



USAID
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS
UNIDOS DE AMÉRICA



FOTO: MINISTERIO DE SALUD DEL PERÚ

ESTUDIO DEL APOYO DE USAID A LA RESPUESTA DEL PERÚ FRENTE A LA PANDEMIA POR COVID-19, 2020-2022

Noviembre, 2023

Esta publicación fue producida por encargo de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). Fue preparado independientemente por Giovann Alarcón, Gustavo Rossell y Rafael López, consultores de EnCompass LLC para Monitoreo, Evaluación y Aprendizaje para la Sostenibilidad (MELS) (Contrato No. 72052719D00001). Las opiniones expresadas en esta publicación no reflejan necesariamente las opiniones de USAID o del Gobierno de los Estados Unidos.

CONTENIDO

CONTENIDO	ii
SIGLAS Y ACRÓNIMOS	iv
RESUMEN EJECUTIVO.....	v
Propósito y Alcance	v
Metodología	v
La Intervención.....	vi
Resultados de la Intervención.....	viii
Lecciones Aprendidas.....	ix
Conclusiones.....	xi
PROPÓSITO Y PREGUNTAS DEL ESTUDIO.....	1
Propósito	1
Preguntas del Estudio.....	1
Alcance.....	1
METODOLOGÍA	3
Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos	3
Muestra	3
Trabajo de Campo.....	4
Procesamiento y Análisis de la Información.....	5
CONTEXTO	6
LA INTERVENCIÓN DE USAID/PERÚ.....	11
Diseño de la Intervención.....	11
Estrategias Utilizadas durante la Implementación	18
RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN.....	25
Alcance de la Intervención	25
Fortalecimiento de Capacidades Institucionales.....	26
Fortalecimiento de Capacidades Institucionales para Responder a Situaciones Futuras Similares	28
LECCIONES APRENDIDAS	30
Diseño y Coordinación de las Actividades.....	30
Gestión y Administración de las Actividades.....	31
Operación y Sostenibilidad de las Actividades	32
BUENAS PRÁCTICAS.....	35
CONCLUSIONES	36
RECOMENDACIONES	39
Diseño y Coordinación de las Actividades.....	39
Gestión y Administración de las Actividades.....	41
Operación y Sostenibilidad de las Actividades	43
REFERENCIAS.....	46
Anexo 1: Equipo del Estudio.....	48
Anexo 2: Fact Sheets de las Actividades	49
Socios en Salud.....	50
Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas (CEDRO).....	52
PRISMA NGO.....	53
Local Health System Sustainability Project - Peru (LHSS-Peru) by Abt Associates.....	54
Pan American Health Organization (PAHO)	55
Anexo 3: Instrumentos para las Entrevistas a Profundidad.....	56

Guía de Entrevista para Equipos de USAID/Perú	56
Guía de Entrevista para Equipos de Socios Implementadores.....	59
Guía de Preguntas para Funcionarios y Servidores Públicos de MINSA, GERESA/DIRESA Y Otros	62
Anexo 4: Descripción de los Entrevistados	64
Anexo 5: Declaración de No Conflicto de Interes	66

SIGLAS Y ACRÓNIMOS

AOR	<i>Agreement Officer's Representative</i>
APCI	Agencia Peruana de Cooperación Internacional
APS	<i>Annual Program Statement</i>
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
CEDRO	Centro de Información y Educación para la prevención del Abuso de Drogas
DIRESA	Dirección Regional de Salud
ENSAP	Escuela Nacional de Salud Pública del Perú
EPP	Equipo de Protección Personal
GERESA	Gerencia Regional de Salud
INS	Instituto Nacional de Salud
LHSS	<i>Local Health System Sustainability Project</i>
MEF	Ministerio de Economía y Finanzas
MINSA	Ministerio de Salud del Perú
OGCTI	Oficina General de Cooperación Técnica Internacional
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PIO	Organización Pública Internacional
PBI	Producto Interno Bruto
RSI	Reglamento Sanitario Internacional
SES	Socios en Salud
UCI	Unidad de Cuidados Intensivos
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional

RESUMEN EJECUTIVO

PROPÓSITO Y ALCANCE

El propósito de este estudio es identificar lecciones aprendidas del apoyo de USAID/Perú a la respuesta del país frente a la pandemia de COVID-19, con la intención de mejorar la reacción de la agencia y de otros donantes frente a una nueva amenaza global para la salud o emergencia sanitaria.

El estudio comprende: i) el análisis de la flexibilidad de USAID/Perú para adaptar sus programas y operaciones, ii) el análisis de los diferentes procesos en la respuesta a la COVID-19 financiada por USAID/Perú, iii) el análisis de las contribuciones de las actividades de USAID/Perú al fortalecimiento de las capacidades de preparación y respuesta frente a futuras emergencias sanitarias, y iv) la identificación de lecciones aprendidas y buenas prácticas.

Cuatro preguntas guían el estudio:

1. ¿Cómo adaptó USAID sus programas y operaciones para responder a los diferentes momentos de la pandemia de COVID-19 y al contexto?
2. ¿Cómo respondieron USAID y los socios implementadores a la pandemia y al contexto?
3. ¿Cómo contribuyeron las intervenciones enfocadas en COVID-19 al fortalecimiento de la capacidad nacional de respuesta a epidemias y crisis humanitarias?
4. ¿Cuáles son las lecciones aprendidas que pueden ser útiles en futuras intervenciones?

El alcance del estudio se circunscribe al conjunto de actividades de cinco socios implementadores: Socios en Salud, PRISMA, Organización Panamericana de la Salud (OPS), *Local Health Systems Sustainability* (LHSS) y el Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas (CEDRO), desde su inicio en abril de 2020 hasta el cierre de la última actividad en febrero de 2023.

METODOLOGÍA

La metodología que se utilizó en este estudio fue principalmente cualitativa, dado el objetivo de describir la intervención y obtener lecciones aprendidas a partir de una mirada comprehensiva que recoja diversas perspectivas, individuales y colectivas.

La recolección de los datos se organizó en tres etapas. La primera etapa fue una revisión de escritorio de documentos de gestión de USAID/Perú y sus socios implementadores. La segunda etapa fue de entrevistas semiestructuradas y grupos focales con actores clave seleccionados por su cercanía y conocimiento del diseño e implementación de la intervención. En total, se entrevistó a 51 personas: 8 de USAID, 11 de los socios y 32 del Ministerio de Salud (MINSA) y gobiernos regionales. En la tercera etapa se realizó un taller de validación de los resultados y lecciones aprendidas con representantes de los mismos actores.

Para realizar el análisis de la intervención, el equipo procesó la información primaria y secundaria identificando los factores intervinientes, los métodos aplicados, los recursos utilizados y los resultados obtenidos. Dada las diferentes modalidades de la intervención asociadas a cada actividad, los actores y sus reflexiones aportan cada uno al conocimiento del contexto, la situación anterior y posterior a la intervención y el rol que jugaron. Esta información se organizó en matrices sobre la base de tres

perspectivas asociadas al rol que tuvieron en la intervención -USAID/Perú, los socios implementadores y el MINSA/GERESA/DIRESA- y cuatro ejes temáticos que correspondieron a las preguntas del estudio.

La respuesta a las preguntas del estudio está basada en el análisis de la información recogida. El nivel de detalle del análisis presentado está acotado por la calidad de la información brindada por los entrevistados.

LA INTERVENCIÓN

DISEÑO

Al inicio de la pandemia de la COVID-19, existía un pequeño equipo profesional en USAID/Perú que previamente había dirigido actividades relacionadas con la emergencia del Zika y la migración de ciudadanos venezolanos al Perú. Este equipo reconoció rápidamente la necesidad de movilizarse y colaborar con el país en su respuesta a la pandemia de la COVID-19, y se embarcó en la organización de una intervención local de manera expedita, diseñada específicamente para abordar las necesidades del sistema de salud peruano. La elección de trabajar en colaboración con socios locales permitió organizar una intervención altamente adaptable y contextualizada. Este enfoque también permitió la incorporación de nuevos conocimientos y mejores prácticas a medida que emergían, tanto a nivel local como global. Además, esta estrategia no solo aprovechó la experiencia técnica de los socios locales, sino que también capitalizó el compromiso que estos tenían para abordar los problemas de salud de sus propias comunidades.

El equipo de USAID/Perú y sus socios locales -Socios en Salud, CEDRO y PRISMA- no solo aportaron su conocimiento experto sobre el complejo sistema de salud peruano, sino también pudieron establecer relaciones efectivas con las autoridades nacionales y regionales que les permitieron brindar un apoyo rápido al país. En una segunda etapa, caracterizada por el énfasis en impulsar la vacunación como principal estrategia de combate contra la pandemia, la respuesta se enriqueció aún más con la incorporación de dos socios no locales: LHSS y la OPS.

La coordinación entre socios se facilitó debido a que estas actividades eran supervisadas por un único *Agreement Officer's Representative (AOR)*. De esta manera, USAID/Perú pudo delinear claramente las áreas de intervención de cada socio, tanto en términos geográficos como en cuanto a los ejes temáticos en los que brindaban asistencia técnica, para evitar duplicidades y sobreposiciones. Este esfuerzo inicial de establecer una estructura organizativa resultó valioso para garantizar una coordinación directa y efectiva entre todos los actores involucrados. Esta coordinación también permitió una distribución más eficiente de recursos y esfuerzos en beneficio de la respuesta a la pandemia en el Perú.

ESTRATEGIAS UTILIZADAS DURANTE LA IMPLEMENTACIÓN

La implementación de la intervención a través de múltiples socios involucró una diversidad de estrategias. Este proceso estuvo fuertemente influenciado por el contexto de emergencia generado por la pandemia, lo que demandó una ejecución ágil y rápida de las actividades. Como consecuencia, los procedimientos habituales de diseño, evaluación de la situación y planificación se vieron notablemente acortados. A continuación, se presentan algunas de las estrategias que permitieron la adaptación a circunstancias excepcionales e ilustran la capacidad de respuesta y flexibilidad ante desafíos imprevistos de parte de USAID/Perú y sus socios:

- Las diversas actividades fueron supervisadas por un único funcionario de USAID, quien además fue el punto focal dentro de USAID para los socios.
- Se estableció una plataforma de coordinación entre los socios implementadores que les permitió forjar alianzas estratégicas, formar equipos funcionales y aprovechar recursos compartidos.
- Los socios implementadores trabajaron predominantemente con las autoridades regionales y locales, aunque también se mantuvieron algunas actividades de asistencia técnica con el MINSa.
- Las actividades fueron presentadas a las autoridades nacionales y regionales al inicio de su implementación, lo cual permitió alinear la intervención con las prioridades de las contrapartes de gobierno y promover la apropiación de la intervención por parte de las autoridades y sus equipos.
- La ejecución de algunas actividades de corto plazo se vio potenciada por la incorporación a los equipos de coordinadores, asesores o equipos locales con la autonomía y autoridad suficiente para adaptar las actividades y responder rápidamente a cambios en el entorno.
- Algunas actividades incluyeron en su agenda las visitas de aprendizaje entre pares. Esta estrategia resultó valiosa para fortalecer las capacidades de los participantes, así como para fomentar la formación de equipos comprometidos y redes de cooperación entre pares.
- La inclusión de poblaciones vulnerables fue una prioridad para la intervención, que se dio a través de la ampliación de servicios de salud para comunidades alejadas, el trabajo cercano con líderes de estas comunidades y la inclusión de elementos culturales en el diseño de actividades específicas.
- En áreas remotas de poblaciones nativas de la Amazonía, la gestión de códigos culturales de comunicación y relaciones se convirtió en un componente esencial en la ejecución de las actividades. El enfoque gradual y constante de colaboración y trabajo directo con líderes comunitarios abrió las puertas de comunidades vulnerables que a menudo presentaban desafíos para la colaboración.
- La aprobación de un presupuesto general -y no por actividades- a cada socio implementador les permitió flexibilidad en la gestión de las operaciones en campo.
- La capacidad de aprendizaje e innovación de los socios implementadores favoreció una intervención dinámica que puede integrar nuevos conocimientos y adaptarse a cambios abruptos en el entorno.
- Algunas de las actividades lograron ampliar sus operaciones hasta los primeros meses del año 2023, lo cual permitió compartir los logros obtenidos y abogar por la continuidad de las buenas prácticas desarrolladas con las nuevas autoridades regionales tras el cambio de administración de este año.

También se encontraron algunos factores que dificultaron la implementación de las actividades:

- Algunos socios sintieron que la demanda periódica de generar hojas de resúmenes de resultados (*fact sheets*) y reportar los logros obtenidos fue una distracción de su trabajo en la gestión de la implementación de las actividades.
- Los continuos cambios en las autoridades y funcionarios del MINSa dificultaron la colaboración con el nivel nacional, ya que las nuevas autoridades podían tener distintas prioridades y receptividad.
- La nueva administración nacional de 2021 trajo una sensación de rechazo al trabajo con los socios.
- En el ámbito regional, se encontró una escasez de proveedores y profesionales con la experiencia y perfil adecuados para el trabajo requerido.
- La escasez de personal competente en las redes de salud para la implementación de las campañas de vacunación fue un factor que constantemente obstaculizó el progreso en la cobertura de vacunación.
- La falta de capacidad de gestión por parte de algunos funcionarios públicos presentó desafíos durante la implementación de las actividades.

RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN

Las actividades de USAID/Perú complementaron y potenciaron la labor del sistema de salud peruano, en los niveles nacional y regional. El haber orientado estas actividades estratégicamente al apoyo de aspectos clave en la respuesta frente a la pandemia permitió contribuir significativamente con la mitigación de los efectos de la pandemia, dejando mejores competencias y capacidades en los prestadores de salud. Las actividades lograron generar un valor agregado en la capacidad de respuesta del sistema de salud, brindando asistencia a la gestión de los servicios de salud en 23 regiones del país, generando información relevante para la toma de decisiones.

Las actividades fueron implementadas en forma incremental con diferentes objetivos, tiempos e intensidades. La intervención permitió implementar y apalancar procesos y procedimientos para la respuesta rápida a la emergencia que por la vía administrativa regular hubiesen tomado más tiempo.

ALCANCE DE LA INTERVENCIÓN

La intervención comenzó a pocas semanas de la declaración de la pandemia en el país y se enfocó en áreas críticas de la respuesta: servicios de salud, vigilancia epidemiológica, diagnóstico, manejo de pacientes y protección del personal de salud. En un inicio no se establecieron metas de cobertura, sino hitos y productos específicos debido a las circunstancias de implementación. Posteriormente, con PRISMA, se establecieron metas bajo un acuerdo cooperativo. La coordinación entre los socios fue una característica de la intervención que permitió priorizar necesidades, optimizar recursos y brindar atención a pacientes de COVID-19 como a aquellos con condiciones crónicas.

La participación de la comunidad y de líderes locales fue una estrategia exitosa para involucrar a las comunidades en acciones de protección contra la pandemia. Los agentes comunitarios realizaron visitas domiciliarias para educación en salud, vigilancia epidemiológica y seguimiento clínico, contribuyendo a la prevención de hipoxia y a la protección de las personas y sus familias.

FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES INSTITUCIONALES

La intervención de USAID/Perú abarcó áreas clave, desde diagnóstico y tratamiento hasta vacunación, vigilancia epidemiológica y coordinación interinstitucional, contribuyendo de manera significativa a mitigar los impactos de la crisis sanitaria en el país. En el ámbito del diagnóstico, se donó un laboratorio móvil para pruebas moleculares al MINSA y se realizaron más de 116 mil pruebas rápidas y 31 mil pruebas moleculares en Lima. Además, se fortaleció la capacidad diagnóstica en las regiones mediante la adquisición de equipos y la capacitación del personal en los laboratorios de vigilancia genómica.

En cuanto al tratamiento, se abordó la escasez de oxígeno y se mejoró la capacidad de tratamiento con oxígeno en múltiples ubicaciones. También se brindaron más de 473 mil teleconsultas no-COVID y COVID, se entregaron medicamentos a domicilio para pacientes con enfermedades crónicas y se proporcionó apoyo psicoemocional a la población, incluyendo servicios de salud mental.

En cuanto a la vigilancia epidemiológica, se establecieron equipos de respuesta rápida y se realizaron visitas domiciliarias para el rastreo de contactos. Se evaluó la prevención y control de infecciones en los establecimientos de salud a nivel regional y local. En zonas de difícil acceso geográfico se implementaron servicios de atención integral por vía fluvial, abarcando atención médica, obstetricia, salud mental, vacunación y análisis de laboratorio. También se apoyó la vacunación a través de campañas de comunicación para promover la aceptación de las vacunas y la inmunización en comunidades de la selva. Además, se donaron equipos de cadena de frío a las regiones.

FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES INSTITUCIONALES PARA RESPONDER A SITUACIONES FUTURAS SIMILARES

La intervención ha permitido fortalecer la capacidad de respuesta de las instituciones públicas de salud. Se mejoró la vigilancia activa, detección y notificación de casos de COVID-19, siguiendo los estándares del Reglamento Sanitario Internacional (RSI). Se brindó capacitación de alto nivel a especialistas del Instituto Nacional de Salud (INS), lo que mejoró la disponibilidad y precisión de las pruebas moleculares, además de la capacidad diagnóstica y secuenciación genómica.

Se fortalecieron establecimientos de salud con camas, concentradores de oxígeno y paneles solares, garantizando la atención de pacientes en zonas rurales. La vacunación se impulsó mediante análisis de escenarios y recomendaciones para incorporar la vacuna COVID-19 al calendario regular de vacunación. Se colaboró en el desarrollo de un plan maestro para mejorar la plataforma "Teleatiendo" que permitió el acceso a atención médica durante la pandemia y que ha sido implementado con éxito.

Se llevaron a cabo capacitaciones y sensibilización, especialmente en comunidades vulnerables en la Amazonía y el sur del Perú. Se incluyeron elementos culturales en las estrategias de comunicación.

LECCIONES APRENDIDAS

DISEÑO Y COORDINACIÓN DE LAS ACTIVIDADES

- Contar con un gestor de actividades de salud en USAID/Perú fue fundamental para responder rápidamente y dirigir localmente los objetivos y la naturaleza de la intervención.
- USAID/Perú tiene cierto grado de libertad para ajustar sus procesos en un contexto de emergencia.
- Ciertos mecanismos de contratación que se utilizaron evitaron la distracción de esfuerzos en procesos administrativos o burocráticos sin mermar los resultados esperados de la intervención.
- La selección de los socios implementadores es una acción crucial y se facilita cuando hay un *pool* de organizaciones que tiene experiencia de trabajo con USAID y cuenta con las certificaciones necesarias.
- Un buen socio es aquel que ha demostrado buena capacidad técnica y administrativa.
- Trabajar con socios que cuentan con un equipo y una red de profesionales locales facilita la organización rápida, el despliegue y la puesta en marcha de una intervención.
- Es importante construir y mantener una relación abierta, transparente, flexible y constructiva entre USAID y los socios implementadores.
- La supervisión y el acompañamiento técnico de la implementación puede darse a distancia.
- El reconocimiento a USAID y al apoyo del pueblo de los Estados Unidos es limitado “en el campo” principalmente debido al desconocimiento de sus aportes, a pesar del cumplimiento de los lineamientos de uso de la marca USAID.

GESTIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE LAS ACTIVIDADES

- Los Gobiernos Regionales permitieron una entrada rápida y directa a la intervención.
- Incorporar a las autoridades nacionales y regionales en el diseño e implementación de sus actividades mejora la rapidez y capacidad de respuesta focalizada en las necesidades más críticas.

- La coordinación estrecha de los socios con las autoridades de salud permitió facilitar el logro de los objetivos de manera oportuna.
- Una estrategia eficaz para la implementación de las actividades es contar con un asesor o equipo local, en especial para actividades complejas de corto plazo, de menos de 1 año.
- A pesar de la limitada oferta, el reclutamiento y contratación del personal idóneo representa un factor importante para el éxito de los socios implementadores.
- La capacitación del personal de salud en temas especializados a través de mecanismos no tradicionales fue una actividad central.
- La capacidad de aprendizaje de los socios durante la implementación de una actividad es especialmente valiosa ya que conlleva a mejorar la intervención y a la innovación.
- Existe una necesidad de formar profesionales en gestión pública y administrativa.
- La articulación intersectorial e intergubernamental es clave para facilitar una respuesta rápida, en especial para poner en marcha actividades como la vacunación.
- Las visitas de intercambio y el aprendizaje de pares entre regiones han demostrado ser una metodología eficaz, eficiente y que facilita la sostenibilidad de la intervención.
- La falta de un sistema de información integral y oportuno dificultó la gestión y la toma de decisiones.
- Incluso en un estado de emergencia, donde se dio flexibilidad a los procesos administrativos, es necesario dejar constancia de transparencia en todos los procedimientos.

OPERACIÓN Y SOSTENIBILIDAD DE LAS ACTIVIDADES

- Incluso en situaciones de emergencia sanitaria, es posible establecer procesos de planificación con enfoque territorial con la participación efectiva de los principales líderes de la comunidad.
- El involucramiento de los responsables de gestionar los recursos y del personal responsable de los establecimientos de salud contribuye a la organización de una respuesta efectiva.
- Mantener una capacidad mínima para atender a los demás pacientes (no-COVID) es fundamental para evitar el exceso de mortalidad y mayores riesgos sobre su salud.
- La pandemia generó estrés y ansiedad tanto en la población como en el personal de salud.
- La identificación y evaluación de los activos esenciales es fundamental para la planificación.
- Elementos culturales y el uso de lenguas locales son clave en el diseño de las actividades, especialmente si se enfocan en comunidades alejadas y vulnerables.
- El trabajo con personal local, agentes y líderes comunitarios, y mujeres de la comunidad, facilitó el cumplimiento de las actividades programadas y generó confianza con los equipos de salud.
- Las DIRESA/GERESA no siempre pudieron aprovechar algunas actividades de capacitación debido a que su personal crítico no podía dejar de atender la alta demanda existente en las regiones.
- El intercambio de experiencias internacionales permitió fortalecer el sistema de vigilancia.
- El trabajo virtual o remoto se fortaleció durante la pandemia y ha demostrado que puede ser una herramienta muy útil. Sin embargo, también se dieron casos de actividades virtuales que no fueron efectivas, como algunas capacitaciones.
- Durante la emergencia, la prioridad de las actividades está en la respuesta en sí misma; sin embargo, es posible desarrollar intervenciones que perduren en el tiempo.

- La generación y desarrollo de competencias y capacidades en el personal es una de las formas más eficaces de dar continuidad a las acciones implementadas.
- Los socios implementadores desarrollaron algunas actividades para favorecer la sostenibilidad.
- Cerrar las brechas de recursos humanos, insumos, medicamentos, equipamiento e infraestructura es una acción clave para preparar al sistema de salud para enfrentar futuras emergencias.
- Después de los proyectos, el personal está mejor entrenado para el uso de equipos de protección personal y uso de medidas de protección.
- La población debe estar informada y tener canales confiables por los que pueda recibir información en forma oportuna y permanente.

CONCLUSIONES

Pese a no contar con un área de salud, líneas de trabajo o programas específicos de salud, USAID/Perú brindó un importante apoyo a través de cinco socios implementadores: Socios en Salud, CEDRO, PRISMA, LHSS, y OPS. Estas actividades fueron puestas en marcha haciendo uso de procesos y procedimientos que agilizaron los trámites administrativos y utilizando mecanismos de contratación flexible. Las cinco actividades fueron gestionadas por un único AOR/*Activity Manager*, lo que permitió que se logre una buena distribución geográfica y temática entre los socios implementadores. Las actividades permitieron implementar y apalancar procesos para la respuesta inmediata a la emergencia que por la vía administrativa regular del sector público hubiesen tomado más tiempo.

Dichas actividades se focalizaron de manera incremental en aspectos estratégicos de la respuesta a la pandemia en concordancia con el plan establecido por el gobierno. En una primera etapa, que se inició en el momento caracterizado por una alta morbilidad, alta mortalidad, alta letalidad y limitada capacidad de respuesta frente a la pandemia, se establecieron procesos y procedimientos para fortalecer la vigilancia epidemiológica y la capacidad diagnóstica. Asimismo, se suministró equipos de protección (EPP) al personal de los establecimientos de salud, así como oxígeno medicinal y los implementos para mejorar su operatividad y desempeño. En zonas de la selva de Loreto y Ucayali, se llevaron servicios de atención integral por vía fluvial, incluyendo atención de salud mental.

En una segunda etapa, cuando la respuesta encontró en la vacunación una estrategia clara, en algunas regiones se apoyó la gestión de la campaña de vacunación, el diseño de estrategias y el desarrollo de campañas de comunicación que incluyeron importantes elementos culturales de las comunidades donde se realizaron, y la articulación intersectorial e intergubernamental. Finalmente, se dio asistencia para que algunas regiones elaboren sus planes de respuesta para futuras emergencias sanitarias.

Las actividades ejecutadas lograron generar un valor agregado en las capacidades del sistema, incrementando las competencias y capacidades de los establecimientos de salud ubicados tanto en zonas urbanas como en áreas rurales. Durante la ejecución de las actividades, se produjeron resultados importantes, como el aumento en la cobertura de vacunación en regiones donde el rechazo a las vacunas era alto. Estas actividades también dejan mejores capacidades en el sistema de salud, como servicios fortalecidos (p. ej. la red de laboratorios, la provisión de oxígeno), personal capacitado y planes de preparación para enfrentar futuras crisis sanitarias en algunas regiones.

Este apoyo a la respuesta frente a la pandemia ha sido bien valorado por las contrapartes debido a la modalidad de gestión, la flexibilidad para adecuarse a las variaciones del contexto, la versatilidad del componente comunicacional y la adecuación cultural de las intervenciones.

ESTUDIO DEL APOYO DE USAID A LA RESPUESTA DEL PERÚ FRENTE A LA PANDEMIA POR COVID-19 2020-22

PROPÓSITO Y PREGUNTAS DEL ESTUDIO

PROPÓSITO

El propósito de este estudio es identificar lecciones aprendidas del apoyo de USAID/Perú a la respuesta del país frente a la pandemia de COVID-19, con la intención de mejorar la reacción de la agencia y de otros donantes frente a una nueva amenaza global para la salud o emergencia sanitaria.

PREGUNTAS DEL ESTUDIO

El estudio tuvo cuatro objetivos principales:

1. Analizar la flexibilidad de USAID/Perú para adaptar sus programas y operaciones frente a la emergencia por la pandemia de la COVID-19.
2. Realizar un análisis apreciativo de los procesos en la respuesta a la COVID-19 financiada por USAID que involucraron a USAID/Perú, los receptores de fondos que ejecutaron las actividades, beneficiarios de las actividades en el sector público, y las comunidades afectadas.
3. Analizar las contribuciones de las actividades de USAID/Perú al fortalecimiento de las capacidades de preparación y respuesta frente a futuras emergencias sanitarias en el Perú.
4. Identificar lecciones aprendidas y buenas prácticas a partir de las diferentes actividades, considerando las condiciones que facilitaron o dificultaron las intervenciones.

Estos objetivos se plasmaron en 4 preguntas que se muestran a continuación:

1. ¿Cómo adaptó USAID sus programas y operaciones para responder a los diferentes momentos de la pandemia de COVID-19 y al contexto?
2. ¿Cómo respondieron USAID y los socios implementadores enfocados en COVID-19 a la pandemia y al contexto?
3. ¿Cómo contribuyeron las intervenciones enfocadas en COVID-19 al fortalecimiento de la capacidad nacional de respuesta a epidemias y crisis humanitarias?
4. ¿Cuáles son las lecciones aprendidas que pueden ser útiles en futuras intervenciones?

ALCANCE

El alcance del estudio se circunscribe al conjunto de actividades que formaron parte de esta intervención a través de cinco socios implementadores: Socios en Salud, PRISMA, Organización Panamericana de la Salud (OPS), *Local Health Systems Sustainability* (LHSS) y el Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas (CEDRO), desde su inicio en abril de 2020 hasta el cierre de la última actividad en febrero de 2023.

Debido a la diversidad geográfica y poblacional del Perú, el estudio analizó el contexto durante el inicio de la intervención, lo que realizó cada actividad, quiénes fueron los actores, cómo se dio la implementación y los recursos que fueron utilizados. El estudio tomó en cuenta el tipo de intervención, así como las estrategias y los componentes de la intervención.

El estudio se desarrolló en los ámbitos de las actividades implementadas:

Tabla 1. Ámbitos de intervención de las actividades

	NORTE	CENTRO	SUR
COSTA	Lambayeque	Ancash	Arequipa
	Piura	Callao	Moquegua
	La Libertad	Ica	Tacna
	Tumbes	Lima	
SIERRA	Cajamarca	Junín	Cusco
		Huánuco	Huancavelica,
		Pasco	Ayacucho, Puno
SELVA	Loreto		Ucayali
	San Martín		Madre de Dios

METODOLOGÍA

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La metodología que se utilizó para conducir este estudio fue principalmente cualitativa, ya que el objetivo fue describir la intervención y obtener algunas lecciones aprendidas a partir de una mirada comprensiva que recoja diversas perspectivas, individuales y colectivas. Además, el estudio aplicó algunos elementos de la indagación apreciativa, dando énfasis en los aspectos que facilitaron la intervención y especialmente aquellos aspectos que permitieron que la intervención sea oportuna y rápida.

La primera etapa de recolección de datos se dio a través de una revisión de escritorio de los documentos de gestión de los cinco socios implementadores que conformaron la intervención de USAID/Perú en respuesta a la pandemia. Esta revisión permitió conocer las actividades y resultados de cada socio implementador. Asimismo, esta revisión permitió iniciar la identificación de lecciones aprendidas desde la perspectiva administrativa de cada socio.

La segunda etapa correspondió a un conjunto de entrevistas y grupos focales con actores clave que representaban cuatro perspectivas distintas en la implementación de la intervención de USAID/Perú: funcionarios clave de USAID/Perú, miembros de los cinco socios implementadores de la intervención, autoridades de salud y prestadores de servicios de salud socios que fueron beneficiarios o participaron de la intervención (el Ministerio de Salud y las Direcciones Regionales de Salud) y otros agentes (p. ej., otras organizaciones de cooperación internacional y organizaciones de la sociedad civil). Este trabajo de campo, detallado a continuación, permitió reconstruir la experiencia de la intervención y brindó la información que el equipo analizó para llegar a las conclusiones presentadas posteriormente.

La tercera etapa consistió en presentar las principales conclusiones alcanzadas a partir de la información recogida en las etapas anteriores en un taller participativo con actores clave, quienes en su mayoría habían participado de la segunda etapa de recolección de datos. Este espacio de reflexión colectiva permitió identificar algunas recomendaciones a partir de la intervención de USAID/Perú, así como identificar algunas buenas prácticas.

MUESTRA

Los participantes de las entrevistas y grupos focales fueron identificados mediante un muestreo por conveniencia. Primero, USAID/Perú proporcionó al equipo del estudio una lista de contactos del equipo técnico de la misión y de los socios implementadores. Luego, estos últimos proporcionaron una lista de equipos internos y contactos de sus contrapartes en el nivel nacional y regional, principalmente del Ministerio de Salud y Gerencias/Direcciones Regionales de Salud, que participaron activamente en la coordinación y ejecución de las actividades de la intervención. Es a partir de estas listas que el equipo investigador identificó y convocó a los participantes para las entrevistas o grupos focales.

Para la selección de los participantes se tomaron en cuenta tres criterios: el rol que ejercieron en el período analizado, la ubicación geográfica y el número de actividades implementadas en cada región.

El primer criterio de selección, el que se basa en el rol que cumplieron las personas seleccionadas durante la intervención de USAID/Perú, consideró sus cargos durante el periodo de ejecución, aunque actualmente estuvieran ejerciendo un rol distinto. El segundo criterio de selección, relevante en la

selección de las regiones que se visitaron, fue la distribución geográfica de las actividades implementadas. Mientras que un tercer criterio fue el número de actividades por región.

Tomando en cuenta estos criterios, las entrevistas se desarrollaron en Lima, donde están los funcionarios responsables de la intervención nacional, así como en Loreto, Arequipa, Cajamarca y Ayacucho, donde se pudo recoger la experiencia local.

TRABAJO DE CAMPO

La segunda etapa de recolección de datos se inició en Lima con las entrevistas al equipo de USAID/Perú y los equipos de los socios implementadores que pusieron en marcha las actividades. Estas entrevistas fueron útiles para identificar a los potenciales participantes que representan las otras dos perspectivas, tanto en Lima como en regiones, sobre la base del rol que desempeñaron durante la intervención de USAID/Perú.

La Tabla 2 incluye una lista general de las entrevistas a profundidad y grupos focales que fueron parte de la segunda etapa de recolección de datos.

Tabla 2: Muestra de la Segunda Etapa de Recolección de Datos

	LIMA	LORETO	AREQUIPA	CAJAMARCA	AYACUCHO	TOTAL
USAID	8					8
Socios implementadores	8	1		1	1	11
Ministerio de Salud	3					3
Gobiernos Regionales y DIRESA		4	3	10	8	25
Hospitales			2	2		4
Total	19	5	5	13	9	51

Elaboración propia

En total, se entrevistó a 51 personas: 8 funcionarios de USAID/Perú, 11 miembros de los equipos de los socios implementadores, 3 funcionarios del MINSA, 25 funcionarios de los gobiernos regionales y DIRESA y 4 funcionarios de hospitales. Gracias a este trabajo, se pudo documentar las percepciones y valoraciones acerca de los elementos constituyentes de la intervención realizada a través de las actividades, así como los factores que facilitaron u obstaculizaron el logro de los objetivos. Todo esto ayudó a entender mejor los procesos que influyeron en la intervención de USAID en apoyo a la respuesta frente a la pandemia de la COVID-19 en el Perú.

La tercera etapa de recolección de datos se dio a través de un taller participativo de validación de las lecciones aprendidas recogidas en las dos previas etapas. En este taller se contó con la participación de 14 participantes: 3 funcionarios de USAID/Perú, 7 integrantes de las organizaciones socias que implementaron las actividades, 1 funcionario del MINSA, 2 de gobiernos regionales y 1 de una asociación privada.

PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Mediante un proceso de reflexión crítica, los actores pudieron manifestar sus apreciaciones sobre la situación inicial y posterior, la intervención y los elementos del contexto. El análisis se realizó sobre la base de tres perspectivas basadas en el rol que tuvieron los participantes en la intervención de USAID/Perú: los funcionarios de USAID/Perú, los socios implementadores, y los funcionarios del Ministerio de Salud y las GERESA/DIRESA, prestadores de salud y otros.

Las actividades implementadas por los socios en el contexto de la pandemia de COVID-19 representaron una intervención de salud con diferentes modalidades (desarrollo de competencias, organización de servicios de salud, apoyo logístico, campañas comunicacionales, etc.). Esto significó que en su desarrollo se relacionaron diversos actores, cada uno con su propia apreciación sobre la experiencia del apoyo de USAID a la respuesta frente a la pandemia y donde cada una de las visiones de los participantes rescata una parte importante de la realidad. Así pues, la sistematización buscó recoger esas distintas percepciones.

Esta organización sobre la base de múltiples perspectivas planteó tres retos metodológicos: 1) identificación de los actores relevantes, 2) entendimiento de los puntos de vista de cada uno de los participantes, y 3) síntesis y construcción de conocimientos en forma integral, basadas en los procedimientos implementados y las lecciones aprendidas.

La información primaria y secundaria fue procesada para realizar el análisis de la intervención, de los factores intervinientes, los métodos aplicados, los recursos utilizados y los resultados obtenidos. Para esto, se desarrolló una serie de matrices que fueron utilizadas por el equipo encargado del análisis. Estas matrices permitieron ordenar la información compartida por los participantes sobre la base de las perspectivas que cada participante tuvo durante la ejecución de las actividades. Estas matrices también están organizadas en cuatro ejes temáticos que corresponden con las cuatro preguntas del estudio que fueron presentadas anteriormente.

Cabe recalcar que debido a que el estudio basa su análisis en la información recogida de fuentes primarias y secundarias, esto puede limitar la respuesta a algunas preguntas. El nivel de detalle del análisis presentado está acotado por la calidad de la información compartida por los participantes del trabajo de campo.

CONTEXTO

La Organización Mundial de la Salud (OMS) comunicó el 31 de diciembre de 2019 a la comunidad internacional, haber recibido la notificación de un conglomerado de casos de un síndrome respiratorio agudo de etiología desconocida identificados en la ciudad de Wuhan, China. La infección se inició probablemente en un mercado de China y se extendió, por vía aérea, desde Asia a Europa, América y demás continentes, propagándose globalmente. Este evento llegó a constituirse en uno de los acontecimientos de mayor impacto reciente en la humanidad, continuando con la nefasta lista de epidemias y pandemias a lo largo de la historia (peste, viruela, malaria, tuberculosis, cólera, influenza, VIH, etc.).

Al virus se le conoce con el nombre de SARS-CoV2, perteneciente a la familia de los coronavirus, y a la enfermedad que causa como COVID-19. La vía principal de transmisión es la vía aérea, a través del aerosol que se producen cuando una persona infectada tose o estornuda. La transmisión también es posible, aunque con menor efectividad, al tocarse ojos, nariz o boca luego de tocar superficies contaminadas. Desde el inicio de la pandemia hasta fines del mes de marzo del 2023, se han reportado más de 684 millones de casos y 6.8 millones de fallecidos a nivel mundial, teniendo un profundo impacto en la salud, bienestar, economía, educación, movilidad y la vida cotidiana de la población mundial por más de dos años.

Los sistemas de salud en el nivel global, incluyendo los países sudamericanos y el Perú en particular, no estaban preparados para enfrentar un evento biológico catastrófico causado por la propagación de un patógeno nuevo. La mayoría de las sociedades tampoco parecen haber tenido el grado de educación, protección social y responsabilidad ciudadana para implementar medidas de control efectivas. En términos generales, el Perú se encontraba en desventaja respecto a sus vecinos sudamericanos respecto al gasto público en salud el PBI (Ver la Tabla 3) y en disponibilidad de personal, de camas hospitalarias y de cuidados intensivos. La Tabla 3 muestra éste y otros indicadores del sistema de salud del Perú.

Tabla 3: Datos del Sistema de Salud del Perú Previo a la Pandemia Covid-19, 2018

INDICADOR	
Gasto per cápita en salud dólares ajustado por paridad de poder adquisitivo (1)	USD 671
Gasto público en salud como porcentaje del PBI (2)	3.2%
Camas hospitalarias (por 1,000 habitantes) (3)	1.6
Camas UCI (4)	852
Camas UCI (por 100,000 habitantes) (5)	2.58
Profesionales en medicina (por 10,000 habitantes) (6)	12.7
Profesionales en enfermería (por 10,000 habitantes) (7)	13.5
Intensivistas (por 10,000 habitantes) (8)	2.1
Respiradores mecánicos (por 100,000 habitantes) (9)	5.0
Laboratorios para COVID-19 (10)	9

Fuente: (1)(2)(3)(6)(7) OPS/OMS. Datos compilados por el Departamento de Sistemas y Servicios de Salud de la Base Global de Gastos en Salud. Washington, D.C. Última actualización: 15 de Mayo de 2018. (<http://www.who.int/health-accounts/ghed/en/>)
(4)(5)(9)(10) Ministerio de Salud. Reporte diario. www.minsa.gob.pe (8) Sociedad Peruana de Medicina Intensiva

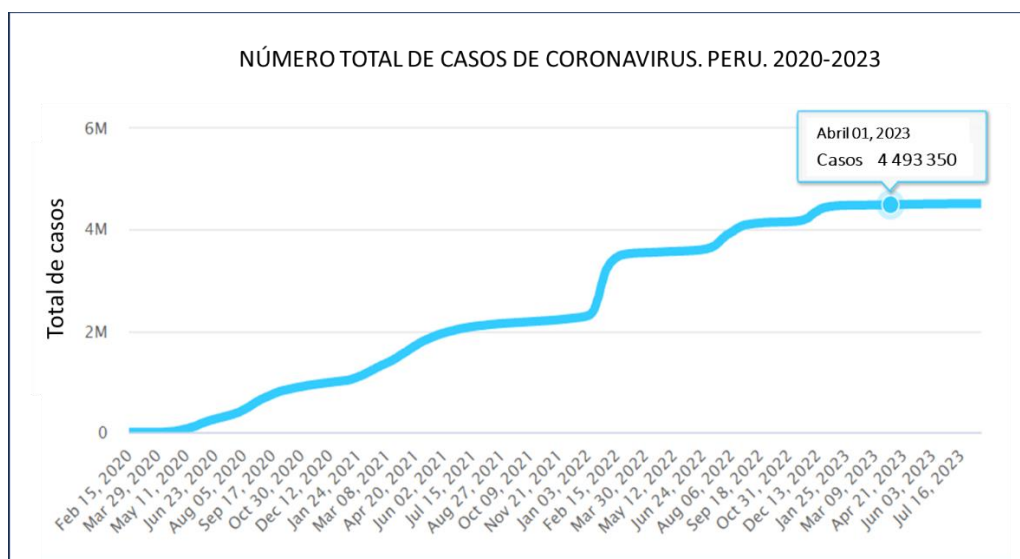
Durante la pandemia, la Organización Mundial de la Salud solicitó la activación de la política de gestión de crisis con el fin de que los países se preparen para esta situación (OMS 2020), proponiendo ocho pilares de las respuestas nacionales: 1) coordinación, planificación y seguimiento a nivel de país; 2) comunicación de riesgos y participación de la comunidad; 3) vigilancia, equipos de respuesta rápida e investigación de casos; 4) puntos de entrada; 5) laboratorios nacionales; 6) prevención y control de infecciones; 7) manejo de casos; y 8) apoyo operativo y aspectos logísticos (MINSA,2021).

Frente a la evolución de la pandemia y sus consecuencias, los países tuvieron que desarrollar estrategias encaminadas a contener la curva de casos y fallecidos, a mitigar los efectos económicos y movilizar recursos y capacidades durante un período relativamente largo de tiempo. Ante resultados adversos en términos de morbilidad y mortalidad, se debió fortalecer la capacidad de respuesta, mejorar la vigilancia en el marco del Reglamento Sanitario Internacional, desarrollar los procesos para el monitoreo de las intervenciones y la respuesta social organizada, así como, promover el intercambio de experiencias y desarrollos tecnológicos.

La naturaleza de la enfermedad y la situación de la capacidad de respuesta determinaron tasas de morbilidad y mortalidad muy altas en la mayoría de los países latinoamericanos respecto al contexto internacional. Estos resultados están relacionados, en gran medida, a la saturación de los hospitales y servicios asistenciales, la carencia de camas de Unidades de Cuidado Intensivo (UCI) e insumos vitales como el oxígeno; al número insuficiente de recursos humanos y limitadas competencias iniciales para un adecuado manejo de las complicaciones; limitada capacidad para el diagnóstico oportuno (falta de disponibilidad de pruebas moleculares o antigénicas, limitaciones de transporte y procesamiento); problemas para adquirir los recursos necesarios para la bioseguridad como equipos de protección personal (EPP); débil organización de la respuesta sanitaria y vigilancia; deficiente toma de decisiones a nivel gubernamental; falta de información certera y propagación de información falsa (desinformación), comportamiento irresponsable de algunas personas (fiestas COVID, no uso de mascarillas, no vacunación, etc.), que contribuyeron a incrementar el riesgo de contagio.

En el Perú, la pandemia de COVID-19 evidenció la situación crítica en que se encontraba el sector salud, principalmente por las condiciones de un sistema fragmentado, no unificado y con problemas crónicos de gestión, financiamiento y dotación de recursos humanos, siendo poco efectivo en su acción de prevención y respuesta integral. Esto conllevó a que el Perú con una población de 33 millones de habitantes haya reportado, desde el inicio de la pandemia hasta marzo 2023, casi 4.5 millones de casos y 220 mil fallecidos, lo que representa la mayor mortalidad reportada a nivel mundial (665.81 fallecidos / 100,000 habitantes).

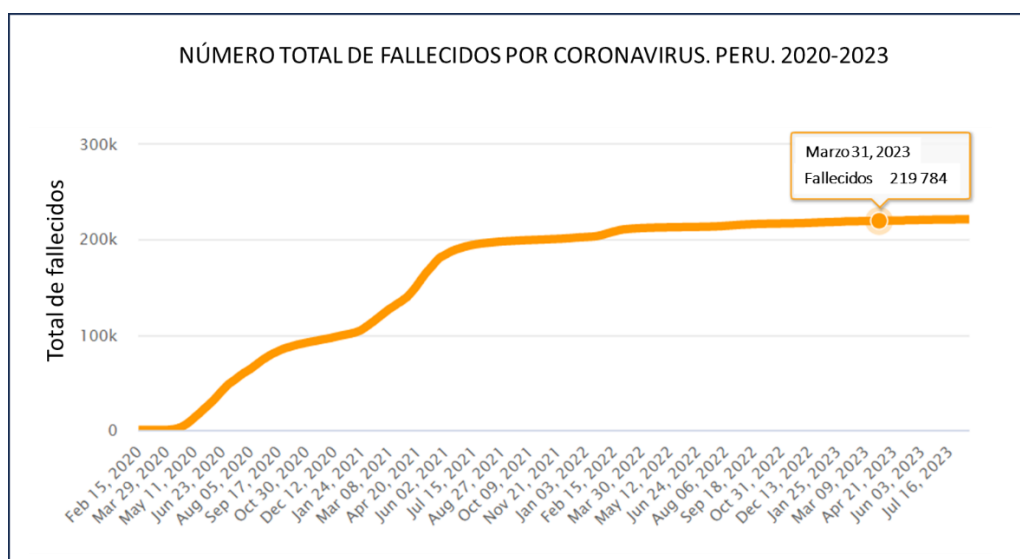
Gráfico 1: Número de Casos de Covid-19 en Perú, 2020–2023



Fuente: OMS. Reporte situacional. Enfermedad por Coronavirus 2019 (COVID-19)

La prevalencia a abril del 2023 es de alrededor de 134 casos por millón de habitantes, con una mortalidad de 6,572 x millón de habitantes y letalidad de 4.8%.

Gráfico 2: Número de Personas Fallecidas por Covid-19 en Perú, 2020–2023



Fuente: OMS. Reporte situacional. Enfermedad por Coronavirus 2019 (COVID-19)

El país y el sistema de salud han tenido que enfrentar otras contingencias concomitantes a los efectos de la pandemia que han puesto mayor presión sobre el sistema de salud: la vulnerabilidad alimentaria, el desempleo y el empleo informal, la violencia, la salud mental, las enfermedades estacionales, la migración. Asimismo, dejaron de atender pacientes con otras patologías (enfermedades crónicas, enfermedades raras y huérfanas, enfermedades oncológicas, intervenciones quirúrgicas, etc.), lo cual contribuyó a un exceso de mortalidad respecto a los años anteriores.

Otro de los aspectos que dificultaron la conducción de las intervenciones para contener la pandemia fue la falta de continuidad de la gestión del MINSA. El 20 de marzo 2020, apenas unos días después de haber sido diagnosticado el primer caso y de haber sido declarada la situación de emergencia, la ministra de salud fue cambiada. Entre marzo 2020 y diciembre 2022 se tuvo diez ministros.

Perú fue el primer país de la región en decretar una cuarentena general obligatoria, el 15 de marzo del 2020. Al inicio del Estado de Emergencia Nacional y la cuarentena, las personas únicamente podían circular por las vías de uso público para la prestación y acceso a servicios y bienes esenciales, lo cual fue modificándose con el avance de la vacunación y el comportamiento de las olas pandémicas. Asimismo, en los primeros meses, se dispuso el cierre total de las fronteras, quedando suspendido el transporte internacional de pasajeros. El Ministerio de Educación postergó el inicio del año escolar y estableció la educación virtual.

Para mejorar la capacidad de observación y atención de las personas infectadas por COVID-19 se habilitaron las instalaciones de la Villa Panamericana. Asimismo, se habilitó un nuevo hospital, el Hospital de Lima Este Vitarte, nosocomio destinado a atender de manera integral los casos de coronavirus. Se incrementó la capacidad de camas UCI de 120 a 852 en la primera ola de contagios llegando a casi 1,500 para la segunda ola (MINSA,2021).

Se implementaron medidas económicas para hacer frente al impacto de la epidemia. El Estado subsidió a los trabajadores con salarios menores a los 1,500 soles. Para enfrentar la emergencia, las personas pudieron retirar hasta 2,400 soles de sus fondos previsionales. Inicialmente, se dispuso 300 millones de soles (USD 85 millones aproximadamente) en apoyo para las medianas y pequeñas empresas y 12,900 millones de soles (USD 3,7 millones aproximadamente) para repatriar peruanos desde el extranjero.

Desde el 22 de marzo del 2020, el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) determinó un bono económico de S/380 (aprox. USD 105) a cada familia vulnerable. Los bonos entregados fueron: “Yo me quedo en casa”, dirigido a 2.7 millones de hogares en condición de pobreza o pobreza extrema del ámbito urbano, que se entregó en dos partes de 380 soles (marzo y mayo 2020). El “Bono Independiente”, dirigido a más de 773,000 hogares de trabajadores independientes; este subsidio también se dividió en dos entregas de 380 soles (las dos en abril 2020). El “Bono Rural”, que benefició a 980,138 hogares en pobreza o pobreza extrema del ámbito rural y cuyo pago de los 760 soles se inició en mayo 2020. Finalmente se determinó la entrega del “Bono Familiar Universal”, en una sola armada de 760 soles. El pago del primer tramo comenzó en mayo 2020 para beneficiar a más de 1.7 millones de familias; y en agosto 2020, se benefició a 2.5 millones de familias adicionales. El subsidio tuvo por objetivo llegar a 6 millones 800 mil hogares (75% del total de los hogares peruanos) para que puedan afrontar la paralización económica ya que no contaban con ingresos suficientes para mitigar gastos sustanciales.

En noviembre de 2020 se aprobó el Plan de preparación y respuesta ante una posible segunda ola pandémica por COVID-19 en el Perú, mediante la Resolución Ministerial N° 928-2020-MINSA, con el objetivo de reducir los contagios mediante la prevención de la infección, reducir los casos graves mediante el tratamiento en el primer nivel de atención y reducir los casos críticos en el segundo y tercer nivel de atención. El MINSA desarrolló estrategias que permitieron aplicar el plan de fortalecimiento de la vigilancia en salud pública y la inteligencia sanitaria del país (MINSA,2021).

Una de las mayores movilizaciones en salud pública en el Perú ha sido la implementación del Plan Nacional de Vacunación contra la COVID-19. En poco tiempo, el gobierno, las regiones, el sector privado y un alto porcentaje de la población en general hicieron un importante esfuerzo para llevar

adelante la vacunación contra la COVID-19. La vacunación en el Perú se inició en la semana 6 del 2021, y de acuerdo con el plan nacional de vacunación se inició con el personal de salud y personal de primera línea (p. ej., personal de las fuerzas armadas, bomberos, cruz roja, personal de seguridad, serenazgo, brigadistas, personal de limpieza y estudiantes de salud), para luego pasar a la vacunación de la población general (MINSA, 2021). La meta para la vacunación fue de 35,185,356 personas, hasta abril 2023 se había alcanzado las coberturas de 94% de primera dosis, 90.35% de segunda dosis, 74.4% de tercera dosis y 27.11% de cuarta dosis.

LA INTERVENCIÓN DE USAID/PERÚ

La Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional ha estado presente en el Perú desde 1961. USAID/Perú recibe la orientación política del Departamento de Estado de EE. UU y su propósito principal ha sido la promoción del desarrollo y la cooperación entre ambos países. En ese sentido, ha centrado sus avances en áreas como: “reducción de la pobreza, seguridad alimentaria, mejoramiento de la infraestructura básica y la red vial nacional, el restablecimiento de instituciones democráticas clave después de la lucha contra el terrorismo e innovaciones para mejorar los servicios de salud y educación para satisfacer las necesidades de los ciudadanos en zonas remotas del país” (USAID, 2023).

USAID/Perú ha tenido una presencia importante en el fortalecimiento del sistema de salud peruano, en especial en la década de los noventa y el decenio de los 2000. Algunos ejemplos de estos programas y actividades que operaron en el Perú fueron el Proyecto 2000, el Programa de Alimentación y Nutrición a Familias de Alto Riesgo (PANFAR), Health Policy Initiative, Promoviendo Alianzas y Estrategias, entre otros.

Sin embargo, las prioridades de apoyo de la agencia cambiaron debido a los propios avances y cambios en las necesidades de apoyo del Perú; USAID/Perú pasó de implementar actividades relacionadas con la satisfacción de necesidades básicas a brindar apoyo al Perú en la aplicación de su propio enfoque de desarrollo.

Es así que entre los años 2015 y 2017, USAID se retira gradualmente de sectores de salud y educación y pone mayor énfasis en programas y actividades dedicados a la promoción de la gobernanza, al medio ambiente y al desarrollo alternativo. Esta decisión revela una política orientada a que la misión sea consciente de la autosuficiencia del país.

Sin embargo, USAID mantuvo algunas actividades de salud en su agenda posteriormente a este retiro. En particular, USAID/Perú apoyó al gobierno peruano a enfrentar la pandemia de Zika y a atender aspectos sanitarios asociados con la inmigración de ciudadanos venezolanos.

DISEÑO DE LA INTERVENCIÓN

Al inicio de la pandemia de la COVID-19 existía un pequeño equipo en la Oficina Regional de Programas de Migración¹ de la misión en Perú, que había dirigido previamente actividades relacionadas con el Zika y la migración venezolana. A pesar de que en ese momento no se contaba con información precisa sobre las características del virus de la COVID-19, ni con evidencia concreta acerca de estrategias específicas para controlar esta pandemia, era importante tomar medidas para enfrentar la crisis que se avecinaba.

La declaración de la pandemia en marzo de 2020 marcó un punto de inflexión crítico. Este equipo reconoció rápidamente la necesidad de movilizarse y colaborar con el Perú en su respuesta a esta emergencia sanitaria de alcance global. Su experiencia previa en la gestión de brotes epidemiológicos los situaba en una posición importante para aportar soluciones eficaces en un momento de incertidumbre y desafío sin precedentes. La urgencia de la situación demandaba una respuesta centrada en mitigar los

¹ El alcance y magnitud de la intervención fue una de las razones por las cuales la oficina cambió de nombre a Oficina Regional de Migración y Salud en febrero de 2021.

efectos de la pandemia en el Perú sobre el sistema de salud y facilitar el acceso a una serie de servicios críticos, en especial entre subgrupos vulnerables de la población.

Esta situación singular brindó la oportunidad de organizar una intervención local de manera expedita, diseñada específicamente para abordar las necesidades del sistema de salud peruano. Fue la primera intervención en salud gestionada desde la misión en Perú en muchos años, y para llevarla a cabo de manera efectiva, USAID/Perú reconoció la importancia de colaborar con socios locales que poseían un profundo conocimiento del sistema de salud peruano, así como una comprensión detallada de las dinámicas sociales y culturales del país.

La elección de trabajar localmente en colaboración con socios locales, con algunos de los cuales hubo una relación de trabajo previa, permitió organizar esta intervención de manera altamente adaptable y contextualizada. En un entorno de alta incertidumbre, esta flexibilidad se convirtió en un factor crítico para llevar a cabo una intervención que no se ciñera a las pautas tradicionales, sino que, por su propia naturaleza, pudiera reaccionar de manera ágil a la evolución de la pandemia en el Perú. Este enfoque también permitió la incorporación de nuevos conocimientos y mejores prácticas a medida que emergían, tanto a nivel local como global.

Además, esta estrategia no solo aprovechó la experiencia técnica de los socios locales, sino que también capitalizó el compromiso que estos tenían para abordar los problemas de salud de sus propias comunidades. A pesar de la abrupta transición hacia el trabajo remoto, se apreció un gran compromiso de parte de todos los equipos para sacar adelante una intervención de la manera más rápida y ágil posible. Desde el equipo de USAID/Perú, que se organizó con la misión de iniciar la implementación de las actividades en el menor tiempo posible, incluso buscando la aprobación de ciertos procesos en horas de trabajo muy fuera de las regulares en misiones como Nueva Zelanda; hasta los socios implementadores, capaces de presentar una propuesta de trabajo o un *concept note* en sólo días; y los funcionarios públicos, que en un período de sólo algunas semanas pudieron organizar un número importante de actividades para aprovechar el apoyo de los socios antes de que concluyeran su labor; todos mostraron un alto nivel de compromiso por impulsar una respuesta técnicamente sólida y dinámica en el menor tiempo posible que efectivamente contribuya con mitigar los efectos adversos de la pandemia en el Perú.

Esta intervención habría sido difícil de implementar sin la dirección del equipo local de USAID/Perú. Su compromiso, flexibilidad, capacidad de adaptación a cambios en el contexto y conocimiento del sistema de salud peruano fueron factores facilitadores para orientar el diseño incremental de esta intervención. Su experiencia en gestión de actividades de salud y en coordinación de actividades de asistencia técnica a través de una colaboración estratégica con socios locales y globales también resultaron ser factores cruciales que facilitaron una intervención altamente eficiente y adaptable en respuesta a la pandemia de la COVID-19.

El equipo local de USAID y sus socios locales, quienes ejecutaron las actividades en la primera etapa de la intervención, no solo aportaron su conocimiento experto sobre el complejo sistema de salud peruano, sino también pudieron establecer relaciones efectivas con las autoridades nacionales y regionales que les permitieron brindar un apoyo rápido al Perú. Esta colaboración local fue esencial para ajustar constantemente las estrategias y tomar decisiones informadas en un contexto altamente cambiante. Cuando se incorporaron socios globales a la intervención, en una segunda etapa caracterizada por el énfasis en impulsar la vacunación como principal estrategia de combate contra la pandemia, se enriqueció aún más la respuesta.

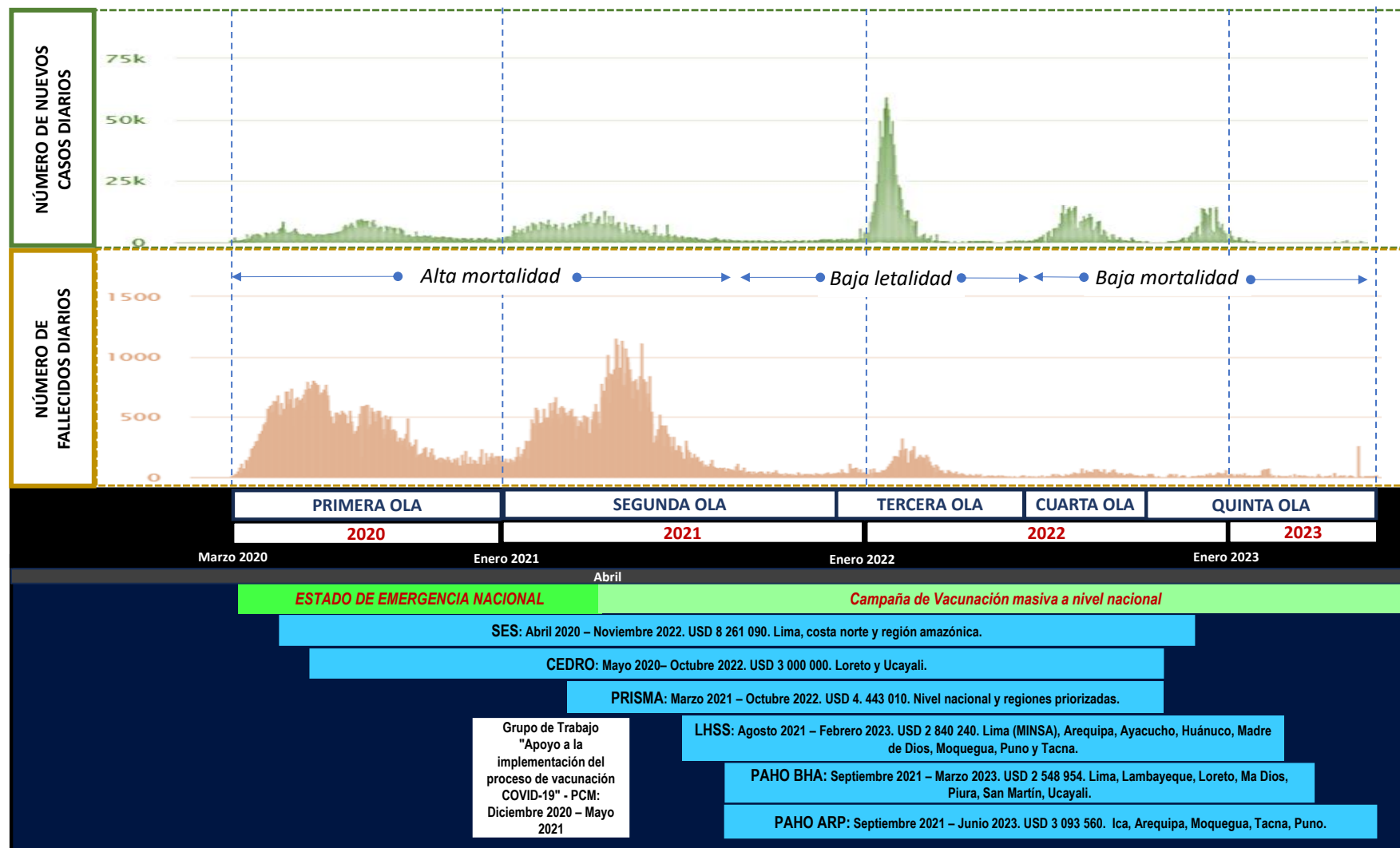
En 2021, a medida que se sumaron más socios a esta intervención de USAID, se reconoció la necesidad de fortalecer la coordinación y la articulación de estas actividades. Debido a que estas actividades contaban con un único *Agreement Officer's Representative (AOR)* se facilitó esta coordinación para evitar cruces y duplicidades entre los socios. De esta manera, USAID/Perú pudo delinear claramente las áreas de intervención de cada socio, tanto en términos geográficos como en los ejes temáticos en los que brindaban asistencia técnica a las contrapartes del gobierno nacional y los gobiernos regionales. Si bien la coordinación entre socios varió en su eficacia en diferentes casos, este esfuerzo inicial de establecer una estructura organizativa sólida resultó valioso para garantizar una coordinación directa y efectiva entre todos los actores involucrados.

Esta coordinación no solo facilitó la colaboración entre los socios, sino que también permitió una distribución más eficiente de recursos y esfuerzos en beneficio de la respuesta a la pandemia de la COVID-19 en el Perú. El orden establecido contribuyó a evitar sobreposiciones y a maximizar el impacto de las actividades de asistencia técnica en el ámbito geográfico y temático específico de cada socio. Desafortunadamente, esta plataforma de coordinación entre socios no siempre se reflejó en el nivel regional cuando los equipos locales de distintos socios coexistieron en una región.

Además de su apoyo directo en la atención de la crisis sanitaria, USAID/Perú colaboró estrechamente con la Presidencia del Consejo de Ministros en la logística de insumos para la atención de la COVID-19, garantizando un proceso transparente y eficiente. También apoyó el trabajo de una *task force* que evaluó y propuso ajustes para mejorar la capacidad de respuesta del gobierno peruano frente a la pandemia. Además, desempeñó un papel crítico en la supervisión y seguimiento de la implementación del programa de vacunación, contribuyendo significativamente a la gestión integral de la emergencia sanitaria en el país.

El gráfico 3 presenta la línea temporal de la intervención en su conjunto, a través de estos cinco socios, de manera paralela a la evolución de la pandemia en el Perú.

Gráfico 3: Línea de Tiempo de la Implementación del Apoyo de USAID a la Respuesta frente a la COVID-19 en el Perú en el Contexto de la Pandemia, 2020-2023



Fuente: Elaboración propia

PRIMERA ETAPA

En el año 2020, la intervención se puso en marcha a través de dos socios: Socios en Salud y CEDRO (Ver el Anexo 2 con los *fact sheets* de estas actividades). Las actividades concentraron sus esfuerzos en fortalecer la vigilancia epidemiológica, la provisión de oxígeno, la prevención y manejo de la infección, el manejo de casos con COVID-19 y el cuidado de pacientes con otras enfermedades, incluyendo la atención casos de salud mental y violencia en comunidades alejadas. Estas actividades incluso permitieron extender la provisión de servicios de salud en comunidades vulnerables y remotas, muchas de las cuales solo eran accesibles a través de ríos.

Si bien USAID cuenta con procesos previamente diseñados para situaciones de emergencia, como la pandemia, el equipo de USAID/Perú demostró su compromiso al encontrar mecanismos que aceleraron aún más la implementación de actividades en colaboración con socios locales. Aprovechando la flexibilidad inherente a este tipo de contexto, el equipo de USAID/Perú adoptó un enfoque proactivo para agilizar la puesta en marcha de la intervención. Este enfoque estratégico y adaptable es una muestra del compromiso de USAID/Perú en la gestión eficaz de crisis, asegurando que la asistencia llegue de manera eficiente a las comunidades afectadas.

Fue así como los miembros de USAID/Perú emprendieron la tarea de diseñar una intervención en estrecha colaboración con socios locales que ya estaban involucrados en la respuesta a la crisis de la pandemia. Esta sinergia permitió una rápida movilización de recursos y conocimientos, acortando los plazos y garantizando que la ayuda llegara de manera oportuna a quienes más la necesitaban.

Durante la fase inicial de esta intervención, las convocatorias en la forma de *Annual Program Statement* (APS) y, en varios casos, el uso de Acuerdos de Monto Fijo (*Fixed Amount Agreement*) permitieron a USAID/Perú y a sus socios reducir la carga administrativa y concentrarse en la co-creación y ejecución de las actividades.

Aunque se implementaron medidas para aligerar la carga administrativa y de supervisión de las actividades, esto no significó en modo alguno abandonar políticas fundamentales para USAID, como la promoción de la equidad de género y la inclusión de poblaciones en situación de vulnerabilidad. Un claro reflejo de esta prioridad fue el mandato explícito de CEDRO para ampliar los servicios de salud y asegurar su disponibilidad en las comunidades remotas de la Amazonía, que, en su mayoría, albergaban a poblaciones vulnerables.

Esta primera etapa de la intervención estuvo marcada por la flexibilidad y agilidad adoptada por el equipo de USAID/Perú y el trabajo de sus socios en el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica, la provisión de servicios e insumos críticos, como el oxígeno, y la garantía del acceso a servicios de salud en zonas remotas donde residen poblaciones vulnerables.

- SOCIOS EN SALUD

Esta respuesta rápida y coordinada se tradujo en la implementación ágil de la primera actividad en colaboración con Socios en Salud, apenas semanas después de que se declarara el estado de emergencia en el Perú y el mundo. Si bien la actividad tuvo una mayor incidencia en Lima debido a la densidad de población en la capital y la base de trabajo previamente establecida por Socios en Salud en algunas redes de servicios de salud de la capital, también se extendió a numerosas regiones, incluyendo Ancash, Arequipa, Callao, Cajamarca, Cusco, Huánuco, Ica, Junín, La Libertad, Lambayeque, Loreto, Madre de Dios, Moquegua, Pasco, Piura, Puno, San Martín, Tumbes y Ucayali.

Esta actividad se enfocó en fortalecer las capacidades para la vigilancia, el diagnóstico y la provisión de tratamiento con oxígeno de los establecimientos de salud intervenidos, la atención mediante teleconsultas para pacientes COVID y no-COVID, incluyendo atenciones de salud mental, y el apoyo social a familias vulnerables para hacer frente a la emergencia durante la primera ola de la pandemia. El componente logístico fue esencial, ya que permitió a los hospitales públicos mejorar su capacidad para hacer frente a la crisis.

Esta respuesta rápida y coordinada marcó la diferencia en la atención a las comunidades más afectadas por la COVID-19 en Perú. La colaboración entre USAID y Socios en Salud permitió adaptarse a las necesidades cambiantes en todo el país, fortaleciendo la capacidad de respuesta y la resiliencia de los sistemas de salud en un momento de crisis sin precedentes.

- CEDRO

La actividad implementada por CEDRO se puso en marcha en mayo de 2020 y se centró en la protección de las poblaciones nativas de Loreto y Ucayali ante la pandemia de COVID-19. Esta iniciativa se enfocó en comunidades ribereñas amazónicas para las cuales el acceso por vía fluvial era la única opción. Esta actividad logró llevar servicios de salud esenciales a las comunidades nativas de la Amazonía durante la pandemia, aunque las condiciones fluviales de la zona dificultaron en oportunidades la llegada a comunidades de Ucayali.

CEDRO se asoció con el Proyecto Esperanza Amazónica, que opera dos buques fluviales como centros de salud móviles. Estos barcos transportaban una amplia gama de servicios de salud, desde atención dental hasta atención de emergencia, a las comunidades más alejadas. El apoyo de CEDRO permitió añadir la atención de salud mental, la promoción y administración de vacunas contra COVID-19 y otras enfermedades, y fortalecer las actividades de control prenatal y otras.

La actividad proporcionó servicios esenciales a comunidades amazónicas remotas, complementando el trabajo de la DIRESA que se enfocaba en atender a pacientes con COVID-19 en las ciudades. Además, estableció una colaboración cercana con los líderes comunitarios, promoviendo un enfoque intercultural en la prestación de servicios.

SEGUNDA ETAPA

En el año 2021, cuando el Perú inicia la implementación del Plan Nacional de Vacunación en el año 2021, se diseñaron actividades para acompañar esta nueva estrategia de respuesta. La primera de estas actividades continuó con la práctica de trabajar con un socio local. Así fue que PRISMA, una organización local con reconocida experiencia en el trabajo de fortalecimiento del sistema de salud en el Perú, se comprometió a apoyar diversas Direcciones Regionales de Salud en la implementación oportuna y equitativa del Plan Nacional de Vacunación.

Con la asignación de fondos aprobados a través del *American Rescue Plan Act (ARPA)*, se trabajó con dos socios a través de mecanismos gestionados centralmente desde Washington D.C.: Abt Associates Inc. y la Organización Panamericana de la Salud (Ver el Anexo 2 con los *fact sheets* de estas actividades). A pesar de no ser convenios de cooperación gestionados localmente, estos dos socios tienen amplia experiencia trabajando en el fortalecimiento del sistema de salud peruano.

Es importante resaltar que estos convenios de manejo central aligeraron la carga administrativa de USAID/Perú. Luego de la etapa inicial de diseño y planificación, los equipos locales trabajan directamente con el equipo de USAID/Perú casi exclusivamente en los aspectos técnicos de la actividad.

- PRISMA

La actividad implementada por PRISMA, entre marzo de 2021 y octubre de 2022, fue el tercer y último convenio de cooperación local que puso en marcha USAID. Su objetivo principal fue colaborar en la ejecución del Plan Nacional de Vacunación contra la COVID-19 en las regiones de Ancash, Ayacucho, Cajamarca, Cusco, Huancavelica, Junín, Lambayeque, Piura y Ucayali, abarcando áreas geográficas remotas y comunidades campesinas y nativas.

La actividad desempeñó un papel crucial en la reducción de brechas en la vacunación de comunidades campesinas y nativas, contribuyendo significativamente al avance de la vacunación. Esto se llevó a cabo teniendo en cuenta las diferencias culturales y las diversas realidades territoriales presentes en la sierra y la selva peruana. Además, generó un valor agregado en el sistema de salud al establecer normativas y coordinaciones que permitieron una mayor eficiencia en el proceso de vacunación.

PRISMA, como parte de esta intervención, se centró en brindar apoyo integral al personal de salud y a las autoridades encargadas de implementar la vacunación. Es así que se logró impulsar el esfuerzo de las DIRESA a través de proveer apoyo en aspectos logísticos claves para el avance de la implementación del plan de vacunación.

- LHSS

Implementada entre agosto de 2021 y febrero de 2023, ésta fue la primera actividad gestionada bajo un mecanismo central a través del contrato con Abt Associates Inc que se financió con recursos aprobados a través del ARPA. Las zonas de intervención abarcaron las regiones de Arequipa, Ayacucho, Huánuco, Madre de Dios, Moquegua, Puno y Tacna. En estas zonas se impulsó una campaña de comunicación en cada región, dentro del marco de la implementación del plan de vacunación, que incluyó importantes elementos culturales.

Se brindó asistencia técnica directa a las regiones de Ayacucho y Huánuco en la gestión de la respuesta al COVID-19. En particular se apoyó la implementación del plan de vacunación mediante asesores regionales asignados a cada región. Estos asesores regionales desempeñaron un papel crucial al apoyar la gestión de las campañas de vacunación y alentar la colaboración con otros sectores y niveles de gobierno. Además, se organizaron visitas de aprendizaje de pares para que los equipos de gestión de estas DIRESA pudieran observar directamente las experiencias exitosas en la región Ancash.

La actividad tuvo un impacto significativo en el fortalecimiento de las capacidades de los funcionarios regionales del sector salud, así como en la promoción de la coordinación intersectorial e intergubernamental. Esto permitió que regiones como Ayacucho redujeran sus brechas en la vacunación, que habían sido notables debido a un menor número de fallecimientos por la pandemia en comparación con otras regiones.

Además, en Ayacucho y Huánuco se concentró la ejecución de la mayoría de actividades con el objetivo de generar una sinergia entre ellas y potenciar la intervención, lo cual resultó en que el crecimiento de la cobertura de vacunación en estas regiones sea superior al nacional durante el período de ejecución de esta actividad.

Una característica de esta actividad es que también brindó asistencia técnica al Ministerio de Salud (MINSA) para fortalecer la vigilancia epidemiológica, la red nacional de laboratorios, a través de la mejora de procesos como toma y traslado de muestras, y el servicio de telemedicina.

- OPS

La actividad implementada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) también utilizó fondos del ARPA a través de un convenio paraguas con esta Organización Pública Internacional (PIO, por sus siglas en inglés). Su trabajo se centró en las regiones sureñas de Arequipa, Ica, Moquegua, Puno y Tacna, con el objetivo primordial de reducir la mortalidad, morbilidad y complicaciones asociadas a la COVID-19 entre pacientes y sus familias.

Esta iniciativa abarcó diversas áreas de intervención, incluyendo la prevención y control de infecciones, la vigilancia epidemiológica, la comunicación social de las campañas de vacunación y la capacidad de diagnóstico con pruebas moleculares en las regiones más afectadas por la pandemia. Uno de los logros más destacados fue la aceleración del acceso universal y equitativo a la distribución de vacunas en su ámbito de influencia, lo que contribuyó significativamente a mitigar y reducir la mortalidad por COVID-19 en estas zonas.

Para lograr estos resultados, se llevaron a cabo planes de cobertura informativa, se estandarizaron procesos y se mejoró la capacidad de respuesta de los establecimientos de salud. Estas medidas se llevaron a cabo mediante un componente organizativo de la información, lo que permitió una gestión más efectiva de los servicios de salud y una mayor protección tanto para el personal de salud como para la población en general en las regiones del sur del país.

ESTRATEGIAS UTILIZADAS DURANTE LA IMPLEMENTACIÓN

La implementación de la intervención a través de múltiples socios involucró una diversidad de estrategias ejecutivas. Este proceso estuvo fuertemente influenciado por el contexto de emergencia generado por la pandemia, lo que demandó una ejecución ágil y rápida de las actividades. Como consecuencia, los procedimientos habituales de diseño, evaluación de la situación y planificación se vieron notablemente acortados. La urgencia de la emergencia convirtió en prioridad principal la puesta en marcha inmediata de actividades destinadas a respaldar la respuesta del gobierno peruano.

A continuación, se presentan algunas de estas estrategias que permitieron la adaptación a circunstancias excepcionales e ilustran la capacidad de respuesta y flexibilidad ante desafíos imprevistos de parte de USAID/Perú y sus socios.

ÚNICO FUNCIONARIO DE USAID SUPERVISOR DE LOS CINCO SOCIOS (COMO AGREEMENT OFFICER'S REPRESENTATIVE O ACTIVITY MANAGER)

Debido a que cuando USAID decide apoyar al Perú en su respuesta frente a la pandemia sólo existía un miembro del equipo -que luego tomaría el nombre de Oficina Regional de Migración y Salud- con experiencia en la gestión de intervenciones de salud, éste fue el único AOR/*Activity Manager* que supervisó a los cinco socios implementadores. La intervención se vio favorecida por esta asignación dada la experiencia técnica y de gestión sólidas, experiencia en el manejo de actividades en la región de América Latina y el Caribe, y experiencia de trabajo en campo del AOR/*Activity Manager*.

El AOR/*Activity Manager* cultivó una relación sólida, flexible y transparente con cada uno de sus socios, basada en la confianza y la comunicación abierta. Esta conexión positiva fue importante para adaptar eficazmente las operaciones a lo largo del ciclo de vida de las actividades. Durante la implementación de estas actividades, la supervisión y apoyo técnico fueron constantes, además de la flexibilidad para adaptar los conocimientos y metodologías al manejo del día a día.

Estas circunstancias generaron un conjunto de oportunidades en la implementación. El AOR/*Activity Manager* actuó como el punto focal de coordinación para los socios implementadores, simplificando significativamente la carga de coordinación con las distintas unidades de USAID/Perú, facilitando una coordinación más efectiva entre socios y promoviendo una mayor articulación y sinergia entre las actividades.

COORDINACIÓN ENTRE SOCIOS IMPLEMENTADORES

En el tercer trimestre de 2021, tras la inclusión de los últimos socios en la intervención, USAID/Perú convocó una importante reunión de trabajo con los representantes de todos los socios implementadores que sentó las bases de la articulación y las coordinaciones entre socios. El objetivo era establecer una relación sinérgica, dinámica y bien definida entre las diversas actividades y cimentar las bases de una coordinación fluida y constante entre los socios.

En esta reunión se estableció una clara delimitación de los componentes de trabajo de cada socio, así como los ámbitos territoriales de intervención, evitando la superposición de actividades. Ello permitió una distribución complementaria y eficiente de recursos y esfuerzos. De esta manera, este esfuerzo de coordinación fue un gran facilitador de la implementación de las actividades.

La coordinación resultante de esta reunión permitió a los socios implementadores forjar alianzas estratégicas, formar equipos funcionales y aprovechar recursos compartidos. Un ejemplo elocuente de esta sinergia se encuentra en el trabajo de apoyo al sistema de vigilancia epidemiológica. Socios en Salud había trabajado en este tema durante el primer año de la intervención. Siguiendo su labor en la red de servicios de salud de Lima Norte, Socios en Salud contribuyó activamente a la puesta en marcha de equipos de respuesta especializados para la vigilancia y rastreo de contactos. Al mismo tiempo, otros socios, como LHSS, abordaron el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica desde una perspectiva complementaria, evaluando y proponiendo mejoras en los procesos del sistema. Su trabajo se centró en colaborar con diversas direcciones del MINSA. Esta colaboración estrecha permitió que las nuevas actividades construyeran sobre la base establecida por Socios en Salud y acercó a esta organización al MINSA y nuevas regiones donde no había trabajado previamente.

No obstante, también surgieron desafíos en la coordinación. Un ejemplo ilustrativo proviene de la colaboración entre OPS y LHSS en la campaña de comunicación de la vacunación. A pesar de un acuerdo inicial para diseñar e implementar conjuntamente estas campañas en las regiones del sur del país, el trabajo no avanzó según lo planificado. Ante esta disyuntiva, se determinó que la mejor solución sería que la OPS implementara la campaña en la zona quechua de Puno, mientras que LHSS se encargaría de la zona Aymara. Este ejemplo resalta la importancia de una comunicación y coordinación efectivas, incluso en situaciones de circunstancias difíciles.

Es relevante mencionar que, a pesar de los esfuerzos de establecer mecanismos directos de coordinación entre socios en el nivel nacional, éstos no siempre se trasladaron de manera natural al nivel regional cuando los equipos locales de los socios coincidían en una región. Esto podría haberse debido, en parte, a la urgencia de ejecutar las actividades en un plazo limitado y a la asunción que la

delimitación de los ámbitos temáticos ya evitaba la duplicación de esfuerzos. Sin embargo, es vital reconocer que la coordinación local es igualmente esencial para garantizar la eficiencia y la coherencia en la implementación.

Por otro lado, los socios también jugaron un papel fundamental como agentes promotores de la articulación interinstitucional e intergubernamental de las DIRESA en apoyo a las campañas de vacunación. Un ejemplo destacado se encuentra en Cajamarca, donde PRISMA colaboró con la DIRESA para coordinar con el sector privado, a través de la Cámara de Comercio, la organización de campañas que fomentaron la vacunación en escuelas y establecimientos privados. Esta iniciativa resultó en un aumento significativo de la participación y conciencia sobre la vacunación en la comunidad. En Ayacucho, LHSS desempeñó un papel crucial en apoyar a la DIRESA con la articulación con la Dirección Regional de Educación para lograr el efectivo involucramiento de los profesores como aliados de esta campaña y organizar actividades que promovieron la vacunación entre estudiantes.

TRABAJO DIRECTO CON LOS GOBIERNOS REGIONALES

Si bien los socios que participaron en esta intervención trabajaron predominantemente con las autoridades regionales y locales en las áreas donde llevaron a cabo sus operaciones, hubo instancias de colaboración con el MINSA. Por ejemplo, LHSS proporcionó asistencia técnica al Instituto Nacional de Salud, a la Dirección General de Telesalud, Referencia y Urgencias, a la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública y al Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y control de Enfermedades. Asimismo, Socios en Salud y PRISMA colaboraron con la Escuela Nacional de Salud Pública.

Este enfoque de trabajo se basa en la descentralización del sistema de salud peruano; resulta imposible apoyar la respuesta frente a una crisis sanitaria sin trabajar con las DIRESA. Además, las DIRESA presentaron dos factores clave que impulsaron esta colaboración directa: la necesidad de apoyo técnico a su trabajo y el entusiasmo y el deseo compartido por parte de los equipos regionales de trabajar de la mano con los socios.

Esta asociación directa con las DIRESA fue de gran importancia, ya que permitió que los socios brindaran el respaldo necesario para que los gobiernos regionales pudieran desarrollar sus propias estrategias de salud. En lugar de simplemente implementar directivas provenientes del MINSA, esta colaboración permitió que las actividades se adaptaran y respondieran directamente a las necesidades específicas de cada región. Además, se utilizaron mecanismos de trabajo que consideraron el contexto cultural, geográfico y la situación de los servicios de salud en cada región.

No obstante, es fundamental reconocer la importancia del trabajo con el MINSA. Esta labor adquiere un valor especial, ya que contribuye significativamente a la sostenibilidad de las actividades en el largo plazo. Muchas de estas acciones fortalecen la rectoría del MINSA al contribuir directa o indirectamente a la creación de normativas que tienen un impacto concreto en el sistema nacional de salud.

La colaboración en el nivel regional fue esencial para la adaptabilidad y eficacia de las intervenciones, mientras que el trabajo con el nivel nacional garantizó la continuidad y la influencia duradera de estas actividades en el sistema de salud del país. Ambos enfoques complementarios se potencian y favorecen la consecución de resultados de la intervención.

DISEÑO CONJUNTO DE LAS ACTIVIDADES CON LAS CONTRAPARTES

Una característica fundamental que favoreció la implementación efectiva de las actividades fue la presentación anticipada de su marco de trabajo a las autoridades nacionales y regionales. Este enfoque permitió alinear la intervención con las prioridades de apoyo de las contrapartes y complementar las labores de las instituciones públicas.

Además de garantizar la coherencia con las necesidades identificadas, esta estrategia promovió la apropiación de la intervención por parte de las autoridades y sus equipos. En contraste con otros socios de la cooperación internacional que les presentan planes de trabajo rígidos, esta estrategia generó un mayor compromiso y cooperación por parte de las autoridades y sus equipos.

Diseñar las actividades específicas con las contrapartes fue un acierto clave de la intervención. Este enfoque no solo aseguró que las actividades estuvieran alineadas con las prioridades locales, sino que también generó un mayor compromiso con su ejecución. La inclusión de sus aportes en el diseño de las actividades fortaleció la relación de trabajo y promovió un sentido de propiedad compartida, contribuyendo significativamente al éxito de la intervención.

EXTENSIÓN DE LOS EQUIPOS EN EL ÁMBITO LOCAL

La ejecución de algunas actividades de corto plazo se vio potenciada por la incorporación de coordinadores, asesores o equipos locales como parte del equipo de los socios implementadores. Esta estrategia, utilizada previamente de manera exitosa en intervenciones anteriores, mejora la eficacia de la asistencia técnica proporcionada a las DIRESA. Los socios tienen experiencia en la rápida expansión de su personal durante la ejecución de actividades de cooperación. Esta expansión en el ámbito local les permite adaptarse y responder rápidamente a cambios en el entorno, para lo cual es esencial que el personal local de los socios tenga autonomía para tomar decisiones relacionadas con la ejecución de las actividades y la gestión de los recursos asignados.

En algunos casos, los socios solicitaron a las DIRESA un compromiso en la colaboración que se tradujo en la integración de los asesores locales en sus equipos de gestión. Esto incluyó la asignación de oficinas en las instalaciones de la DIRESA y la provisión de ciertas facilidades para los asesores.

Los asesores locales deben poseer reconocidas habilidades técnicas y de gestión para brindar un apoyo eficaz a las DIRESA. Es crucial que los equipos de las DIRESA vean en estos asesores a colegas con experiencia en situaciones similares que han encontrado soluciones ante posibles obstáculos en la implementación de actividades. Esta estrategia proporciona una oportunidad efectiva para fortalecer las capacidades técnicas y de gestión mediante el *coaching* directo a los funcionarios regionales involucrados en la respuesta a la pandemia.

Sin embargo, un desafío importante para esta estrategia es la limitada oferta de profesionales con las cualidades requeridas disponibles para conducir las actividades locales. Los socios mantienen una red de contactos de profesionales a nivel regional, lo que reduce el riesgo de no encontrar personal cualificado. No obstante, durante una emergencia sanitaria, estos profesionales tienen alta demanda. PRISMA, por ejemplo, enfrentó dificultades para encontrar personal con el perfil exacto y optó por contratar individuos con perfiles cercanos, lo que requirió un estrecho seguimiento por parte del equipo central de PRISMA.

La inclusión de personal local en los equipos de los socios ha demostrado ser una estrategia efectiva para agilizar la ejecución de actividades. Esta colaboración estrecha con las DIRESA permite una transferencia de conocimientos directa y una toma de decisiones más ágil. A pesar de los desafíos relacionados con la disponibilidad de profesionales calificados, esta estrategia sigue siendo una herramienta valiosa en situaciones de respuesta a emergencias sanitarias.

VISITAS DE APRENDIZAJE DE PARES

Las visitas de aprendizaje entre pares no solo resultaron valiosas para fortalecer las capacidades de los participantes al permitirles observar en campo las operaciones de experiencias exitosas, sino que también propiciaron la formación de equipos comprometidos y redes de cooperación entre pares. La oportunidad de presenciar de cerca el trabajo de equipos que se han organizado eficazmente para abordar desafíos similares a los que enfrentan los visitantes, y que han hallado soluciones, brindó una experiencia profundamente enriquecedora.

Es crucial que estas visitas involucren a funcionarios con la autoridad para tomar decisiones relacionadas con la implementación de las actividades que son objeto de la visita.

Un ejemplo destacado de esta estrategia fueron las visitas realizadas por los equipos de Ayacucho y Huánuco a la región de Ancash para observar la gestión de las campañas de vacunación. Previo a estas visitas, Ayacucho y Huánuco enfrentaban bajas coberturas de vacunación, muy por debajo del promedio nacional. Sin embargo, esta experiencia les permitió organizarse eficazmente y aprender a gestionar sus propias campañas de manera efectiva. Un aspecto crucial que emergió fue la necesidad de involucrar a otras instituciones, como los gobiernos locales o las Direcciones Regionales de Educación, en este esfuerzo conjunto.

Después de este trabajo conjunto, se evidenció un crecimiento significativo en las tasas de cobertura de vacunación en estas dos regiones, superando incluso el promedio nacional. Ayacucho, en particular, se destacó al recibir visitas de otros equipos, como los de Puno y algunos de Bolivia. Esto fue un reconocimiento palpable al trabajo realizado por Ayacucho, resaltando su éxito en la gestión de las campañas de vacunación y su capacidad para inspirar y compartir conocimientos con otras regiones.

TRABAJO CON POBLACIONES EXCLUIDAS Y VULNERABLES

La prioridad de inclusión de poblaciones vulnerables en las actividades de USAID se plasmó de manera significativa en la intervención de apoyo a la respuesta ante la pandemia. Esto se evidenció principalmente a través de la actividad dirigida por CEDRO, cuyo objetivo explícito era llevar servicios de salud a zonas remotas y comunidades nativas de Loreto y Ucayali. Estas áreas, que de otro modo habrían quedado desatendidas debido a la concentración del trabajo de las DIRESA en ciudades densamente pobladas, se convirtieron en un enfoque central de la intervención.

La inclusión de estas poblaciones vulnerables desempeñó un papel destacado en la ejecución de otras actividades. En particular, tuvo un papel protagónico en el desarrollo de las campañas de comunicación sobre la vacunación, que incorporaron elementos culturales propios de las comunidades donde se llevaron a cabo. Esto incluyó el uso de lenguas nativas para garantizar la comprensión y aceptación de la vacunación.

Otro ejemplo ilustrativo proviene del trabajo de PRISMA en Cajamarca, donde se emprendió un esfuerzo individualizado para aumentar las tasas de vacunación en zonas nativas, como Naranjos que se

encuentra cerca de la frontera con Ecuador. Para superar la resistencia a la vacunación en estas comunidades, fue necesario sensibilizar a los líderes comunitarios. En Naranjos, el punto de quiebre se produjo cuando un líder comunitario (Apu) accedió a vacunarse, lo que generó un aumento notable en la cobertura de vacunación en el resto de la comunidad.

Estos ejemplos destacan el compromiso de la intervención de USAID/Perú en asegurar que las poblaciones más vulnerables y marginadas tengan acceso a los servicios de salud y sean incluidas en las estrategias de respuesta frente a la pandemia. La adaptación cultural y la sensibilidad a las necesidades específicas de estas comunidades fueron ejes críticos de esta intervención.

OTROS FACTORES QUE FACILITARON LA INTERVENCIÓN

Además de las estrategias presentadas previamente, se encontraron otros factores que también facilitaron la intervención:

- La aprobación de presupuestos generales en los convenios de cooperación permitió mayor flexibilidad a los socios en sus operaciones. A pesar de que cada socio elaboró un presupuesto que respondía a actividades específicas, la aprobación de un presupuesto general facilitó la gestión de los fondos. Esta flexibilidad se reveló esencial en las actividades de campo, permitiendo, por ejemplo, financiar la alimentación de enfermeras durante las campañas de vacunación en áreas remotas.
- Los socios implementadores cuentan con procedimientos institucionales rigurosos que se alinean con los procesos administrativos requeridos por USAID/Perú. Esto ha permitido que, a pesar de contar con excepciones administrativas para la ejecución de estas actividades, la gestión interna de estas tareas agilizó considerablemente el proceso de supervisión.
- La capacidad de aprendizaje e innovación de los socios implementadores es altamente valorada por USAID/Perú, ya que propicia una intervención dinámica que puede innovar, integrar nuevos conocimientos y adaptarse a cambios abruptos en el entorno. Esto se torna especialmente crucial en situaciones de emergencia sanitaria, en donde no se cuenta con información rigurosa sobre la efectividad de las estrategias de respuesta.
- En áreas remotas de poblaciones nativas de la Amazonía, la gestión de códigos culturales de comunicación y relaciones se convirtió en un componente esencial de la ejecución de las actividades. El enfoque gradual y constante de colaboración y trabajo directo con líderes comunitarios abrió puertas a comunidades vulnerables que a menudo presentaban desafíos para la colaboración.
- Algunas de las actividades lograron ampliar sus operaciones hasta los primeros meses del año 2023. A pesar de que ello no permitió la ejecución de una amplia agenda de trabajo este año, sí resultó fundamental para compartir los logros obtenidos con los nuevos equipos de gestión en las regiones, tras el cambio de administración de este año. Además, esta extensión brindó la oportunidad de promover la continuidad de las actividades y las buenas prácticas implementadas durante la ejecución del proyecto. La extensión de la actividad manejada por Abt Associates Inc. hasta febrero de 2023, por ejemplo, permitió la presentación de los planes de preparación y respuesta a futuras emergencias por virus respiratorios que fueron trabajados con el equipo anterior de las DIRESA Ayacucho y Huánuco.

FACTORES QUE DIFICULTARON LA INTERVENCIÓN

En esta sección se presentan algunos factores que fueron obstáculos para la implementación de las actividades:

- Algunos socios sintieron que la demanda periódica de generar *fact sheets* y reportar los logros obtenidos fue una distracción en la gestión de la implementación de las actividades. Esto se presentó especialmente cerca del cierre de las actividades, cuando los socios buscaban completar las actividades planificadas.
- Los continuos cambios en las autoridades y funcionarios del MINSA plantearon desafíos para colaborar con el nivel nacional, no sólo porque interrumpían las actividades iniciadas sino porque las prioridades y la receptividad de las nuevas autoridades podía ser distinta. LHSS fue el socio que en mayor medida pudo proporcionar asistencia técnica a las diversas direcciones del MINSA. Esto se debió en gran medida a la resiliencia de su equipo, quienes perseveraron a pesar de los cambios de ministros, viceministros, directores y asesores de la alta dirección del MINSA. Aunque en menor medida, estos cambios también dificultaron las actividades de cooperación en el nivel regional.
- La colaboración con el MINSA se vio obstaculizada por las demandas que tenía su equipo y el cambio de sus prioridades durante la pandemia. El ingreso de la nueva administración nacional en el año 2021 introdujo una sensación de rechazo al trabajo con los socios. Esto resultó en la cancelación de algunas actividades previamente coordinadas, como el diseño de una estrategia de comunicaciones en apoyo a la implementación del Plan Nacional de Vacunación que se estaba desarrollando en conjunto con LHSS. Asimismo, a pesar de la efectividad demostrada del Botón Amarillo, una herramienta de farmacovigilancia desarrollada por PRISMA para registrar efectos secundarios de la vacunación (o medicación en general), el MINSA no la adoptó de manera oficial. Esta falta de institucionalización resultó en la discontinuación de la herramienta en las regiones donde había tenido éxito previamente.
- En el ámbito regional, se encontró una escasez de proveedores y profesionales con la experiencia y perfil adecuados para el trabajo requerido. Socios en Salud, por ejemplo, experimentó dificultades significativas para encontrar un proveedor con la experiencia necesaria en la provisión de oxígeno en Loreto. Por otro lado, PRISMA se encontró con desafíos al buscar personal de enfermería capaz de coordinar sus actividades en Ica y Ayacucho. Aunque identificaron obstetras con las habilidades necesarias, no fueron bien recibidos por los equipos a cargo de las campañas de vacunación.
- Asimismo, la escasez de personal competente en las redes de salud para la implementación de las campañas de vacunación fue un factor que constantemente obstaculizó el progreso en la cobertura de vacunación.
- La falta de capacidad de gestión por parte de algunos funcionarios públicos presentó desafíos durante la implementación de las actividades. Un ejemplo de este problema se observó durante el lanzamiento de una campaña de vacunación en Ancash, cuando las vacunas no llegaron debido a problemas en el servicio de transporte y la población había acudido para ser vacunada. Para abordar esta situación, PRISMA tuvo que coordinar con CENARES para obtener la autorización del transporte directo de las vacunas desde el almacén nacional, donde estaban disponibles.
- A pesar de que el gobierno peruano reasignó parte de su presupuesto de salud para la respuesta a la pandemia, no se asignaron recursos públicos adicionales suficientes para respaldar eficazmente esta respuesta. Junto con las dificultades en la gestión, esta escasez de recursos financieros planteó desafíos para la ejecución eficiente de las campañas de vacunación, que en algunas ocasiones los socios tuvieron que abordar.

RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN

Las intervenciones de USAID/Perú frente a la pandemia representaron un valioso aporte que permitió potenciar el esfuerzo organizado por el gobierno peruano para abordar la emergencia sanitaria, especialmente a través del apoyo directo a las áreas técnicas del ente rector, a los gobiernos regionales, a los servicios de salud y a las poblaciones más vulnerables (personas de escasos recursos, comunidades nativas y personas con enfermedades crónicas). Las actividades implementadas, además de contribuir con la mitigación de los efectos de la pandemia en los lugares donde se implementaron, lograron desarrollar capacidades del sistema, incrementando las competencias y capacidades de los prestadores de salud y los agentes comunitarios.

Las actividades que se extendieron desde abril 2020 a febrero 2023 fueron implementadas en forma incremental con diferentes objetivos, tiempos e intensidades; contribuyendo significativamente con la vigilancia epidemiológica, la capacidad diagnóstica, la capacidad para proporcionar oxigenoterapia y la mejora en la disponibilidad de oxígeno principalmente a nivel regional y local. Adicionalmente, como aporte a la respuesta nacional, se apoyó en la mejora de la información epidemiológica para la toma de decisiones en el nivel nacional y la implementación del Reglamento Sanitario Internacional (RCI). Asimismo, las actividades contribuyeron en la reformulación de los procedimientos para el diagnóstico en los laboratorios regionales.

ALCANCE DE LA INTERVENCIÓN

- ADECUACIÓN

Las actividades ejecutadas por los socios implementadores se caracterizaron por su adecuación al contexto de la pandemia, a las características de los lugares donde se desarrollaron y las condiciones de los actores gubernamentales y no gubernamentales que participaron; sin perder la naturaleza y el propósito de estas. Asimismo, la flexibilidad respecto a la planificación y algunos aspectos administrativos permitieron actuar con oportunidad en la ejecución de las actividades considerando las dificultades a las que se tuvo que enfrentar debido a la situación de emergencia y a las restricciones que se impusieron principalmente en los primeros meses de iniciada la pandemia.

- RAPIDEZ DE RESPUESTA

USAID/Perú, a través de sus socios, logró implementar oportunamente actividades de cooperación técnica desde las primeras semanas de haberse declarado la emergencia sanitaria en el Perú (marzo 2020), estas intervenciones se iniciaron a través de Socios en Salud (abril 2020) y CEDRO (mayo 2020). Las primeras actividades se focalizaron en aspectos estratégicos de la respuesta a la pandemia en concordancia con el plan establecido por el gobierno; supliendo rápidamente algunas carencias de los servicios de salud tanto para la vigilancia y respuesta epidemiológica, el diagnóstico, el manejo de pacientes, como para la protección del personal de salud.

- COBERTURA

La intervención contribuyó a mitigar el impacto sanitario, social y económico de la pandemia en poblaciones vulnerables de 23 regiones, sin embargo, y pese a que se abarcó prácticamente todas las regiones del país, no se midieron indicadores de cobertura. Los socios cuentan con información cuantitativa de las actividades realizadas y las personas beneficiarias, pero dadas las circunstancias en la

que se desarrollaron y la celeridad con las que se tuvieron que implementar, no se establecieron metas sino hitos y productos específicos.

- CALIDAD

Las intervenciones, a pesar de las dificultades que se presentaron debido a la pandemia, se realizaron considerando los atributos de la calidad respecto al cumplimiento de las disposiciones técnicas (protocolos, guías de práctica clínica, manuales); el respeto a los pacientes y comunidades (estrategias de comunicación, adecuación cultural, apoyo socioeconómico, facilitar el acceso) y las condiciones adecuadas para la prestación, incluyendo la protección del personal y de los pacientes (equipos de protección personal, dotación de paneles solares, equipamiento de oxígeno).

- COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL

Las actividades implementadas por la cooperación de USAID/Perú se caracterizaron por fomentar la coordinación con las diferentes autoridades gubernamentales tanto del nivel nacional, regional y local. Esto permitió orientar las actividades hacia las necesidades prioritarias e implementar la atención de salud, el apoyo en las comunidades y en los establecimientos de salud.

La coordinación permitió complementar las acciones de los prestadores gubernamentales y no gubernamentales, permitiendo atender a personas afectadas directa e indirectamente por la COVID-19. Además, permitieron optimizar esfuerzos y distribuir las actividades para brindar atención a pacientes afectados por otras condiciones crónicas que se vieron afectados por el cierre de algunos establecimientos de salud o por el copamiento por pacientes COVID-19.

- PARTICIPACIÓN

Los socios implementadores establecieron como una de las estrategias para atender adecuadamente a las comunidades, el involucramiento de los actores sociales, de los líderes comunitarios y de los propios pobladores. Esto facilitó el compromiso y participación en la protección de las personas y sus familias frente a la pandemia. Asimismo, se logró que los agentes comunitarios realizaran visitas domiciliarias para brindar educación en salud, vigilancia epidemiológica, identificación de grupos de riesgo y el seguimiento clínico-comunitario para prevención de hipoxia.

FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES INSTITUCIONALES

- DIAGNÓSTICO

Como parte de la contribución de USAID/Perú, se donó un laboratorio móvil con capacidad para realizar pruebas moleculares para SARS-CoV-2 al Ministerio de Salud; posteriormente, el Ministerio de Salud implementó otros dos laboratorios móviles basados en su diseño. Asimismo, se realizaron más de 116 mil pruebas rápidas y de 31 mil pruebas moleculares en la ciudad de Lima. A nivel regional, se fortaleció la capacidad diagnóstica mediante la adquisición de equipos, suministros y capacitación de personal para fortalecer los laboratorios de vigilancia genómica del SARS-CoV-2.

Mientras los servicios de salud prácticamente se enfocaron exclusivamente a los pacientes con COVID-19, a través de la intervención se dio continuidad a la atención de los pacientes más vulnerables y se continuó con el diagnóstico de otras enfermedades, lográndose realizar alrededor de 6.5 mil pruebas de

Gene Xpert MTB Ultra Rif para diagnóstico de TB, más de mil tamizajes de VIH, alrededor de 11 mil tamizajes de presión arterial y más de 3.1 mil tamizajes para el descarte de Diabetes Mellitus.

- TRATAMIENTO

Al inicio de la pandemia, un aspecto álgido fue la falta de oxígeno y de competencias para realizar la oxigenoterapia. Por ello, las primeras acciones se orientaron a desarrollar capacidades para proporcionar tratamiento con oxígeno (87 establecimientos y 27 hospitales y un centro de oxigenación temporal, añadiendo 552 puntos de salida de oxígeno y entregando 141 concentradores de oxígeno con capacidad de 10 L/min en Cusco, Ucayali, La Libertad, Lambayeque, Lima, Arequipa, San Martín e Ica).

La atención se fortaleció brindando orientación a los pacientes a través de más de 473 mil teleconsultas no-COVID y COVID. Asimismo, se apoyó la continuidad de atención mediante la entrega de medicinas a domicilio, beneficiando a pacientes con enfermedades crónicas, realizadas mediante un servicio motorizado o mediante los Agentes Comunitarios en Salud.

Un aspecto importante que se vio afectado fue la salud mental de la población, por lo que se realizaron atenciones individuales de soporte psicoemocional y talleres de promoción de la salud mental y de fortalecimiento de capacidades. Asimismo, se puso a disposición un chat-bot para la tele-atención de salud mental, lo que permitió brindar primeros auxilios psicológicos y, para las personas que lo necesitaron, referirlas a una consulta psiquiátrica. Es importante resaltar que se puso a disposición una versión en idioma quechua del chat-bot.

En las zonas de la Amazonía se implementaron servicios de atención integral por vía fluvial, las cuales realizaron atenciones médicas, de obstetricia, salud mental, vacunación y análisis de laboratorio entre otros.

- VACUNACIÓN

En cuanto el gobierno aprobó el plan nacional de vacunación se establecieron intervenciones para promover el acceso generalizado y equitativo a las vacunas contra la COVID-19, para lo cual se desarrollaron actividades de comunicación para fomentar la aceptación de la vacunación y generar el cambio de comportamiento en las personas que no habían decidido vacunarse; se apoyó la vacunación de las regiones, se realizó la vacunación en las comunidades amazónicas dentro de las instalaciones médicas de los buques hospitales; asimismo, se realizó la inmunización con las otras vacunas del calendario (Virus del Papiloma Humano, Tétanos, Hepatitis B, Influenza, etc.), proporcionados por la autoridades regionales. Por otro lado, se donaron equipos de cadena de frío para las regiones.

- VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Al inicio de la intervención, se establecieron equipos de respuesta rápida para la vigilancia epidemiológica y rastreo de contactos (20 en la DIRIS Lima Norte y 10 en la DIRIS Lima Este), asimismo, se lograron más de 24 mil visitas domiciliarias realizadas por los equipos de vigilancia epidemiológica.

A nivel de los establecimientos de salud se elaboró: la línea de base sobre situación de prevención y control de infecciones (PCI) causadas por coronavirus COVID-19, la identificación de las brechas para el entrenamiento de personal, y la prevención de infecciones asociadas a la atención de salud (IAAS) en los niveles regionales y locales.

- TRABAJO INTERINSTITUCIONAL

Las actividades programadas pudieron implementarse en buena parte gracias al trabajo colaborativo con las autoridades gubernamentales del nivel nacional, regional y local; asimismo, se establecieron relaciones con entidades no gubernamental y la empresa privada, con las cuales se operativizaron intervenciones como la atención de las poblaciones amazónicas y las campañas de vacunación. Estas actividades fueron de mucha utilidad por la oportunidad en que se establecieron y por la complementariedad con los prestadores locales.

- MANEJO DE CADÁVERES

Durante la crisis que representó el incremento de casos y fallecidos en los primeros meses; se tuvo que desarrollar actividades para incrementar la capacidad para manejar cadáveres en cuatro hospitales (Lambayeque, Lima, Loreto y Piura).

FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES INSTITUCIONALES PARA RESPONDER A SITUACIONES FUTURAS SIMILARES

- IMPLEMENTADORES

Los socios implementadores desarrollaron buenas prácticas e identificaron lecciones aprendidas que, de ponerlas en práctica, les permitirán hacer frente a situaciones similares futuras. Estas buenas prácticas y lecciones aprendidas han sido ampliamente descritas en el presente documento.

- INSTITUCIONES PÚBLICAS

Las actividades han fortalecido la capacidad de respuesta de las instituciones públicas de los tres niveles de gestión y atención de salud. Entre los diversos logros obtenidos se pudo mejorar la vigilancia activa, la detección oportuna y la notificación de casos sospechosos de COVID-19 mediante la estandarización de procesos y habilidades para la detección, recolección y análisis de datos en el marco del Reglamento Sanitario Internacional (RSI).

Como parte de las actividades planificadas, diez especialistas de alto nivel del Instituto Nacional de Salud fueron capacitados en los Laboratorios Clínicos de Seúl (SCL) en Corea del Sur. Esta capacitación reforzó los procedimientos y aspectos clave de gestión para la mejora y ampliación del diagnóstico de COVID-19, en control de calidad de la PCR y la vigilancia molecular y genómica. Se fortaleció la capacidad del INS para mejorar la disponibilidad y precisión de las pruebas a nivel nacional, mejora de la capacidad diagnóstica de los laboratorios regionales al modificar los requerimientos y algunos de los procedimientos, mejora del recojo y transporte de muestras para pruebas PCR en los establecimientos de atención primaria; mejora de los procesos para pruebas PCR en el Instituto Nacional de Salud (NIH) y hospitales; mejora de los procedimientos de secuenciación genómica en laboratorios NIH; diseño de un instrumento de control de calidad PCR; ampliación y mejora de la secuenciación genómica, Asimismo, se capacitó a 40 trabajadores del INS y de 15 establecimientos en 8 regiones sobre recolección y transporte de muestras PCR, así como manejo de una red nacional de laboratorios para vigilancia de virus respiratorios.

Se fortalecieron los establecimientos de salud (DIRIS Lima Norte) dotándolos de camas y concentradores de oxígeno para implementar un Centro de Oxígeno-terapia Temporal (COT), como

también se fortalecieron establecimientos de salud ubicados en zonas rurales mediante la instalación de paneles solares. Se capacitaron trabajadores del sector salud para el mantenimiento general de los sistemas de oxígeno medicinal.

Se sumaron esfuerzos en la campaña de vacunación. Se proporcionó al MINSA un análisis de escenarios para incorporar la vacuna COVID-19 en su calendario regular de vacunación, lo que facilitará la estimación presupuestaria y las posteriores negociaciones con el Ministerio de Economía y Finanzas.

Se desarrolló juntamente con el Ministerio de Salud un plan maestro que brinda recomendaciones para ampliar el alcance de "Teleatiendo", una plataforma tecnológica que permitió registrar la solicitud de atención y registrar la atención brindada durante la pandemia de COVID-19, mejorando acceso a la atención sanitaria para personas con enfermedades no relacionadas con la COVID. Luego de seis meses de culminar la actividad de trabajo con Teleatiendo, muchas de estas recomendaciones ya han sido implementadas y otras están en proceso de implementación.

Finalmente, los socios implementadores desarrollaron algunas actividades que favorecen la preparación para futuras emergencias sanitarias. Por ejemplo, en las regiones de Ayacucho y Huánuco se desarrollaron planes de preparación frente a una futura pandemia o emergencia sanitaria. Estos planes recogen el progreso alcanzado durante esta implementación, pero también identifican las actividades críticas que se deben realizar para fortalecer la capacidad de respuesta de estas regiones y brindan un mapa de acciones que pueden implementarse para enfrentar una futura emergencia sanitaria.

- COMUNIDADES

Las comunidades fueron fortalecidas mediante un trabajo de capacitación y sensibilización orientado a los agentes y otros líderes comunitarios. Se brindó prioridad a comunidades vulnerables, en especial de la Amazonía y el sur del Perú, donde las actividades incluyeron elementos culturales que las acercaron a la respuesta a la pandemia. Asimismo, el desarrollo de estrategias comunicacionales puede ser replicable para mantener programas de educación continua en salud.

La pandemia dejó un cúmulo de experiencias y lecciones aprendidas que permitirán mejorar futuras intervenciones de cooperación y fortalecer el equipo de gestión de USAID, sobre todo lo concerniente a actividades de salud y respuesta de emergencias y desastres.

En general, las actividades de USAID/Perú complementaron y potenciaron la labor del sistema de salud peruano, tanto en el nivel nacional como regional. El haber orientado estas actividades estratégicamente al apoyo de aspectos clave en la respuesta frente a la pandemia permitió contribuir significativamente con la mitigación de los efectos de la pandemia de la COVID-19. Las actividades lograron generar un valor agregado en la capacidad de respuesta del sistema de salud, brindando asistencia a la gestión de los servicios de salud en 23 regiones del país, generando información relevante para la toma de decisiones y buscando la sostenibilidad de las actividades desarrolladas. Estas actividades han permitido implementar y apalancar procesos y procedimientos para la respuesta inmediata a la emergencia que por la vía administrativa regular en el sector público hubiesen tomado más tiempo, evitando posibles consecuencias negativas por la dilación de las intervenciones.

LECCIONES APRENDIDAS

Las lecciones aprendidas presentadas en esta sección son producto de la información brindada por actores clave que participaron de un conjunto de entrevistas y del taller de validación sostenidos entre julio y septiembre de 2023. Más allá de la documentación de estas lecciones aprendidas, este proceso ha generado una reflexión entre estos actores que es valiosa y les permite aprender de esta experiencia. Así, estas lecciones aprendidas fueron obtenidas a través de la reflexión y el análisis crítico, guiados sobre los factores que facilitaron o dificultaron la ejecución de las actividades, así como los factores que afectaron positiva o negativamente este trabajo (PMI, 2017).

Estas lecciones nacen de la reconstrucción de la experiencia de ejecución de las actividades de apoyo a la respuesta frente a la pandemia y consisten en el desarrollo de los elementos clave que llevaron a la consecución de resultados. A continuación, se presentan las lecciones aprendidas de esta experiencia sabiendo que “la documentación de lecciones aprendidas contribuye a explicitar un nuevo conocimiento, su diseminación, aplicación y reutilización” (BID, 2015).

DISEÑO Y COORDINACIÓN DE LAS ACTIVIDADES

- Contar con un gestor de actividades de salud en USAID/Perú ha sido fundamental para responder rápidamente y dirigir localmente los objetivos y la naturaleza de la intervención. Esto también facilita el establecimiento de espacios de coordinación y gestión articulada entre las instancias administrativas de USAID, los socios implementadores y las autoridades sanitarias.
- USAID/Perú tiene cierto grado de libertad para ajustar sus procesos en un contexto de emergencia. Si bien los procesos administrativos en situaciones de emergencia en USAID están definidos, los tiempos para su ejecución disminuyeron significativamente gracias a la flexibilidad, compromiso y dedicación del personal responsable. Esto puso en manifiesto que es posible una mayor eficiencia para la puesta en marcha de futuras intervenciones.
- Ciertos mecanismos de contratación que se utilizaron evitaron la distracción de esfuerzos en procesos administrativos o burocráticos sin mermar los resultados esperados de la intervención. Haber utilizado mecanismos de contratación como los acuerdos de monto fijo evitó la sobrecarga en procesos administrativos o burocráticos y permitió que tanto USAID/Perú como los socios implementadores brinden mayor atención a la intervención y a los ajustes necesarios producidos por un contexto de poco conocimiento robusto sobre el virus, los mecanismos de transmisión y las estrategias más efectivas para combatirlo.
- La selección de los socios implementadores es una acción crucial. En la medida que los socios globales y locales cuenten previamente con ciertas certificaciones, el proceso de contratación se agiliza. Un mecanismo que permite acelerar los procesos de puesta en marcha de una intervención con socios globales que tienen presencia local es a través de su inscripción en los canales oficiales del gobierno de los EE. UU.
- Un buen socio es aquel que haya demostrado buena capacidad técnica y administrativa. En el Perú existe un conjunto de socios que tienen esta experiencia y la pandemia ha demostrado que son capaces de responder en muy corto tiempo, pero siempre este tiempo se acorta aún más si se mantienen actualizados en los procesos administrativos de USAID.
- Trabajar con socios que cuentan, en el nivel nacional y/o regional, con un equipo y una red de profesionales locales de alto nivel técnico y con experiencia reconocida facilita la organización rápida,

el despliegue y la puesta en marcha de una intervención. Los socios que participaron del apoyo a la respuesta frente a la pandemia tuvieron éxito, en parte, debido a que cuentan con esta red de profesionales locales altamente capacitados y que mantienen buenas relaciones con las autoridades de salud.

- Es importante construir y mantener una relación abierta, transparente, flexible y constructiva entre USAID y los socios implementadores. Una buena relación facilita el desarrollo de la implementación, ya que permite hacer ajustes en las operaciones a lo largo de la vida de la actividad.
- La supervisión y el acompañamiento técnico de la implementación puede darse a distancia. Para ello, es importante mantener una frecuencia periódica de coordinación y monitoreo del cumplimiento de los productos, entregables o hitos establecidos en los planes.
- El reconocimiento a USAID y al apoyo del pueblo de los EE.UU. es limitado “en el campo”, principalmente debido al desconocimiento de su aporte, a pesar del cumplimiento de los lineamientos de uso de la marca USAID. La presencia protocolar y mediática de funcionarios de USAID y de la embajada de EE.UU. como parte de la implementación y supervisión de las actividades es una de las estrategias más efectivas para lograr este reconocimiento en los diversos ámbitos de intervención.

GESTIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE LAS ACTIVIDADES

- Los Gobiernos Regionales permiten una entrada rápida y directa a la intervención de la Cooperación Internacional, en especial cuando existe muy poca información que dificulta la toma de decisiones desde el nivel nacional o cuando las autoridades nacionales tienen otras demandas que dificultan la coordinación con los socios.
- Incorporar a las autoridades nacionales y regionales en el diseño e implementación de sus actividades mejora la rapidez y capacidad de respuesta focalizada en las necesidades más críticas. Las actividades han sido más eficientes, eficaces y sostenibles cuando los funcionarios del MINSA o GERESA/DIRESA han participado del diseño, ejecución y evaluación de las actividades.
- La coordinación estrecha de los socios con las autoridades de salud permitió facilitar el logro de los objetivos de manera oportuna. Existen muchos ejemplos, como la dotación de oxígeno, la vacunación, el transporte de personal y materiales, incluso hacia zonas de acceso fluvial, con unidades pertenecientes a la región o a los socios implementadores (como el Programa Médico Esperanza Amazónica).
- Una estrategia eficaz para la implementación de las actividades es contar con un asesor o equipo local, en especial para actividades complejas de corto plazo, de menos de 1 año. Ello permite que los socios puedan responder rápidamente a los cambios de contexto y apoyar a las autoridades regionales a resolver los pequeños obstáculos que dificultan el avance. Además de las labores de coordinación, un asesor debe contar con capacidades técnicas y de gestión para brindar apoyo a las DIRESA. El trabajo de un asesor local puede ser una estrategia eficaz para el fortalecimiento de capacidades técnicas y de gestión entre los funcionarios públicos.
- El reclutamiento y contratación del personal idóneo representa un factor importante para el éxito de las actividades de los socios implementadores. Existe una oferta limitada de profesionales disponibles con las características necesarias para integrar estos equipos, pero se realizó el esfuerzo para contar con personal para integrar los equipos de campo. Además, en el nivel regional, existe una alta

competencia por profesionales con capacidades técnica y de gestión en actividades de fortalecimiento del sistema de salud.

- La capacitación del personal de salud en temas especializados a través de mecanismos no tradicionales fue una actividad central para hacer frente a los desafíos que se presentaron durante la pandemia. Por ejemplo, se tuvo que buscar en las universidades acorde a la temática respectiva para conseguir un gestor temático con capacidades pedagógicas. Asimismo, para cumplir con los tiempos de implementación, fue importante apoyar a la Escuela de Salud Pública (ENSAP) con un gestor durante el periodo de elaboración de algún curso o programa.
- La capacidad de aprendizaje de los socios durante la implementación de una actividad es especialmente valiosa ya que conlleva a mejorar la intervención y a la innovación. Ello es crucial al enfrentar una emergencia sanitaria, en especial cuando no existe mucha claridad sobre la efectividad de las estrategias de respuesta.
- Existe una necesidad de formar profesionales en gestión pública y administrativa en el sector público. El trabajo con el sistema de salud evidenció esta necesidad ya que algunos retrasos y dificultades para implementar los planes se debieron a las limitaciones en la gestión por parte de algunos funcionarios.
- La articulación intersectorial e intergubernamental es clave para facilitar una respuesta rápida, en especial para poner en marcha actividades como la vacunación. La respuesta a una emergencia sanitaria rebasa las fronteras del margen de acción de las autoridades sanitarias. Por ello, es importante establecer una articulación intersectorial con roles definidos para cada actor social y con el soporte político de los gobernadores y los gestores regionales y locales.
- Las visitas de intercambio y el aprendizaje de pares entre regiones han demostrado ser una metodología eficaz, eficiente y que facilita la sostenibilidad de la intervención. Existe predisposición e interés de las autoridades subnacionales y equipos técnicos para mejorar sus intervenciones aprovechando experiencias exitosas y estableciendo un trabajo coordinado con otras regiones.
- La falta de un sistema de información integral, confiable y oportuno dificultó la gestión y la toma de decisiones. Se tenían diferentes aplicativos, diferentes reportes e información disímil entre el nivel nacional, regional y local, dificultándose el análisis y la toma de decisiones. El sistema de salud no contaba con una preparación adecuada en el tema informático ni se contaba con los sistemas adecuados de información. Asimismo, se evidenció la necesidad de articular los sistemas de información, sobre todo con EsSalud y fortalecer la capacitación a nivel del sistema de salud.
- Incluso en un estado de emergencia, donde se dio flexibilidad a los procesos administrativos, es necesario dejar constancia de transparencia en todos los procedimientos. Esto facilita el sistema de control y evita cuestionamientos posteriores.
- El sector privado puede sumarse a los esfuerzos del gobierno y ser un valioso aliado que facilite la expansión de algunas estrategias, como la vacunación y la dotación de oxígeno. La experiencia de las organizaciones implementadoras ha mostrado que es posible la articulación entre las instituciones públicas y privadas con el objetivo común de proteger la salud de las personas.

OPERACIÓN Y SOSTENIBILIDAD DE LAS ACTIVIDADES

- Aun en situaciones críticas, es posible establecer procesos de planificación con enfoque territorial con la participación efectiva de los principales actores de la comunidad tales como Apus, docentes,

líderes comunitarios, agentes comunitarios de salud y organizaciones sociales, ya que facilita la implementación de las intervenciones y genera mejores resultados.

- El involucramiento de los responsables de gestionar los recursos y del personal responsable de los establecimientos de salud contribuye a la organización de una respuesta efectiva. Esto facilita la comunicación para identificar los problemas prioritarios y los establecimientos en situación crítica para su abordaje con la mayor oportunidad posible.
- Mantener una capacidad mínima para atender a los demás pacientes (no-COVID) es fundamental para evitar el exceso de mortalidad y mayores riesgos sobre su salud. El sistema de salud debe garantizar la continuidad de atención y tratamiento de la población que requiere de servicios de salud para la atención de enfermedades o condiciones crónicas o que necesita de atención de urgencia o emergencia.
- La pandemia generó situaciones de estrés y ansiedad tanto en la población como en el personal de salud. El personal de salud se redujo debido al contagio y la exclusión del personal con comorbilidades y otras características asociadas a un alto riesgo para COVID-19, lo que exacerbó la sobrecarga por el aumento de la demanda de atención.
- La identificación y evaluación de los activos esenciales es fundamental para la planificación. La falta de información oficial de la situación inicial de activos como los equipos de oxígeno, el oxígeno, los EPP, los medicamentos necesarios en cuidados intensivos, etc. y la falta de protocolos dificultó la elaboración un plan de abastecimiento para atender la demanda regular y la demanda adicional, y retrasó la puesta en marcha de la respuesta.
- Elementos culturales y el uso de lenguas locales son elementos clave en el diseño de estrategias de comunicación, actividades psicoeducativas, y la consejería y soporte psicoemocional, especialmente en comunidades alejadas y vulnerables donde existen dificultades en el acceso a la información. Las estrategias fueron más exitosas en la medida que el personal de salud reforzó sus capacidades para comunicar adecuadamente los mensajes y responder a las inquietudes de las personas respecto a la pandemia, logrando disminuir la resistencia a la vacunación.
- El trabajo con personal local, agentes y líderes comunitarios, especialmente con las mujeres de la comunidad, facilitó el cumplimiento de las actividades programadas y en la generación de confianza con los equipos de salud. En algunos casos, la vacunación pública de un líder de la comunidad resultó más efectiva que campañas de comunicación para lograr penetrar en subgrupos poblacionales resistentes a la vacunación.
- Las DIRESA/GERESA no siempre pudieron aprovechar algunas actividades de capacitación debido a que su personal crítico no podía dejar de atender la alta demanda existente en las regiones. En una situación como la presentada, no es posible retirar de un hospital o centro de salud a un especialista para una capacitación fuera de la región que toma varios días.
- El intercambio de experiencias internacionales permitió fortalecer el sistema de vigilancia y mejorar otros procesos operativos. El intercambio de experiencias representa una valiosa oportunidad para adquirir conocimientos y modificar las prácticas locales. Asimismo, gracias a la visita a otro país, se modificaron algunos procedimientos como los empleados por el INS, permitiendo un diagnóstico más rápido y modificar los requerimientos para los laboratorios regionales.
- El trabajo virtual o remoto se fortaleció durante la pandemia y ha demostrado que puede ser una herramienta muy útil; sobre todo cuando se utiliza con objetivos claros y protocolos previamente

establecidos. Su utilidad, en la intervención de la pandemia se dio principalmente en los lugares donde la presencialidad estuvo restringida en los servicios de salud y donde no había profesionales especializados o en zonas remotas. Sin embargo, también se dieron casos de actividades virtuales que no fueron efectivas, como algunas capacitaciones.

- Durante la emergencia, la prioridad de las actividades está en la respuesta en sí misma; sin embargo, es posible desarrollar intervenciones que perduren en el tiempo. Es importante priorizar la respuesta por lo menos en la etapa inicial de la emergencia, hasta que se pongan en marcha algunas estrategias de respuesta que brinden un nivel mínimo de estabilidad. Luego, es posible reforzar la sostenibilidad y los resultados a largo plazo a través de actividades relacionadas con el fortalecimiento del sistema de salud, mejoramiento de la capacidad resolutoria, la gestión territorial, el trabajo intersectorial, la articulación de los diferentes actores sociales, la elaboración de planes de preparación ante emergencias y la colaboración entre los sectores público y privado.
- La generación y desarrollo de competencias y capacidades en el personal es una de las formas más eficaces de dar continuidad a las acciones implementadas; las cuales siguen siendo utilizadas en beneficio de los pacientes y poniéndose en práctica en situaciones coyunturales a las que se han tenido que enfrentar.
- Los socios implementadores desarrollaron algunas actividades para favorecer la sostenibilidad y los resultados a largo plazo. Por ejemplo, en las regiones de Ayacucho y Huánuco se desarrollaron planes de preparación frente a una futura pandemia o emergencia sanitaria. Estos planes recogen el progreso alcanzado durante esta implementación, pero también identifican las actividades críticas que se deben realizar para fortalecer la capacidad de respuesta de estas regiones y brindan un mapa de acciones que pueden implementarse para enfrentar una futura emergencia sanitaria.
- La implementación de los planes de contingencia de las Regiones ha mostrado la necesidad de realizar el cierre de brechas de recursos humanos, insumos, medicamentos, equipamiento e infraestructura. La pandemia nos ha enseñado que el sistema de salud debe estar preparado con anticipación para poder brindar una respuesta efectiva ante un aumento significativo de la demanda por servicios de salud.
- El personal está mejor entrenado para el uso de EPP y uso de medidas de protección, lo cual es muy importante para enfrentar eventos similares que pudieran ocurrir en el futuro. El personal de salud al inicio de la pandemia sentía temor, más aún cuando no había el conocimiento adecuado. Luego de la pandemia, el personal ha aprendido cómo protegerse. La pandemia ha generado que el personal se sobreponga de la experiencia traumática y fortalezca sus competencias, no solo cognitivas sino actitudinales para asumir sus responsabilidades en la primera línea de acción.
- La población debe estar informada y tener canales confiables por los que pueda recibir información en forma oportuna y permanente. Esto es importante para contrarrestar la desinformación y para que las personas puedan participar activamente en su autocuidado, el cuidado de su familia y de la comunidad.

BUENAS PRÁCTICAS

Fueron buenas prácticas de la intervención de USAID/Perú el apoyo a la respuesta frente a la pandemia:

- a) el uso de mecanismos de contratación flexibles y la agilidad del proceso de contratación que permitieron poner en marcha la primera actividad a solo semanas de haberse declarado la emergencia sanitaria en el Perú,
- b) la creación de una relación de trabajo abierta y flexible entre USAID/Perú y los socios implementadores que se inició desde el proceso de co-creación de las propuestas de actividades,
- c) la organización de un espacio de coordinación entre los diferentes socios para optimizar el uso de los recursos, la distribución geográfica de las actividades, y la distribución de las intervenciones de acuerdo con las capacidades y experiencia de cada implementador,
- d) la estrecha coordinación del trabajo de los socios con las diferentes autoridades en todo el territorio nacional desde el inicio de las actividades y durante todas las etapas de ejecución permitió orientar estas actividades a atender las prioridades de las contrapartes y hacer los ajustes necesarios de estas actividades ante un contexto cambiante,
- e) el aprendizaje de los socios durante la ejecución de actividades que les permitió adaptarse a un contexto cambiante y desarrollar nuevas estrategias de intervención,
- f) la incorporación al equipo de algunos socios de coordinadores o asesores regionales que facilitó la toma de decisiones en el nivel regional y la resolución de pequeños obstáculos que dificultaban los avances,
- g) la promoción de actividades de coordinación intersectorial e intergubernamental para gestionar actividades que buscan alcanzar a toda la población, esta estrategia fue especialmente valiosa para impulsar la campaña de vacunación en el nivel regional,
- h) la organización de visitas de aprendizaje de pares que permiten aprender de experiencias exitosas y formar redes de trabajo entre los distintos equipos de salud en todo el país,
- i) la incorporación de elementos culturales específicos y el uso de lenguas locales en el diseño de las campañas de comunicación que fueron parte de la vacunación,
- j) el trabajo de coordinación y sensibilización con líderes de las comunidades, y la participación de otros actores sociales, como los docentes, para la comunicación en el idioma local en las comunidades alejadas,
- k) la dotación de equipos de protección (EPP) a los trabajadores para disminuir los riesgos de contagio y generar confianza para que puedan desarrollar sus funciones,
- l) la divulgación de algunos logros y productos (p. ej., los planes de preparación ante futuras emergencias sanitarias) como modelos que pueden ser utilizados por otros, lo cual extiende el alcance del trabajo realizado a todo el país,
- m) la publicación de resultados y la elaboración de documentos comunicables como las hojas de resúmenes de hitos y resultados (*fact sheet*) permite una rápida valoración de las actividades.

CONCLUSIONES

El presente estudio buscó dar respuesta a cuatro preguntas sobre la intervención de USAID/Perú en apoyo a la respuesta frente a la pandemia de COVID-19 en el Perú.

¿CÓMO ADAPTÓ USAID SUS PROGRAMAS Y OPERACIONES PARA RESPONDER A LOS DIFERENTES MOMENTOS DE LA PANDEMIA DE COVID-19 Y AL CONTEXTO?

1. La agencia de cooperación del pueblo de los Estados Unidos de América tiene una larga trayectoria y una vasta experiencia de trabajo conjunto con el gobierno peruano. Después de más de 60 años, la colaboración de USAID ha evolucionado del apoyo para la prestación de servicios básicos y el crecimiento económico, hacia el apoyo para desarrollar una asociación estratégica que promueve los intereses compartidos de los Estados Unidos y del Perú (USAID, 2022). La relación de cooperación internacional entre el Perú y los Estados Unidos de América se enmarca en el Convenio General sobre Cooperación Técnica de 1951.
2. Esta colaboración se vio fortalecida durante la pandemia de la COVID-19, en el periodo comprendido entre los años 2020-2023. Pese a no contar con un área de salud, ni con líneas de trabajo ni programas específicos de salud, USAID/Perú brindó un importante apoyo a través de cinco socios implementadores: Socios en Salud, CEDRO, PRISMA, Abt Associates Inc, y OPS. Este conjunto de actividades fue la primera intervención local en salud de USAID/Perú en muchos años.
3. Estas actividades fueron puestas en marcha haciendo uso de procesos y procedimientos que agilizaron y redujeron los trámites administrativos. Esto permitió que el apoyo de USAID a la respuesta frente a la pandemia inicie en abril de 2020 a través de un convenio local de cooperación con Socios en Salud, a pocas semanas de haberse declarado la emergencia sanitaria en el Perú.
4. Estas actividades fueron gestionadas por un único AOR/*Activity Manager*, lo que permitió la adecuada distribución geográfica y temática entre los cinco socios implementadores. Responsabilidades clave del AOR/*Activity Manager* fueron el diseño, monitoreo y acompañamiento del conjunto de actividades y la generación de espacios efectivos de coordinación entre los socios.
5. Las actividades permitieron implementar y apalancar procesos y procedimientos para la respuesta inmediata a la emergencia que, a pesar de la declaración de emergencia por parte del gobierno, por la vía administrativa regular del sector público hubiesen tomado más tiempo. De esta manera, se logró mitigar las consecuencias negativas que se presentaron en algunas regiones por la dilación de las intervenciones gubernamentales.

¿CÓMO RESPONDIERON USAID Y LOS SOCIOS IMPLEMENTADORES ENFOCADOS EN COVID-19 A LA PANDEMIA Y EL CONTEXTO?

6. USAID/Perú, a través de sus socios, implementó oportunamente actividades de cooperación técnica desde las primeras semanas de haberse declarado la emergencia sanitaria en el Perú (marzo 2020). Dichas actividades se focalizaron de manera incremental en aspectos estratégicos de la respuesta a la pandemia en concordancia con el plan establecido por el gobierno.

7. Las actividades se desplegaron a través de organizaciones seleccionadas por contar con experiencia técnica en las estrategias que deberían apoyarse, además de tener experiencia previa de trabajo colaborativo con USAID u otras agencias de cooperación.
8. En una primera etapa, que se inició en el momento más crítico de la emergencia caracterizado por una alta morbilidad, alta mortalidad, alta letalidad y limitada capacidad de respuesta frente a la pandemia, se establecieron procesos y procedimientos para fortalecer la vigilancia epidemiológica y la capacidad diagnóstica. Asimismo, se suministró equipos de protección (EPP) al personal de los establecimientos de salud, así como de oxígeno medicinal y de los implementos para mejorar su operatividad y desempeño. En zonas de la selva de Loreto y Ucayali, se llevaron servicios de atención integral por vía fluvial, incluyendo atención de salud mental.
9. En una segunda etapa, cuando la respuesta encontró en la vacunación una estrategia clara, en algunas regiones se apoyó el plan nacional de vacunación a través del apoyo en la gestión de la campaña de vacunación, el diseño de estrategias y el desarrollo de campañas de comunicación que incluyeron importantes elementos culturales de las comunidades donde se realizaron y la articulación intersectorial e intergubernamental. Finalmente, se dio asistencia para que algunas regiones elaboren sus planes de respuesta para futuras emergencias sanitarias.
10. Estas actividades fueron de mucha utilidad por la oportunidad en que se establecieron y por la complementariedad con los prestadores locales. Este apoyo a la respuesta frente a la pandemia ha sido bien valorado por las contrapartes debido a la modalidad de gestión, la flexibilidad para adecuarse a las variaciones del contexto, a la versatilidad del componente comunicacional y a la adecuación cultural de las intervenciones.

¿CÓMO CONTRIBUYERON LAS INTERVENCIONES ENFOCADAS EN COVID-19 AL FORTALECIMIENTO DE LA CAPACIDAD NACIONAL DE RESPUESTA A EPIDEMIAS Y CRISIS HUMANITARIAS?

11. El apoyo de USAID/Perú a la respuesta frente a la pandemia constituyó un valioso aporte que permitió potenciar el esfuerzo organizado por el gobierno peruano para abordar la emergencia sanitaria.
12. Las actividades implementadas por la cooperación de USAID/Perú se caracterizaron por fomentar la articulación con las diferentes autoridades de salud en el territorio peruano. Lo que permitió orientar las actividades hacia las prioridades regionales e implementar la atención y el apoyo en las comunidades y en los establecimientos de mayor necesidad. Una estrategia característica de la intervención fue promover el involucramiento de la comunidad y sus líderes como pilar para fortalecer el compromiso en la toma de decisiones con miras a la protección de las personas y sus familias frente a la pandemia.
13. Las actividades desarrolladas buscaron complementar las acciones de los prestadores gubernamentales, permitiendo atender a personas afectadas directa e indirectamente por la COVID-19. Además, estas actividades, permitieron optimizar esfuerzos y distribuir las actividades para brindar atención a pacientes afectados por otras condiciones como tuberculosis, VIH, enfermedades crónicas y salud mental que se vieron afectados por el cierre de algunos establecimientos de salud o por el copamiento de los servicios hospitalarios para la atención de pacientes COVID-19.

14. Las actividades contribuyeron significativamente con la organización de la vigilancia epidemiológica y mejora en la disponibilidad de oxígeno, incluyendo en zonas rurales a través de la instalación de paneles solares. Las actividades ejecutadas, además de contribuir con la mitigación de los efectos de la pandemia en los lugares donde se implementaron, lograron generar un valor agregado en las capacidades del sistema, incrementando las competencias y capacidades de los establecimientos de salud ubicados tanto en zonas urbanas como en áreas rurales.
15. Como aporte al sistema de salud, las actividades apoyaron en mejorar la información necesaria para fortalecer la vigilancia epidemiológica en el nivel nacional y la implementación del Reglamento Sanitario Internacional – RSI. Asimismo, contribuyeron en la reformulación de los procedimientos para el diagnóstico en los laboratorios regionales. Sin embargo, y a pesar de las mejoras realizadas, se requiere un mayor esfuerzo de los diferentes sectores del Estado para diseñar una respuesta conjunta y una planificación que permita una respuesta adecuada frente a una situación similar a la presentada durante la pandemia.

RECOMENDACIONES

En esta sección se presentan algunas recomendaciones que nacen a partir de las lecciones aprendidas de la sección anterior. Estas recomendaciones provienen de las entrevistas con los participantes durante la segunda etapa de recojo de información, de la discusión sostenida durante el taller de validación de la tercera etapa de recojo de información o del análisis sobre los hallazgos y una discusión crítica sobre posibles acciones que pueden fortalecer y dar continuidad a los factores que facilitaron el logro de resultados o dificultaron la ejecución de actividades durante la ejecución de las actividades de apoyo a la respuesta frente a la COVID-19.

DISEÑO Y COORDINACIÓN DE LAS ACTIVIDADES

PARA USAID

1. Desarrollar una agenda de trabajo continua en salud, incluso si es de baja intensidad. Esta continuidad en la relación entre USAID/Perú y el gobierno peruano permitirá mantener un canal abierto para formular una respuesta estructurada, rápida y efectiva ante una eventual emergencia sanitaria. Para ello, es importante establecer una relación formal entre USAID y la Oficina General de Cooperación Técnica Internacional (OGCTI del MINSA que se convierta en un mecanismo de coordinación de largo plazo o buscar otros mecanismos existentes de nivel multisectorial.
2. Cultivar una relación transparente, articulada y continua con los socios implementadores y autoridades nacionales y regionales como parte de esta agenda de trabajo.
3. Mantener un gestor en salud en USAID/Perú. Este gestor local deberá tener un reconocido conocimiento técnico claramente comprobado por sus aportes a los sistemas de salud en la región y amplio conocimiento del aparato público en los distintos niveles de los países de la región. Asimismo, el gestor debe tener demostradas habilidades para articular a los distintos actores (p. ej., socios implementadores, instituciones de gobierno y otras agencias de la cooperación internacional) y promover una gestión transparente de las actividades que supervisa.
4. Mantener el proceso de co-creación de la intervención con los socios implementadores, que son un valioso activo en este proceso. Además, esta co-creación puede facilitar la coordinación entre socios durante la ejecución de las actividades.
5. Mantener la flexibilidad administrativa otorgada a los socios durante esta experiencia para acelerar los procesos en futuras situaciones de emergencia sanitaria. Este recorte de procesos permite agilizar los trámites de diseño, contratación e implementación.
6. Utilizar mecanismos de contratación, como los acuerdos de monto fijo, para la puesta en marcha de futuras actividades que son parte de respuestas a emergencias sanitarias. Estos mecanismos permiten a los socios implementadores responder rápidamente a cambios en el contexto, ya que los libera de algunas tareas administrativas que no afectan significativamente la calidad de estas actividades.
7. Establecer instrumentos claros de monitoreo (p. ej., planes, metodologías, indicadores, productos) que sean parte del proceso de diseño de las actividades y basado en el plan de trabajo e implementación.
8. Incentivar a potenciales socios implementadores a mantener actualizadas sus certificaciones (p. ej., SAM, APCI) para agilizar la puesta en marcha de una intervención en caso de emergencia. En

la medida que estos socios mantengan el desarrollo de algunas actividades financiadas por USAID, aun de baja intensidad, estos se mantendrán actualizados en los procedimientos administrativos necesarios para la ejecución de actividades.

PARA LOS SOCIOS IMPLEMENTADORES

9. Cultivar y mantener una relación transparente y articulada con USAID/Perú. Asimismo, cultivar y mantener una relación de trabajo eficaz con otros socios implementadores y con autoridades del nivel nacional y regional.
10. Involucrar proactivamente a las contrapartes, MINSA y DIRESA, en el desarrollo de propuestas de intervenciones en salud. Ello facilita el inicio de la ejecución y asegura que las actividades están alineadas con las prioridades y necesidades de las contrapartes.
11. Participar continuamente de espacios de concertación y de consejos consultivos de la política de salud o temas específicos de salud.
12. Mantener activas sus certificaciones como el SAM, APCI, entre otras. En general, mantenerse actualizados cuando USAID realice modificaciones a sus procesos de contratación y otros procesos administrativos.
13. Mantener una red de profesionales con las capacidades técnicas y la experiencia profesional relevantes para la ejecución de actividades en salud. Este seguimiento esporádico permitirá que los socios puedan formar equipos de trabajo con rapidez frente a la ejecución de actividades en un contexto de emergencia.
14. Incorporar personal responsable de actividades de monitoreo de la ejecución en el nivel regional. Ello facilitará el reporte requerido para una gestión eficaz de USAID y permitirá la documentación de las oportunidades y riesgos que se presentan durante la ejecución de las actividades.
15. Elaborar un plan de monitoreo de las actividades que acompañe cada propuesta. Estos planes de monitoreo deben ser detallados, con una definición clara de los procesos, los indicadores y los flujos de información.
16. Facilitar el reconocimiento al apoyo del pueblo de los EE.UU. haciendo explícito este apoyo en cada actividad que se realice con el financiamiento de USAID. Hay que reconocer que más allá del trabajo estrecho con los socios implementadores, este es posible sólo por el apoyo del pueblo de los EE.UU.

PARA EL GOBIERNO

17. Cultivar y mantener una relación transparente y articulada con USAID y con sus socios implementadores, incluso en períodos en los que no existe una actividad de USAID en ejecución.
18. Fortalecer los mecanismos que permitan una relación continua y estructurada con la cooperación internacional. Estos mecanismos deben estar operativos tanto en el nivel nacional a través del MINSA como en el nivel regional.
19. Fortalecer la Oficina General de Cooperación Técnica Internacional del MINSA. A través del trabajo de esta oficina, USAID/Perú puede mantener una agenda de trabajo en períodos donde no exista un gran portafolio de actividades.

20. Fortalecer la coordinación y gobernanza de la relación de la cooperación internacional. Esta relación no sólo debe ser responsabilidad de la OGCTI en el MINSA, sino de cada funcionario en todo nivel de gobierno.
21. Organizar, promover y participar continuamente de espacios de concertación y de consejos consultivos de la política de salud o temas específicos de salud.

GESTIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE LAS ACTIVIDADES

PARA USAID

1. Promover que el diseño de actividades sea elaborado de manera conjunta con las autoridades del nivel nacional y regional.
2. Dar soporte institucional a los socios implementadores para la puesta en marcha de sus actividades y facilitar la coordinación con las autoridades en el ámbito nacional y regional.
3. Brindar flexibilidad en la programación del inicio de las actividades de los socios si la escasez de personal calificado para formar el equipo, especialmente en el nivel regional, causa una demora en el inicio de la ejecución de actividades. Tener una relación abierta y estrecha entre USAID/Perú y sus socios permite identificar oportunamente este riesgo y realizar los ajustes necesarios.
4. Proveer retroalimentación a los socios cada vez que se identifica una oportunidad de aprendizaje. Promover que los socios adopten una mirada crítica y permanente durante la ejecución de actividades. Ello permitirá que los socios aprendan de su experiencia y realicen ajustes y mejoras ante cambios rápidos del contexto.

PARA LOS SOCIOS IMPLEMENTADORES

5. Mantener una continua relación de trabajo con las autoridades del nivel nacional, incluso cuando las actividades se realicen directamente en el nivel regional. Esto aumentará el alcance de las actividades, ya que algunas experiencias exitosas pueden tener exposición nacional y convertirse en modelos de gestión. Además, tener una continua coordinación con autoridades nacionales puede facilitar la ejecución de algunas actividades en el nivel regional, en especial cuando algunas normas o indicaciones del nivel nacional son necesarias para la institucionalización de algunos productos en el nivel regional.
6. Involucrar activamente a las contrapartes, MINSA y DIRESA, en el diseño y evaluación operativa de las actividades. Asimismo, se deben contar con los procedimientos y herramientas para modificar los planes de acuerdo con las necesidades que vayan surgiendo en un entorno cambiante como el de la pandemia. Ello asegura que las actividades están alineadas con las prioridades y necesidades de las contrapartes, las que pueden cambiar durante la ejecución de las actividades.
7. Mantener una relación estrecha y abierta con las autoridades regionales durante la implementación de actividades que permita realizar ajustes a las actividades planificadas. En algunos casos, contar con un coordinador o asesor regional facilita estas coordinaciones con las autoridades regionales. Si un socio cuenta con un coordinador o asesor regional como parte de su equipo, éste debe ser el principal canal de comunicación entre la autoridad sanitaria y el socio. Desde el nivel central de los socios implementadores se debe fortalecer el rol del

coordinador o asesor regional local ante cualquier intento de comunicación directa de parte de las contrapartes.

8. Realizar un reclutamiento proactivo de personal. Los socios requieren de profesionales con experiencia, buena reputación, conocimiento técnico, capacidad de gestión y manejo de relaciones, pero este perfil profesional es escaso en el mercado laboral y existe alta competencia por él. En caso no se encuentre un profesional que cumpla con todas las características del perfil deseado, los socios pueden considerar la opción de contratar profesionales con la capacidad de aprender en el camino, pero deben planificar una gestión cercana del recurso humano desde el nivel central del equipo para potenciar a la persona seleccionada.
9. Contar con procedimientos que permitan un reclutamiento rápido. Asimismo, mantener el contacto con una red de profesionales, en especial con profesionales que tengan experiencia en los procesos de USAID, para poder facilitar su contratación temporal.
10. Desarrollar la capacidad de aprendizaje e innovación a través de una mirada crítica y la capacidad de reflexión sobre las actividades durante la ejecución de éstas. Esta es una cualidad que USAID valora explícitamente entre sus socios, ya que es necesaria para poder adaptarse rápidamente en contextos con alta incertidumbre y cambiantes. Asimismo, la capacidad de aprendizaje permite la innovación a través de la propuesta de nuevas formas de abordar los problemas.
11. Promover la articulación intersectorial e intergubernamental. Ante la escasa articulación intersectorial e intergubernamental en el sector público, los socios deben tomar el rol de catalizadores de una articulación efectiva. Incluso en algunas circunstancias los socios pueden liderar la generación de un espacio de coordinación y articulación, pero deben buscar algún actor institucional que pueda continuar este liderazgo. A pesar de dejar este liderazgo, los socios deben participar activamente de estos espacios y velar por su eficacia y sostenibilidad.
12. Promover los intercambios de aprendizaje, en especial el aprendizaje de pares. Esta estrategia es muy efectiva para fortalecer las capacidades técnicas, de gestión y organización entre los funcionarios de nivel nacional y regional, pero también permite generar redes de cooperación entre pares. Estas actividades representan una valiosa oportunidad para adquirir conocimientos y modificar las prácticas locales.
13. Brindar apoyo técnico al fortalecimiento del sistema de información en salud. Promover interoperabilidad entre subsistemas que construyan sobre la base de los sistemas que existen actualmente. Evitar el apoyo a iniciativas que busquen generar sistemas ad-hoc, especialmente si estos buscan operar de manera paralela a los sistemas existentes y generan sobrecarga en el personal de salud.
14. Establecer buenas prácticas para documentar la ejecución de las actividades que les permita dar sustento sólido a la transferencia de la gestión, incluso cuando el convenio de cooperación con USAID no exija este tipo de rendición de cuentas.

PARA EL GOBIERNO

15. Mantener una relación continua con la cooperación internacional y sus socios, incluso desde el nivel regional. Este proceso puede facilitarse si se tiene una agenda clara de temas prioritarios donde se requiere del apoyo técnico que la cooperación internacional pueda proveer. Esta agenda permitirá agilizar la puesta en marcha de las actividades de USAID y sus socios.
16. Designar la responsabilidad de coordinación de las actividades de cooperación con los socios a un funcionario de alto nivel. Este funcionario tendrá el rol de punto focal de toda la

coordinación de la intervención, desde el inicio de las actividades. Si bien, este coordinador no debería ser la máxima autoridad, sí debe ser alguien que tenga capacidad de decisión interna sobre estas actividades con llegada directa a la autoridad y al mismo tiempo a los diversos equipos operativos. Además, debe tener capacidad operativa, competencia técnica y conocimiento de la realidad del ámbito territorial.

17. Apoyar a los socios en la búsqueda de profesionales para la ejecución y coordinación de las actividades. Las autoridades nacionales y regionales permiten expandir la red de contactos de profesionales con el perfil idóneo para el desarrollo de las distintas actividades.
18. Establecer relaciones estructuradas que busquen facilitar la coordinación interinstitucional e intergubernamental. Con el respaldo de la autoridad política, estas relaciones deben formalizarse a través de convenios, mesas o comités de trabajo, o normativas que asignen presupuesto para su operación efectiva. Resulta más fácil de obtener este apoyo político si se logra identificar una ganancia política para las autoridades en la formación de estos espacios.
19. Demandar actividades de aprendizaje de pares. El MINSA debe monitorear y reconocer públicamente las diversas experiencias exitosas en todo el Perú, para lo que es necesario asignar esta responsabilidad a alguna dirección u oficina.
20. Fortalecer las áreas de estadística a través de la contratación de profesionales formados para la creación y mantenimiento de los sistemas de información. Asimismo, se debe extender la conectividad a todo el territorio peruano, aún existen algunas zonas donde no existe acceso a internet.
21. Promover que la mejora del sistema de información sea una prioridad, idealmente que el manejo de información llegue a adquirir el nivel de política de estado. Contar con un sistema de información integral, confiable y oportuno del sistema de salud facilita la gestión de las actividades y la toma de decisiones.

OPERACIÓN Y SOSTENIBILIDAD DE LAS ACTIVIDADES

PARA USAID

1. Mantener una agenda de trabajo en diferentes regiones para que se mejoren las competencias del personal, el abordaje de los determinantes de la salud y las condiciones de atención de salud, priorizando la población vulnerable. Debido a que las necesidades de atención de salud de las poblaciones persisten, sería recomendable que USAID mantenga algunas líneas de cooperación técnica y financiera en el nivel regional.
2. Promover mecanismos de cooperación para el desarrollo de competencias en la empresa privada para que, dada la necesidad, puedan producir material necesario para hacer frente a futuras pandemias: EPPs, Oxígeno, material de limpieza, etc.
3. Facilitar la articulación entre sector privado y el ente rector para coordinar acciones de prevención y respuesta frente a los riesgos a la salud, no solo en situaciones de emergencia o desastre, sino ante las amenazas periódicas como epidemias o fenómenos climatológicos.

PARA LOS SOCIOS IMPLEMENTADORES

4. Consultar e incorporar a actores sociales en el diseño e implementación de las actividades.
5. Mantener la buena comunicación con agentes y líderes comunitarios para desarrollar las actividades no solo en situaciones de emergencia. El trabajo con poblaciones vulnerables

requiere en muchas oportunidades de la coordinación con sus líderes, estrategia que fue muy efectiva en la vacunación de algunas comunidades vulnerables.

6. Diseñar las actividades tomando en cuenta la disponibilidad del personal de salud crítico. En una situación de alta demanda de servicios de salud, no es posible retirar de un hospital o centro de salud a un especialista (para una capacitación que toma varios días).
7. Incorporar en toda actividad una línea comunicacional que permita la difusión de los mensajes y la apertura de la población objetivo para que participe de las intervenciones.
8. Coordinar estrechamente con otras agencias de cooperación para complementar esfuerzos y recursos.

PARA EL GOBIERNO

9. Generar espacios formales de coordinación con los actores sociales en el diseño, planificación e implementación de intervenciones de salud. Adicionalmente, incorporar recursos para la capacitación y gastos operativos en el presupuesto institucional.
10. Mostrar siempre apertura y buena disposición para el trabajo colaborativo con las actividades de cooperación. Asimismo, orientar al personal en los procedimientos que permitan aprovechar el ofrecimiento de apoyo de los cooperantes.
11. Garantizar la operación de servicios de salud esenciales y programas de salud pública, incluso en una situación de pandemia. Contratar personal para atender el incremento de la demanda y trabajar con otros prestadores públicos y privados. Revisar el procedimiento de contratación de servicios privados para facilitar el intercambio prestacional.
12. Atender las necesidades de salud mental del personal de salud, implementar protocolos de manejo de estrés y definir los periodos de descanso en caso de alta demanda.
13. Actualizar la información epidemiológica y de los activos esenciales de manera permanente y compartirla en forma transparente a través de canales de acceso público.
14. Establecer convenios para compras de emergencia y asegurar los productos críticos a través de la cadena de abastecimiento de suministros de emergencia. Se requiere además un abordaje adecuado del sistema de control para situaciones de emergencia; así como el rediseño del Programa Presupuestal 068 “Reducción de la Vulnerabilidad y Atención de Emergencias por Desastres” y las normas vinculadas.
15. Diseñar estrategias y metodologías adecuadas para generar competencias sin descuidar la atención de los pacientes, fortaleciendo la capacitación en servicio, la organización piramidal con los especialistas y la tutoría al equipo multidisciplinario.
16. Diseñar e implementar mejores protocolos del trabajo virtual para asegurar su efectividad y evitar que actividades de capacitación virtual no logren mejoras en las capacidades de los participantes.
17. Implementar planes de cierre de brechas y gestionar los recursos necesarios para fortalecer el sistema de respuesta; así como, la preparación intersectorial del Reglamento Sanitario Internacional - RSI.
18. Relevar e implementar estrategias de comunicación social acordes a la realidad local, desde los niveles nacional, regional y local. Utilizar las metodologías y los medios de comunicación más apropiados para la población objetivo mediante especialistas y actores locales (profesores, promotores, agentes comunitarios, comunicadores),

19. Fortalecer las oficinas de comunicaciones, tanto en el MINSA como en las DIRESA, para que puedan liderar efectivamente campañas de comunicación hacia la población.
20. Elaborar los planes de preparación y respuesta con la debida oportunidad e implementarlos en forma integral.
21. Institucionalizar algunas buenas prácticas que se desarrollaron durante la pandemia como el trabajo intersectorial, la gestión territorial y la colaboración entre los sectores públicos y privados; esto permitirá capitalizar el aprendizaje y mejorar los indicadores sanitarios.

REFERENCIAS

Canal USAID Peru. (28 de febrero de 2023). [Acciones de USAID y sus socios para enfrentar la COVID-19. \[Archivo de Vídeo\]](#). YouTube.

CDC (03 de septiembre de 2023). [Sala situacional de COVID-19 en Perú](#). Ministerio de Salud del Perú.

CORONAVIRUS RESOURCE CENTER (10 de marzo de 2023). [COVID-19 Dashboard](#). John Hopkins University.

El Peruano (14 de marzo de 2020). [Gobierno declara estado de emergencia nacional y aislamiento social obligatorio por 15 días](#). El Peruano.

Ministerio de Economía y Finanzas del Perú. (14 de septiembre de 2023). [Tablero de control de seguimiento de presupuesto COVID-19](#). Ministerio de Economía y Finanzas del Perú.

Ministerio de Salud del Perú (2021). [Plan Nacional de vacunación contra la COVID-19](#). Ministerio de Salud del Perú.

OMS / OPS (2018). Metodologías de la OPS/OMS para el intercambio de información y gestión del conocimiento en salud: Documentar lecciones aprendidas. Washington D.C: OPS / OMS.

OPS. (2016). Reglamento Sanitario Internacional. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

OPS. (2022). Resumen ejecutivo de proyecto para oportunidad de financiamiento de USAID bajo el Plan de Rescate Americano (ARP). OPS.

OPS/OMS. [Datos compilados por el Departamento de Sistemas y Servicios de Salud de la Base Global de Gastos en Salud](#). Washington, D.C. Última actualización: 15 de Mayo de 2018.

Organización Mundial de la Salud. (20 de abril de 2020). [COVID-19: cronología de la actuación de la OMS](#). OMS.

Resolución 928 de 2020 (Ministerio de Salud del Perú). Por el cual se aprueba el Plan para una posible segunda ola de COVID-19. 09 de noviembre de 2020.

Sociedad Peruana de Medicina Intensiva (14 de septiembre de 2023). [Sociedad Peruana de Medicina Intensiva](#).

USAID. (01 de diciembre de 2020). [Cooperación del gobierno de los Estados Unidos al Perú en respuesta al COVID-19](#). USAID Peru.

USAID. (Enero de 2023). Aliance with LHSS. USAID Peru.

USAID. (Febrero 2023). Alianza con CEDRO. USAID Peru.

USAID. (Noviembre de 2022). Alianza con Socios en Salud. USAID Perú.

USAID. (Octubre 2022). Alianza con PRISMA. USAID Peru.

USAID. (2023). <https://www.usaid.gov/es/peru/history>

VERA, Delzo (23 de marzo de 2023). Migración venezolana en el Perú.

Percepciones y realidades. [CEEPP](#).

Vicepresidencia de Sectores y Conocimiento (2011). Lecciones Aprendidas. Washington: Banco Interamericano de Desarrollo

VV.AA. (2021). La salud en el Bicentenario. Lima: Ministerio de Salud del Perú.

VV.AA. (2021). Tiempos de pandemia: 2020-2021. Lima: Ministerio de Salud del Perú.

VV.AA. (2021). Vacunar es vida. Lima: Ministerio de Salud del Perú.

VV.AA. (2023). La pandemia del COVID-19 en el Perú: su impacto en la sociedad peruana y lecciones aprendidas. Lima: Colegio Médico del Perú.

ANEXO I: EQUIPO DEL ESTUDIO

El equipo del estudio estuvo conformado por 3 investigadores:

- Giovann Alarcón, investigador principal,
- Gustavo Rosell, investigador adjunto, y
- Rafael Lopez, asistente de investigación.

Giovann Alarcón es investigador de servicios de salud y evaluador de programas y políticas públicas. Cuenta con una maestría en políticas públicas y un doctorado en economía aplicada, con mención en investigación, administración y políticas de servicios de salud. Ambos grados fueron obtenidos en la Universidad de Minnesota - Twin Cities. Tiene más de 15 años de experiencia internacional conduciendo rigurosas investigaciones en salud, cuantitativas y cualitativas, y extensiva experiencia en recolección de datos y sistematización de experiencias como parte de evaluaciones de programas.

Gustavo Rosell De Almeida es un médico-cirujano con amplia experiencia en gestión pública, investigación operativa e intervenciones de salud pública. Ha desempeñado diferentes funciones como viceministro de Salud Pública, Superintendente Adjunto de Salud, Director General en Salud Pública, Director Regional de Salud, Director de Hospital, Director de Redes de Salud, consultor nacional e internacional. Tiene el grado de Magister en Salud Pública del Instituto de Medicina Tropical (Amberes-Bélgica), Diploma en Salud Internacional en la Universidad de Harvard (Boston-EEUU), Programa de Líderes en Salud Internacional (OPS/OMS), Programa de Especialización en Epidemiología (Lima-Perú), Diploma de especialización en Ciencias de Gobierno y Gobernanza Global en Instituto Internacional de Gobierno - IGOB (Lima-Perú), entre otros.

Rafael López Lozano es antropólogo, especializado en temas de desarrollo y evaluación de proyectos. Es licenciado en antropología por la Universidad Nacional Mayor de San Marcos de Lima y cuenta con una maestría en antropología social por el Colegio de Michoacán A.C en México. Con cerca de 10 años de experiencia en el tema de desarrollo, ha centrado sus investigaciones en los Andes y la Amazonía.

ANEXO 2: FACT SHEETS DE LAS ACTIVIDADES

IMPLEMENTING PARTNERS:

Three local organizations:

1. Socios en Salud
2. CEDRO
3. PRISMA

Two centrally managed mechanisms (one of them a PIO):

1. Abt Associates - Local Health System Sustainability Project
2. Pan American Health Organization (PIO)

AOR/ACTIVITY MANAGER

Jaime Chang

PORTFOLIO HIGHLIGHTS

Used emergency funding, received in successive increments - A challenge for establishing and modifying implementing mechanisms.

Up to eight modifications in one award (four to increment funding)

Final investment:

PARTNER	US\$
SES	SES
8,261,090	8,261,090
LHSS	LHSS
2,840,240	2,840,240
CEDRO	CEDRO
3,000,000	3,000,000

72.5% of the total amount was invested through local institutions.

Video portraying activities: Acciones de USAID y sus socios para enfrentar la COVID-19
<https://youtu.be/kH-kYfRMfas>

SOCIOS EN SALUD

PROJECT: COVID-19 RESPONSE IN PERU

The purpose of this activity is to improve the capacities for epidemiological surveillance and response, the provision of oxygen treatment, COVID-19 management, infection prevention and control, care for non-COVID-19 patients.

SES Director: Leonid Lecca

Project Director: Marco Tovar mtovar_ses@pih.org

ESSENTIAL AWARD DATA:

Start date: April 21, 2020

Initial FAA amount: US\$3,500,000

USAID contribution: US\$2,500,000

Leverage: US\$1,000,000

Final closing date: November 30, 2022

Final USAID contribution: US\$ 8,261,090

Final FAA amount: US\$ 9,261,090

HIGHLIGHTS:

Geographic coverage: Ancash, Arequipa, Callao, Cajamarca, Cusco, Huanuco, Ica, Junin, Lima, La Libertad, Lambayeque, Loreto, Madre de Dios, Moquegua, Pasco, Piura, Puno, San Martin, Tumbes, and Ucayali.

- 30 rapid response teams for epidemiological surveillance and contact tracing.
- 24,555 home visits performed by epidemiological surveillance teams.
- Four containers for temporary storage of corpses installed.
- 116,603 rapid tests and 31,812 PCR tests performed in support of local health authorities.
- One mobile diagnostic laboratory with PCR capacity.
- 87 health centers and 27 hospitals with improved capacities to provide oxygen therapy benefitting 31,341 patients.
- 473,571 teleconsultations for COVID and non-COVID patients.
- 2,439 persons screened for mental health.
- 176 Tuberculosis cases detected (six of them multi-drug resistant) among 6,490 screening tests done.
- Oxygen equipment inventory assessment and maintenance plans delivered to 15 hospitals and health centers.

- Photovoltaic systems installed in five rural health centers to ensure power supply for oxygen equipment.
- Training program in the operation and maintenance of oxygen equipment established with the National School of Public Health.
- Local level epidemiological surveillance model tested.

CENTRO DE INFORMACIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA PREVENCIÓN DEL ABUSO DE DROGAS (CEDRO)

PROJECT: COVID-19 RESPONSE – ALLIANCE FOR SOCIAL AND ECONOMIC RECOVERY IN THE PERUVIAN AMAZON

The purpose of this activity was to mitigate the adverse social and economic impacts of the COVID-19 pandemic on vulnerable populations in Peru, particularly indigenous communities in the Peruvian Amazon, and to support the vaccination against COVID-19.

CEDRO Executive Director: Carmen Masias

Project Director: Alberto Hart ahart@cedro.org.pe

ESSENTIAL AWARD DATA:

Start Date: May 18, 2020

USAID contribution: US\$3,000,000 (COVID funds) and US\$ 1,164,000 (non-COVID funds)

End date: Ongoing

HIGHLIGHTS:

Geographic coverage: Loreto and Ucayali.

- 378 communities reached.
- 26 fluvial medical expeditions performed.
- 123 community agents' and community leaders' knowledge about COVID-19 strengthened to promote vaccination.
- 58 health technicians trained in COVID-19 prevention and vaccines use.
- 9,073 doses of vaccine against COVID-19 administered.
- 7,009 doses of vaccines against other diseases administered.
- 228,890 physical health consultations.
- 6,135 mental health consultations.
- 5,452 women received prenatal care consultations.

PRISMA NGO

PROJECT: SUPPORT FOR COVID-19 VACCINATION IN PERU

The purpose of the project was to strengthen the Government of Peru (GOP) Ministry of Health's (MINSA) management in the timely and equitable implementation of the National Vaccination Plan against COVID- 19.

Prisma Executive Director: Marilu Chiang

Project Director: Carlos Gutierrez cgutierrez@prisma.org.pe

ESSENTIAL AWARD DATA:

Start Date: March 17, 2021

USAID contribution: US\$ 4,443,010

End date: October 15, 2022

HIGHLIGHTS:

Geographic coverage: Ancash, Ayacucho, Cajamarca, Cusco, Huancavelica, Junín, Lambayeque, Piura, and Ucayali.

- Nine Regional plans for vaccinating against COVID-19 formulated.
- Five vaccination plans for Andean and Amazon populations.
- Communication materials produced in indigenous languages (Quechua, Machiguenga, Asháninca, Shipibo Konibo and Awajún).
- 83% of the population of the nine regions received at least two doses.
- Supported public-private cooperation in Ancash (Antamina, Sider-Peru) Cusco (Hudbay, PlusPetrol).
- 2,264 persons trained through eight vaccination-related training activities implemented with the National School of Public Health.
- 523 training events implemented in nine regions addressing micro-planning with a territorial approach, cold chain, pharmacovigilance, vaccination services.
- 1,303 technical assistance visits performed.
- Donated 5,884 pieces of equipment for an approx. value of \$350,000 (data loggers, digital and alcohol thermometers, thermo-hygrometers, transportation boxes and coolers for vaccines, power stabilizers, lithium batteries, etc.).
- 2,181,100 pieces of printed communication materials produced.
- 8,826,091 persons reached through digital means of communication.
- 492 persons trained to carry out oversight activities.

LOCAL HEALTH SYSTEM SUSTAINABILITY PROJECT - PERU (LHSS-PERU) BY ABT ASSOCIATES

PROJECT: LHSS – PERU

LHSS will strengthen MOH capacity for surveillance, tracking, and monitoring of COVID-19 vaccination efforts and for data analysis and use, to ensure data-based decision making to increase vaccine demand and coverage at the national level.

Strengthen clinical management of COVID-19, improve COVID-19 services; work with the MOH to improve the COVID-19 surveillance and information systems; provide technical assistance for laboratory strengthening, support GOP efforts towards equitable access to telehealth; improve MOH communications capacity to manage, coordinate and share information on the COVID-19 response.

Project Director in Peru: Paulina Giusti mariapaulina_giusti@abtassoc.com

Project Technical Officer: Edgardo Nepo

ESSENTIAL AWARD DATA:

Start Date: August 2021

USAID contribution: US\$2,840,240

End date: February 28, 2023

HIGHLIGHTS:

Geographic coverage: National level, Arequipa, Ayacucho, Huanuco, Madre de Dios, Moquegua, Puno and Tacna.

- Regional communication strategy developed for five regional health directorates.
- Two regional communication campaigns adapted to local culture and languages implemented (Puno and Madre de Dios).
- Six workshops to strengthen skills in community communication at the local level conducted. Participants included 102 health personnel, 68 local leaders and 33 local communicators (148 women, 55 men).
- Recommendations formulated to improve the functionality, usability, security, and data quality of the COVID-19 vaccination information system of the MOH.
- Surveillance guidelines for COVID-19 and other potential viral respiratory epidemic updated.
- Improved COVID-19 management, focusing on closing vaccination gaps, in Ayacucho and Huanuco.
- Support provided to National Institute of Health to strengthen laboratory capacity to improve PCR and genomic testing availability and accuracy at national level.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO)

PROJECT: USAID-PAHO UMBRELLA GRANT

The purpose of the investment is to:

Support comprehensive country readiness to administer COVID-19 vaccines, including efforts to ensure uptake and access among all eligible populations, address vaccine hesitancy, and combat mis- and disinformation; and

Support the delivery of evidence-based clinical interventions and expand access to diagnostics and therapeutics to detect, manage, and treat COVID-19.

PAHO Representative in Peru: Carlos Garzon

Project manager: Manuel Loayza loayzaman@paho.org

ESSENTIAL AWARD DATA:

Start Date: September 2021

USAID contribution: US\$ 3,093,560

End date: June 2023

Note: PAHO also received US\$2,548,954 in BHA funds

HIGHLIGHTS:

Geographic coverage: Arequipa, Ica, Moquegua, Puno, and Tacna.

- Focused on strengthening regional health authorities' capacities to provide a comprehensive response to COVID-19.
- Regional laboratories capacities to perform PCR testing improved.
- Hospital capacities to perform microbiological tests strengthened.
- Regional situation rooms implemented, and information centers equipped.
- Health staff trained in infection prevention and control.
- Communication strategies to support vaccination against COVID-19 implemented.
- Community level stakeholders in the promotion of vaccination against COVID-19 trained in the management of information and of dis-information.

ANEXO 3: INSTRUMENTOS PARA LAS ENTREVISTAS A PROFUNDIDAD

A continuación, se presenta el conjunto de preguntas que se realizaron durante la segunda etapa de recolección de datos. Cada pregunta tuvo una serie de sub-preguntas que buscaban obtener información más detallada. Además, también se incluye descripción adicional que fue útil para que el entrevistador pueda verificar si la respuesta fue suficiente o si se requiere una aclaración para recoger la información pertinente.

Como el estudio consideró distintas perspectivas, a pesar de que algunas preguntas se repiten, se presentan tres conjuntos de preguntas: aquellas que utilizaron en las entrevistas al equipo de USAID/Perú, a los socios implementadores que dirigieron las actividades y a los funcionarios del MINSA, gobiernos regionales y otros.

GUÍA DE ENTREVISTA PARA EQUIPOS DE USAID/PERÚ

PREGUNTA I

¿CÓMO ADAPTÓ USAID SUS PROGRAMAS Y OPERACIONES PARA RESPONDER A LOS DISTINTOS MOMENTOS DE LA PANDEMIA DE LA COVID-19 Y EL CONTEXTO?

- SUB-PREGUNTAS

1. Antes de la pandemia, ¿USAID/Perú tenía alguna política, procedimiento o planes para poner en marcha una intervención de respuesta a una crisis como la pandemia por COVID-19?

Indagar sobre cómo se aplicaron estas políticas, procedimientos y planes antes de la pandemia

2. ¿Cuáles fueron los ajustes de políticas, procedimientos y planes que hizo USAID para responder a la emergencia de la COVID-19 y el contexto?, ¿cómo fue la respuesta de la organización a estos cambios o ajustes?

Es importante hacer hincapié en los diferentes contextos epidemiológicos, político en el Perú y en EE.UU. (p. ej., en relación a la prioridad asignada a la equidad de género e inclusión de poblaciones vulnerables como ejes de la intervención)

3. ¿USAID/Perú tenía los mecanismos organizacionales que facilitaban una respuesta rápida a una situación como la pandemia?

Algunos aspectos que resultan importantes son: los RR.HH., las habilidades en el líder para ejecución de fondos de emergencia, los procedimientos para ejecución de fondos de emergencia, la preparación del área técnica

4. ¿Cuáles fueron los ajustes a los mecanismos organizacionales que hizo USAID para responder a la emergencia de la COVID-19 y el contexto?, ¿cómo fue la respuesta de la organización a estos cambios o ajustes?

Es importante recoger información diferenciada por tipo de instrumentos sobre los procesos de adjudicación, transferencia de fondos, supervisión de las actividades y rendición de cuentas

5. ¿Qué factores facilitaron o dificultaron el manejo de estos ajustes?

6. ¿Estos cambios institucionales siguen en pie para responder a futuras emergencias? ¿Qué cambios o ajustes hacen falta?

7. ¿Cómo respondió USAID a cambios en el contexto?

Es importante hacer hincapié en los diferentes contextos epidemiológicos, político en el Perú y en EE.UU. (p. ej., en relación a la prioridad asignada a la equidad de género e inclusión de poblaciones vulnerables como ejes de la intervención)

8. ¿Qué criterios se utilizaron para definir el alcance de la intervención de USAID y distribuir este alcance entre los socios implementadores?

Indagar si factores como tendencias regionales, cambios políticos en Perú y EE.UU, prioridades de política afectaron la definición del alcance de la intervención

9. ¿Cómo se seleccionaron los socios para la conducción de los proyectos? ¿Cómo se elaboraron las propuestas?

Es importante recoger información diferenciada por tipo de instrumento: contratos de fondo monto fijo (p. ej., la presentación de una nota conceptual) o acuerdos de cooperación tradicionales

10. ¿Ha cambiado la capacidad de respuesta ante emergencias de USAID/Perú postpandemia?

PREGUNTA 2

¿CÓMO RESPONDIERON USAID Y LOS SOCIOS IMPLEMENTADORES ENFOCADOS EN COVID-19 A LA PANDEMIA Y EL CONTEXTO?

- SUB-PREGUNTAS

11. ¿Qué cambios se llevaron a cabo entre los socios implementadores para responder a las necesidades locales durante la pandemia?

Los cambios se refieren a cambios institucionales, organizacionales (en RR.HH., operacionales) y la adaptación del equipo técnico

Las necesidades locales se refieren a las necesidades en los departamentos y comunidades donde se concentró la intervención

12. ¿Qué procesos se siguieron para la implementación de las intervenciones? ¿Algunos de estos fueron especiales o extraordinarios?

13. ¿Qué hitos, cambios e innovaciones se dieron en el proceso de implementar la respuesta a la pandemia a través de los socios implementadores ?

14. ¿Qué enfoque, metodologías, estrategias, materiales o herramientas de intervención se desarrollaron o implementaron? ¿Cómo fueron éstas seleccionadas?

15. ¿Fueron considerados de manera intencional y proactiva la equidad de género y desarrollo inclusivo desde la concepción de las intervenciones?

16. ¿Qué mecanismos de comunicación se establecieron con otros actores para lograr una respuesta efectiva?

17. ¿Se crearon sinergias con otras agencias de cooperación internacional para lograr una respuesta efectiva?

18. ¿Fueron los sistemas de monitoreo y evaluación apropiados para las intervenciones y la oportuna toma de decisiones?

19. ¿Fueron suficientes los recursos humanos y financieros para la intervención?

20. ¿Qué factores facilitaron o dificultaron la implementación de los distintos proyectos ?
Es importante hacer hincapié en los diferentes contextos epidemiológicos, político en el Perú y en EE.UU. (p. ej., en relación a la prioridad asignada a la equidad de género e inclusión de poblaciones vulnerables como ejes de la intervención)
21. ¿Se manifestaron resultados involuntarios que afectaron a comunidades marginales o poblaciones excluidas?

PREGUNTA 3

¿CÓMO CONTRIBUYERON LAS INTERVENCIONES ENFOCADAS EN COVID-19 AL FORTALECIMIENTO DE LA CAPACIDAD NACIONAL DE RESPUESTA A EPIDEMIAS Y CRISIS HUMANITARIAS?

- SUB-PREGUNTAS

22. ¿Qué se logró debido a la intervención en términos de idoneidad, rapidez de respuesta, cobertura, calidad, coordinación interinstitucional y participación?
Es posible separar esta pregunta de manera independiente por cada uno de los aspectos listados
La participación se refiere a cuán involucrados estuvieron otros actores (p. ej., entidades gubernamentales, sociedad civil y organizaciones comunitarias) en la intervención
23. ¿Qué se logró debido a la intervención en términos de idoneidad, rapidez de respuesta, cobertura, calidad, coordinación interinstitucional y participación?
24. ¿Qué capacidades institucionales en el MINSA o GERESA/DIRESA se fortalecieron para el diagnóstico, tratamiento, inmunización, vigilancia epidemiológica y trabajo interinstitucional?
25. ¿Qué capacidades se lograron fortalecer entre los socios implementadores, instituciones públicas y comunidades para responder a futuras emergencias similares?

PREGUNTA 4

¿CUÁLES SON LAS LECCIONES APRENDIDAS?

- SUB-PREGUNTAS

26. Pensando en el futuro ¿qué factores en la organización de USAID/Perú que facilitaron las intervenciones se deben mantener?
27. ¿Qué se puede mejorar o cambiar en USAID/Perú para facilitar una respuesta oportuna frente a futuras crisis humanitarias?
28. ¿Qué se puede mejorar o cambiar en los socios implementadores para facilitar una respuesta oportuna frente a futuras crisis humanitarias?
29. ¿Qué se puede mejorar o cambiar en otras instituciones para facilitar una respuesta oportuna frente a futuras crisis humanitarias?
Estas otras instituciones se refieren a entidades gubernamentales y otros actores clave

GUÍA DE ENTREVISTA PARA EQUIPOS DE SOCIOS IMPLEMENTADORES

PREGUNTA 1

¿CÓMO ADAPTÓ USAID SUS PROGRAMAS Y OPERACIONES PARA RESPONDER A LOS DISTINTOS MOMENTOS DE LA PANDEMIA DE LA COVID-19 Y EL CONTEXTO?

- SUB-PREGUNTAS

1. ¿Cuáles fueron los ajustes de políticas, procedimientos y planes que hizo USAID para responder a la emergencia de la COVID-19 y el contexto?, ¿cómo fue la respuesta de la organización a estos cambios o ajustes?

Es importante hacer hincapié en los diferentes contextos epidemiológicos, político en el Perú y en EE.UU. (p. ej., en relación a la prioridad asignada a la equidad de género e inclusión de poblaciones vulnerables como ejes de la intervención)

2. ¿Cuáles fueron los ajustes a los mecanismos organizacionales que hizo USAID para responder a la emergencia de la COVID-19 y el contexto?, ¿cómo fue la respuesta de la organización a estos cambios o ajustes?

Es importante recoger información diferenciada por tipo de contrato sobre los procesos de contratación, transferencia de fondos, supervisión de las actividades y rendición de cuentas

3. ¿Qué factores facilitaron o dificultaron el manejo de estos ajustes?

4. ¿Estos cambios institucionales siguen en pie para responder a futuras emergencias? ¿Qué cambios o ajustes hacen falta?

5. ¿Cómo respondió USAID a los cambios en el contexto?

Es importante hacer hincapié en los diferentes contextos epidemiológicos, político en el Perú y en EE.UU. (p. ej., en relación a la prioridad asignada a la equidad de género e inclusión de poblaciones vulnerables como ejes de la intervención)

6. ¿Qué criterios se utilizaron para definir el alcance de la intervención de USAID y distribuir este alcance entre los socios implementadores?

Indagar si factores como tendencias regionales, cambios políticos en Perú y EE.UU, prioridades de política afectaron la definición del alcance de la intervención

7. ¿Ha cambiado la capacidad de respuesta ante emergencias de USAID/Perú postpandemia?

PREGUNTA 2

¿CÓMO RESPONDIERON USAID Y LOS SOCIOS IMPLEMENTADORES ENFOCADOS EN COVID-19 A LA PANDEMIA Y EL CONTEXTO?

- SUB-PREGUNTAS

8. ¿Qué cambios se llevaron a cabo entre los socios implementadores para responder a las necesidades locales durante la pandemia?

Los cambios se refieren a cambios institucionales, organizacionales (en RR.HH., operacionales) y la adaptación del equipo técnico

Las necesidades locales se refieren a las necesidades en los departamentos y comunidades donde se concentró la intervención

9. ¿Qué procesos se siguieron para la implementación de las intervenciones? ¿Algunos de estos fueron especiales o extraordinarios?
10. ¿Qué hitos, cambios e innovaciones se dieron en el proceso de implementar la respuesta a la pandemia a través de los socios implementadores?
11. ¿Qué enfoque, metodologías, estrategias, materiales o herramientas de intervención se desarrollaron o implementaron? ¿Cómo fueron éstas seleccionadas?
12. ¿Fueron considerados de manera intencional y proactiva la equidad de género y desarrollo inclusivo desde la concepción de las intervenciones?
13. ¿Qué mecanismos de comunicación se establecieron con otros actores para lograr una respuesta efectiva?
14. ¿Se crearon sinergias con otras agencias de cooperación internacional para lograr una respuesta efectiva?
15. ¿Fueron los sistemas de monitoreo y evaluación apropiados para las intervenciones y la oportuna toma de decisiones?
16. ¿Fueron suficientes los recursos humanos y financieros para la intervención?
17. ¿Qué factores facilitaron o dificultaron la implementación de los distintos proyectos?
Es importante hacer hincapié en los diferentes contextos epidemiológicos, político en el Perú y en EE.UU. (p. ej., en relación a la prioridad asignada a la equidad de género e inclusión de poblaciones vulnerables como ejes de la intervención)
18. ¿Se manifestaron resultados involuntarios que afectaron a comunidades marginales o poblaciones excluidas?

PREGUNTA 3

¿CÓMO CONTRIBUYERON LAS INTERVENCIONES ENFOCADAS EN COVID-19 AL FORTALECIMIENTO DE LA CAPACIDAD NACIONAL DE RESPUESTA A EPIDEMIAS Y CRISIS HUMANITARIAS?

- SUB-PREGUNTAS

19. ¿Qué se logró debido a la intervención en términos de idoneidad, rapidez de respuesta, cobertura, calidad, coordinación interinstitucional y participación?
Es posible separar esta pregunta de manera independiente por cada uno de los aspectos listados

La participación se refiere a cuán involucrados estuvieron otros actores (p. ej., entidades gubernamentales, sociedad civil, cooperación internacional y organizaciones comunitarias) en la intervención
20. ¿Qué se logró debido a la intervención en términos de idoneidad, rapidez de respuesta, cobertura, calidad, coordinación interinstitucional y participación?
21. ¿Qué capacidades institucionales en el MINSA o GERESA/DIRESA se fortalecieron para el diagnóstico, tratamiento, inmunización, vigilancia epidemiológica y trabajo interinstitucional, entre otros?

22. ¿Qué capacidades se lograron fortalecer entre los socios implementadores, instituciones públicas y comunidades para responder a futuras emergencias similares?

PREGUNTA 4

¿CUÁLES SON LAS LECCIONES APRENDIDAS?

- SUB-PREGUNTAS

23. Pensando en el futuro ¿qué factores en la organización de USAID/Perú que facilitaron las intervenciones se deben mantener?
24. ¿Qué se puede mejorar o cambiar en USAID/Perú para facilitar una respuesta oportuna frente a futuras crisis humanitarias?
25. ¿Qué se puede mejorar o cambiar en los socios implementadores para facilitar una respuesta oportuna frente a futuras crisis humanitarias?
26. ¿Qué se puede mejorar o cambiar en otras instituciones para facilitar una respuesta oportuna frente a futuras crisis humanitarias?

Estas otras instituciones se refieren a entidades gubernamentales y otros actores clave

GUÍA DE PREGUNTAS PARA FUNCIONARIOS Y SERVIDORES PÚBLICOS DE MINSA, GERESA/DIRESA Y OTROS

PREGUNTA 2

¿CÓMO RESPONDIERON USAID Y LOS SOCIOS IMPLEMENTADORES ENFOCADOS EN COVID-19 A LA PANDEMIA Y EL CONTEXTO?

- SUB-PREGUNTAS

1. ¿Qué hitos, cambios e innovaciones se dieron en el proceso de implementar la respuesta a la pandemia a través de los socios implementadores?
2. ¿Qué enfoque, metodologías, estrategias, materiales o herramientas de intervención se desarrollaron o implementaron? ¿Cómo fueron éstas seleccionadas?
3. ¿Fueron considerados de manera intencional y proactiva la equidad de género y desarrollo inclusivo desde la concepción de las intervenciones?
4. ¿Qué mecanismos de comunicación se establecieron con otros actores para lograr una respuesta efectiva?
5. ¿Se crearon sinergias con otras agencias de cooperación internacional para lograr una respuesta efectiva?
6. ¿Fueron los sistemas de monitoreo y evaluación apropiados para las intervenciones y la oportuna toma de decisiones?
7. ¿Fueron suficientes los recursos humanos y financieros para la intervención?
8. ¿Qué factores facilitaron o dificultaron la implementación de los distintos proyectos ?
Es importante hacer hincapié en los diferentes contextos epidemiológicos, político en el Perú y en EE.UU. (p. ej., en relación a la prioridad asignada a la equidad de género e inclusión de poblaciones vulnerables como ejes de la intervención)
9. ¿Se manifestaron resultados involuntarios que afectaron a comunidades marginales o poblaciones excluidas?

PREGUNTA 3

¿CÓMO CONTRIBUYERON LAS INTERVENCIONES ENFOCADAS EN COVID-19 AL FORTALECIMIENTO DE LA CAPACIDAD NACIONAL DE RESPUESTA A EPIDEMIAS Y CRISIS HUMANITARIAS?

- SUB-PREGUNTAS

10. ¿Qué se logró debido a la intervención en términos de idoneidad, rapidez de respuesta, cobertura, calidad, coordinación interinstitucional y participación?
Es posible separar esta pregunta de manera independiente por cada uno de los aspectos listados
La participación se refiere a cuán involucrados estuvieron otros actores (p. ej., entidades gubernamentales, sociedad civil y organizaciones comunitarias) en la intervención
11. ¿Qué se logró debido a la intervención en términos de idoneidad, rapidez de respuesta, cobertura, calidad, coordinación interinstitucional y participación?

12. ¿Qué capacidades institucionales en el MINSA o GERESA/DIRESA se fortalecieron para el diagnóstico, tratamiento, inmunización, vigilancia epidemiológica y trabajo interinstitucional, entre otros?
13. ¿Qué capacidades se lograron fortalecer entre los socios implementadores, instituciones públicas y comunidades para responder a futuras emergencias similares?

PREGUNTA 4

¿CUÁLES SON LAS LECCIONES APRENDIDAS?

- SUB-PREGUNTAS

14. Pensando en el futuro ¿qué factores en la organización de USAID/Perú que facilitaron las intervenciones se deben mantener?
15. ¿Qué se puede mejorar o cambiar en USAID/Perú para facilitar una respuesta oportuna frente a futuras crisis humanitarias?
16. ¿Qué se puede mejorar o cambiar en los socios implementadores para facilitar una respuesta oportuna frente a futuras crisis humanitarias?
17. ¿Qué se puede mejorar o cambiar en otras instituciones para facilitar una respuesta oportuna frente a futuras crisis humanitarias?

Estas otras instituciones se refieren a entidades gubernamentales y otros actores clave

ANEXO 4: DESCRIPCIÓN DE LOS ENTREVISTADOS

A continuación, se presenta la lista de actores entrevistados durante la segunda etapa de recolección de datos.

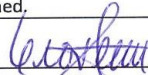
	INSTITUCIÓN	CARGO	FECHA
1	USAID	Oficina de Acuerdos y Contratos*	11-Jul
2	USAID	Analista financiero de la Oficina Regional de Gestión Financiera	12-Jul
3	USAID	Analista financiero de la Oficina Regional de Gestión Financiera	12-Jul
4	USAID	Facilitadora de apoyo a la PCM	13-Jul
5	USAID	Especialista en Desarrollo	14-Jul
6	USAID	Mission Disaster Relief Officer*	20-Jul
7	USAID	Soporte y Evaluación	21-Jul
8	USAID	Jefe del Área de Migración y Salud	25-Jul
9	CEDRO	Director de Alianza por la Amazonía	14-Jul
10	LHSS	Jefa de Proyectos	17-Jul
11	LHSS	Coordinador Técnico para COVID-19	17-Jul
12	LHSS	Equipo técnico	17-Jul
13	PRISMA	Directora	18-Jul
14	PRISMA	Director del proyecto	18-Jul
15	OPS	Consultor Nacional en Emergencias en Salud	21-Jul
16	Socios en Salud	Representante de Socios en Salud	26-Jul
17	Esperanza Amazónica	Gerente administrativa del programa médico	3-Aug
18	PRISMA	Representante en Cajamarca*	14-Aug
19	Cámara de Comercio Cajamarca	Comunicación e Imagen	17-Aug
20	Cámara de Comercio Cajamarca	Presidente del Comité de Salud	17-Aug
21	LHSS	Coordinador en Ayacucho*	21-Aug
22	GERESA Loreto	Responsable de Cadena de Frío	3-Aug
23	GERESA Loreto	Coordinadora de Inmunizaciones	3-Aug
24	GERESA Loreto	Especialista en comunidades indígenas	3-Aug
25	GERESA Loreto	Responsable de Salud Mental	4-Aug
26	MINSA	Asesora*	9-Aug
27	GERESA Arequipa	Responsable de Vigilancia Epidemiológica	10-Aug

28	GERESA Arequipa	Jefa de la Oficina de Epidemiología	10-Aug
29	GERESA Arequipa	Área de Estadística	10-Aug
30	Hospital Goyeneche	Unidad de Oncología	10-Aug
31	Hospital Honorio Delgado	Director General	11-Aug
32	DIRESA Cajamarca	Oficina de Inmunizaciones	16-Aug
33	DIRESA Cajamarca	DESEP	14-Aug
34	INS	Dirección de Laboratorios	15-Aug
35	DIRESA Cajamarca	DIREMID	16-Aug
36	Hospital Regional de Cajamarca	Director	16-Aug
37	Hospital Regional de Cajamarca	Encargado de Farmacia	16-Aug
38	ESSALUD Cajamarca	Coordinadora Inmunizaciones	16-Aug
39	DIRESA Cajamarca	Directora ITE	15-Aug
40	DIRESA Cajamarca	Oficina de Comunicaciones	15-Aug
41	DIRESA Cajamarca	Coordinador de Cadena de Frío	15-Aug
42	QALIWARMA	Especialista en Comunicaciones	17-Aug
43	DIRESA Ayacucho	Director Servicios de Salud	22-Aug
44	DIRESA Ayacucho	Servicios en Salud	22-Aug
45	DIRESA Ayacucho	Dirección Ejecutiva	22-Aug
46	DIRESA Ayacucho	Subdirector	23-Aug
47	GOPE Ayacucho	Gerente del Área Social	22-Aug
48	DIRESA Ayacucho	Área de Cadena de Frío	23-Aug
49	DIRESA Ayacucho	Jefa del área de inmunizaciones	23-Aug
50	DIRESA Ayacucho	Farmacovigilancia	23-Aug
51	MINSA	CDC	24-Aug


Nota: un asterisco “*” denota aquellos funcionarios que desempeñaron estos cargos durante la implementación de las actividades, pero ya no se encuentran en estas instituciones o ya no ocupan estos cargos.

ANEXO 5: DECLARACIÓN DE NO CONFLICTO DE INTERES

DISCLOSURE OF ANY CONFLICTS OF INTEREST

Name	Giovanna Alarcón Espinoza
Title	Investigador Principal
Organization	
Evaluation Position?	<input checked="" type="checkbox"/> Team Leader <input type="checkbox"/> Team member
Evaluation Award Number (contract or other instrument)	72052719D00001
USAID Project(s) Evaluated (Include project name(s), implementer name(s) and award number(s), if applicable)	Análisis de la Respuesta de USAID a la pandemia de la COVID
I have real or potential conflicts of interest to disclose.	<input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No
<p>If yes answered above, I disclose the following facts:</p> <p>Real or potential conflicts of interest may include, but are not limited to:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Close family member who is an employee of the USAID operating unit managing the project(s) being evaluated or the implementing organization(s) whose project(s) are being evaluated. 2. Financial interest that is direct, or is significant though indirect, in the implementing organization(s) whose projects are being evaluated or in the outcome of the evaluation. 3. Current or previous direct or significant though indirect experience with the project(s) being evaluated, including involvement in the project design or previous iterations of the project. 4. Current or previous work experience or seeking employment with the USAID operating unit managing the evaluation or the implementing organization(s) whose project(s) are being evaluated. 5. Current or previous work experience with an organization that may be seen as an industry competitor with the implementing organization(s) whose project(s) are being evaluated. 6. Preconceived ideas toward individuals, groups, organizations, or objectives of the particular projects and organizations being evaluated that could bias the evaluation. 	
<p>I certify (1) that I have completed this disclosure form fully and to the best of my ability and (2) that I will update this disclosure form promptly if relevant circumstances change. If I gain access to proprietary information of other companies, then I agree to protect their information from unauthorized use or disclosure for as long as it remains proprietary and refrain from using the information for any purpose other than that for which it was furnished.</p>	
Signature	
Date	6/15/2023

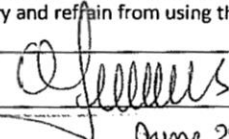
DISCLOSURE OF ANY CONFLICTS OF INTEREST

Name	Rafael Baldomero Lopez Cozani
Title	Asistente de Investigación
Organization	
Evaluation Position?	<input type="checkbox"/> Team Leader <input checked="" type="checkbox"/> Team member
Evaluation Award Number (contract or other instrument)	72052719D00001
USAID Project(s) Evaluated (Include project name(s), implementer name(s) and award number(s), if applicable)	Análisis de la respuesta de USAID a la pandemia del COVID-19
I have real or potential conflicts of interest to disclose.	<input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No
<p>If yes answered above, I disclose the following facts:</p> <p><i>Real or potential conflicts of interest may include, but are not limited to:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Close family member who is an employee of the USAID operating unit managing the project(s) being evaluated or the implementing organization(s) whose project(s) are being evaluated. 2. Financial interest that is direct, or is significant though indirect, in the implementing organization(s) whose projects are being evaluated or in the outcome of the evaluation. 3. Current or previous direct or significant though indirect experience with the project(s) being evaluated, including involvement in the project design or previous iterations of the project. 4. Current or previous work experience or seeking employment with the USAID operating unit managing the evaluation or the implementing organization(s) whose project(s) are being evaluated. 5. Current or previous work experience with an organization that may be seen as an industry competitor with the implementing organization(s) whose project(s) are being evaluated. 6. Preconceived ideas toward individuals, groups, organizations, or objectives of the particular projects and organizations being evaluated that could bias the evaluation. 	
<p>I certify (1) that I have completed this disclosure form fully and to the best of my ability and (2) that I will update this disclosure form promptly if relevant circumstances change. If I gain access to proprietary information of other companies, then I agree to protect their information from unauthorized use or disclosure for as long as it remains proprietary and refrain from using the information for any purpose other than that for which it was furnished.</p>	
Signature	
Date	06-15-2023

DISCLOSURE OF ANY CONFLICTS OF INTEREST

Name	Gustavo Martín Ofrell De Almeida
Title	
Organization	
Evaluation Position?	<input type="checkbox"/> Team Leader <input checked="" type="checkbox"/> Team member
Evaluation Award Number (contract or other instrument)	72052719D00001
USAID Project(s) Evaluated (Include project name(s), implementer name(s) and award number(s), if applicable)	
I have real or potential conflicts of interest to disclose.	<input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No
<p>If yes answered above, I disclose the following facts:</p> <p><i>Real or potential conflicts of interest may include, but are not limited to:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Close family member who is an employee of the USAID operating unit managing the project(s) being evaluated or the implementing organization(s) whose project(s) are being evaluated. 2. Financial interest that is direct, or is significant though indirect, in the implementing organization(s) whose projects are being evaluated or in the outcome of the evaluation. 3. Current or previous direct or significant though indirect experience with the project(s) being evaluated, including involvement in the project design or previous iterations of the project. 4. Current or previous work experience or seeking employment with the USAID operating unit managing the evaluation or the implementing organization(s) whose project(s) are being evaluated. 5. Current or previous work experience with an organization that may be seen as an industry competitor with the implementing organization(s) whose project(s) are being evaluated. 6. Preconceived ideas toward individuals, groups, organizations, or objectives of the particular projects and organizations being evaluated that could bias the evaluation. 	

I certify (1) that I have completed this disclosure form fully and to the best of my ability and (2) that I will update this disclosure form promptly if relevant circumstances change. If I gain access to proprietary information of other companies, then I agree to protect their information from unauthorized use or disclosure for as long as it remains proprietary and refrain from using the information for any purpose other than that for which it was furnished.

Signature	
Date	June 22, 2023