significativamente mes a mes y registró una muy baja ejecución en marzo y mayo, y picos de alta ejecución en abril y junio. A pesar de ello, a fines del mes de junio solo logró ejecutar el 34% (11 706 047 soles) del PIM asignado.

Los problemas para la ejecución presupuestal a nivel regional deben analizarse en detalle para determinar las trabas existentes en un contexto en el que el gasto oportuno es urgente, pues repercute directamente en la salud y la seguridad de las personas.

b) Gobiernos locales

Los gobiernos locales son los responsables de la organización y continuidad de los servicios de agua, saneamiento, limpieza pública, disposición de residuos sólidos, seguridad ciudadana y abastecimiento de alimentos. Asimismo, de la compra y entrega de víveres de primera necesidad y otras acciones en el marco de la emergencia dirigidas a los hogares más vulnerables de sus localidades. En esa línea, mediante lo dispuesto por el Decreto de Urgencia 033-2020, publicado el 27 de marzo, los gobiernos locales del país recibieron 213 650 000 soles para adquirir y distribuir productos de primera necesidad (canastas de víveres). Se les transfirió también el financiamiento para el gasto operativo esencial de los gobiernos locales por un poco más de 311 millones de soles, a fin de reducir los efectos de las medidas vinculadas a la emergencia sobre su situación fiscal, lo cual se oficializó mediante el Decreto de Urgencia 047-2020, publicado el 27 de abril. Una tercera transferencia por 17 291 848 soles se aprobó mediante el Decreto de Urgencia 057-2020, el 28 de mayo, destinada a financiar la adquisición de juegos de limpieza, desinfección y seguridad para comedores en el marco del Programa de Complementación Alimentaria.

Como se puede observar en los cuadros siguientes, el porcentaje de ejecución presupuestal de los gobiernos locales de Apurímac y Cusco hasta la primera quincena de junio es bastante mayor que la del nivel regional. Los gobiernos locales de las



provincias en donde se ubica la capital departamental presentan una menor ejecución de los recursos para el covid-19, a pesar de ser, a su vez, aquellos que concentran la mayor cantidad de los casos en su respectiva región.

Apurímac: Ejecución presupuestal de los recursos para el covid-19 de los gobiernos locales según provincias, al 15 de junio de 2020
(Soles)

Provincia	PIM	Certificación	Devengado	Avance (%)
Abancay	1 699 088	1 004 755	909 544	53.5
Andahuaylas	3 270 980	2 584 682	2 493 620	76.2
Antabamba	560 074	398 709	394 767	70.5
Aymaraes	1 226 116	971 391	967 117	78.9
Cotabambas	1 354 579	1 242 220	1 147 351	84.7
Chincheros	1 377 583	1 137 330	1 021 506	74.2
Grau	1 225 634	1 056 204	1 041 424	85.0

Fuente: MEF, Portal de Transparencia Económica, Recursos para el covid-19.

En la provincia de Abancay, la Municipalidad Provincial de Abancay y la Municipalidad Distrital de Curahuasi muestran la mejor ejecución presupuestal de los recursos para el covid-19, con el 25.6% y el 62.4%, respectivamente. En la provincia de Cusco resaltan la Municipalidad Provincial de Cusco (con el 44.8%) y las municipalidades distritales de San Jerónimo (54.8%), de Santiago (51.7%) y de Wanchaq (29.3%). En la provincia de Chumbivilcas sobresalen la Municipalidad Provincial de Chumbivilcas-Santo Tomás (34.9%) y la Municipalidad Distrital de Chamaca (33.1%).

Cusco: Ejecución presupuestal de los recursos para el covid-19 de los gobiernos locales según provincias, al 15 de junio de 2020
(Soles)

Provincia	PIM	Certificación	Devengado	Avance (%)
Cusco	2 933 181	1 916 935	1 519 442	51.8
Acomayo	713 797	702 202	641 714	89.9
Anta	1 127 790	1 036 608	930 605	82.5
Calca	1 598 968	1 483 853	1 144 705	71.6
Canas	929 063	856 411	774 919	83.4
Canchis	1 488 082	1 330 752	1 235 862	83.1
Chumbivilcas	1 773 210	1 438 258	1 164 950	65.7
Espinar	1 167 979	945 239	858 852	73.5
La Convención	4 675 288	3 772 115	2 441 085	52.2
Paruro	761 680	720 827	720 827	94.6
Paucartambo	1 235 115	1 087 166	1 080 394	87.5
Quispicanchi	1 916 590	1 805 345	1 615 101	84.3
Urubamba	1 013 413	965 794	927 229	91.5

Fuente: MEF, Portal de Transparencia Económica, Recursos para el covid-19.

En cuanto a la ejecución presupuestal para la entrega de canastas familiares y otros gastos en el ámbito local se identificaron las siguientes dificultades:

- (i) Tiempos excesivamente largos para elaborar la justificación de los requerimientos del gasto presupuestal.
- (ii) Necesidad de realizar ajustes presupuestales previos.
- (iii) Las dificultades producidas por la inmovilización social obligatoria retrasaron la elaboración de los requerimientos y la obtención de las firmas necesarias.
- (iv) Lejanía de los proveedores comerciales e inaccesibilidad de algunas localidades.
- (v) Sobrecostos de algunos productos y de los implementos de seguridad.
- (vi) Insuficientes recursos asignados para cubrir la demanda existente.

Ante las demoras en la ejecución del gasto asignado para atender la emergencia por el covid-19, especialmente de los gobiernos regionales, cabe preguntarse sobre las capacidades instaladas en las regiones para hacer frente a una emergencia como la actual, en términos de la institucionalidad y la capacidad ejecutiva que se requieren en un contexto en el que las autoridades tienen temor y reparo ante los procesos de fiscalización —los cuales son absolutamente necesarios— y en el que abundan los casos de malversación y corrupción.

5.4 Movilización y organización local para la atención de la emergencia por el covid-19

a) Las rondas campesinas y su rol en el control de la inmovilización social

Las rondas campesinas son una institución de vigilancia y justicia comunitaria que existían con anterioridad a la emergencia actual y gozan desde hace varios años de reconocimiento oficial del Estado. Las rondas cumplieron un rol importante en episodios sustantivos de nuestra historia, como el conflicto armado interno, y han tenido una notoria participación en las dinámicas comunales, como el control del orden interno y la regulación de la vida social. Con la epidemia del covid-19, las rondas han adquirido nuevamente un protagonismo especial y realizan una labor de vigilancia y control con la intención de proteger a sus familias y territorios de la amenaza que representa el nuevo virus. En ese sentido, trabajan de la mano de las autoridades locales, del personal de las Fuerzas Armadas, la Policía Nacional y de Salud; asimismo realizan acciones de vigilancia para hacer cumplir las disposiciones dictadas por el Estado en el contexto de la emergencia.

Un ejemplo es la conformación de barreras de control en cada comunidad, en coordinación con las autoridades comunales y dirigentes barriales, en el marco de los comandos covid-19 conformados en los distritos, de los cuales forman parte. Las mujeres también tienen un rol importante en las rondas: en Tambobamba (en Cotabambas, Apurímac) y en Quiñota (en Chumbivilcas, Cusco) son las responsables de la vigilancia en el horario diurno.

Dada la intensidad de sus actividades y los riesgos a los que se ven expuestos, muchos ronderos exigen más respaldo de las autoridades para el control de los migrantes de retorno, así como una remuneración o reconocimiento por la labor que realizan. Ellos han recibido el respaldo de la mayoría de las autoridades municipales, aunque en algunos lugares el pedido de la retribución económica como compensación por las horas de trabajo ha generado malestar en parte de la población.



b) La organización para el aislamiento y el confinamiento de los retornantes

El aislamiento comunal es otra expresión de la estrategia de movilización y organización local o microterritorial para defenderse de la propagación del virus. El aislamiento territorial ha sido una estrategia protectora utilizada históricamente por diversos pueblos indígenas y campesinos de los Andes y la Amazonía frente a situaciones críticas, como la amenaza de epidemias y agentes violentos. Antes de que cualquier documento técnico o norma lo advirtiese, las poblaciones de las zonas rurales de nuestro país comprendieron que el aislamiento, desde el punto de vista domiciliario o individual, no tenía sentido en sus territorios y que esta medida debía aplicarse colectivamente y abarcar a sus comunidades y, de ser posible, a los distritos.

Las respuestas de las comunidades y distritos de Apurímac y Cusco ante el ingreso de personas y, especialmente, de los retornantes han sido variadas, en función de las posibilidades de ejercer control sobre los territorios y de las capacidades logísticas existentes. El cumplimiento de los acuerdos ha funcionado mejor en las comunidades o distritos pequeños, en donde es más sencillo resguardar los puntos de entrada y salida, y restringir la circulación de las personas. En este contexto, los ronderos han sido actores clave al ejercer el control en los principales accesos, en coordinación con sus autoridades.

El aislamiento estricto se ha cumplido bajo algunas circunstancias particulares, sobre todo antes de que se presentase el fenómeno del retorno de personas. Así, en Quiñota, por ejemplo, se acordó realizar una semana de aislamiento comunal estricto al difundirse la noticia de que un joven —que después fue diagnosticado con covid-19— había transitado previamente por el distrito.

Sin embargo, el retorno masivo de migrantes retó y, muchas veces, superó las capacidades de las autoridades y de la población organizada para controlar la entrada y salida de las personas, y para mantener el aislamiento. En algunos lugares, como Tambobamba y Totorá Oropesa, se condicionó el ingreso de los retornantes al cumplimiento de la cuarentena en Abancay o Andahuaylas. En otros lugares, como Quiñota, debido a su cercanía de la capital provincial, los llamados caminantes arribaron sin haber hecho el aislamiento previo. Ante esa situación, se acordó que cada familia debía habilitar un espacio en sus respectivas viviendas para recibir a los parientes que pudiesen llegar y que se harían responsables de que se observara la cuarentena. En lugares más poblados, como Santo Tomás, capital de la provincia de Chumbivilcas, el ingreso de los migrantes fue masivo por momentos, lo que dificultó el cumplimiento de los acuerdos vinculados al aislamiento y rebasó la capacidad de los locales destinados para este fin.

c) Procesos informativos y de sensibilización sobre el covid-19

Los comandos covid-19 locales, con la participación de actores sociales importantes, como los frentes de defensa, dirigentes comunales y asociaciones de mujeres, han desarrollado estrategias informativas a través de perifoneos, programas radiales o reuniones.

En el distrito de Tambobamba (Cotabambas) realizaron reuniones para coordinar las acciones ante la epidemia y para sensibilizar e informar sobre el tema a la población, respetando estrictamente las medidas de distanciamiento social. Sin embargo, a inicios de mayo, líderes de las comunidades de Juntaya, Killkata, Sonccococha, Yumiri Hucullo y Ancco del distrito de Totorá Oropesa (Antabamba) manifestaron la necesidad de contar con información más completa sobre el covid-19 y de propuestas para la convivencia en casa, ya que esta era aún insuficiente y parcial.

En el distrito de Quiñota (Chumbivilcas), la Asociación Tomasa Tito Condemayta participa de manera permanente en la producción y transmisión de un programa radial hecho por mujeres y dirigido a ellas, con el objetivo de sensibilizarlas sobre la importancia del cumplimiento de las medidas dictadas. Vale señalar que en esta zona ya se desarrollaban estrategias de empoderamiento de las mujeres a partir de la intervención de algunas organizaciones no gubernamentales. La experiencia ganada se aprovechó para la actual circunstancia y facilitó la participación de las mujeres en los radios locales.

En ese sentido resulta importante identificar necesidades específicas de información, ya que, en lugares con menos conectividad y escaso acceso a señales de radio, televisión, telefonía celular e internet, como las zonas rurales de las regiones de Cusco y Apurímac, las estrategias de información y comunicación desplegadas pueden llegar de manera inadecuada o pueden perder la oportunidad. Además, estos lugares cuentan con menos personal de salud, lo que afecta también las acciones de prevención. Como se sabe, la participación de la población organizada y debidamente informada es la clave para contener el avance del virus.

Asimismo, es importante que los comités multisectoriales velen por que el contenido difundido por los distintos medios locales se corresponda con la información oficial o provenga de fuentes fidedignas para evitar lo que ocurre en otras regiones, en donde se transmiten diferentes mensajes sobre la etiología, el contagio y los recursos terapéuticos utilizados para la prevención y el tratamiento que no tienen un adecuado sustento científico y técnico, y pueden causar daño a la salud de la población.

5.5 Medidas de soporte a familias vulnerables

Las medidas de soporte a familias y sectores vulnerables aplicadas por el Gobierno entre marzo y junio consistieron en la entrega de bonos de 760 soles a los hogares a través del Midis y del Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, así como en el reparto de canastas de víveres a cargo de los gobiernos locales con recursos transferidos por el MEF para este fin.

Han sido cuatro tipos de bonos, cada uno de los cuales se asignó con diferentes criterios. En Apurímac alcanzaron al 81,8% de los hogares (102 195 de un total de 126 048 hogares) y en Cusco al 71,7% de los hogares (254 138 de un total de 354 869 hogares). Como se puede observar en los siguientes cuadros, hasta el 15 de junio los bonos no se habían cobrado totalmente.

Apurímac: Familias beneficiarias de los bonos y porcentaje de familias que los cobraron hasta el 15 de junio de 2020

Bono	Hogares de la región beneficiados con los bonos	Proporción del total de hogares de la región	Porcentaje de familias que cobraron
	N°	%	%
Bono Yo me quedo en casa	44 873	35.6%	90.74%
Bono Independiente	5 167	4.1%	88.35%*
Bono Rural	31 251	24.8%	35.59%
Bono Familiar Universal	20 940	16.6%	47.59%

Fuente: Plataforma digital única del Estado peruano, Reporte nacional de entrega de bonos.

* Al 20 de junio de 2020.

Cusco: Familias beneficiarias de los bonos y porcentaje de familias que los cobraron hasta el 15 de junio de 2020

Bono	Hogares de la región beneficiados con los bonos	Proporción del total de hogares de la región	Porcentaje de familias que cobraron
	N°	%	%
Bono Yo me quedo en casa	92 116	26.0%	90.36%
Bono Independiente	24 323	6.9%	90.7%*
Bono Rural	90 990	25.6%	54.12%
Bono Familiar Universal	46 709	13.2%	70.22%

Fuente: Plataforma digital única del Estado peruano, Reporte nacional de entrega de bonos.

* Al 20 de junio de 2020.



El descontento de la población frente al Gobierno por la entrega de los bonos se debe no solamente a la demora en poner en marcha el proceso y en la entrega efectiva, sino también por la inadecuada focalización. Ambos factores han puesto en evidencia las deficiencias en los mecanismos y estrategias de focalización existentes, problema que no es reciente ni producto de la emergencia. En el ámbito local se considera que los trabajadores responsables de hacer los empadronamientos de las familias vulnerables no llegan hasta los lugares alejados, lo que deja sin identificar a un grupo importante de la población.

El primer bono “Yo me quedo en casa” se empezó a cobrar en Apurímac y Cusco en el mes de abril, en las sedes del Banco de la Nación disponibles en las provincias. Debido a que existen pocas agencias y estas cuentan con escaso personal se crearon aglomeraciones que pusieron a la población en riesgo de contagio. Fue el caso de Santo Tomás (Chumbivilcas), en donde solo funcionaban dos ventanillas. A pesar de algunos intentos de las autoridades y los policías por ordenar a las personas que acudían desde las 4 de la mañana, además de tratar de facilitar el lavado de manos con la colocación de baldes, no fue posible que se hiciera respetar el distanciamiento recomendado.

En cuanto a la entrega de canastas familiares, los gobiernos locales determinaron tanto su contenido como el valor específico sobre la base del presupuesto asignado. En algunos casos se tomaron acuerdos en los comités multisectoriales que permitieron una mejor implementación de la medida.

Por ejemplo, el distrito de Santo Tomás recibió un presupuesto de 200 000 soles, con lo cual se benefició a 2460 familias, que recibieron canastas por un valor aproximado de 81 soles. Su distribución no tuvo complicaciones logísticas importantes debido a que la población beneficiada estaba claramente identificada y a que los distintos actores participantes en los comités colaboraron para organizar el reparto. Por ejemplo, la Liga Agraria vigiló los procesos de compra y distribución de los productos a fin de velar por el correcto cumplimiento de los procedimientos.

El avance presupuestal mostrado en el acápite anterior da cuenta de que la mayoría de los gobiernos locales de

Apurímac y Cusco hicieron una adecuada ejecución de esta medida. Sin embargo, estas acciones no han estado exentas de acusaciones de sobrevaloración y compra de alimentos en mal estado, las cuales se están investigando. Asimismo, hubo dificultades para adquirir bienes de producción local como lácteos, harinas, cereales, entre otros, porque no contaban con registro sanitario, razón por la cual se optó por comprar marcas conocidas que no se producen localmente.

5.6 El rol de las empresas mineras y el descontento social

El vínculo entre varios sectores de la población y la gran minería en las regiones de Apurímac y Cusco es bastante complejo y poco fluido, y el escenario generado por el covid-19 ha acentuado el descontento que ya existía por la presencia de operaciones mineras en territorios rurales con altos niveles de pobreza. Se considera que las acciones iniciales de estas empresas para prevenir y enfrentar la llegada del covid-19 fueron unilaterales y no formaron parte de una estrategia coordinada y concertada con los comités multisectoriales provinciales y demás actores relevantes. En este contexto, se percibe también falta de solidaridad y responsabilidad social de las empresas mineras en relación con las zonas de influencia de sus proyectos, en una coyuntura tan grave como la actual. En ese sentido, es importante que las autoridades propicien y lideren la articulación con el sector minero a fin de canalizar adecuadamente los recursos de los que sea posible disponer y de integrar a este actor en las estrategias que se desarrollan en ambas regiones.

La operación minera Las Bambas entregó en abril canastas con artículos de primera necesidad a las comunidades ubicadas en su zona de influencia en Apurímac y a comunidades adyacentes a la vía nacional en el Cusco, y realizó algunas acciones de apoyo en coordinación con las autoridades de salud de Cotabambas. Sin embargo, las donaciones iniciales no cubrieron las expectativas de la población y reclamaron un apoyo más significativo. En los meses siguientes, la empresa inició las coordinaciones para incrementar el número de canastas entregadas y apoyar el fortalecimiento de la estrategia sanitaria local y regional (donación de pruebas, de materiales de bioseguridad, entre otros).

Por otro lado, desde antes de la emergencia existían tensiones con empresas como Anabi (que se encuentra en la fase de cierre) y Otunza (que está operando). Estas se relacionan con la afectación del medioambiente y la salud de la población, así como con los pocos beneficios que se reciben en compensación. Las tensiones, como en el caso de Hudbay, se incrementan al considerarse a las empresas mineras y sus operaciones como factores de contagio para la población.

En el caso de Chumbivilcas, la población consideró insuficientes las donaciones que realizó la empresa Hudbay al Gobierno Regional de Cusco en abril (Aguilar, 2020). Se esperaba que la contribución de la empresa tomara en cuenta las necesidades de la provincia y que las donaciones se tradujeran en la compra de equipos para el hospital a fin de hacer frente al covid-19 o en otros elementos que mejoraran significativamente la oferta existente de atención de la salud. Ante ello, la empresa reaccionó e hizo un donativo importante, consistente en equipos de protección personal para los trabajadores de salud que se entregaron a la Red de Salud de Chumbivilcas. Además, se acordó que toda donación se canalizaría a través del comité multisectorial y se inició la gestión para firmar un convenio marco. Asimismo, Hudbay donó canastas con víveres a las familias que forman parte de su zona de influencia directa, lo que causó nuevamente malestar entre la población que no se benefició.

La tensión de las autoridades y la población de Chumbivilcas con Hudbay no es reciente ni se debe solo a ese asunto, sino que se ha alimentado de eventos como la confirmación de 18 casos positivos de covid-19 de trabajadores de la empresa, quienes fueron trasladados a la ciudad de Arequipa para su recuperación, sin coordinar con la Red de Salud de Chumbivilcas, lo que provocó el rechazo de los frentes de defensa y presidentes de comunidades, así como llamadas de atención de la municipalidad provincial y de las municipalidades distritales de Chamaca y Livitaca, entre otros, con relación al peligro de contagio por el covid-19 que suponen las actividades extractivas en la zona.



Ronderos. Cierre de fronteras comunales en Santo Tomás.
© Héctor Boza



© Héctor Boza

Efectos percibidos de la epidemia en la vida social y económica de las regiones

6.1 Paralización de proyectos que generan empleo para la población

A partir de la declaratoria de emergencia por el covid-19, todos los proyectos gestionados por los municipios se paralizaron, principalmente los vinculados a la construcción, lo que ocasionó no solo un retraso y un posible costo adicional para culminarlos, sino también la no renovación de los contratos y la pérdida de empleos de un número importante de personas.

En ese sentido se considera que las medidas adoptadas por el nivel central no han tomado en cuenta las características de la epidemia en cada territorio y que, dada la baja mortalidad y la menor cantidad de casos en comparación con otras regiones, se debería realizar un plan de reactivación de manera coordinada entre las autoridades nacionales,

regionales y locales, que incluya las actividades predominantes en la zona, como lo son la minería, el comercio y el agro, aunque este último sector mantuvo su capacidad productiva. Al respecto, el fin de la cuarentena implica poner el foco de atención en asegurar que el conjunto de las actividades productivas, incluyendo la gran minería, se desarrollen con adecuados niveles de control sanitario, de tal manera de que la necesaria reactivación económica no implique un rebrote de la epidemia y, esta vez, de mayor envergadura.

6.2 El retorno de los migrantes

La cantidad de población retornante a las regiones de Apurímac y Cusco entre abril y junio excedió los cálculos iniciales; hubo miles de ciudadanos no registrados que regresaron por sus propios medios, sin esperar el apoyo del Gobierno.

La imposibilidad de mantener el orden, dado el gran número de personas que regresaban diariamente, hizo imposible brindar un espacio a todos los retornantes en los albergues designados, tanto a los que se registraron en el padrón y contaron con el apoyo del Estado, como a los que regresaron de manera informal, en condiciones precarias que pusieron en riesgo su salud y la de sus familias en sus zonas de llegada. Algunos especialistas han calificado este fenómeno como una crisis humanitaria, en la que los llamados retornantes deberían ser considerados como desplazados internos (Servindi, 2020).

En muchos casos, la Policía detuvo a quienes retornaban de manera informal y los derivaba a las autoridades municipales y de salud para que se les hiciera el descarte del covid-19 antes de ubicarlos en los albergues en donde debían cumplir la cuarentena. Sin embargo, los espacios disponibles se agotaron, como en Santo Tomás, en Chumbivilcas. Frente a esta situación, los comités multisectoriales y comandos covid-19 presentes en cada distrito llegaron a sus propios acuerdos sobre la recepción y el aislamiento de estas personas. Mientras algunos los recibían e intentaban albergarlos en los locales destinados para este fin, otros acordaron acogerlos en las viviendas de sus propios familiares.

El importante número de personas que desea retornar desde otras ciudades preocupa a las autoridades, pues junto con la poca capacidad para albergarlos, consideran que su inserción en la dinámica social y económica local será complicada. Si bien muchos retornantes son personas que suelen pasar largos periodos fuera de sus localidades de origen por trabajo o estudios, otros habían migrado desde hacía varios años y no habían retornado en mucho tiempo. El temor de la población es que las costumbres y modos de vida urbanos de este segundo grupo propicien el surgimiento de actividades ilegales o delincuenciales en la zona.

En definitiva, este fenómeno migratorio forma parte de las consecuencias no calculadas de la declaratoria de emergencia y queda claro que aún no se tiene una idea precisa de su real dimensión ni de sus efectos epidemiológicos, sociales y económicos, entre otros, para las zonas de llegada y para su población. Estos se irán haciendo más visibles en la etapa posterior al periodo de aislamiento social que culminó el 30 de junio.

6.3 Aumento de las brechas en la educación

A pesar de los esfuerzos invertidos por el Ministerio de Educación (Minedu) en la estrategia a distancia “Aprendo en casa” existen dificultades para que los estudiantes de las zonas predominantemente rurales la desarrollen de manera adecuada, lo que profundiza la brecha de acceso a la educación básica y de calidad. Entre las principales dificultades que han planteado los docentes que participan en las reuniones de los comités multisectoriales se cuentan la inadecuada recepción de las señales de televisión y radio, así como la falta de acompañamiento docente para el aprendizaje.

El distrito de Totorá Oropesa (Antabamba) cuenta con 21 instituciones educativas, de las cuales solo 5 escuelas del nivel primario y 2 del nivel secundario llevan adelante la educación a distancia “Aprendo en casa”. Las dos emisoras de la municipalidad y Radio Amistad se han distribuido espacios y horarios, y solo imparten los cursos de Matemática y Comunicación. Sin embargo, los docentes han manifestado que los cursos llegan principalmente a los estudiantes que se encuentran en la capital del distrito y no a los que residen en las comunidades porque no se cuenta con la señal de radio.

Ante estas dificultades, algunos docentes han creado grupos de WhatsApp con sus estudiantes, como una forma de hacer el acompañamiento requerido. Esta estrategia funciona solo con los alumnos que disponen de un teléfono inteligente y de señal adecuada de internet. La mejora en la conectividad y la necesidad de contar con materiales educativos complementarios son temas urgentes en este contexto. Existe una expectativa importante por las tabletas que el Gobierno ofreció para los estudiantes, aunque hay también incertidumbre sobre qué provincias o distritos contarán con el beneficio.



Retornantes en Santo Tomás.
© Héctor Boza

6.4 Revalorización y relevancia de la actividad agropecuaria

El reposicionamiento de la discusión sobre el agro como una actividad central en estas regiones, por el papel cumplido en esta coyuntura al satisfacer la alimentación de las familias rurales y urbanas, se considera como un efecto positivo de la emergencia por el covid-19. El inicio del estado de emergencia coincidió con el tiempo de la cosecha, lo cual permitió contar con productos para el consumo local, superar ampliamente la demanda y enviar encomiendas con productos locales a las ciudades para alimentar a familiares y paisanos varados.

Si bien se han registrado pérdidas ante la dificultad de trasladar los productos hacia las grandes ciudades —por las limitaciones para la circulación y los sobrecostos—, la organización de distintas microferias en el ámbito local permitió no solo la venta sino también el acceso a productos de otras zonas. Por ejemplo, en Totorá Oropesa se consideraba que esta experiencia dejaba como lección que la producción de carne de las zonas alpaqueras y la producción agrícola de las partes bajas, sumadas a la producción de hortalizas y frutas en invernaderos familiares, bastaban para satisfacer la alimentación de estas zonas por largos periodos. Sin embargo, los productores de carne de alpaca requieren nuevas estrategias de comercialización. Por otro lado, se ha alertado de que algunas actividades, como el barbecho, no se han realizado con la misma intensidad que otros años, lo que podría tener consecuencias negativas en la producción de la próxima campaña.

También se considera necesario que las autoridades faciliten la logística que permita cumplir los nuevos protocolos establecidos por el covid-19 para el funcionamiento de los mercados y ferias, de manera de poder ofrecer productos en adecuadas condiciones de seguridad y salubridad, sin poner en riesgo la salud de los productores y compradores.

Los envíos de alimentos del campo a la ciudad y el continuo abastecimiento a mercados urbanos de productos han demostrado la importancia de la actividad agropecuaria para el país. Se espera que ello se traduzca en medidas efectivas del Gobierno —fortalecimiento de la agricultura familiar, mayor inversión en la actividad agrícola y ganadera— que permitan el adecuado inicio de la siguiente campaña agrícola en el corto plazo, así como la mejora en las condiciones de vida de las familias campesinas en el mediano y largo plazo.



Recomendaciones para enfrentar los efectos de la emergencia generada por la epidemia de covid-19

- ▶ **Reforzar el sistema de referencia entre los distintos niveles y establecimientos de salud.** Dado que los establecimientos de salud están ordenados según su capacidad resolutive y que se han priorizado establecimientos específicos para la atención de casos de covid-19 es necesario que se fortalezca el sistema de referencia mediante el equipamiento con ambulancias que cuenten con las condiciones necesarias para trasladar a pacientes moderados o graves para que sean atendidos.
- ▶ **Reactivar el nivel primario de atención.** La cercanía de los centros de salud a la población permitiría mejorar la detección temprana, facilitar los mecanismos de rastreo de contactos y coordinar con las autoridades locales y las comunidades las condiciones para un aislamiento más efectivo. Esto requiere que se asignen recursos para personal sanitario, el acondicionamiento de las postas, así como para la adecuada protección de las promotoras y promotores de salud local.
- ▶ **Información y difusión.** La lucha contra la pandemia demanda una sostenida y eficiente estrategia de información a la ciudadanía y a las organizaciones sociales. En ese sentido es fundamental la acción concertada de los gobiernos regionales y locales, los medios de comunicación regional y local, la sociedad civil y las empresas de ambas regiones. Es imprescindible incluir el aspecto cultural en las estrategias de comunicación.



- ▶ **Establecer mecanismos de inserción de los retornantes.** Hace falta que las autoridades de los distintos sectores involucrados diseñen estrategias que contribuyan a la inserción económica y social de los migrantes que retornan desde las diferentes ciudades del país, que contemplen una adecuada integración en términos de oportunidades y adecuada convivencia, en el marco de una nueva mirada de las dinámicas territoriales.
- ▶ **Mejorar los procesos de focalización.** Es necesario reformular las estrategias de focalización existentes, que contemplen la priorización territorial frente a la individual o familiar. La distribución del primer bono y las canastas han puesto en evidencia las debilidades de los sistemas de focalización actuales, que terminan generando una mayor exclusión de las familias más vulnerables porque no acceden a las estrategias de soporte económico diseñadas para la emergencia.
- ▶ **Incrementar el alcance de la estrategia educativa “Aprendo en casa”.** Es indispensable realizar ajustes y mejoras que partan de considerar las características de las poblaciones rurales, especialmente en relación con sus posibilidades de acceso a televisión, radio, telefonía móvil e internet, así como el acompañamiento docente en contextos de baja densidad poblacional y bajo riesgo de contagio de covid-19 para evitar que la educación a distancia ahonde las brechas de acceso a la educación que ya existen. Un aspecto clave que permitirá disminuir este y otro tipo de brechas será la inversión en la mejora de la conectividad en áreas rurales.
- ▶ **Inclusión del agro en los planes de reactivación económica.** Se debe reconocer el papel que cumple la pequeña agricultura familiar en una crisis como la actual. Los planes de reactivación económica deben considerar la inversión y el apoyo para el desarrollo de actividades agrícolas y ganaderas, especialmente de aquellas que corresponden a la escala de producción familiar, a fin de reducir su vulnerabilidad y evitar el riesgo de desabastecimiento alimentario de los centros urbanos. Asimismo, se deben mejorar los canales de comercialización y las condiciones de salubridad de los mercados, que son los centros en donde se abastece la mayoría de la población.
- ▶ **Promover un rol más activo de las empresas mineras presentes ante la actual crisis.** Es necesario que las autoridades regionales y locales propicien una mejor articulación con las empresas mineras para incorporarlas estratégicamente en las acciones para afrontar el avance de la epidemia. Esto podría significar un aporte adicional de los recursos de estas últimas para atender la emergencia, los cuales podrían orientarse al nivel primario de atención de la salud y a la mejora de la difusión. Asimismo, será necesario el cumplimiento estricto de los protocolos sanitarios para evitar contagios en el personal de estas empresas y que estos puedan transmitirse a la comunidad.
- ▶ **Integrar a la estrategia de contención del avance del covid-19 y de reactivación económica la capacidad organizativa y solidaria existente.** Es necesario reconocer las prácticas y capacidades de respuesta de las poblaciones del surandino —y de otras partes del país— en su calidad de ciudadanos con gran capacidad de organización, así como de agentes activos en tareas y funciones conjuntas que contribuyen al esfuerzo nacional contra la pandemia. Las comunidades y las rondas campesinas han puesto de manifiesto su capacidad para controlar sus territorios y su autoridad para hacer cumplir las normas sanitarias. Este debería ser un punto de referencia para incluir el ámbito comunal y local en la estrategia de lucha contra la pandemia en la nueva etapa.

Referencias bibliográficas

Bases de datos

- ▶ Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) (2018). Censos Nacionales 2017: XII de Población, VII de Vivienda y III de Comunidades Indígenas. Recuperado de <http://censo2017.inei.gob.pe/>
- ▶ Ministerio de Economía y Finanzas (MEF). Ejecución presupuestal covid-19. Recuperado de <https://www.datosabiertos.gob.pe/dataset/ejecuci%C3%B3n-presupuestal-covid-19-ministerio-de-econom%C3%ADa-y-finanzas-mef>
- ▶ Ministerio de Salud (Minsa). Repositorio Único Nacional de Información en Salud. Recuperado de <https://www.minsa.gob.pe/reunis/>
- ▶ Superintendencia Nacional de Salud (Susalud). Registro Nacional de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Recuperado de <http://app20.susalud.gob.pe:8080/registro-renipress-webapp/listadoEstablecimientosRegistrados.htm?action=mostrarBuscar>

Portales y páginas web

- ▶ Dirección Regional de Salud de Apurímac. <http://www.diresaapurimac.gob.pe/web/>
- ▶ Dirección Regional de Salud de Cusco. <http://www.diresacusco.gob.pe/new/>
- ▶ Ministerio de Salud. Sala Situacional COVID-19 Perú. https://covid19.minsa.gob.pe/sala_situacional.asp
- ▶ Plataforma Nacional de Datos Abiertos. Datos abiertos de COVID-19. <https://www.datosabiertos.gob.pe/dataset/casos-positivos-por-covid-19-ministerio-de-salud-minsa>
- ▶ Reporte nacional de entrega de bonos. <https://bonos.servicios.gob.pe/>

Documentos legales oficiales

- ▶ Decreto de Urgencia 017-2019.
- ▶ Decreto de Urgencia 047-2020.
- ▶ Decreto Legislativo 1466.
- ▶ Directiva Sanitaria 087-2020-DIGESA/MINSA.
- ▶ Resolución Ministerial 095-2020-MINSA.
- ▶ Resolución Ministerial 097-2020-PCM.



- ▶ Resolución Ministerial 193-2020-MINSA.
- ▶ Resolución Ministerial 375-2020-MINSA.

Documentos técnicos

- ▶ Aguilar, Dennis (2020, 4 de abril). Cusco recibe equipos y materiales biomédicos para atención a pacientes infectados con coronavirus. Gobierno Regional del Cusco. Recuperado de <https://bit.ly/2UGeOT6>
- ▶ Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades, Ministerio de Salud (CDC-Minsa) (2020). Análisis epidemiológico de la situación actual de covid-19 en el Perú, basado en la información de la vigilancia epidemiológica y la investigación de campo. Mayo. Recuperado de <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/coronavirus/analisiscoronavirus080520.pdf>
- ▶ Defensoría del Pueblo (2020a). Reporte regional sobre las condiciones e infraestructura de los servicios de salud de Apurímac al día 25.04.2020. Disponible en <https://www.defensoria.gob.pe/coronavirus-en-el-peru/>
- ▶ Defensoría del Pueblo (2020b). Reporte regional sobre las condiciones e infraestructura de los servicios de salud de Cusco al día 25.04.2020. Disponible en <https://www.defensoria.gob.pe/coronavirus-en-el-peru/>
- ▶ Defensoría del Pueblo (2020c). Serie Informes Especiales 1-2020-DP 23/3/2020. El derecho de retorno al Perú en situaciones de emergencia.
- ▶ Gobierno Regional de Apurímac. Grupo de Trabajo “Comando de Operaciones Regional Covid-19 Apurímac” (2020). Plan regional de respuesta frente al coronavirus covid-19. Apurímac. Recuperado de <http://www.regionapurimac.gob.pe/2013/transparencia/wp-content/uploads/2020/04/RESOLUCION%20EJECUTIVA%20REGIONAL%20N%20163-2020-GR.APURIMAC.GR.pdf>
- ▶ Gobierno Regional de Cusco. Dirección Regional de Salud de Cusco (2020a). Plan regional de reforzamiento de los servicios de salud y contención del COVID-19. Cusco.
- ▶ Gobierno Regional de Cusco. Dirección Regional de Salud de Cusco (2020b). Plan regional de respuesta inicial frente a inminente transmisión del nuevo coronavirus (COVID-19) en la región Cusco. Cusco.
- ▶ Gobierno Regional de Cusco. Dirección Regional de Salud de Cusco (2020c). Reporte epidemiológico COVID-19 008/ DIRESA Cusco. 26 de junio.
- ▶ Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) (2020a). Perú: Estimaciones y proyecciones de población por departamento, provincia y distrito, 2018-2020. Boletín Especial 26. Lima: INEI.
- ▶ Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) (2020b). Mapa de pobreza monetaria provincial y distrital 2018. Lima: INEI.
- ▶ Ministerio de Salud (Minsa) (2020a). Prevención, diagnóstico y tratamiento de personas afectadas por covid-19 en el Perú. Documento técnico. Resolución Ministerial 193-2020-MINSA.

CONTENIDO

- ▶ Ministerio de Salud (Minsa) (2020b). Manejo ambulatorio de personas afectadas por covid-19 en el Perú. Resolución Ministerial 375-2020-MINSA.
- ▶ Ojo Público (2020, 26 de abril). La dura travesía de los más pobres: pandemia y desempleo expulsan a miles de migrantes. Recuperado de: <https://ojo-publico.com/1786/desplazados-por-la-pandemia-la-travesia-de-los-mas-pobres>
- ▶ Presidencia del Consejo de Ministros (PCM) (2020). Lineamientos para el traslado y cuarentena de personas que se encuentran fuera de su domicilio habitual, como efecto de las medidas de aislamiento social por la Emergencia Nacional por el covid-19. Resolución Ministerial 097-2020-PCM, 16 de abril.
- ▶ Servindi (2020, 22 de mayo). Los “retornantes” son desplazados y deben ser tratados como tal[es]. Recuperado de <https://www.servindi.org/actualidad-opinion/22/05/2020/miles-de-personas-luchan-contr-la-pandemia-por-volver-sus-regiones>



Siglas y acrónimos empleados

CDC	Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades
DIRESA	Dirección Regional de Salud
ESSALUD	Seguro Social de Salud
INEI	Instituto Nacional de Estadística e Informática
MEF	Ministerio de Economía y Finanzas
MIDIS	Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social
MINSA	Ministerio de Salud
PCM	Presidencia del Consejo de Ministros
PIM	Presupuesto institucional modificado
RENIPRESS	Registro Nacional de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud
REUNIS	Repositorio Único Nacional de Información en Salud
SIS	Seguro Integral de Salud
SUSALUD	Superintendencia Nacional de Salud
UCI	Unidad de cuidados intensivos

SOCIOS DEL GRUPO PROPUESTA CIUDADANA



Asociación
ARARIWA



Centro de Estudios
y Promoción del
Desarrollo - DESCO



Centro Peruano de
Estudios Sociales -
CEPES



Centro de Estudios
para el Desarrollo
Regional - CEDER



Centro Ecuménico
de Promoción y
Acción Social Norte -
CEDEPAS NORTE



Instituto de Estudios
Peruanos - IEP



Centro de Estudios
para el Desarrollo y
la Participación - CEDEP



Centro de Investigación
Social y Educación
Popular - ALTERNATIVA



Centro de Estudios
Regionales Andinos
"Bartolomé de las
Casas" - CBC



Centro de Investigación
y Promoción del
Campesinado - CIPCA



www.propuestaciudadana.org.pe
Teléfonos: 920 860 005
contacto@propuestaciudadana.org.pe