

PAÍS SIN OXÍGENO: DEBILIDAD INSTITUCIONAL EN COVID-19*

Country Without Oxygen: Institutional Weakness in COVID-19

DOI: 10.4067/S0718-090X2024005000104

VOLUMEN 44 / Nº 1 / 2024 / 87-107

ISSN: 0718-090X

Revista de Ciencia Política

cienciapolitica.uc.cl

**EDUARDO DARGENT BOCANEGRA** *Pontificia Universidad Católica del Perú***CAMILA GIANELLA MALCA** *Pontificia Universidad Católica del Perú*

RESUMEN

Una de las principales causas de la magnitud de la tragedia de la COVID-19 en el Perú fue la falta de oxígeno medicinal. ¿Qué explica esta escasez de oxígeno, alta incluso para estándares regionales? Este artículo presenta una respuesta desde los legados del sistema de salud peruano. Primero, una causa estructural. Las carencias históricas del sistema de salud y ciertas características vinculadas a la tercerización de servicios llevaron a una poca capacidad de proveer este insumo. Segundo, un legado institucional. Una norma del 2010 estableció un requerimiento de pureza de 99% para el oxígeno medicinal. Este porcentaje, que está muy por encima de las normas técnicas internacionales, restringió la oferta, concentrándola en dos grupos empresariales. El caso de la región Ayacucho, donde se contaba con una mayor dotación de oxígeno gracias a la existencia de dos isotanques antes de la pandemia, ilustra algunas de estas dinámicas y la importancia de este recurso para salvar vidas.

Palabras Clave: Perú, COVID-19, oxígeno, salud.

ABSTRACT

One of the leading causes of the impact magnitude of COVID-19 in Peru was the lack of medical oxygen. What explains this oxygen shortage, which is high even by regional standards? This article presents a response from the perspective of the legacies of the Peruvian health system. First, a structural cause. The historical deficiencies of the health system and specific characteristics linked to outsourcing services led to a low capacity to provide this resource. Second, an institutional legacy. A 2010 regulation established a purity requirement of 99% for medical oxygen. This percentage, which is well above international standards, reduced the offer, concentrating it on two providers. The case of the Ayacucho region, which has a better supply of oxygen thanks to two high-volume tanks, illustrates some of these dynamics and the importance of this resource in saving lives.

Keywords: Peru, COVID-19, oxygen, health.

* Este artículo es producto del Proyecto de Investigación “¿(In)capacidad estatal? Análisis de las respuestas del Estado peruano frente a la pandemia del COVID-19: los casos de distribución y acceso a oxígeno medicinal respuestas y la vacunas contra la COVID-19”, Contrato N°064-2021-PROCIENCIA.



All the contents of this electronic edition are distributed under the Creative Commons license of “Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International” (CC-BY-SA). Any total or partial reproduction of the material must cite its origin.

I. INTRODUCCIÓN

El Perú reporta aproximadamente 213,000 muertes causadas por la pandemia del COVID-19, siendo uno de los países con más fallecidos por millón de habitantes en el mundo. Hay consenso en que una de las causas de la magnitud de esta tragedia en el Perú fue la falta de oxígeno medicinal. Diversas historias trágicas recogidas por la prensa muestran la desesperación del personal de salud y familiares, tanto por la ausencia de este recurso o al agotarse las reservas de oxígeno existentes en centros de salud. ¿Por qué se dio esta situación de escasez, muy alta incluso para estándares regionales, con respecto a un recurso esencial para la salud?, ¿qué decisiones de política pública ayudan a entender esta tragedia nacional?, ¿qué nos enseña esta tragedia sobre el funcionamiento del Estado peruano y el costo de su debilidad? Estas preguntas son cruciales para entender el impacto del COVID 19 en el Perú, los riesgos que todavía mantiene nuestro sistema de salud y el tipo de Estado que tenemos.

La disponibilidad de oxígeno medicinal para atender a personas con COVID 19 en estado grave, así como a aquellas con necesidad ventilación mecánica en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), se volvió un elemento crítico en la respuesta a la pandemia a nivel global (World Health Organization 2021). Si bien, en general, esta carencia fue mayor en países de ingresos medios y bajos, que mostraron tener una baja disponibilidad de oxígeno medicinal y de camas UCI (Medical Devices and Diagnostics (MDD) 2020; World Health Organization 2021), la pandemia develó serias debilidades del sistema de salud de un país que hasta inicio del 2019 era considera un ejemplo por sus sostenido crecimiento económico (Montenegro 2020). Para inicios del 2020, Perú contaba apenas con 2.9 camas UCI por 100,000 habitantes, número muy por debajo de países de la región con ingresos similares como Colombia, Chile o México que contaban con 10.3, 7.3, y 3.3. camas UCI por 100,000 habitantes respectivamente (OECD 2020).

La atención de la prensa en las primeras semanas de la pandemia estuvo enfocada en esta carencia de camas UCI. Sin embargo, poco a poco se develaron otras carencias del sistema de salud, como la falta de recursos humanos especializados para manejar a los pacientes en dichas camas, así como la falta de control sobre los precios de los medicamentos necesarios para atender a las personas afectadas por el virus (Gestión 2020; Tenorio-Mucha, et al. 2020; Defensoría del Pueblo 2021). También, el que se convirtió en el tema de principal urgencia en los meses siguientes: la falta de oxígeno medicinal (Collins 2020). El oxígeno es un recurso clave tanto para evitar que enfermos graves se deterioren como para mantener con vida a quienes ingresan a cuidados intensivos. Al inicio de la pandemia solo había nueve plantas productoras de oxígeno operativas en hospitales públicos y privados, la gran mayoría del oxígeno se adquiría de dos proveedores privados que la distribuían a distintas regiones y los centros de salud carecían de sistemas adecuados de almacenamiento. Es decir, dependían de la recarga de balones de oxígeno (Defensoría del Pueblo 2020a; El Peruano 2021).

Como era previsible, por lo visto en otros países, la demanda de oxígeno creció de inmediato y desbordó al sistema de salud. Antes de la pandemia se usaban por día aproximadamente 60 toneladas de oxígeno medicinal en el país (Indecopi 2020). La demanda durante los picos de las dos olas que golpearon al Perú en el 2020 y 2021, antes que estuvieran disponibles las vacunas para toda la población, aumentó la demanda a 240 TN del recurso por día, dando lugar a altos déficits en el sistema (Ccoillo 2021). Para responder a la crisis se optó por importar oxígeno en grandes cantidades, mientras se iban construyendo o adquiriendo plantas de producción (Indecopi 2020: 13). En la segunda ola (enero-agosto 2021), la peor de las dos en términos de contagios y fallecidos, Perú llegó a tener déficits de 110 TN a pesar de todos los esfuerzos hechos en los meses previos para adecuarse a esta mayor demanda (Gestión 2021).

Como indicábamos, responder a una mayor demanda de oxígeno, o adaptar los equipos de distribución en los hospitales para sostener un mayor número de camas UCI, fue un problema general en el mundo, y más para países de ingreso medio y bajo (World Health Organization 2021: 13). Sin embargo, el caso peruano destaca en la región, junto a los de Brasil, y México, por su extrema gravedad (Uchoa 2021; Barria 2021). La centralidad del oxígeno para combatir la enfermedad lleva a repensar las causas para la alta tasa de mortalidad sufrida en el país. No es solo que el alto número de contagios en el Perú llevó a que se sobrepasaran los recursos disponibles para una atención efectiva. Es más preciso ver el tema de otra manera: por la incapacidad del sistema de salud para proveer un recurso básico como el oxígeno, la cifra de fallecidos fue más alta de lo que correspondería a nuestra tasa de contagio. Muchas personas pudieron salvarse de haber contado con mejores sistemas de producción, distribución y almacenamiento de oxígeno.

¿Qué explica esta carencia de un recurso vital para la atención del COVID 19, incluso para una región como América Latina donde la escasez de oxígeno fue un problema general? La respuesta que se ofrece en este artículo es compleja, pues involucra dos distintos niveles de análisis de diversa magnitud que se engarzan para explicar el resultado observado. Primero, hay una evidente causa estructural que explica gran parte de la tragedia. Las carencias del sistema de salud peruano y ciertas características de la forma en que dicho sistema provee de servicios llevaron a la poca capacidad para contar con un insumo básico para la atención en salud. En concreto, un sistema sub-financiado y fragmentado, que dificultó la gestión del oxígeno, y que carecía de capacidades para producirlo y almacenarlo en sus dependencias por la creciente tercerización de servicios que ha sufrido en los últimos años, resultó vulnerable ante el incremento de demanda. Segundo, hay también un legado institucional más reciente que se engarza con el anterior para incrementar el problema de oferta de oxígeno. Una norma adoptada en el año 2010, que indicaba una lista de medicamentos esenciales y las características que debían tener (el Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales), estableció un requisito de pureza de 99% para el oxígeno. Este porcentaje está muy por encima de las normas técnicas de pureza

de otros países, que suelen requerir el 93% (Instituto de Evaluación en Tecnologías de salud e Investigación 2017). Para obtener un oxígeno de tan alta pureza se requieren procesos costosos y complejos. Como era previsible, la medida tuvo el efecto de reducir la oferta por parte de otros proveedores y concentrar la producción en dos grupos empresariales. Además, la tecnología de provisión y almacenamiento en los hospitales se fue adecuando a las características de estos proveedores, haciendo más difícil el acceso de otros vendedores e incrementando la dependencia de estos grupos. Formas alternativas de producción fueron desplazadas y eliminadas en los años previos a la pandemia.

Estos dos legados explican el mal desempeño del país con respecto al oxígeno. El legado estructural es clave para entender la carencia, pero la norma técnica de pureza hizo todo peor. Decimos que ambos legados se engarzan pues la precariedad del sistema, sus carencias de capacidad y probablemente corrupción, permite entender que una norma evidentemente inadecuada no fuera detectada y expulsada del ordenamiento legal a pesar de darse alarmas. Hay otras causas sin duda relevantes que se dieron durante la pandemia que no detallaremos en este texto más que brevemente en la conclusión. Entre ellos, la enorme inestabilidad política que vivía el país que llevó a conflictos que sin duda afectaron y demoraron la atención de la pandemia y del problema concreto que nos ocupa. También la demora en los procesos de autorización de funcionamiento e importaciones de plantas de oxígeno por parte de burocracias que no contaban con el *expertise* ni las capacidades para este tipo de procedimientos. Sin embargo, consideramos que los legados estructural e institucional señalados explican la escasez inicial y la dificultad de producir oxígenos en esos primeros meses que fue donde más fallecidos se produjeron. Recién un año y medio después de iniciada la crisis la instalación de más de 300 plantas de oxígeno en el territorio y la progresiva vacunación iniciada en el segundo trimestre del 2021 redujeron la urgencia por este recurso.

Para resaltar el rol de estos legados y la centralidad del oxígeno para evitar las muertes se escogió la región de Ayacucho, pues el impacto de la COVID-19 en esta región es paradójica. A marzo del 2020, la región se podría categorizar como altamente vulnerable a la pandemia: sus indicadores de pobreza monetaria estaban (y han estado históricamente) por encima del promedio nacional, la mayoría de sus establecimientos de salud (incluyendo hospitales) no contaban con plantas de producción de oxígeno, su número de camas hospitalarias estaba por debajo del promedio nacional (6 camas por 10,000 habitantes vs 14) (Comisión Especial de Seguimiento a Emergencias y Gestión de Riesgo de Desastres 2020-2021 2021) y el 90% de sus hospitales y el 100% de sus laboratorios de salud pública no contaban con una adecuada capacidad instalada (Ministerio de Salud 2021). Pese a esto, la red de hospitales públicos de la región logró pasar la pandemia sin tanta escasez de oxígeno como en otras regiones. Como se puede ver en la Tabla 1, a marzo del 2021, es decir antes que se iniciara la vacunación de la población en general, Ayacucho presentaba una positividad del 19.6%, es decir más casos, y menos camas UCI que regiones como Ancash,

Huancavelica, Apurímac y Huancavelica. Pese a esto, la mortalidad por COVID-19 no fue tan alta comparada con otras regiones andinas. Por razones que explicamos luego, Ayacucho destacó en su capacidad de stock de oxígeno al contar con dos isotanques con alta capacidad de almacenamiento, haciéndolo un caso crucial para explorar las relaciones que planteamos entre el impacto del COVID-19 y los legados estructurales e institucional. La relevancia de esos isotanques resalta más al observar que fuera de la ciudad de Huamanga donde se encontraban se repitieron los problemas de escasez de otras regiones.

Tabla 1. Letalidad de la COVID-19 en seis regiones andinas peruanas

Región	Camas por 10,000 habitantes (Marzo 2021)	Camas UCI para COVID19 por 100,000 habitantes (Enero 2021)	Positividad a (Marzo 2021)	Capacidad de Stock de oxígeno (Marzo 2021)	Letalidad (a Marzo 2021)
Ancash	6	4.2	18.3%	2.2 días	4.3%
Apurímac	8.1	6.7	10.7%	4.7 días	2.4%
Arequipa	7.5	6.1	12.7%	5.1 días	3.3%
Ayacucho	6	2.1	19.6%	5.3 días	2.6%
Cusco	4.5	1.9	16%	3.8 días	2.7%
Huancavelica	5	4.1	13%	3.9 días	2.5%

Elaboración propia en base a datos de (Comisión Especial de Seguimiento a Emergencias y Gestión de Riesgo de Desastres 2020-2021 2021; Ponce de Leon 2021)

El trabajo se basa en un análisis de entrevistas hechas a actores clave en Lima y Huamanga entre abril y octubre del 2022, así como de fuentes de información secundaria (reportes de las autoridades nacionales y regionales, informes periodísticos, entre otros).¹ El artículo se organiza de la siguiente manera. Las siguientes dos secciones se dedican a describir los legados identificados, estructural e institucional, resaltando su vínculo con la ausencia de oxígeno, y analizando cómo se presentan estos en el caso de la región Ayacucho. Más que un marco teórico introductorio que discuta la literatura académica en la que se sitúa el caso, la teoría llegará en cada sección para explicar cómo el caso dialoga con temas como los determinantes de la debilidad estatal y el efecto de las políticas públicas y las reformas en la organización y desempeño del Estado (Pierson 1993, 1994; Kaufman y Nelson 2004; Holland 2017;). Concluimos con algunas reflexiones generales sobre lo que enseña el caso sobre la debilidad de los servicios sociales y el Estado peruano en general.

En ese sentido, consideramos que el drama del oxígeno no debe verse como un evento que, por ser excepcional, no sirve para ilustrar temas y problemas cotidianos del Estado y las urgencias del sistema de salud. Por el contrario, la crisis

¹ El protocolo de investigación fue evaluado y aprobado por el Comité de Ética para la Investigación de Ciencias Sociales, Humanidades y Arte de la Pontificia Universidad Católica del Perú, dictamen 050-2022-CEI-CCSSHAA/PUCP.

del oxígeno develó aspectos críticos sobre el funcionamiento cotidiano del Estado y las carencias del sistema de salud. Como discutimos, cada legado resalta uno de estos problemas: la debilidad y carencias para prestar servicios sociales; el efecto negativo de normas que son invisibles para la opinión pública y que no son alertadas por los actores estatales; y los costos ocultos de no contar con agencias capaces de cumplir con sus funciones. Estos temas trascienden la crisis del oxígeno y nos muestran las carencias del Estado, sus costos para los más vulnerables y los enormes retos políticos que implica superarlos. Y la importancia de la ciencia política para entender los mecanismos de esta “caja negra”.

II. LA DEBILIDAD DEL SISTEMA DE SALUD Y SU RELACIÓN CON EL OXÍGENO

El primer legado que ayuda a explicar la escasez de oxígeno es estructural. No hay espacio para detallar todos los problemas del sistema de salud peruano, uno de los más sub-financiados de la región con apenas un gasto aproximado a 3% del PBI (poco más de la mitad del gasto promedio de la región, y lejos del gasto promedio de los países de la OCDE de 10% del PBI) (Comité de Alto Nivel sobre el COVID-19 2021), y con unos de los gastos de bolsillo más altos entre los países latinoamericanos con ingresos similares (Kanavos, et al. 2019); ni las causas profundas y recientes de esta situación. Si bien, como proponen (Kaufman y Nelson 2004), en toda América Latina los sistemas de salud tienen necesidades cruciales y a la vez débiles incentivos (políticos, sociales y organizativos) para responder a esta urgencia, la situación del Perú es mala incluso para los promedios regionales. Esta debilidad de la provisión de servicios sociales no solo se da en el sistema de salud, sino en general con la atención a los más pobres, y tiene que ver en gran medida con la economía política de un país desigual, fragmentado territorialmente y con muy profundas exclusiones históricas en términos de raza, género y clase.

Para resaltar y precisar el vínculo entre este sistema débil y la provisión de oxígeno, se detallan cuatro características del sistema y se describe cómo estas se asociaron directamente a la dificultad de responder a la demanda de este recurso: (i) débil capacidad en recursos y personal; (ii) una creciente tercerización y privatización de servicios desde los años noventa, (iii) fragmentación del sistema, y (iv) una descentralización ineficiente y politizada. Sin embargo, no perdamos de vista que el problema es más sistémico: estas características no solo afectaban la provisión de oxígeno, más bien el oxígeno fue un tema más entre muchos otros del sistema que fallaron durante la epidemia.

Primero, el sistema de salud peruano tiene una débil capacidad estatal en términos de recursos y personal. Los equipos básicos son muy limitados, con frecuencia dañados, y el personal insuficiente en todos los niveles (OECD 2017; Ministerio de Salud 2020a; Ministerio de Salud 2021). Los servicios de salud, además, cargan buena parte de los costos en los pacientes, habiéndose

normalizado el pago de bolsillo de insumos y medicinas (Ministerio de Salud - DIGEMID 2021). Al inicio de la pandemia no se contaban con recursos, instalaciones ni operarios suficientes para enfrentar una emergencia de esa magnitud. Como ha sido señalado, para el 2020 Perú tenía un serio déficit de camas UCI (OECD 2020), uno de los más altos de América Latina. A final del 2020, gracias a los esfuerzos desplegados por el Estado peruano, se llegó a 4 camas por 100,000 habitantes que, si bien significó una mejora, continúa por debajo de la región y del estándar internacional de 10 camas UCI por 100,000 habitantes (Hinostraza 2020).

Además de la inadecuada infraestructura, no existían, ni existen, en el país suficientes médicos especialistas para atender las camas UCI (Torres 2020). La falta de especialistas es descrita como una debilidad estructural del sistema de salud que no ha sido atendida.

El otro problema era la cantidad de especialistas. Efectivamente, la cantidad de especialistas era insuficiente. A la fecha, por ejemplo, tenemos un solo intensivista nombrado en Ayacucho, uno solo. Entonces que también antes de la pandemia, no se veía el tema de los intensivistas... De hecho, estos sueldos de hoy en día se pagan por ellos 18 mil soles al mes y demás, según me comentan otros profesionales... para ellos eso es un milagro ¿no?, porque nunca han tenido ese nivel de demanda de sus servicios ¿no? Pero bueno, nuestro Hospital Regional siempre ha carecido de la cantidad de especialistas suficientes, que es un tema nacional, si no mundial. Y eso pese a lo que siempre he mencionado, que este hospital es un hospital docente ¿no?, donde se hacen sus residentados y demás ¿no?, sus especialidades, pero por ejemplo la carencia de pediatras es un asunto también preocupante. El jefe del departamento de Pediatría y Neonatología, el Dr. Juan Rondinel, siempre nos ha convocado por estos problemas, que cuando el doble turno no podía cuadrar, para que no haya horas sin médico especialista.” (Entrevista 1, Funcionario Público, Huamanga Mayo 2022)

A eso hay que añadir que el Ministerio de Salud decide, temprano en la pandemia, retirar al personal de salud que se consideraba en riesgo (mayores de 60 años y/o con comorbilidades), a fin de salvaguardar su salud (Ministerio de Salud 2020b).²

Otra debilidad del sistema de salud peruano, señalada por algunos estudios, es la alta prevalencia de contratos temporales de corta duración en el sistema. En junio del 2020 se estimaba que a nivel nacional habían unos 3000 trabajadores de salud trabajando en servicios de salud estatales con contratos por servicios no personales (Bazo 2020). Además, durante la pandemia, la precariedad de los contratos generó situaciones en las que los escasos “especialistas” cambiaban de locación de servicio de acuerdo con las condiciones ofrecidas, y no de acuerdo a una planificación de dónde el recurso humano era más necesario. En el

² Pese a estas medidas, Perú presenta una de las tasas más altas de personal de salud fallecido durante la pandemia. (Colegio Médico del Perú 2020); (Colegio de Obstetras del Perú 2021)

caso de Ayacucho, esta competencia limitó la capacidad de respuesta durante la pandemia.

Por ejemplo, los uciólogos médicos (especialistas de cuidados intensivos) han querido cobrarnos hasta diez y siete mil soles, dieciséis mil soles por solamente doce días, así... no... los uciólogos que han fallecido, por ejemplo, trabajaban acá doce días y se iban a otra, a otro hospital. ¿Por qué? Porque les pagaban esa cantidad. (Entrevista 9. Autoridad Salud. Huamanga. Mayo 2022)

La falta de médicos especialistas, entrenados en el manejo de camas de cuidados intensivos (intensivistas), hizo que en algunas localidades no se pudiera brindar el tratamiento oportuno a los pacientes con COVID-19. Este fue un problema que, en el caso de Ayacucho, no se pudo superar en la segunda ola (Defensoría del Pueblo 2021). Sin embargo, en el 2021, a diferencia del 2020, el personal de salud se sentía como mayor experiencia, y personal no especializado brindó, en el caso de Huamanga (la capital), la atención en las salas de cuidados intensivos (Entrevista 7, Autoridad Salud. Huamanga. Mayo 2022).

En segundo lugar, a esta debilidad histórica hay que sumar algunos cambios propios del sistema de salud que se construye (o, mejor dicho, que se reconstruye) desde una mirada más neoliberal tras la crisis económica en los años ochenta y que incrementa esta debilidad en algunas de sus áreas. La tercerización y privatización de servicios en algunos aspectos clave de la provisión de servicios incrementa estas carencias y la provisión de oxígeno es uno de ellos. Si bien es exagerado decir que el neoliberalismo explica la debilidad de un sistema de salud históricamente débil, sí es más preciso apuntar a la manera en que ciertas soluciones de salud pública adoptadas en el país terminaron debilitando más al sistema.

Esta situación de tercerización y privatización ha dado lugar a una serie de excesos, incluidos escándalos de corrupción, cuando se descubre al proveedor privado sacando ventaja indebida o cuando los servicios públicos se degradan para justificar el servicio externo (Comisión Interventora del Seguro Integral de Salud 2017). Pero también sucede por reglas informales que operan en todos los niveles que hacen que el propio sistema recomiende al paciente atenderse en espacios privados, donde con frecuencia trabajan médicos del sistema público.

¿Cómo incide esta tercerización y mayor dependencia de prestadores privados en la crisis del oxígeno en pandemia? Estos temas son relevantes pues desde hace años los hospitales públicos adquieren el oxígeno a proveedores y dependen de ellos en gran medida para el mantenimiento del sistema, reduciéndose el número de hospitales con plantas de oxígeno propias. La ausencia de áreas de intendencia capacitadas, además, lleva a una mayor dependencia de los técnicos de los proveedores para mantener y reparar los equipos en uso. Como veremos en la siguiente sección, esta dependencia se incrementó por una norma que al demandar una alta pureza al recurso hizo más difícil la producción y manejo de este.

La falta de mantenimiento de los equipos de salud, como balones de oxígeno, restringió las posibilidades de recibir donaciones de oxígeno.

Me recuerdo: una empresa minera nos dijo “ya, yo les voy a conseguir quinientos cilindros, o sea quinientas, quinientos balones te lo voy a llenar.” Ya, chévere, nos hemos emocionado y comenzamos a pedir a nuestros establecimientos, mándenme sus balones y así, ¿no? Nos mandaron. De los doscientos creo que he recolectado, porque nos hicimos cargo con el Director de Servicios de Salud, ochenta más o menos eran de diez metros cúbicos, o sea las correctas, digamos, y el resto eran de cinco, de seis, de tres, esas pequeñitas... Entonces eh, me recuerdo, llevamos los balones con tanta dificultad a Lima, ¿ya? Y en Lima la empresa nos dijo, “yo no te voy a llenar, yo no estoy para jugar” ...Y de esos ochenta, solamente nos llenaron sesenta. ¿Por qué? Porque los otros tenían algo de deterioro, estaban en malas condiciones, mala presentación, por el tiempo mismo, no las quisieron. (Entrevista 9. Autoridad Salud. Huamanga. Mayo 2022)

El comercio, y lucro con el oxígeno medicinal, se llegó a dar con el oxígeno producido por las plantas de oxígeno donadas. En el caso de Ayacucho, al igual que en otras regiones, autoridades locales con apoyo de la sociedad civil recabaron fondos para la construcción de plantas de oxígeno sin mayor planificación, instalándose plantas en localidades con poca demanda (aún durante la pandemia). Sin un sistema de distribución específico, los comerciantes privados aprovecharon estas plantas para comercializar (distribuir y vender) el oxígeno que obtenían de forma gratuita.

Tengo conocimiento que era una planta de la sociedad civil, pero que había sido entregada al municipio de manera no documentada. Entonces ¿qué es lo que pasaba? El Municipio dijo “bueno, todos los que quieren, acá está.” Y habían empresarios, un empresario discotequero incluso, que llevaba 120 tanques, los llenaba y se los mandaba a Lima. Asumo que los vendía. Nosotros hemos intervenido, le dimos cuenta al Fiscal de prevención del delito, intervino el fiscal, evidenció lo que correspondía, tanques con el logo de la empresa y todo lo demás y lo pasó a la Fiscalía penal ¿no? ¿En qué habrá quedado? (Entrevista 1, Funcionario Público, Huamanga Mayo 2022).

Tercero, el sistema de salud peruano es altamente fragmentado, lo que dificulta su gestión concertada (Gianella, et al. 2020: 9-12). El Ministerio de Salud (MINSA) dirige y supervisa una red de atención que, simplificando, se enfoca en la gran mayoría de la población sin un empleo formal. En el país existe desde los tempranos años 2000 un seguro universal (Seguro Integral de Salud, SIS) que, aunque sub financiado y con serios problemas, ha ampliado su cobertura de manera considerable (Petrera Pavone y Jiménez Sánchez 2018; Carrillo-Larco, et al. 2022) y cuyos beneficiarios se atienden en la red MINSAL. Por otro lado, los ciudadanos que cuentan con una relación laboral formal (aproximadamente un 24,8% de la población) están afiliados al Seguro Social de Salud (EsSalud) (INEI 2018). Están también las redes de salud de las fuerzas armadas y policiales y la red de establecimientos de salud privados, que en conjunto atienden a apro-

ximadamente un 5% de la población. Finalmente, se suma a los retos de esta fragmentación, como veremos más adelante, que en las regiones los hospitales del MINSA son administrados y dirigidos por los gobiernos regionales. Sobre ello, cabe mencionar que los gobiernos regionales no tienen injerencia en los establecimientos de salud de los otros subsistemas de salud peruano (como la seguridad social-EsSalud).

Teníamos oxígeno. Entonces, ya empezamos a tener hospitalizados, todo, pero donde tuvimos un problema en Ayacucho fue con los pacientes de EsSalud. EsSalud no tenía capacidad, no se había preparado, no a la magnitud que nosotros, para tener hospitalizados, no se había preparado con balones de oxígeno, no se había preparado para tener todas las camas UCI que debía tener. Entonces, esto en julio, EsSalud colapsó totalmente. Entrevista 3. Autoridad Regional. Huamanga. Mayo 2022).

Esta situación de fragmentación hizo muy difícil tomar decisiones coordinadas y rápidas para responder a la demanda de oxígeno. Tuvieron que avanzarse mecanismos de cooperación urgentes en medio de la pandemia. Por ejemplo, una evaluación previa a la pandemia encontró altas divergencias en el precio de oxígeno pagado en las distintas regiones, una variabilidad que apunta a la ausencia de mecanismos centralizados y coordinados de adquisición de medicamentos (Ugarte 2020: 16).

La fragmentación se da en un contexto que ha permitido una fuerte participación de actores privados, debilitando la capacidad del estado central de priorizar a quién (en base a criterios como stock, número de casos, vulnerabilidad de la población) entregar el insumo crítico o controlar los precios. El Estado retrocedió y recursos sensibles como el oxígeno, o recursos humanos, fueron ofrecidos al mejor postor, permitiendo abuso por parte de los proveedores de oxígeno.

La competencia era entre DIRESAs de todo el país. Con Junín, con Huancaavelica, me acuerdo con San Martín. Una vez llegó un barco con 300 balones, me acuerdo, y por el contacto que teníamos, el señor nos llama y nos dice “si ustedes compran con efectivo, a ustedes les separamos 100 balones”, cosas así había, ¿no? Increíble era eso. (Entrevista 3. Autoridad Regional. Huamanga. Mayo 2022)

En el caso de los recursos humanos, las regiones con mayor capacidad económica ofrecían mejores condiciones, y esto, como lo narra el funcionario de Ayacucho, llegó a dismantlar planes para brindar atención a zonas alejadas, como Puquio.

En Puquio, por ejemplo, hemos implementado camas UCI, ¿por qué? Porque teníamos un médico internista, que dijo “yo voy a hacer funcionar esta cama UCI.” Hemos implementado dos camas UCI, me recuerdo, en Puquio. Pero por otra oferta económica, nos abandonó. (Entrevista 9. Autoridad Salud. Huamanga. Mayo 2022)

Además, como veremos más adelante, a pesar de que se dieron normas para facilitar las adquisiciones de oxígeno a los pocos meses de iniciarse la pandemia, los espacios regionales seguían tomando decisiones utilizando la normativa anterior en función de su autonomía.

En Ayacucho, este fraccionamiento contribuyó a la descoordinación entre el gobierno regional y EsSalud. Desde el gobierno regional se crearon espacios de coordinación multisectorial. Sin embargo, los representantes de EsSalud en la región no priorizaron estos espacios y evitaron participar (Entrevista 1, Funcionario Público, Huamanga Mayo 2022) pese a que la falta de coordinación ponía en riesgo la salud de las y los asegurados de EsSalud. El hospital de EsSalud de Huamanga, Ayacucho no contaba en marzo del 2020 con una planta de oxígeno, ni con isotanques que les permitiera almacenar grandes cantidades de oxígeno como los hospitales del MINSA.

En cuanto a la atención de los pacientes con COVID-19, si bien existen marcos que permiten intercambio prestacional entre EsSalud y el MINSA, es decir si los asegurados de EsSalud son atendidos en establecimientos de la Red del MINSA, EsSalud debe pagar por estas atenciones (y viceversa), en el caso de las atenciones por COVID-19, EsSalud no reconoció estos pagos.

A ellos (EsSalud) se les acababa totalmente, no tenían balones, no tenían oxígeno, y nos dejaban a sus pacientes en nuestro hospital.

(Entrevistador) Pero allí ha habido una contraprestación, ¿EsSalud ha pagado?

No pagó nada. Nunca pagó nada, hasta ahora (Entrevista 3. Autoridad Regional. Huamanga. Mayo 2022)

Es más, de acuerdo con varios actores, pese a no contar con oxígeno en sus establecimientos, EsSalud no facilitó el traslado de pacientes con COVID-19 a los hospitales del MINSA. En algunos casos, los pacientes se vieron obligados a pedir su alta voluntaria, y buscar ellos mismos cómo llegar a los hospitales del MINSA, y asumir los gastos, pese a estar asegurados.

Incluso (las personas con COVID-19) preferían pagar su dinero porque, ¿qué dicen las normas? Para que tú puedas salir de ese hospital, de EsSalud para acá (MINSA), tiene que haber una carta de garantía, ¿no? para que sea cubierto por el seguro (EsSalud), pero lamentablemente EsSalud, a pesar de que estaba colapsado, no, no querían dar las cartas de garantía, entonces la, la gente, ¿qué hacía? pedía su alta voluntaria, ¿no? y se venía para acá, para el hospital (Entrevista 9. Autoridad Salud. Huamanga. Mayo 2022).

Cuarto, el proceso de descentralización es también relevante para entender la dificultad de gestionar el sistema. Desde el año 2002 se inició en el Perú un proceso de descentralización que ha otorgado a gobiernos regionales responsabilidades de gestión en salud. Ese proceso no tuvo en cuenta las enormes

brechas de capacidades entre regiones y brindó demasiado control sobre el nombramiento de autoridades regionales de salud a los políticos locales. Ello ha conducido a que, como mencionábamos antes, se fragmente todavía más el sistema y que no se haya reforzado la meritocracia en la gestión.³ Estas disparidades, fueron clave en lo que fue la calidad de respuesta diferenciada ante la pandemia y la gestión de la demanda de oxígeno en las regiones.

Pero además el proceso de descentralización no ha generado un espacio para reflexionar sobre las necesidades específicas de cada región, respecto a, por ejemplo, la distribución de recursos. Las políticas y protocolos de atención son nacionales, así como los parámetros para decidir sobre la distribución de la infraestructura, limitando las capacidades de innovación en las regiones. Como se ha señalado, en el caso de Ayacucho, la presencia de dos isotanques fue casi casual, pues deberían contar sólo con uno. Por otra parte, el proceso de descentralización, en un sistema de salud fraccionado como el peruano, no cuenta con mecanismos de coordinación regional entre los sub sistemas. Durante la pandemia las autoridades de salud regionales no tenían mecanismos para lograr que EsSalud, que es un asegurador y proveedor de servicios de salud público, participe activamente en los espacios de coordinación. La descentralización de la salud tuvo, entre sus principios acercar las decisiones sobre la salud a las y los usuarios, crear canales para una mejor rendición de cuentas (Cotlear, et al. 2015). El modelo, aún centralizado de EsSalud, no es tan permeable a las demandas de los pobladores. Los gerentes, puestos de jefatura, son nombrados a nivel central por EsSalud. Para las autoridades regionales había un costo político en la respuesta a la pandemia, la población los hacía responsables. En el caso de EsSalud, esta presión no es similar.

En resumen, un primer punto, es que el sistema peruano es estructuralmente débil y algunas de sus características y reformas más recientes, como la tercerización de servicios y la descentralización, incrementaron esta debilidad con impacto en la provisión de oxígeno. Todas estas dimensiones estructurales hubiesen dado lugar, sin duda, a enormes problemas en la gestión de este recurso durante la pandemia. Fortalecer al Estado y mejorar la gestión, dentro de lo posible, tomó casi dos años, durante los cuales se incorporaron plantas de oxígeno e incrementaron los sistemas de distribución y gestión de este recurso. La imagen, sin embargo, estaría incompleta si no incluimos una reforma normativa crucial emitida el 2010 que se engarza con esta debilidad para impactar en el mercado de oxígeno y hacer más complicado que el sistema de salud pueda responder efectivamente una vez producida la emergencia.

³ A partir de 2006 (inicio del gobierno de Alan García Pérez), los jefes de las Direcciones Regionales de Salud (DIRESA) son designados por los gobiernos regionales, no necesariamente por sus competencias profesionales. Antes eran designados en un concurso en el que participaba el MINSA.

III. LA RESOLUCIÓN MINISTERIAL N° 062-2010/MINSA Y SU IMPACTO EN EL MERCADO DE OXÍGENO.

En enero del año 2010, el Ministerio de Salud decidió establecer por medio de una Resolución Ministerial (N° 062-2010/MINSA) ciertos estándares de calidad para una serie de medicinas y recursos de uso generalizado en los servicios de salud. Esta lista es conocida como el Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales (PNUME). El objetivo de la medida era brindar cierto orden y uniformidad para las adquisiciones en un sistema fragmentado. Entre estos insumos estaba el oxígeno medicinal, el cual se recomendaba adquirirlo con una pureza del 99%. Este era un cambio considerable que pasó desapercibido para las autoridades del ministerio y para la sociedad en general. Hasta entonces, el oxígeno se comercializaba en porcentajes de pureza mayores al 93%. Las razones para la medida habrían sido técnicas: supuestamente la alta concentración sería más efectiva para recuperar los niveles normales de oxígeno en los pacientes. La norma traía, sin embargo, varios inconvenientes. Para comenzar, exigir una pureza por encima del 93%, porcentaje que es usual en muchos otros países y se reconoce que logra los efectos positivos buscados sobre pacientes con niveles bajos de oxigenación, incrementa los costos al incluir procesos bastante más complejos y costosos.

La medida hacía más difícil producir oxígeno en el país y constituyó, en una opinión de la Comisión de Defensa de la Libre Competencia del Instituto para la Competencia y la Propiedad Intelectual (INDECOPI), una barrera no justificada de acceso al mercado: “Así, se debe considerar que el oxígeno para uso medicinal con una concentración de 93% a más está incluida en la farmacopea de Europa y en el reglamento de uso de gases de Chile. Adicionalmente, en relación con ello, el Instituto de Evaluación de Tecnologías de Salud e Investigación (IETSI) en el 2017, concluyó que no se ha encontrado evidencia de alguna guía clínica que indique una preferencia sobre el porcentaje de oxígeno a utilizar entre el 93% y 99% de concentración.” (Indecopi 2020: 32)

Esta norma, como era de esperarse, tuvo efectos de retroalimentación sobre el mercado de oxígeno y el sistema de salud en general. De acuerdo con Pierson (1993, 1994), las políticas públicas no son solo producto de la política, ellas también “crean” política: afectan el balance de poder en la sociedad, determinan los recursos disponibles por los actores públicos y privados. Las políticas y normas producen oportunidades, declaran ganadores y perdedores. En este caso, la medida tuvo efectos de retroalimentación positivos en el mercado de oxígeno medicinal en el país, fortaleciendo a los ganadores y debilitando o incluso excluyendo a los perdedores. La norma benefició a los proveedores capaces de lograr ese tipo de producción de alta concentración y distribuirla y debilitó y fue desapareciendo a productores capaces de obtener oxígeno de menor pureza. Además, esta alta concentración eliminaba los sistemas de producción de los hospitales, incapaces de llegar a similar pureza, y promovía que

la tecnología de distribución, almacenamiento y los servicios técnicos fueran más dependiente de los productores.

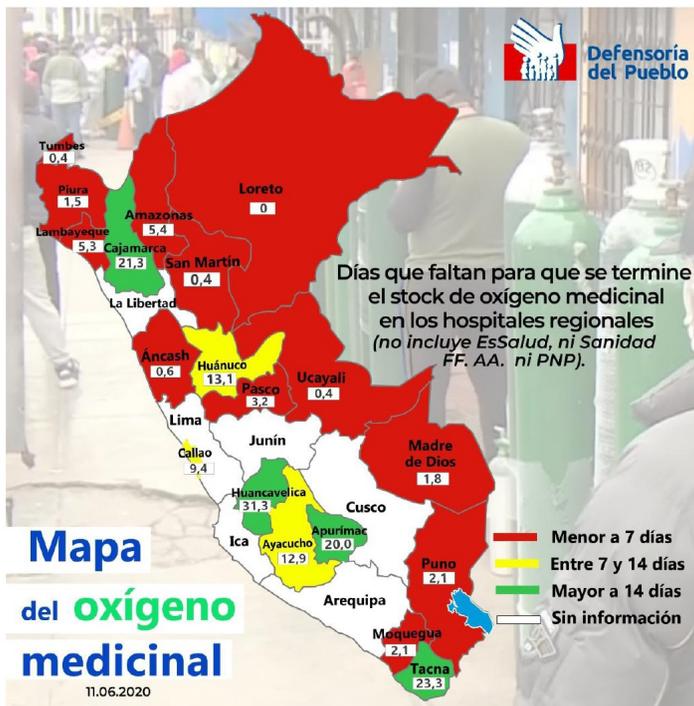
El informe del INDECOPI sobre el mercado de oxígeno, realizado en octubre del 2020 en medio de la pandemia, resalta este punto: “Por su parte, se identificó que la oferta en los procesos de selección convocados por las instituciones públicas para adquirir oxígeno medicinal se encuentra altamente concentrada. La alta concentración en las compras públicas de oxígeno estaría asociada a: i) una concentración empresarial económica, y ii) una barrera de entrada impuesta por el requisito del nivel de pureza requerido. Al respecto, se identificó que el requisito de utilización del oxígeno del 99% al 100% impuesto por el Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales (PNUME) podría afectar la competencia, debido a que los hospitales toman de referencia este documento para realizar sus requerimientos de oxígeno medicinal. Por ello, empresas pequeñas que solo producen oxígeno al 93% de pureza no pueden participar en los procesos de adquisición convocadas por el Estado.” (Indecopi 2020: 2-3) De esta forma, a inicios del 2019, la concentración se elevó luego de la fusión de las matrices de dos de las principales empresas proveedoras de oxígeno medicinal: Praxair Perú S.R.L. y Linde Gas Perú S.A (Indecopi 2020).

El problema no se hizo visible en los años siguientes a la adopción de la norma, a pesar de generar costos variables entre regiones. No existió una discusión pública del tema ni cómo se justificaba aquel impacto diferenciado. Entidades estatales a cargo de la adquisición o supervisión de insumos de salud tampoco se pronunciaron sobre estos efectos en el mercado de oxígeno. Hubo en el año 2012 una demanda ante el INDECOPI por parte de productores que tenían licencias para comercializar oxígeno por debajo de ese porcentaje de pureza. El INDECOPI resolvió (Resolución 0334-2012/CEB-INDECOPI) que en el caso de los productores la medida constituía una barrera injustificada de acceso al mercado pues no se sustentaba en una razón técnica. Sin embargo, ello no afectó la aplicación general de la norma. Asimismo, como se recogía en el informe de INDECOPI del 2020 citado antes, ya en el año 2017 el Instituto de Evaluación de Tecnologías de Salud e Investigación (IETSI) de ESSALUD había concluido tras revisar recomendaciones de la OMS y guías clínicas internacionales no existía diferencia en términos “de eficiencia o seguridad” al utilizar una concentración entre 93% a 99% (IETSI 2017). El informe aprobaba el uso de esa concentración donde no se encontrase la concentración recogida en la normativa. No obstante, la norma continuó vigente.

Esta situación de desinterés y desatención en parte se explica porque el sistema de adquisición, a pesar de los problemas señalados, permitía responder a las necesidades normales de oxígeno de los servicios de salud. Sin embargo, al iniciarse la pandemia, quedó más claro que existía una gran diferencia en cuanto a las capacidades de cada región para obtener y almacenar oxígeno dependiendo, en parte, de su relación con estos proveedores. Mientras algunos hospitales tenían mayor cercanía a plantas de producción de alto volumen y contaban con isotanques (como en el caso de los hospitales del MINSA de Huamanga, Aya-

cucho) que permitían guardar grandes cantidades de oxígeno líquido, otros debían utilizar tanques de bajo volumen y corta duración (como el hospital de EsSalud de Huamanga, Ayacucho), lo cual fue claramente insuficiente en pandemia. Esto generó que se rompieran stocks, afectando la atención de los pacientes de COVID-19. Uno de los diversos informes de la (Defensoría del Pueblo 2020b) sobre el mercado de oxígeno, elaborado cuando la primera ola amenazaba con acabar con las reservas, ilustra tanto la gravedad de la situación como la disparidad regional en el almacenamiento de oxígeno.

Figura 1. Mapa del Oxígeno Medicinal



Fuente: (Defensoría del Pueblo 2020b)

Recién el 4 de junio del 2020, tres meses después de iniciada la emergencia y en medio de la primera ola pandémica, se reacciona en parte frente a esta realidad y se aprueba el Decreto de Urgencia N° 066-2020, que autoriza a los centros de salud a usar oxígeno con un grado de concentración del 93% en línea con otras normas técnicas internacionales. Esta medida facilitaría tanto que en los próximos meses surjan otros productores en el mercado a menor costo como la importación de plantas capaces de producir en esa menor concentración. Además, la norma declaró al oxígeno medicinal como elemento de interés nacional y privilegia su producción sobre el uso industrial (en el Perú, antes de la pandemia, el oxígeno era usado en su mayoría en la minería).

Si bien desde entonces aumentaron las plantas, ello no impediría otro periodo de escasez durante la segunda ola que golpeó al país entre enero y junio del 2021, incluso tras la reducción al 93%. INDECOPI encontró que en los meses previos a la segunda ola se seguía solicitando como requisito en una mayoría de procesos (77%) de adquisición de oxígeno por parte de las Direcciones Regionales una pureza de 99% (INDECOPI 2020:35). En un caso documentado por la entidad se justificó ese porcentaje por ser supuestamente mejor esa pureza para los pacientes. Hasta el momento, el PNUME no se actualiza en línea con la Resolución Ministerial, con lo cual dicha norma sigue recomendando el uso de oxígeno de mayor pureza.

A pesar de la importancia de esta norma, el requisito de la pureza del oxígeno de 99% o el cambio de la normativa no fue mencionado en nuestras entrevistas en Ayacucho. Y si bien las autoridades de salud identifican que, a marzo del 2020, en el país existían dos proveedores de oxígeno medicinal, la normativa del 2010 no fue criticada ni mencionada como una de las barreras para la adquisición del recurso. La escasez de oxígeno es algo con lo que las autoridades de salud aprendieron a lidiar, aceptando que era con los actores privados con los que se tiene que negociar, tanto para el oxígeno como para la compra de medicamentos esenciales como midiazolam y el bromuro de rocuronio (utilizados en los pacientes intubados en las unidades de cuidados intensivos). La escasez se menciona como algo normal, con lo que se debe convivir y para los funcionarios, de alguna manera, se entiende que se debe hacer lo que esté a su alcance (Entrevista 6 Personal de Salud Ayacucho mayo 2022). En el caso de Ayacucho, la existencia, casi casual de dos isotanques en establecimientos del MINSA, es presentada como la condición física que les permitió enfrentar la pandemia, no romper con el stock de oxígeno, continuar con la atención a las personas que requerían el tratamiento con oxígeno y reducir la mortalidad por COVID-19.

Queda claro que una mala decisión administrativa sin sustento técnico, tomada sin suficiente discusión y con efectos estructurales en el mercado de oxígeno tuvo enormes consecuencias negativas en la disposición de oxígeno durante la pandemia. ¿Qué motivó esta decisión y cómo pasó desapercibida? En algunas de nuestras entrevistas se resalta algo que consideramos cierto: la ausencia de *expertise* en distintos niveles del Estado central y regional hace que no existiera la capacidad estatal para detectar y denunciar una norma como esta, permitiendo su continuidad. Es claro que la debilidad técnica y la ausencia de espacios técnicos descentralizados sean relevantes para explicar este resultado, de hecho, es uno de los legados estructurales mencionados en nuestra explicación. Sin embargo, sin poder afirmarlo, hay distintos hechos que nos llevan a considerar probable que influencias indebidas deben haberse ejercido para adoptar y dar continuidad a una norma que tuvo beneficiarios y afectados muy concretos. No hemos logrado dilucidar cómo entró ese porcentaje preciso en una norma que buscaba el bienestar del sistema, pero resalta por su total desconexión con las recomendaciones internacionales. ¿Quién impulsó un porcentaje tan alto? Luego, ante la resolución de INDECOPI del 2012, que señalaba todos es-

tos problemas y que la decisión del IETSI no encontraba diferencia entre ambas concentraciones, no se produjeron cambios necesarios, lo que apunta a la defensa de la continuidad de lo aprobado. Un pendiente es, entonces, conocer en mayor detalle quiénes empujaron esta decisión e impidieron su modificación a pesar de las alertas.

En resumen, se observa que no solo fueron carencias estructurales. Una norma concreta se engarzó con la debilidad preexistente, así como con la tercerización común en el sistema y la desigual capacidad estatal promovida por la descentralización, para incrementar las brechas de oferta del recurso. Hubo también más razones para la carencia de oxígeno que discutimos en la conclusión. Sin minimizar estas responsabilidades, creemos que es en estos legados previos donde se encuentra la raíz de nuestra tragedia nacional: aun reaccionando rápido las bases estructurales e institucionales ya habían disminuido nuestra capacidad de producir oxígeno.

IV. CONCLUSIÓN

Estos aspectos no agotan los problemas de la provisión de oxígeno en la pandemia. También creemos que, ya iniciada la pandemia y con graves problemas de escasez conocidos, presenciarnos el efecto de una suerte de “trampa de política” sobre oficinas estatales que no utilizan con regularidad funciones que les asigna la ley, una suerte de atrofiamiento institucional. (Holland 2017) denomina “*policy traps*” a la situación en que, producto de antecedentes en reformas, políticas públicas o decisiones de gobierno, se adopta una trayectoria de la cual es difícil ya escapar. Así, cuando los arreglos generados por la política pública se enraízan, se puede hablar de la existencia de una “trampa”, una situación que limita el campo de maniobra de los políticos o burócratas para modificarlas (Bril-Mascarenhas y Post 2015; Holland 2017).

Algo similar se observa en las áreas que debían responder desde la autorización de procedimientos médicos a las urgencias de la pandemia. Se encontraban debilitadas por décadas de “no hacer”, pues no habían realizado sus funciones, privilegiando más bien otras (ej. autorización de medicamentos) por el tipo de políticas adoptadas en el país en temas de insumos y medicamentos. En el caso del oxígeno, la industria médica local no había recibido tanta atención estatal tanto por políticas que favorecieron la importación de productos como por la ausencia de políticas de incentivo para el desarrollo de este tipo de desarrollo tecnológico. En ese contexto, lograr autorizaciones para dispositivos, plantas de producción y actuar con flexibilidad se hizo más difícil. Y hubo también una lenta reacción de las oficinas estatales a cargo de autorizar la importación de oxígeno. Los legados de la debilidad estatal impiden el aprendizaje rápido, urgente en una emergencia como la vivida.

Hay además una dimensión de corrupción difícil de documentar que cruza todos estos problemas y, sospechamos, demoró la aplicación de la nueva norma

del 93% al seguir exigiendo el porcentaje de pureza anterior en las compras. Esta dimensión en general está presente en la relación entre el sistema de salud y proveedores en el Perú y América Latina. Aunque en este artículo nos hemos concentrado en las causas que explican la escasez y manejo deficiente del recurso al inicio de la pandemia, estas dimensiones -institucional y de corrupción - también ayudan a entender la demora en la respuesta y debe estudiarse en más detalle al ser un problema general en el Estado peruano.

Hay también que incluir elementos que se escapan de nuestros análisis del sector salud, como la alta inestabilidad política que vivió el país en esos meses, con conflictos constantes entre el Poder Ejecutivo y el Congreso que incluso dieron lugar a la vacancia del presidente Martín Vizcarra en noviembre del 2020. Hubo cambios ministeriales que afectaron la gestión, tanto por la inestabilidad como por un escándalo por la vacunación ilegal de altos funcionarios. El artículo se centra en los temas vinculados a las debilidades del sistema de salud, aunque la inestabilidad política sin duda también afectó la gestión del oxígeno medicinal.

En términos más generales, creemos que la crisis del oxígeno nos ofrece una ilustración exagerada de muchas cosas que están mal en el Estado, no solo en el sector salud, y que pasan relativamente desapercibidas en tiempos normales. No es una excepción, sino la constatación de una serie de problemas que fueron visibilizados por la pandemia. A nivel teórico, nos recuerda en qué medida el Estado es una “caja negra”, donde hay regulaciones, costumbres y decisiones que impactan en la sociedad que pueden pasar relativamente desapercibidas. Y ello será más claro en Estados débiles, o áreas débiles del Estado como la salud. La forma en que se manejó el recurso antes de la pandemia, la concentración en pocos proveedores, la ausencia de una mirada comparada que permita reconocer el sinsentido de una norma de pureza como la existente, muestran un Estado que carece a su interior de miradas más técnicas y autónomas que visibilicen estos problemas de política pública que afectan a buena parte de la población. También, muy probablemente, a un Estado con problemas de corrupción e influencias externas.

La pandemia hizo visible los problemas de estos arreglos institucionales previos, pero los mismos habían existido buen tiempo sin ser corregidos. Algo similar ocurre en diversas áreas del Estado donde soluciones sub óptimas se han instalado y pasan desapercibidas, sea por el poder de los ganadores de estos arreglos, la corrupción o el simple desconocimiento de mejores soluciones. Estas áreas opacas llevan a arreglos institucionales inadecuados que pasan desapercibidas para la opinión pública o actores políticos y sociales y que pueden dar lugar a crisis como las vividas. Pensemos en procesos de compras estatales, adjudicación de licencias o concesiones, autorizaciones de medicamentos y tecnología, entre otros, similares a lo visto en el caso del oxígeno.

A un nivel más cercano a la política pública y el impacto de este tipo de investigación, el caso también nos ilustra sobre la importancia de explorar el funcionamiento del Estado y difundir los hallazgos entre actores políticos y de la socie-

dad civil para impulsar soluciones. Como muestra el caso, no se puede contar solo con el Estado y sus funcionarios para identificar estos nudos de política y arreglos sub-óptimos y resolverlos, menos si involucran actores poderosos que ven estas políticas y la debilidad estatal en general como funcionales a sus intereses. Investigar y conocer esta situación, señalando quiénes ganan con estos arreglos institucionales, los peligros de producirse una crisis y las vulnerabilidades que representan para los ciudadanos permiten balancear estos intereses en juego en áreas opacas para la opinión pública.

Concluimos con una preocupación: la crisis de oxígeno ha permitido desarrollar una red de plantas en diversos centros de salud del país y otros espacios donde se atendió dicha necesidad. No encontramos en nuestra investigación una idea clara de cómo se iba a tratar el tema en tiempos normales. ¿Se van a aprovechar las plantas para reducir la dependencia de proveedores privados?, ¿cuántas son necesarias?, ¿cuáles son los costos de mantenerlas?, ¿cómo se regulará la pureza en adelante? Terminada la pandemia, y alejados los focos de atención sobre la producción de oxígeno, preocupa que volvamos a los arreglos previos o a otros nuevos que no tengan al paciente y la ciudadanía en el centro de sus decisiones. Y que nos vuelven a hacer vulnerables ante otra situación como la vivida. La tragedia está anunciada.

REFERENCIAS

- Barria, Cecilia. 2021. Coronavirus: Cómo Funciona El Mercado Del Oxígeno Y Qué Se Puede Hacer Para Evitar Su Escasez En Medio De La Pandemia. En *BBC News Mundo*.
- Bazo, Ana. 2020. Servicios No Personales: El Tipo De Contrato Que Desprotege Al Personal De La Salud En Medio De La Covid-19. En *RPP Noticias*.
- Bril-Mascarenhas, Tomás y Alison E. Post. 2015. "Policy Traps: Consumer Subsidies in Post-Crisis Argentina." *Studies in Comparative International Development* 50(1): 98-120.
- Carrasco-Escobar, Gabriel, Edgar Manrique, Kelly Tello-Lizarraga y J. Jaime Miranda. 2019. "Travel Time to Health Facilities as a Marker of Geographical Accessibility across Heterogeneous Land Coverage in Peru." *Frontiers in public health* 8: 525-532.
- Carrillo-Larco, Rodrigo M., Wilmer Cristobal Guzman-Vilca, Fabiola Leon-Velarde, Antonio Bernabe-Ortiz, M. Michelle Jimenez, Mary E. Penny, Camila Gianella, Mariana Leguía, Pablo Tsukayama, Stella M. Hartinger, Andres G. Lescano, María Sofía Cuba-Fuentes, Yuri Cutipé, Francisco Diez-Canseco, Walter Mendoza, Cesar Ugarte-Gil, Andrea Valdivia-Gago, Carol Zavaleta-Cortijo y J. Jaime Miranda. 2022. "Peru – Progress in Health and Sciences in 200 Years of Independence." *The Lancet Regional Health – Americas* 7: 1-17.
- Ccoillo, Melina. 2021. Trece Regiones Tienen Un Riesgo Alto De Quedarse Sin Oxígeno Medicinal. En *Salud con Lupa*.
- Colegio de Obstetras del Perú. 2021. 3123 Obstetras Se Infectaron De Covid-19 Y 41 Han Fallecido. En *Colegio de Obstetras del Perú*.
- Colegio Médico del Perú. 2020. El Perú Ocupa El Tercer Lugar En Ranking De Médicos Fallecidos En América Latina a Causa Del Covid -19. En *Colegio Médico del Perú*.
- Collins, Dan. 2020. 'We Are Living in a Catastrophe': Peru's Jungle Capital Choking for Breath as Covid-19 Hits. En *The Guardian*.
- Comisión Especial de Seguimiento a Emergencias y Gestión de Riesgo de Desastres 2020-2021. 2021. Informe: Estado Situacional Actual En Las Regiones Del País Respecto De La Capacidad De Respuesta Contra La Covid-19. Lima: Congreso de la República.

- Comisión Interventora del Seguro Integral de Salud. 2017. Informe Final De La Comisión Interventora Del Seguro Integral De Salud. Lima: Ministerio de Salud.
- Comité de Alto Nivel sobre el COVID-19. 2021. Informe Sobre Las Causas Del Elevado Número De Muertes Por La Pandemia Del Covid-19 En El Perú. Lima: Consejo Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación - Concytec.
- Cotlear, Daniel, Octavio Gómez-Dantés, Felicia Knaul, Rifat Atun, Ivana C. H. C. Barreto, Oscar Cetrángolo, Marcos Cueto, Pedro Francke, Patricia Frenz, Ramiro Guerrero, Rafael Lozano, Robert Marten y Rocío Sáenz. 2015. "Overcoming Social Segregation in Health Care in Latin America." *The Lancet* 385(9974): 1248-1259.
- Defensoría del Pueblo. 2020a. Crisis Del Oxígeno Para Pacientes De Covid-19: Alternativas De Solución. Serie Informes Especiales N° 017-2020-Dp. Lima: Defensoría del Pueblo.
- . 2021. Defensoría Del Pueblo: Urge Contar Con Mayor Número De Médicos Especialistas Y Camas Uci En Ayacucho. Lima: Defensoría del Pueblo.
- . 2020b. Mapa Regional Del Oxígeno Medicinal. Mapa Del Oxígeno Medicinal 24, 25 Y 26 De Junio De 2020. Lima: Defensoría del Pueblo.
- El Peruano. 2021. Se Superó Déficit De Oxígeno. Anuncia Ministro De Salud, Óscar Ugarte. En *El Peruano*.
- Gestión. 2020. Minsa: Hay Déficit De 24,000 Profesionales De La Salud Para Enfrentar Pandemia. En *Gestión*.
- . 2021. Ugarte: Déficit De Oxígeno Medicinal En Perú Pasó De 110 Toneladas a Menos De 100. En *Gestión*.
- Gianella, Camila, Edmundo Beteta, Daniel Cotlear, Pedro Francke, Margarita Petrerá, Daniel Rojas, Stèphanie Rousseau y Carmen Yon. 2020. Fortalecer El Sistema De Salud Público Para La Equidad En Salud: Una Necesidad Impostergable. Lima: Cisepa, Hans-Seidel-Stiftung.
- Hinostrero, Carlos. 2020. Covid-19: ¿Cuántas Camas Uci Disponibles Hay a Nivel Nacional? En *Gestión*.
- Holland, Alisha C. 2017. *Forbearance as Redistribution: The Politics of Informal Welfare in Latin America*. Cambridge Studies in Comparative Politics. Cambridge: Cambridge University Press.
- Indecopi. 2020. Sobre El Mercado Del Oxígeno Medicinal. Lima: Indecopi.
- Instituto de Evaluación en Tecnologías de salud e Investigación. 2017. Dictamen Preliminar De Evaluación De Tecnología Sanitaria N° 029-Sdepyots-Dets-Ietsi-2017. Uso De Oxígeno Medicinal Al 93% En Pacientes Oxígeno Requirientes. Recuperado el 23 de marzo de 2024 de http://www.essalud.gob.pe/ietsi/pdfs/directivas/DICT_029_SDEPFYOTS_DETS_2017.pdf: ESSALUD
- Kanavos, Panos, Georgia Colville Parkin, Kamluis Bregtje y Jennifer Gill. 2019. Latin America Healthcare System Overview. A Comparative Analysis of Fiscal Space in Healthcare. London: LSE Consulting, London School of Economics and Political Science.
- Kaufman, Robert y Joan M Nelson (ed. eds.). 2004. "Crucial Needs, Weak Incentives: Social Sector Reform, Democratization and Globalization in Latin America." Baltimore: Woodrow Wilson Center and The Johns Hopkins University Press.
- Medical Devices and Diagnostics (MDD). 2020. "Covid 19 and the Oxygen Bottleneck." *Bulletin of the World Health Organization* 8: 586–587.
- Ministerio de Salud - DIGEMID. 2021. Gasto De Bolsillo En Salud Y Medicamentos. Lima: Ministerio de Salud
- Ministerio de Salud. 2021. Diagnóstico De Brechas De Infraestructura Y Equipamiento Del Sector Salud. Lima: Ministerio de Salud.
- . 2020a. Información De Recursos Humanos En El Sector Salud En El Marco De La Pandemia Covid – 19. Peru: 2020. Lima: Ministerio de Salud.
- . 2020b. Resolución Ministerial N.° 239-2020-Minsa. editado por Ministerio de Salud. Lima.
- Montenegro, José Antonio. 2020. Perú: El Potencial Y La Oportunidad De Su Economía. En *CNN*.

- OECD. 2020. Health at a Glance: Latin America and the Caribbean 2020. Recuperado el 23 de marzo de 2024 de <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/63d94877-en/index.html?itemId=/content/component/63d94877-en#section-d1e84>
- . 2017. *Oecd Reviews of Health Systems: Peru 2017*. Paris: OECD.
- Petrera Pavone, M y E Jiménez Sánchez. 2018. "Determinantes Del Gasto De Bolsillo En Salud De La Población Pobre Atendida En Servicios De Salud Públicos En Perú, 2010-2014." *Rev Panam Salud Publica* 42(e20), 1-7.
- Pierson, Paul. 1994. *Dismantling the Welfare State?: Reagan, Thatcher and the Politics of Retrenchment*. Cambridge Studies in Comparative Politics. Cambridge: Cambridge University Press.
- . 1993. "When Effect Becomes Cause: Policy Feedback and Political Change." *World Politics* 45(4): 595-628.
- Ponce de Leon, Zoila. 2021. Sistema De Salud En El Perú Y El Covid-19. Escuela de Gobierno PUCP. Recuperado el 23 de marzo de 2024 de <https://repositorio.pucp.edu.pe/index/handle/123456789/176598>.
- Tenorio-Mucha, Janeth, María Lazo-Porras, Alexander Monroy-Hidalgo, German Málaga y María Kathia Kathia Cárdenas. 2020. "Precios De Medicamentos Esenciales Para El Manejo Y Tratamiento De La Covid-19 En Establecimientos Farmacéuticos Peruanos Públicos Y Privados." *Acta Médica Peruana* 37(3): 267-277.
- Torres, Fabiola. 2020. Sin Respiro: Unidades De Cuidados Intensivos Necesitan 700 Médicos. En *Salud con Lupa*.
- Uchoa, Pablo. 2021. Coronavirus: Cómo La Covid-19 Está Causando Una "Crisis De Oxígeno" En América Latina Y Algunos Países En Desarrollo. En *BBC World Service*.
- Ugarte, Oscar. 2020. Evaluación De Los Precios De Los 40 Principales Medicamentos Adquiridos Por Essalud Entre Los Años 2014 Y 2018. Documento Personal.
- World Health Organization. 2021. Who Technical Consultation on Oxygen Access Scale-up for Covid-19. Recuperado el 23 de marzo de 2024 de <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/342817/9789240031517-eng.pdf?sequence=1>.

Recibido: 17 de enero del 2023.

Aceptado: 20 de marzo del 2024.

Eduardo Dargent Bocanegra. Doctor en Ciencia Política por la Universidad de Texas en Austin. Tiene además un máster en filosofía política de la Universidad de York, Reino Unido y Licenciado en Derecho por la pontificia Universidad Católica del Perú (PUCP). Es profesor Principal del Departamento de Ciencias Sociales de la PUCP.
Email: edargent@pucp.edu.pe

Camila Gianella. Doctora en psicología por la Universidad de Bergen (Noruega). Tiene además una maestría en salud internacional del Charité - Universitätsmedizin Berlin, y es licenciada en psicología por la Pontificia Universidad Católica del Perú, donde actualmente es profesora auxiliar en el Departamento de Ciencias Sociales.
Email: gianella.c@pucp.edu.pe

