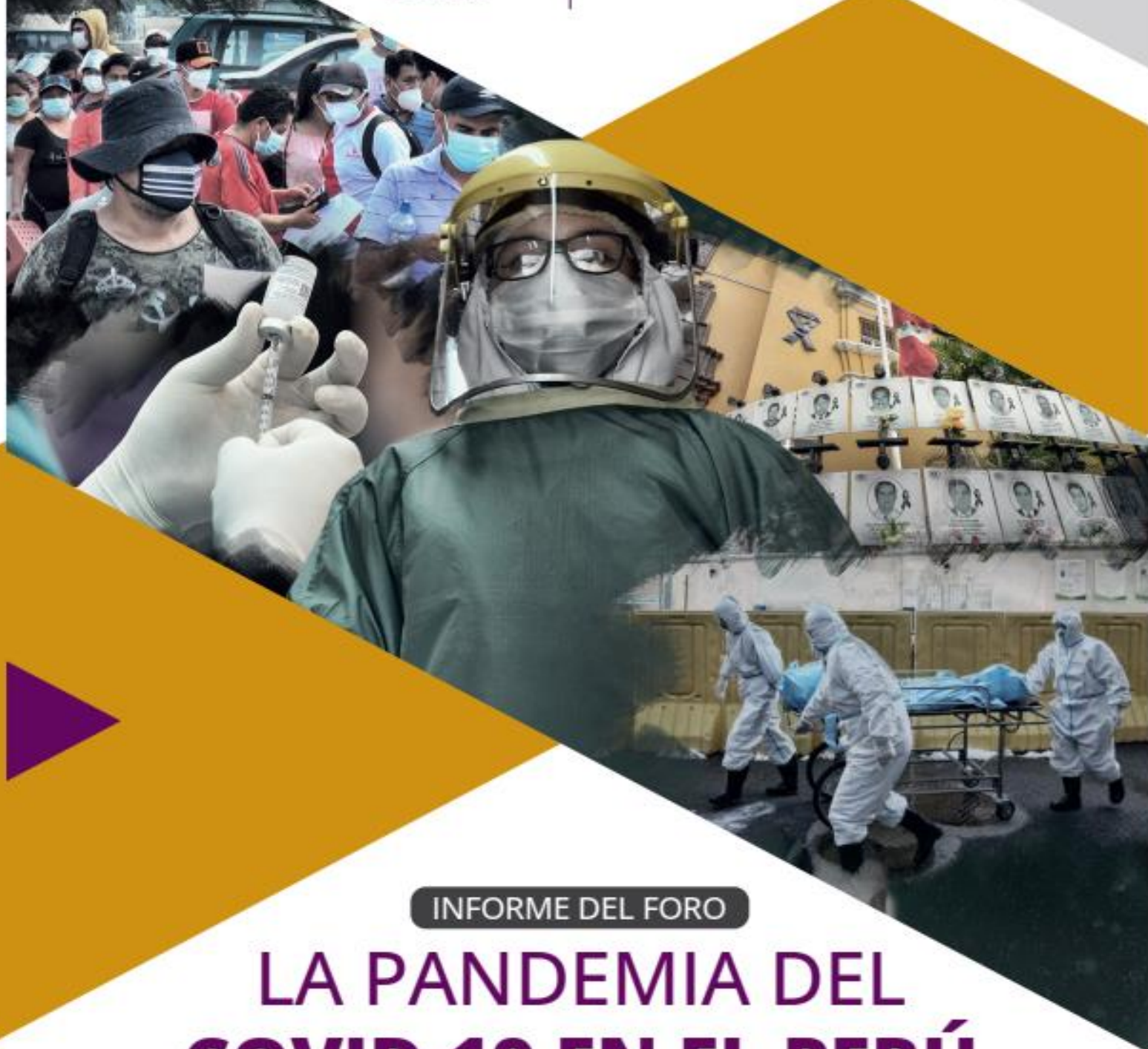




COLEGIO MÉDICO  
DEL PERÚ

Observatorio  
Medicina, Salud y  
Sociedad del CMP



INFORME DEL FORO

# LA PANDEMIA DEL COVID-19 EN EL PERÚ

SU IMPACTO EN LA SOCIEDAD PERUANA,  
LECCIONES APRENDIDAS

Octubre del 2022

**INFORME DEL FORO**

**LA PANDEMIA DE LA COVID EN EL PERÚ  
su impacto en la sociedad peruana,  
lecciones aprendidas**

**OCTUBRE 2022**

## Informe del Foro

# LA PANDEMIA DE LA COVID EN EL PERÚ su impacto en la sociedad peruana, lecciones aprendidas

Octubre 2022

---

### Autor

Comité Técnico del  
Observatorio de Medicina, Salud y Sociedad (OMSS)

Editado por:

OMSS  
Colegio Médico del Perú



Malecón de la Reserva 791  
Miraflores. Lima, Perú  
Telef. 213-1400

1.ª edición

Abril de 2023

HECHO EL DEPÓSITO LEGAL EN  
LA BIBLIOTECA NACIONAL DEL PERÚ

Todos los derechos reservados. Queda prohibida la reproducción total o parcial de esta obra protegida por los derechos de propiedad intelectual, o su uso en cualquier forma, o por cualquier medio, ya sea electrónico o mecánico, incluidos fotocopiado, grabación, transmisión o cualquier sistema de almacenamiento y recuperación de información, sin el permiso por escrito de los propietarios del copyright.

Asesoría editorial

REP S.A.C.  
Miguel de Cervantes 485-502, San Isidro



Médico editor

Jorge Candiotti Vera  
jcandiotti@revistaspecializadas.com  
999-65 85 31

Impresión

Abril de 2023

Talleres gráficos de REP S.A.C.  
Emilio Althaus 355, Lima 14, Perú  
999-658531

**INFORME DEL FORO**

**LA PANDEMIA DE LA COVID EN EL PERÚ  
su impacto en la sociedad peruana,  
lecciones aprendidas**

**OCTUBRE 2022**

**Observatorio de  
Medicina, Salud y  
Sociedad CMP**

## COMITÉ EJECUTIVO NACIONAL PERÍODO 2022-2024



- Decano
- Vicedecano
- Secretaria del Interior
- Secretario del Exterior
- Tesorero
- Vocales

Dr. José Raúl Urquizo Aréstegui  
Dr. Alfredo Alonso Celis López  
Dra. Wilda Cecilia Silva Rojas  
Dr. Víctor Leonel Llacsá Saravia  
Dr. Wilder Alberto Díaz Correa  
Dr. Herminio Renán Hernández Díaz  
Dra. Amelia Cerrate Ángeles  
Dr. César Augusto Portella Díaz  
Dr. Leslie Marcial Soto Arquiniño  
Dra. Celia Betzabet Moisés Alfaro  
Dra. Milagros Dalila Sánchez Torrejón

### DECANOS DE LOS CONSEJOS REGIONALES DEL COLEGIO MÉDICO DEL PERÚ

- Decana Regional I - Trujillo
- Decano Regional II - Iquitos
- Decano Regional III - Lima
- Decana Regional IV - Huancayo
- Decano Regional V - Arequipa
- Decana Regional VI - Cusco
- Decano Regional VII - Piura
- Decano Regional VIII - Chiclayo
- Decano Regional IX - Ica
- Decano Regional X - Huánuco
- Decano Regional XI - Huaraz
- Decano Regional XII - Tacna
- Decano Regional XIII - Pucallpa
- Decano Regional XIV - Puno
- Decano Regional XV - San Martín
- Decano Regional XVI - Ayacucho
- Decana Regional XVII - Cajamarca
- Decano Regional XVIII - Callao
- Decano Regional XIX - Chimbote
- Decano Regional XX - Pasco
- Decano Regional XXI - Moquegua
- Decano Regional XXII - Abancay
- Decana Regional XXIII - Tumbes
- Decano Regional XXIV - Huancavelica
- Decano Regional XXV - Amazonas
- Decano Regional XXVI - Madre de Dios
- Decano Regional XXVII - Lima Provincias

Dra. Elena Victoria Ríos de Edwards  
Dr. Miguel Ángel Pinedo Saboya  
Dr. Ildauro Aquirre Sosa  
Dra. Armida Concepción Rojas Dávila de Izaguirre  
Dr. Antony Gustavo Tohalino Meza  
Dra. Eliana Janette Ojeda Lazo  
Dr. Christian Yuri Requena Palacios  
Dr. Ronald Jimmy Agüero Acuña  
Dr. Luis Felipe Muñante Aparcana  
Dr. Andrei Alekseevich Kochubei Hurtado  
Dr. Alberto Fernando Del Valle Espejo  
Dr. Jorge Eliseo López Claros  
Dr. Carlos Abelardo Morales Hernández  
Dr. Carlos Alberto Neira Ortega  
Dr. Efraín Salazar Tito  
Dr. Waldo Franz López Gutiérrez  
Dra. Patricia Isabel Ocampo Pilco  
Dr. Luis Alberto Ortiz Pilco  
Dr. Carlos Humberto Quiroz Urquiza  
Dr. Manuel Alejandro Pomazongo Goyas  
Dr. Giancarlo Urquiza Pereira  
Dr. José Luis Osorio Ticona  
Dra. Lourdes Liliana Feijóo Oyola  
Dr. Lino Elmer Rodríguez Julcamanyán  
Dr. Jorge Arturo La Torre y Jiménez  
Dr. Elard Arturo Castor Cáceres  
Dr. Juan Carlos Nicho Virú

### COMITÉ TÉCNICO DEL OBSERVATORIO DE MEDICINA, SALUD Y SOCIEDAD (OMSS)

- Dr. Oswaldo Lazo Gonzales
- Dr. Mario Tavera Salazar
- Dr. Eugenio Villar Montesinos

# Presentación

*El Colegio Médico del Perú, cumpliendo con su responsabilidad institucional de abordar los principales problemas de salud que afectan a la población peruana, presenta el Informe del “Foro: La Pandemia del Covid 19 en el la sociedad peruana: lecciones aprendidas”, realizado por su Observatorio de Salud Medicina y Sociedad (OMSS), en octubre de 2022.*

*El Foro tuvo como propósito analizar la pertinencia y la eficacia de las intervenciones realizadas por el Estado y la sociedad peruana, frente a la pandemia de la covid-19 y aprender de esta trágica y nefasta experiencia que marcó la vida nuestro país y la sociedad mundial.*

*El impacto de la pandemia en el Perú fue devastador no solo sobre la salud, especialmente por la gran cantidad de defunciones, sino también en otras dimensiones de la vida social: el trabajo, la economía, la educación, las relaciones sociales, entre otros, que dieron cuenta de sus profundas y obscenas inequidades, la masiva informalidad y pobreza, la creciente pérdida de vínculos solidarios, la exclusión y la estigmatización del pobre, así como la existencias de corrientes culturales negacionistas de la ciencia y sus avances.*

*Como es conocido, el Perú fue uno de los países del mundo que registró las mayores tasas de mortalidad por covid-19. A lo que se agregó la existencia de servicios de salud en extrema precariedad que pronto se vieron rebasados por la dimensión de la pandemia, lo que afectó seriamente la atención de covid-19, así como de otras enfermedades y programas de salud pública. Si el sistema de salud estaba ya en crisis antes del inicio de la pandemia, esta profundizó su deterioro, condición que luego de tres años de iniciada la pandemia no se ha recuperado. Sin duda, la pandemia ha sido el evento sanitario que más ha gravitado en los diversos aspectos de la vida social y en el funcionamiento del Estado, en los últimos siglos.*

*El documento que presentamos aborda tres aspectos. En primer lugar el entorno global que afecta el ecosistema terrestre y sus efectos sobre la salud, lo que*

*explica la existencia y dimensión de la pandemia. Por otro lado, las acciones desarrolladas desde el sector salud y su impacto sobre la salud, vida de las personas y sobre el sistema de salud. Y, finalmente, sobre las condiciones de vida de las personas, incluidas la economía, el empleo, la protección social, la educación, así como el comportamiento de las personas y la respuesta del Estado, en particular el Ministerio de Salud y del conjunto de la sociedad.*

*Reconocemos y agradecemos de manera especial, a cada uno de los expertos que presentaron y analizaron las ponencias en el Foro, quienes desde diversas perspectivas disciplinarias nos permiten tener una visión integral de lo sucedido. Pero también queremos hacer de este documento un homenaje a nuestros colegas médicos y, en general, a todos los trabajadores de salud, que entregaron su vida en el enfrentamiento a la pandemia, pues su sacrificio se debió con mucho a las grandes deficiencias del sistema de salud.*

*Finalmente, insistir que la necesidad de construir memoria histórica como base de nuestra identidad como nación. Lo que se hizo inadecuadamente, o lo que se dejó de hacer, no puede simplemente pasar al olvido.*

**Raúl Urquiza Aréstegui**  
Decano nacional  
Colegio Médico del Perú

# Introducción

El 7 de marzo de 2020, se anunció oficialmente el primer caso de covid-19 en el Perú. Se trataba de un ciudadano peruano que retornaba de un viaje por diferentes países de Europa en los que se había registrado casos de covid-19. Los primeros casos autóctonos se notificaron en los distritos de Surco y San Borja, habitados por familias de clase media. Pocos días después se produjo un incremento sostenido de casos, la mayoría de los cuales se registraron en distritos de zonas norte y sur de Lima Metropolitana donde habitan familias de menores ingresos. Rápidamente se registraron casos de diferentes lugares del país, especialmente en áreas urbanas del norte y la amazonia.

Luego de 32 meses de declarada la pandemia, el 26 de noviembre de 2022, los registros oficiales daban cuenta de 4 227 446 casos positivos, con 217 370 defunciones, lo que representa una tasa letalidad del 5,14 % pero que durante la tercera ola ocurrida entre noviembre de 2021 y marzo de 2022 llegó al 9 %. Como es conocido el Perú registra una de las más altas razones de mortalidad de covid-19 del mundo. Lima Metropolitana registró el 43 % de los casos y diez departamentos: Lima Metropolitana y Lima Provincias, Arequipa, Piura, La Libertad, Junín, Áncash, Cusco, Lambayeque y Callao dan cuenta del 78 % de todos los casos.<sup>1</sup>

Lima Metropolitana registró 87 229 defunciones que representan el 40 % de las defunciones, seguida por Piura, La Libertad, Callao, Lambayeque, Arequipa, Lima Provincias, Junín, Áncash e Ica, departamentos que registraron el 80 % del total de casos ocurridos en el país. La mayor letalidad se registró en Lambayeque (7,78 %), Ucayali (7,65 %), Piura (7,63 %) e Ica (7,63 %); Lima Metropolitana alcanzó una tasa de letalidad del 4,85 %.<sup>2</sup>

Es necesario precisar que, en términos generales, la pandemia ha tenido dos grandes fases. Una primera que corresponde a la primera y segunda ola en las que se registró el mayor número de defunciones. El inicio de la vacunación, en febrero de 2021, produjo un giro sustantivo en el desarrollo de la pandemia. Se atenuó drásticamente el número de las defunciones y la severidad de los casos; no obstante, esta no evitaba la infección. La estrategia de vacunación priorizó a los grupos de mayor riesgo como el personal de salud, adultos mayores y personas con comorbilidades. El mayor número de vacunas, según su disponibilidad, se aplicaron en el segundo semestre de 2021.

Múltiples factores, explican el grave impacto que tuvo la pandemia de la covid-19, no solo sobre la salud, sino también sobre diversos aspectos de la vida de las personas: economía, trabajo y empleo, educación, afectación de la convivencia social y de la salud mental debido al prolongado encierro.

Esta pandemia desde un inicio evidenció palmariamente las profundas brechas de inequidad social, económica, cultural, de género, entre otras, constituidas en el Perú. Los sectores altos y medios de la sociedad, luego de los primeros días de pánico, que ocasionó la afluencia masiva a los supermercados en busca de víveres y otros artículos, vivieron con cierta tranquilidad el obligado encierro, es un sector usualmente bien informado que siguió a tiempo real la evolución de la pandemia en el país y en el mundo a través de los medios de comunicación y las redes sociales.

---

1 Sala situacional covid-19. Minsa. Fuentes: Instituto Nacional de Salud y Centro Nacional de Epidemiología Prevención y Control de Enfermedades del Minsa.

2 Sala situacional covid-19. Minsa.



Es cierto que algunos de los segmentos acusaron el golpe económico de la pandemia en mayor o menor medida, aunque sin poner en riesgo su sobrevivencia. Muchos pequeños y medianos empresarios sobre todo de rubro de servicios, se vieron obligados a cerrar intempestivamente sus negocios. Pero también es necesario precisar que buen parte de auxilio económico gubernamental fue dirigido a estos sectores en espera de aminorar el cierre de los negocios y la subsecuente pérdida de empleos.

La situación fue radicalmente diferente en los sectores populares. Al iniciarse la pandemia el país registraba algo más del 20 % de pobres<sup>3</sup> y no menos del 70 % de la población vivía en la informalidad. Son hogares que viven del “día a día”, con muy escasos recursos adquiridos por el jefe de hogar que en muchos casos es una mujer, a través actividades informales de las más variadas: vendedores ambulantes de alimentos, de ropa, útiles de uso personal, transportistas, entre otros.

Frente a esta situación, los proveedores de la economía familiar, gran parte mujeres, realizaron una suerte de costo de oportunidad, se preguntaban “¿qué me sale más a cuenta o donde pierdo menos?”; es decir, salir a realizar mi ventas diarias para asegurar la subsistencia de los míos, pese a que corro el riesgo del contagio, o permanecer en casa sin alimentos para mi familia. El dilema de muchos hogares fue si iban a morir de covid o morir de hambre, lo que obligó a la población a salir a las calles en busca de sustento cotidiano o a retornar a sus comunidades de origen en largas caravanas peatonales. En este punto confluyen pobreza e informalidad, pero, también la marginalidad y exclusión social, a ellos la política social de un Estado subsidiario generado por el neoliberalismo llegó tarde, mal o nunca. Esta deplorable realidad no puede ni debe ser olvidada.

La pandemia encontró un Estado inepto pero con grandes reservas en la caja fiscal. Un Estado que ignora las condiciones de vida de la mayor parte de la ciudadanía, acostumbrado a realizar programas focalizados de alivio a la pobreza y que obviamente desconocía la situación socioeconómica de la mayor parte de la población, se mostró incapaz para distribuir los subsidios aun entre los “beneficiarios” de sus programas.

### **La salud y el sistema de salud**

Durante el decenio, diversas instituciones de la sociedad, entre ellas el Colegio Médico del Perú (CMP), alertaron en reiteradas ocasiones sobre la condición fallida de nuestro sistema de salud. Nunca como ahora su fracaso fue tan ostensible con un enorme costo de vidas y sufrimiento de miles de hogares a causa de la pandemia. En la práctica, se ha negado la atención de salud a miles de personas debido a fragilidad y enormes carencias de los servicios de primer nivel de atención incapaces responder con suficiencia resolutive a la heterogénea realidad socio-sanitaria del país, muy por el contrario carentes de los recursos aun los más esenciales, usualmente dejaron de atender con la anuencia de las autoridades sanitarias.

La respuesta del sistema de salud se centró en la red hospitalaria pública: Minsa-GR y EsSalud, que prontamente colapsó a pesar de los heroicos esfuerzos del personal de salud que laboró arduamente pese a las carencias de equipos de ventilación, medicamentos, pruebas diagnósticas eficaces, equipos de protección personal, oxígeno medicinal, entre otros. La pandemia a la fecha ha cobrado la vida de cientos de médicos, enfermeras, técnicos, auxiliares, personal de apoyo, policías y bomberos. A la par, hemos sido testigos que, ni aún en los peores momentos, la corrupción ha dejado de operar, con la ayuda de la casi inexistente capacidad estatal de regulación de los mercados de la salud. Se realizaron compras y cobros fraudulentos, y prácticas antiéticas por varias organizaciones de salud públicas y privadas, esta últimas antepusieron su afán de lucro a la salud de la gente.

Sin duda, la vacunación fue la medida más efectiva para el control de la enfermedad. Es menester reconocer los esfuerzos realizados para su adquisición en un escenario globalizado hegemónico por los intereses del mundo del norte y sus grandes corporaciones transnacionales, y ante la ausencia de una gobernanza sanitaria global.

La situación de crisis extrema que produjo la pandemia, debiese ser la oportunidad para poder realizar cambios profundos en el país, en particular en su sistema de salud. Prontamente, las organizaciones internacionales

---

3 INEI. Encuesta Nacional de Hogares (Enaho), 2019.

han prescrito las características deberán sustentar los sistemas de salud pospandemia: universalidad, equidad, sostenibilidad, resiliencia, centralidad de persona, entre otras. Pero, en tanto estos sistemas no sean partes constitutivas de un sistema de protección social universal, los cambios propuestos pese a ser indispensables serán insuficientes. La protección social universal debe garantizar condiciones de vida y bienestar básico compatible con la dignidad humana y la condición de ciudadanía de los peruanos, esto supone ingreso básico que asegure alimentación y vivienda, pero a su vez, el acceso la educación y salud universal, equitativa y de calidad, cuidado del ambiente y brinde protección específica a los sectores más vulnerables.

Avanzar en esta orientación exige evaluar lo sucedido tanto en el campo social como, específicamente, en el de la salud. Se trata de identificar y analizar cuáles fallos tienen su origen en el modelo societal de absoluta hegemonía del mercado impuesto por la corriente neoliberal vigente y que es indispensable reformar de raíz. Sin embargo, también es necesario reconocer aquellas características que signan creciente y negativamente nuestra vida social y que se han visto acentuadas durante la pandemia, lo que agravó aún más la situación. Esto es, el pronunciado individualismo, la corrupción, el desmedido afán de lucro, la debilitación de los vínculos de solidaridad social, entre otros.

### **El rol del CMP en la evaluación de la pandemia de la covid-19**

El CMP tiene, entre sus diversos fines institucionales, el constituirse en agencia promotora de política pública en salud y medicina en representación de la comunidad médica nacional. En tal sentido, participa en la formación de la política pública de salud y coopera en su implementación y evaluación. El Estado reconoce al CMP la condición de actor protagónico en la construcción de las políticas de salud y facilita su activa participación confiándole iniciativa legislativa y presencia permanente en los espacios de concertación y coordinación en salud de nivel nacional y regional. En consecuencia, es tarea del CMP el análisis de la política pública en salud y la elaboración de propuestas que le permitan realizar incidencia política en favor de la salud de la población. Como parte de este rol, el CMP viene implementando el observatorio de la política pública de salud denominado Observatorio de Medicina, Salud y Sociedad (OMSS).

Hoy es lugar común señalar que la pandemia de la covid-19 transparentó la precariedad y el abandono en el cual se encuentra sumida la salud y el sistema de salud peruanos, pese a la aparente bonanza económica vivida por más de una década. Esta situación es sin duda responsabilidad primaria del Estado, aunque esto no exime a la sociedad en pleno, sobre todo, a los actores sanitarios de mayor relevancia y legitimidad social como lo es el CMP, de allí que la gestión decanal 2022- 2023 considere la creación del OMSS como una iniciativa de alta prioridad. Como parte de sus actividades iniciales el OMSS del CMP organizó el Fórum “La pandemia de la covid-19, en el Perú: su impacto en la sociedad peruana, lecciones aprendidas”: El Fórum tuvo como objetivo la evaluación del impacto de la pandemia de la covid-19, sobre las diversas dimensiones de la vida social y económica del país, incluidos los efectos sobre la situación de pobreza y las inequidades.

El Fórum se realizó el día jueves 20 de octubre de 2022, en el Centro de Convenciones del CMP, mediante la modalidad híbrida (presencial/virtual) y tuvo tres momentos. El primero presentó el contexto global que propició la pandemia, mediante el análisis de la relación entre los profundos e indeseables cambios ambientales ocurridos desde mediados de siglo XX y la emergencia de nuevas epidemias que adquieren carácter pandémico. El segundo momento abordó el impacto de la pandemia sobre la salud y el sistema de salud de país así como la respuesta institucional y social generada. El tercer momento se abocó a analizar los efectos de la pandemia sobre la situación social y económica de la sociedad peruana, incluidos la convivencia social, educación, trabajo, entre otros, todos determinantes de las condiciones de vida y salud de la población.

El CMP agradece a los expertos que participaron en este relevante evento por sus valiosas presentaciones que sin duda contribuirán al debate en el proceso de formación de la política pública social y sanitaria; pero, igualmente se complace en entregar a la comunidad nacional los aportes mencionados, así como las conclusiones y recomendaciones que devienen del evento.

# Programa

Dr. Raúl Urquiza Aréstegui  
*Decano del Colegio Médico del Perú*

## Conferencia

Medio ambiente, cambio climático y la pandemia de la covid-19

Dr. Carlos Eduardo Siqueira

*Profesor en la Escuela de Medio Ambiente, Coordinador del Proyecto Transnacional Brasileño el Instituto Mauricio Gastón para el Desarrollo Comunitario y Políticas Públicas para Latinos. Universidad de Massachusetts, Boston.*

**PRIMERA MESA TEMÁTICA: Impacto de la pandemia en la salud y la atención de la salud de la sociedad peruana**

Moderador: Dr. Raúl Urquiza Aréstegui

## Ponencias

3:40-4:10 p. m. **Reflexiones desde la salud sobre la pandemia de la covid-19**

Dr. Luis Cordero Muñoz

*Médico investigador, Profesor de la UPCH, Analista de políticas de Salud*

4:10-4:40 p. m. **Respuesta del sistema de salud frente a la pandemia de la covid-19**

Dr. Augusto Tarazona Fernández

*Médico infectólogo. Exviceministro de Salud*

4:40-5:10 p. m. **Covid-19 en Perú, una pandemia sin médicos de cabecera**

Dra. Milagritos Fernández Larrauri

*Médico de familia, profesora de la UNMSM, presidente de la Sociedad Peruana de Medicina Familiar y Comunitaria.*

## Comentarios

Dr. Julio Castro Gómez

*Médico, excongresista de la República, exdecano del Colegio Médico del Perú*

**SEGUNDA MESA TEMÁTICA: Impacto de la pandemia en las condiciones de vida de la sociedad peruana**

Moderador: Dr. Ildáuro Aguirre Sosa

*Decano del Consejo Regional III-Lima del Colegio Médico del Perú*

## Ponencias

5:50-6:20 p. m. **Lecciones no aprendidas de la historia de la lucha contra la covid-19**

Dr. Jorge Lossio Chávez

*Historiador. Profesor del departamento de Humanidades de la PUCP y director del Instituto Riva Agüero*

6:20-6:50 p. m. **La protección social en tiempos de la pandemia**

Mg. Alexandra Ames Brachowic.

*Politóloga, profesora de la Universidad del Pacífico, jefa del Observatorio de Políticas Públicas de la UP*

6.50-7.20 p. m. **La economía peruana en el contexto de la pandemia de la covid-19**

Mg. Pedro Franke Ballvé

*Economista, profesor de la PUCP. Exministro de Economía*

7:20-7:50 p. m. **La educación en tiempos de pandemia, alertas para un cambio**

Dr. Ricardo Cuenca Pareja

*Psicólogo social, profesor de la UNMSM, exministro de Educación, investigador principal del IEP*

## Comentarios

Eugenio Villar Montesinos

*Médico. Profesor extraordinario de la UPCH. Exfuncionario de la Organización Mundial de la Salud.*

## Clausura

Dr. Raúl Urquiza Aréstegui

# Contenido

<b>1. Medio ambiente, cambio climático y la pandemia de la covid-19</b>	
Dr. Carlos Eduardo Siqueira .....	13
<b>PRIMERA MESA TEMÁTICA</b>	
<b>Impacto de la pandemia en la salud y la atención de la salud de la sociedad peruana.....</b>	<b>23</b>
<b>2. Reflexiones desde la salud sobre la pandemia de la covid-19</b>	
<i>Dr. Luis Cordero-Muñoz</i> .....	23
<b>3. Respuesta del sistema de salud frente a la pandemia de la covid-19</b>	
<i>Dr. Augusto Tarazona-Fernández</i> .....	33
<b>4. Covid-19 en Perú, una pandemia sin médicos de cabecera</b>	
<i>Dra. Milagritos Fernández-Larrauri</i> .....	49
<b>5. Comentarios</b>	
<i>Dr. Julio Castro-Gómez</i> .....	59
<b>SEGUNDA MESA TEMÁTICA</b>	
<b>Impacto de la pandemia en las condiciones de vida de la sociedad peruana.....</b>	<b>65</b>
<b>6. Lecciones no aprendidas de la historia de la lucha contra la covid-19</b>	
<i>Dr. Jorge Lossio-Chávez</i> .....	65
<b>7. La protección social en tiempos de la pandemia</b>	
<i>Mg. Alexandra Ames-Brachowicz</i> .....	71
<b>8. La economía peruana en el contexto de la pandemia de la covid-19</b>	
<i>Mg. Pedro Franke Ballvé</i> .....	79
<b>9. La educación en tiempos de pandemia, alertas para un cambio</b>	
<i>Dr. Ricardo Cuenca-Pareja</i> .....	85
<b>10. Comentarios</b>	
<i>Eugenio Villar-Montesinos</i> .....	93
<b>11. A manera de colofón</b>	
Comité Técnico del Observatorio de Medicina, Salud y Sociedad del CMP .....	99



# Medio ambiente, cambio climático y la pandemia de la covid-19

1

**Dr. Carlos Eduardo Siqueira**

Empiezo con una provocación de una epidemióloga especialista en cambio climático, de EE. UU., que dijo: “señores epidemiólogos, sentimos por ustedes con amor”, porque ellos hace mucho tiempo están tratando de comunicar la gravedad sobre el significado que tiene el cambio climático. Ahora con la pandemia de la covid-19 se solidarizó con nosotros porque tuvimos el mismo problema de cómo comunicar, de cómo poner en tela de juicio para la gente la gravedad de lo que representa la covid-19 y ella concluye diciendo “bueno la covid-19 es muy mala, pero nos puede enseñar cómo evitar las peores consecuencias del cambio climático”. La gravedad de esta pandemia puede permitir que uno se dé cuenta de la gravedad del cambio climático, según la profesora de Massachusetts. Cuadro 1.1.

La profesora empezó hablando del tiempo geológico, que, para nosotros, los médicos particularmente, no es muy común tratar de cuestiones de salud en esta escala de tiempo. Lo que muestra la diapositiva, que a continuación se presenta, es que en la Tierra, desde el punto de vista geológico, hemos tenido eras, períodos, épocas y edades, y según la versión más actual de la discusión que están trabajando los geólogos estamos en la época del Holoceno que empezó cerca de 11 700 años atrás y, por lo tanto, esta clasificación de eras es muy importante, porque define la evolución del planeta, de acuerdo con cambios profundos que aparecen en el ambiente y el clima. Es una visión bien grande, larga de como evolucionaron los diferentes períodos del planeta. Figura 1.1.

En este contexto evolutivo, hace algunos años los geólogos definieron una nueva época, la que ha sido denominada como el Antropoceno, la nueva etapa, la que todavía no es oficial. En el tiempo geológico, esta época trata de describir el período más reciente de la historia humana, caracterizada por el impacto que nosotros los seres humanos estamos teniendo sobre el planeta. El impacto sobre los ecosistemas está generando una nueva época geológica. Esta empezó hacia el año 1950, después de la Segunda Guerra Mundial y tiene que ver con el consumo y la expansión de las industrias basadas en energía en base de fósiles, como el petróleo, el gas. Esta nueva época representa un cambio profundo en el planeta.

Si estamos en la época del Antropoceno, entonces lo que hay que hablar en el siglo XXI es de la salud del planeta, lo que algunos lo llaman “la salud única a nivel planetario”, ya que no hay como separar la salud humana del ambiente natural que nos rodea, de la relación con los animales, o las plantas y los bosques. Esta es la única forma de alcanzar el nivel más alto de salud. Para alcanzar

La covid-19 agobia, pero podría enseñarnos cómo evitar las peores consecuencias del cambio climático

*Isabel Sawin. profesor del MIT*

Eon	Era	Período	Época
Fanerozoico	Cenozoico	Cuaternario	Holoceno Pleistoceno
		Terciario	Neolítico Paleolítico
Proterozoico	Mesozoico	Cretácico Jurásico Triásico	
	Paleozoico	Pérmico Carbonífero Devónico Silúrico Ordovícico Cámbrico	
Arcaico			
Hadeico			

Figura 1.1. Eones, eras, períodos, épocas y edades. Ahora estamos en la época del Holoceno, que comenzó hace 11 700 años.

el mayor bienestar, debe de cuidarse de todo el mundo, en especial brindar atención a los sistemas humanos, incluidos los sistemas políticos, económico y sociales, ya que esto va a modelar el futuro de la humanidad y con esto los sistemas naturales de la tierra. Esto significa que no podemos pensar solo en la salud del ser humano, al margen del equilibrio ecológico del planeta en donde vivimos, nuestra casa, la madre tierra.

Esta no es una concepción nueva. Los indígenas ya la adoptaron hace muchos años en su convivencia equilibrada con la naturaleza. Esta concepción que estos pueblos han desarrollado desde hace muchos siglos, recién hoy queda clara para la sociedad occidental. Es esta la razón por la que tenemos que hablar de la necesidad de una salud a nivel planetario.

En esta etapa del Antropoceno, los temas prioritarios tienen que ver con los cambios generados por las actividades humanas, particularmente las actividades industriales y como consecuencia de esto la contaminación del ambiente natural, lo que genera la necesidad de entender la salud en relación con los sistemas naturales de la tierra. Por lo tanto, ya no podemos pensar solo en las cuestiones políticas, económicas, sociales, sino que también tener presente nuestra convivencia con el sistema de la tierra, de forma natural; o sea somos uno, la salud de todo el planeta, y particularmente de los sistemas de los cuales nosotros dependemos, el agua, el aire, el suelo. Esto es fundamental para comprender la salud de la civilización humana.

La Figura 1.2 muestra como el cambio climático impacta diversos efectos en la salud. Las principales manifestaciones del cambio climático son el cambio de temperatura, los eventos climáticos extremos,

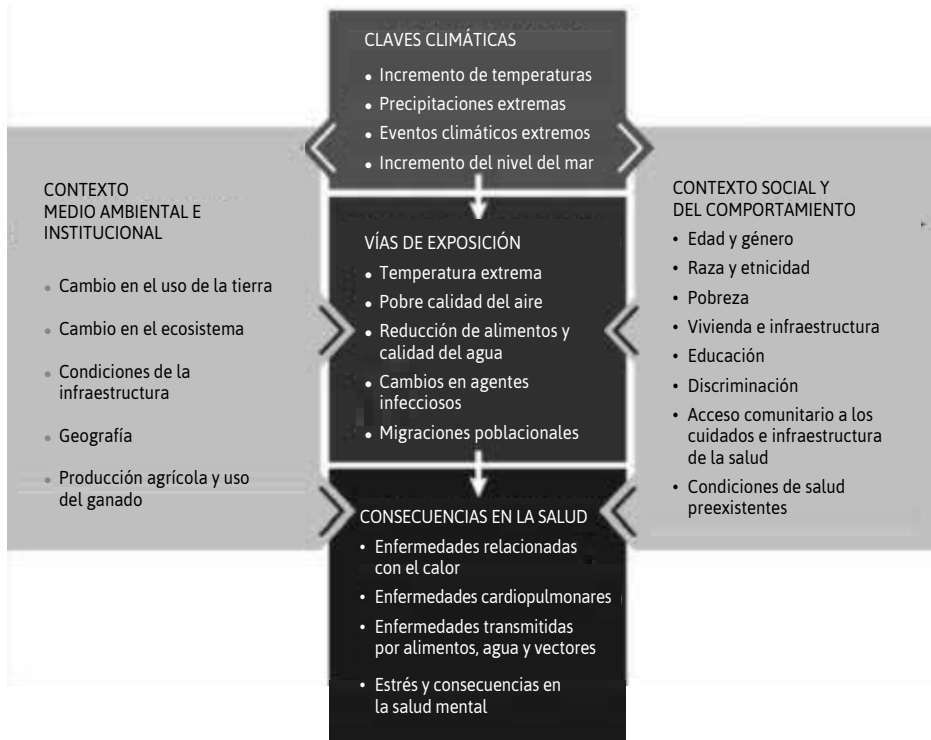


Figura 1.2. Cambio climático y su impacto sobre la salud.

como son las tormentas y huracanes, el aumento del nivel del océano, asimismo, el gran incremento del óxido de carbono en la atmósfera y los efectos de esas exposiciones en la salud. El cambio climático genera rutas de exposición que tienen que ver con temperaturas altas, con mala calidad del aire, empobrecimiento de los suelos, reducción de la producción de alimentos, calidad del agua, aparición de nuevos agentes infecciosos, desplazamientos y migraciones crecientes de la población. Como consecuencia de esto, se han incrementado la incidencia de las enfermedades relacionadas con temperaturas extremas, como son las enfermedades cardiopulmonares y las enfermedades que tienen que ver con transmisión de agentes infecciosos a través de agua y alimentos contaminados. Todo esto condiciona el incremento del estrés en las personas, y como consecuencia de esto la afectación de la salud mental.

Estos cambios están condicionados por lo que se conoce como *climate drivers* en inglés, lo que genera rutas de exposición y efectos en la salud. Por un lado, el contexto social, lo que tiene que ver con edad, con el género, con raza, con la pobreza, con la infraestructura de vivienda, la educación, la discriminación. Por otro lado, el contexto institucional y ambiental. Más adelante me refiero con más detalle a lo que es el cambio de uso de la tierra, del suelo, también cambios en el ecosistema, con el estado de la infraestructura, la producción agrícola y del ganado, utilización de animales para alimentación (granjas) y cuestiones como las condiciones geográficas.





Figura 1.3. Impacto de los cambios climáticos en la salud humana. Fuente: diapositiva cortesía del Dr. George Luber. CDC.

En la Figura 1.3, se muestra otra manera de expresar el impacto de cambios climáticos en la salud humana. En ella se evidencia al centro los principales cambios climáticos: El incremento de la temperatura, eventos extremos (huracanes, tormentas, etc.), el incremento del nivel de los océanos y el incremento de la del dióxido de carbono simbolizado en el cómo los cuatro principales *climate drivers*. La Figura 1.3 muestra las consecuencias sobre la salud que cada uno de esos factores pueden generar, como el incremento de la incidencia del asma o enfermedades cardiovasculares por la cuestión de contaminación del aire. Lesiones, muertes, producto de los eventos extremos, el impacto de salud mental que tiene que ver con cambios climáticos severos, como el aumento de las temperaturas, lo que puede conllevar a problemas como la insuficiencia cardíaca o enfermedades relacionadas con el calor.

Esto afecta particularmente a los trabajadores agrícolas y a los trabajadores que laboran al aire libre, debido a que estas modalidades de trabajo no se han adaptado para el cambio de la temperatura. El frío extremo y la degradación ambiental están generando migración forzada, conflictos civiles, incluso guerras, que enfrentan algunos países y, también, impactan en la salud mental. Como consecuencia del inadecuado suplemento de agua y de alimentos, tenemos la malnutrición y enfermedades diarreicas.

En específico, el impacto de la calidad del agua condiciona las enfermedades infecciosas como el cólera, la esquistosomiasis, la criptosporidiosis y la giardiasis, así como la proliferación de algas peligrosas. Se evidencia también el incremento de alérgenos que conllevan al incremento de eventos respiratorios, como alergias y el asma. Este incremento de los alérgenos está asociado al hecho de que las estaciones del año cambian y con eso la exposición a los alérgenos que producen los árboles ha incrementado su tiempo de duración.

En el contexto antes mencionado, en el caso de la actual pandemia de la covid-19, el factor medio ambiental que más relación tendría con ella es la deforestación de los bosques que se está teniendo en todo el mundo. Por ejemplo, Brasil es el país donde se produjo la mayor deforestación entre los años 2010 y 2014.

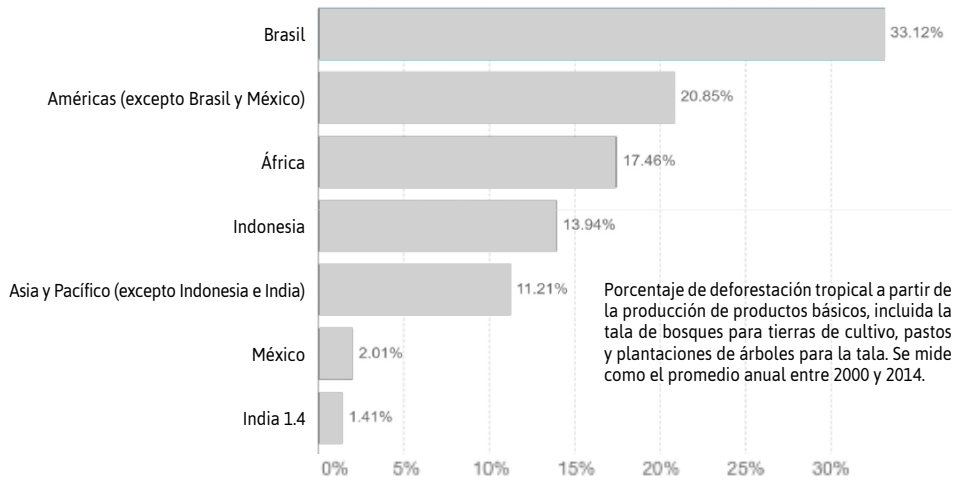


Figura 1.4. Porcentaje de deforestación tropical. Fuente: Pendrill et al. (2019). Agricultural and forestry trade drives large share of tropical deforestation emissions. OurWorldInData.org/forests-and-deforestation.

Como todos sabemos, la amazonia es el principal bosque del mundo y contribuye de manera decisiva al equilibrio ecológico. Particularmente, esto está ocurriendo en las amazonias colombiana, peruana y boliviana. Es notorio que esto es un problema muy serio y grave, que se está produciendo por el incremento de la ganadería, el aumento de explotación de suelo. La deforestación lleva a un contacto mucho más íntimo entre seres humanos y animales con los cuales el hombre regularmente no tiene contacto. La deforestación es una de las principales causas que contribuyen a expandir las consecuencias negativas del cambio climático, en la medida que es un fenómeno que viene ocurriendo a nivel mundial, particularmente en los países donde todavía hay bosques tropicales muy grandes, como es el caso de Indonesia. Figura 1.4.

En el caso de la pandemia de la covid-19, la Figura 1.5 muestra como los murciélagos se han identificado como el principal hospedero SARS-CoV- 2. Probablemente, haya tenido algunos intermediarios hasta llegar a la población humana. Existirían diversas formas de cómo se estaría dando la infección entre animales y seres humanos. Es posible que esto ocurra especialmente en las granjas en donde se crían diversos tipos de animales También podría darse en los zoológicos. Algunos estudios ya están mostrando a nivel experimental que sí es posible contaminación desde seres humanos hacia animales domésticos.

No se tiene la evidencia de que la infección esté ocurriendo desde los animales domésticos hacia los seres humanos. Se tiene evidencia de transmisión en animales que se crían en granjas pequeñas, en los que los huéspedes son incompatibles. Pero en otros casos como el de los delfines, que se están criando con fines comerciales, si es posible que se haya infección entre esos animales en los zoológicos.

A nivel natural parece ser incompatible esta transmisión, pero todavía no tenemos seguridad plena. Sin embargo, es posible que esto si podría ocurrir, inclusive entre animales domésticos. Por esta razón, estos estudios siguen tratando de definir como podría continuar la infección de SARS-CoV- 2 entre animales, de animales hacia los humanos, y en particular de seres humanos hacia los animales. Todavía hay mucha investigación, pero ya existen algunas evidencias de que muchos animales tienen posibilidades de ser huéspedes y transmitir el virus a los seres humanos

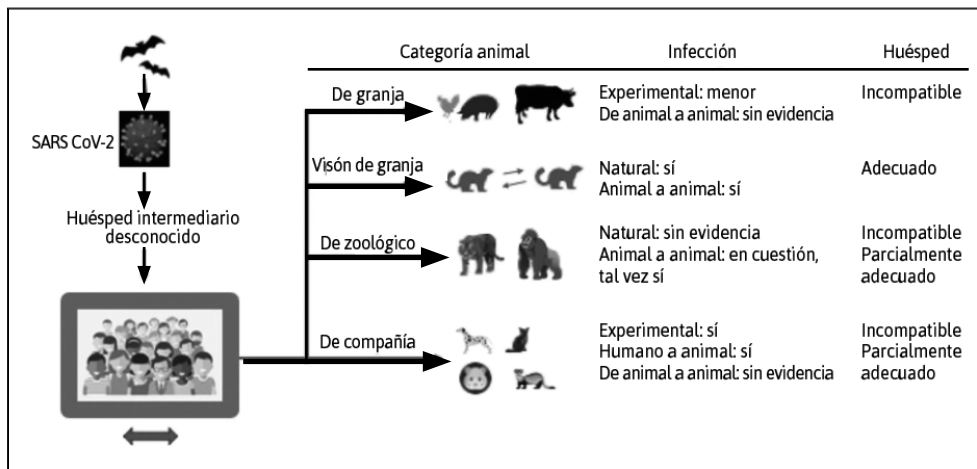


Figura 1.5. Rol de los animales de granja, de zoológico y de compañía como huéspedes putativos de infección o rutas de transmisión con SARS-CoV-1 y SARS-CoV-2. En particular, los mustélidos y los visones de granja son ejemplos especiales. Fuente: Valencak TG, et al. Animal reservoirs of SARS-CoV-2: calculable covid-19 risk for older adults from animal to human transmission. GeroScience. 2021;43:2305-2320.

En el caso concreto de la covid-19, el epicentro fue el mercado de la provincia de Wuhan, China. En este tipo de mercado se comercializan diversos tipos de animales, entre otros frutos de mar y de animales vivos, como son los pangolines, perros mapache, entre otros muchos animales que hace parte de la alimentación humana de esta región.

Como es sabido, se investigaron esos animales y se ha encontrado coronavirus en murciélagos que allí se comercializan. Esto ya no es novedoso. Ya hace tiempo que se sabe de esto, pero no se han identificado los animales intermediarios de la transmisión entre el murciélago y los seres humanos, los que se convierten en reservorios. Se sabe que hay muchos de ellos, pero no se han identificado en América del Sur. El pangolín es un animal muy valorado en China y también en el mercado se comercializaba los perros mapaches, los que han sido identificados como reservorios conocidos. También se han identificado las civetas, animal que no es conocido en esta parte del mundo como reservorios del virus. Por lo tanto, estamos investigando como se produce el hecho de que el virus cambia de animales o reservorios animales para transmitirse en seres humanos.

### ¿Por qué se produce el desbordamiento entre animales y humanos?

“A medida que las áreas boscosas se dividen y se transforman en ciudades pequeñas y grandes, áreas industriales o grandes plantaciones, las interacciones entre animales y humanos pasan por cambios fundamentales. El contacto ocasional entre la población humana y los animales que albergan enfermedades se vuelve más frecuente debido a la cascada social, económica, y los cambios ecológicos que ocurren en la frontera forestal”.

Cuadro 1.2. Desbordamiento entre animales y humanos. Fuente: Liebman. Pandemic Research for the people.

Los grupos que están investigando la pandemia explicaron muy bien lo que está sucediendo con los bosques debido a la deforestación. Estamos transformando los bosques en ciudades pequeñas y grandes, en áreas industriales o grandes haciendas y plantaciones. Como consecuencia de esto las interacciones entre los animales o seres humanos sufren cambios fundamentales. Lamentablemente, lo que antes era eventual ahora pasa a ser muy común. Cuadro 1.2.

Estos intensos cambios en los aspectos social y económicos están ocurriendo, de manera particular en la frontera agrícola. Con la deforestación estamos creando nuevas conexiones entre seres humanos y animales, en particular nos estamos poniendo en contacto con virus salvajes. Estos virus que circulaban solo a nivel zoonótico pasan a ser parte de poblaciones humanas.

Como puede verse en la Figura 1.6, un estudio confeccionó un mapa de cuáles son los lugares del mundo y cuáles son las relaciones entre el uso de la tierra y los huéspedes zoonóticos. El mapa muestra que los principales focos de interacción están marcados con un punto negro. En negro se identifica lo que son los mamíferos. Pero las aves son las que tendrían mayor importancia en estas interrelaciones. El estudio fue hecho en todo el mundo, lo que demuestra que tenemos muy grandes áreas en todo el mundo donde se puede abrir la transmisión de zoonosis hacia los seres humanos. En la región, donde tenemos la amazonia en nuestros territorios, en el futuro se puede convertir en foco de transmisión de muchos de esos virus salvajes.

He tenido experiencia en mi trayecto personal de hacer investigación en la amazonia y tengo claro que hay muchísimos virus salvajes que circulan en animales salvajes y no los conocemos. Producto de esto es muy fácil la transmisión, como ya sucedió con el zika o con el virus del sida, cuando esos virus salvajes sufren mutaciones y pasan a infectar a seres humanos. Por lo tanto, la posibilidad de que tengamos otras pandemias es muy concreta. Cuanto más nosotros destruyamos el medio ambiente y en particular los bosques, más fácil será que en el futuro tengamos otras pandemias y problemas muy graves de salud en todo el planeta.

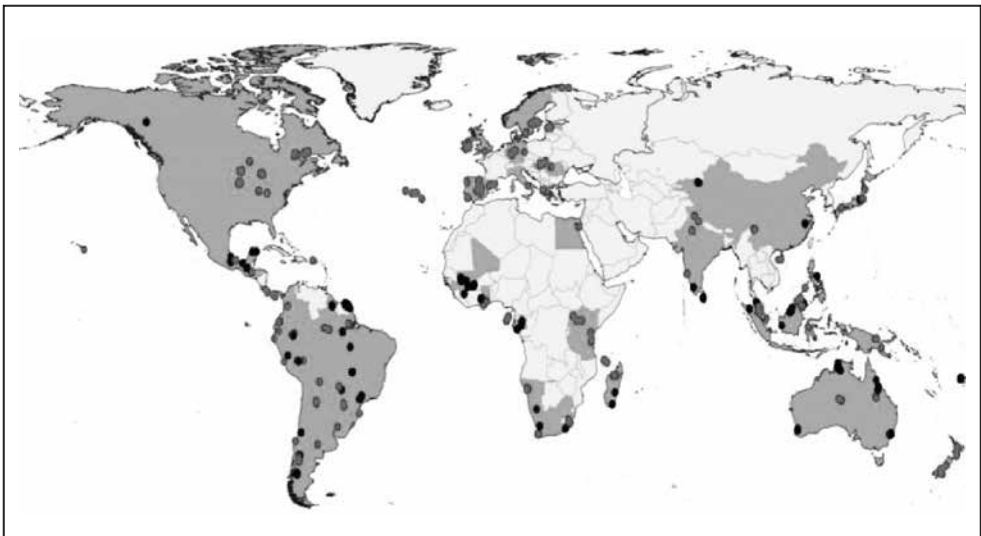


Figura 1.6. Relaciones entre el uso de la tierra y los huéspedes zoonóticos.

Pandemia	% de la población	Muertes	Población est.	Año
Peste negra	51.0%	200M	0.39B	1 300
Plaga de Justiniano	19.1%	40M	0.21B	500
Viruela	12.1%	56M	0.46B	1 500
Plaga de Antonino	2.6%	5M	0.20B	200
Gripe española	2.5%	45M	1.82B	1919
Tercera plaga	1.0%	12M	1.26B	1850
VIH/sida	0.7%	30M	4.46B	1981
Covid-19	0.08%	6.5M	7.97B	al 13-9-2022

Figura 1.7. Número de muertes como porcentaje de la población.

La pandemia de la covid-19 no es la pandemia más grave que la humanidad ha tenido. La pandemia más grave que ha sufrido la humanidad fue la llamada “peste negra” ocurrida hacia el año 1200 de la era actual, en la que se estima se produjeron 200 millones de defunciones, de un población mundial estimada en 400 millones de personas (50 % de letalidad)

Otras pandemias de gran magnitud fueron la de la viruela, de la gripe española y, más recientemente, del sida. Como puede observarse, estas pandemias hacen parte de nuestra vida, de nuestra condición de seres humanos que habitan en el planeta. Sin embargo, consideramos que en los últimos años estamos observando un incremento de la frecuencia con que se producen. Por otro lado, la reducción de las coberturas de vacunación puede condicionar que otras enfermedades puedan incrementarse, como es el caso de la poliomielitis, el sarampión, y muchas otras que pueden reemerger.

Lo que muestra la Figura 1.7 es el nivel de muertes como porcentaje de la población. La covid-19 no es tan grave. Hasta este momento la letalidad de la covid-19 solo representa el 0,08 %, pero eso no significa que no podamos tener otras pandemias mucho más graves en términos de letalidad. Estimamos que la gravedad puede ser mayor si las pandemias son originadas por transmisión a través de aves, lo que representaría un problema serio. Debemos de prepararnos para una posibilidad de que podamos enfrentar una gripe aviar; virus que tiene como reservorio los pollos y gallinas.

Para concluir, me gustaría plantearles que los colegas médicos asuman en su quehacer profesional esta visión planetaria del cuidado de la salud. Se trata de establecer el nuevo compromiso de los médicos en el contexto del Antropoceno, basados en los principios de la ética, que no es otra cosa que dedicar la vida al servicio da humanidad y la protección de los sistemas naturales de los cuales depende la salud de los pueblos, las comunidades y del planeta.

Mi principal consideración sería que nosotros, profesionales de la salud tenemos que mantener el respeto máximo por la vida humana, como también hacia la diversidad de la vida en la tierra, que me parece no era explícita cuando me gradué de medicina a fines de la década de 1970, pues todavía no quedaba claro la importancia de nuestra relación con los animales, con el ambiente natural, y la importancia que esto tenía para nosotros como defensores de la vida.

Aquí, en los siguientes enunciados se expresa el compromiso que los profesionales de la salud deberíamos asumir en la época del Antropoceno:

- Prometo solemnemente dedicar mi vida al servicio de la humanidad y a la protección de los sistemas naturales de los que depende la salud humana.
- La salud de las personas, las comunidades y el planeta será mi primera consideración y mantendré el máximo respeto por la vida humana, así como reverencia por la diversidad de la vida en la Tierra.
- Ejerceré mi profesión con conciencia y dignidad y de acuerdo con las buenas prácticas; tendré en cuenta los valores y principios de la salud planetaria.
- Para no hacer daño, respetaré la autonomía y la dignidad de todas las personas al adoptar un enfoque para mantener y crear salud que se centre en la prevención del daño a las personas y al planeta.
- Respetaré y honraré la confianza depositada en mí y aprovecharé esta confianza para promover conocimientos, valores y comportamientos que respalden la salud de los seres humanos y del planeta.
- Me esforzaré activamente por comprender el impacto que el sesgo directo, inconsciente y estructural puede tener en mis pacientes, comunidades y el planeta, y por la autoconciencia cultural en mi deber de servir.
- Abogaré por la equidad y la justicia, mediante el abordaje activo de los determinantes ambientales, sociales y estructurales de la salud, mientras protejo los sistemas naturales que sustentan un planeta viable para las generaciones futuras.
- Reconoceré y respetaré las diversas fuentes de conocimiento sobre la salud individual, comunitaria y planetaria, como los sistemas de conocimiento tradicional indígena, al tiempo que desafiaré los intentos de difundir desinformación que puede socavar la salud planetaria.
- Compartiré y ampliaré mis conocimientos en beneficio de la sociedad y el planeta. También promoveré activamente la acción transdisciplinaria e inclusiva para lograr la salud individual, comunitaria y planetaria.
- Atenderé mi propia salud, bienestar y habilidades para brindar atención y servir a la comunidad con los más altos estándares.
- Me esforzaré por ser un modelo a seguir para mis pacientes y la sociedad, mediante la incorporación de los principios de salud planetaria en mi propia vida y el reconocimiento de que esto se requiere para el mantenimiento de la vitalidad de nuestro hogar común.
- No usaré mi conocimiento para violar los derechos humanos y las libertades civiles, incluso bajo amenaza, y reconoceré que el derecho humano a la salud requiere mantener la salud planetaria.
- Hago estas promesas solemnemente, libremente y por mi honor.

Al asumir este compromiso, me comprometo con una visión de salud personal, comunitaria y planetaria que permitirá que la diversidad de la vida en nuestro planeta prospere ahora y en el futuro.

Finalmente, los principales cambios que debemos introducir en el siglo XXI, pueden resumirse en lo siguiente:

- Cambiar la medicina local por una salud planetaria.
- La biomedicina por medicina social.
- La medicina “aguas abajo” (efectos finales) por la de “aguas arriba” (causas básicas).
- La medicina clínica (individual) por la salud pública (basada en la población).
- Lo individual por los determinantes sociales de la salud.
- La medicina disciplinaria debe ser cambiada por la medicina transdisciplinaria.
- La medicina basada en el médico por la basada en el equipo multidisciplinario.
- La atención primaria debe reemplazar a la medicina especializada.
- La salud pública en reemplazo de la salud privada.
- La salud como derecho frente a la salud como mercancía.

# Reflexiones desde la salud sobre la pandemia de la covid-19 en Perú

2

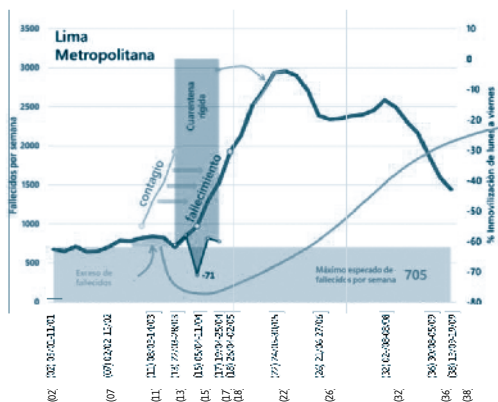
**Dr. Luis Cordero-Muñoz**

En esta presentación abordaremos cinco puntos. Iniciaremos la presentación, con una primera pregunta que muchas veces nos hicimos en pleno inicio de la pandemia, ¿en qué momento llegó la covid-19 al Perú? Luego haremos algunas reflexiones sobre las medidas de restricción de la movilidad de las personas. Posteriormente, hablaremos sobre la epidemia y su relación con la pobreza urbana. A continuación, sobre el valor de los estudios de seroprevalencia y el rol que tuvieron y, finalmente, el inicio de la estrategia de vacunación y los ajustes durante el proceso de implementación.

En la Figura 2.1 se observa la tendencia de los casos en Lima Metropolitana, lo que se puede observar es una línea gruesa y oscura que indica los fallecimientos semanales que ocurrieron durante la primera ola. En la Figura 2.1 también se observa la franja del periodo de cuarentena rígida, con el que se inició al periodo de la cuarentena. Allí se puede observar el momento en que se alcanza la mayor inmovilidad, con un 71 % de la población inmovilizada, lo que representa la magnitud del grado de cuarentena que inicialmente se dio en el país. Esta ha sido considerada como una de las cuarentenas más estrictas en el mundo.

Si se compara con lo que ocurría en los otros países en ese momento, ningún otro país llegó a ese nivel de rigidez en el nivel de inmovilización de la población que se muestra este gráfico. Prácticamente

¿Cuándo llegó la covid-19 al Perú?



Jueves 30 de enero: tres ciudadanos chinos (Wuhan) y una peruana en espera de los resultados de la prueba molecular

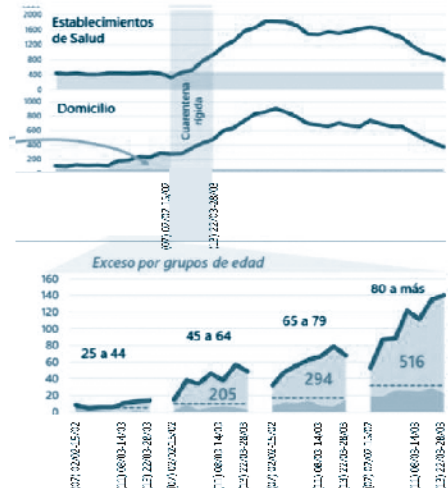


Figura 2.1. Lima Metropolitana: fallecidos por todas las causas. En Sinadef, desde la segunda semana de febrero (09-15) se observa un exceso de fallecidos respecto al máximo esperado (705 a la semana). Este exceso se observa en los fallecimientos ocurridos en domicilio y no en los establecimientos de salud. Si lo desgargamos por grupos de edad, se ve la tendencia creciente (acaso ya revelaba un brote).



nadie salía de su casa. Pero lo que llamó la atención, era que la franja de cuarentena rígida se superponía con la curva de aceleración de los fallecidos. Lo cual ya nos decía que, probablemente, habíamos llegado tarde en el proceso de implementación de la cuarentena.

En la parte superior derecha de la Figura 2.1, se puede observar que ya antes de esta cuarentena rígida, había un exceso de mortalidad a nivel domiciliario, y lo que ocurre es que, probablemente, estábamos siguiendo la epidemia con base en los casos y defunciones que ocurrían en los establecimientos de salud. Como es conocido, la forma tradicional como se vigila la mortalidad y la incidencia de enfermedades es a través del sistema de notificación, que expresa los casos que se registran solo en los establecimientos de salud.

Si se hubiera podido observar las muertes ocurridas en domicilio, se habría identificado que algo anómalo estaba pasando con las muertes antes que se iniciara la cuarentena. Si adicionalmente observamos lo que ocurría en los diferentes grupos de edad, se evidencia que el grupo donde aparece el exceso de muerte antes del inicio de la cuarentena, es decir desde la segunda semana de febrero, es el de los mayores de 65 años de edad, en los que se había duplicado el número de defunciones. Hacia la tercera semana de febrero se había multiplicado por tres la cantidad de muertes en el grupo mayores de 80 años. Es de notar que esto no solo pasaba con los mayores de ochenta años, también pasaba en el grupo de mayores de 40 años.

Para ese momento, ya existía el antecedente de que el jueves 30 de enero, ya habían cuatro ciudadanos, tres de origen chino provenientes de la provincia de Wuhan y una peruana, que estaban hospitalizados en el hospital Dos de Mayo y esperaban los resultados de pruebas moleculares. En estos casos la prueba molecular salió negativa. Hoy se conoce el detalle que, si la prueba sale positiva, se confirma el caso y no hay discusión, pero si la prueba sale negativa, existe la posibilidad que fuera un falso negativo, es decir que fuera un caso positivo.

Lamentablemente, no le dimos mucha atención a este evento. Es entonces muy probable que ya en febrero o inclusive desde enero, teníamos la covid-19 en el Perú, y se desarrollaba con una velocidad inusitada. La lección que queda es que, ante los casos probables desde el mes de enero de 2020, se perdieron algunas semanas muy valiosas para prepararnos y actuar oportuna y eficazmente en respuesta a la pandemia.

Todo esto nos muestra que es urgente transitar de un sistema de notificación pasiva de enfermedades y muertes, a un sistema de vigilancia de salud pública. Y esto significa sofisticar todo el tema de recolección de datos, que no sea solo la notificación de las enfermedades transmisibles, sino transitar hacia una forma más comprensiva de vigilancia de la salud pública.

Para esto, es indispensable involucrar los registros administrativos con los que el país cuenta. Hoy el país cuenta con muchas bases de datos de diferentes sistemas administrativos sectoriales. Esta información sectorial tiene la dificultad de que está limitada en su uso por las instituciones públicas que los gestionan, generalmente bajo la responsabilidad del Minsa y los Gobiernos Regionales. Este sistema no incluye a los subsectores privados, sanidades de las fuerzas armadas y policiales, inclusive al propio EsSalud. Se necesita hacer que esto ocurra, sin embargo, esto puede ser insuficiente si no hacemos captura de datos de otros sectores por fuera del sector salud, por el impacto que tenían sobre el desarrollo de la pandemia y viceversa. Lamentablemente, estos datos, eran muy difícil de obtener.

Uno de los datos críticos era rastrear la movilidad de las personas y para eso era importante tener acceso a la información que se tenía vía el uso de la red móvil de teléfonos. Sin embargo, no era tan fácil hacerlo, pues el país no estaba listo para que esto ocurriera. Si se habría podido utilizar todos

los sistemas de videovigilancia que se tienen en los ámbitos urbanos habría sido de mucha utilidad para rastrear la movilidad de las personas, pero tampoco era fácil organizar esa información para su uso inmediato.

Como es evidente, existe información voluminosa, proveniente de diferentes fuentes y bases de datos, que no se están procesando ni analizando. Es importante que encontremos formas de poder aprovechar esta información. Sin embargo, contar con la información, no es suficiente. Aun con toda esta data, no tenemos las capacidades analíticas instaladas para procesar la información. En función de esto, necesitamos dotar de mayores capacidades al sistema de vigilancia epidemiológica. En la actualidad nos queda más claro el cómo implementar y monitorear las intervenciones que implican las restricciones de la movilidad de las personas. Figura 2.2.

Cuando se tomaron las decisiones iniciales, parecía que tenía sentido tener una cuarentena lo más larga posible. Hoy nos queda claro que tal vez esa no era la mejor decisión, en especial, si uno revisa toda la enorme lista de revisiones sistemáticas a nivel global publicadas en relación al tema.

Debe tenerse en consideración que hay tres elementos que son prioritarios al momento de implementar estas intervenciones basadas en la restricción social de la movilidad.

- La oportunidad y la duración de la medida. En la Figura 2.3, se presenta una de estas revisiones, De acuerdo a esto, si se hubiera tomado las medidas de restricción de la movilidad, con una semana de anticipación, se hubiera podido reducir en un 65 % la incidencia de casos. Si dicha decisión se hubiera tomado con dos semanas de anticipación, la incidencia de casos se hubiera podido reducir en un 86 %. Con tres semanas, la reducción hubiera sido de un 95 %.

Cualquiera que hubiera sido el momento de hacerlo, no fue correcto iniciar la cuarentena con la intensidad con la que fue tomada. En la forma como se realizó la intervención, todo parece dar la impresión de que el país hubiera hecho un disparo a “ojo cerrado” y que no fue preciso. Es muy importante tener en consideración el contexto social de la población sobre la que se van a tomar estas medidas.

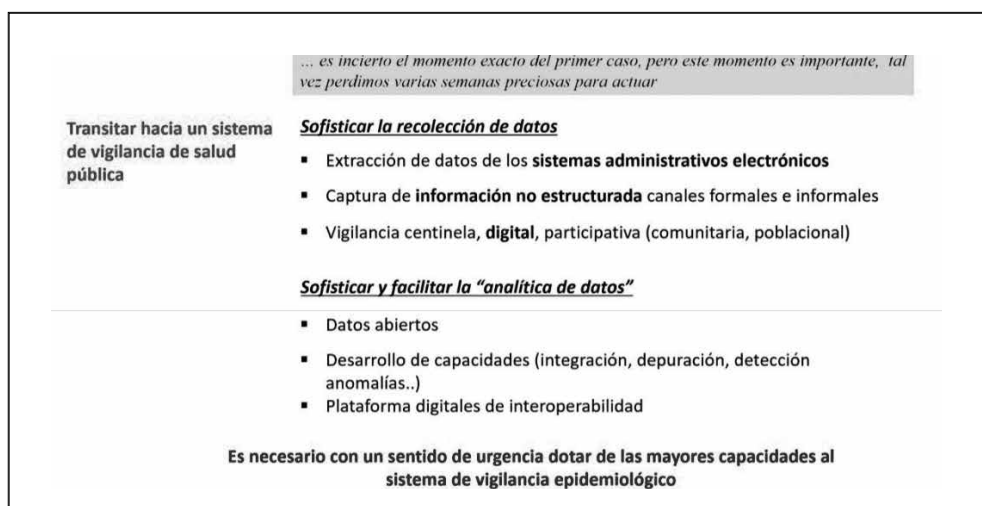


Figura 2.2. El sistema de vigilancia epidemiológica.

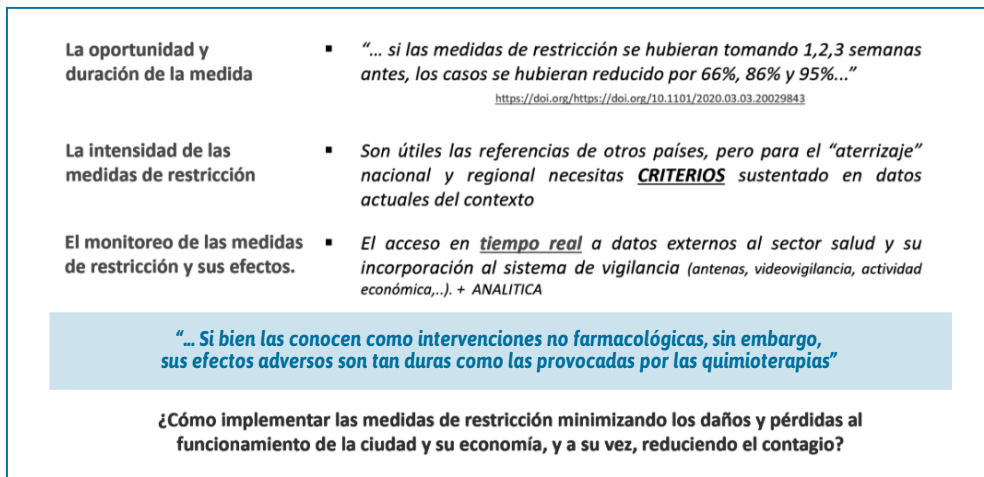


Figura 2.3. Implementación de las intervenciones para prevenir la transmisión (restricciones de movilidad).

- La intensidad de las medidas de restricción. Se debe tener en consideración la diversidad de escenarios. Un escenario es Lima Metropolitana, otro muy diferente es Loreto y otro es, seguramente, cada una de las otras metrópolis del país. En ese sentido, debe tenerse en consideración que Lima Metropolitana representa un escenario particularmente complejo. La implementación de estas medidas de restricción de la movilidad social no necesariamente son las mismas, sino que es muy sensible al contexto. Esta es la principal conclusión que documentan todas las revisiones sistemáticas que se han realizado,

En los lugares que estas intervenciones han funcionado es porque se implementaron de manera muy específica (“casi con bisturí”). Cuando es menor, en términos del número de población intervenida y aguda, en términos del tiempo de duración, se obtienen mejores resultados. Cuando se es menos específico en la intervención, como, por ejemplo, en el uso de la quimioterapia en el caso del cáncer, sus efectos son tan duros y tienen efectos tan adversos no controlados como si se utilizara este tipo de terapia. Como consecuencia de esto, no solo se tuvieron efectos negativos, en la parte económica, sino también fue clarísimo los efectos negativos en el impacto sobre la salud física, así como sobre salud mental, La cuarentena tuvo un grave impacto en el funcionamiento de la propia sociedad. Las consecuencias han sido devastadoras, particularmente en el caso de Lima Metropolitana.

- El monitoreo en tiempo real de las medidas de restricción y sus efectos. El monitoreo realizado dos o tres semanas después del evento es muy tardío para hacer estos ajustes. Aquí entonces queda la pregunta hacia adelante. ¿Cómo vamos a implementar este sistema de monitoreo, si habría que volver a tomar estas medidas de restricción social?, de tal manera que podamos minimizar los daños y las pérdidas en el funcionamiento de la ciudad, en la salud de las personas y también obviamente en la economía, y, a la vez, ser efectivos en la reducción de la transmisión de casos. Uno percibe que muchas veces se aplicaron las medidas de restricción y no estaban siendo efectivas en el control de la transmisión de la epidemia, momento que era el apropiado para hacer los ajustes. La conclusión de este proceso es que para hacer esos ajustes necesitamos datos en tiempo real.

Otro tema que ha marcado la pandemia ha sido las grandes brechas existentes en los niveles de incidencia de casos y mortalidad entre diversos estratos sociales que habitan en los medios urbanos, particularmente en Lima Metropolitana. Esto se hizo evidente desde el primer reporte del estudio de seroprevalencia que aparece en el país, hacia julio de 2020. Claramente, el reporte muestra que entre el estrato más bajo y el estrato más alto de Lima Metropolitana, por nivel de urbanidad, eran enormes las magnitudes de las diferencias. Prácticamente, se multiplicaba por tres y, a veces por cuatro, la prevalencia del estrato más bajo respecto del estrato más alto.

La Figura 2.4 corresponde a la segunda ola de la pandemia, donde en el eje de horizontal están las edades por tramos de diez años y en el eje vertical se registra la razón de mortalidad.

En la Figura 2.4A, las líneas representan el nivel de urbanidad: la línea 1 representa la razón de mortalidad en Lima Metropolitana, la gran metrópoli del país; la línea 2, las ciudades intermedias y la línea 3, las metrópolis regionales. Se evidencia la brecha enorme entre Lima Metropolitana y las metrópolis regionales. En Lima, prácticamente, se multiplicó por cinco veces la mortalidad respecto del segundo trimestre de 2020. Esa tremenda brecha es mayor que cualquiera otra observada en las metrópolis regionales, lo cual ya ponía en alerta lo que subyace en el estrato de menores ingresos de Lima Metropolitana. La línea 4 corresponde a la razón de mortalidad en el ámbito rural y la línea 5, a las metrópolis regionales. Se observa que, inclusive, el estrato con mayores ingresos de Lima Metropolitana ha tenido una razón de mortalidad más alta que la registrada en las metrópolis regionales.

La alta vulnerabilidad y la baja resiliencia de las familias frente a situación como las que planteó la pandemia y, probablemente, otras más, se observa en la Figura 2.4B. El estrato de menores ingresos en Lima Metropolitana está representado en la línea 1 y la línea 2 representa al estrato de más altos ingresos de Lima. Existe una enorme brecha, ya que se encuentra multiplicada la razón de mortalidad por siete en la Lima con ingresos más bajos en relación a la de mayores ingresos.

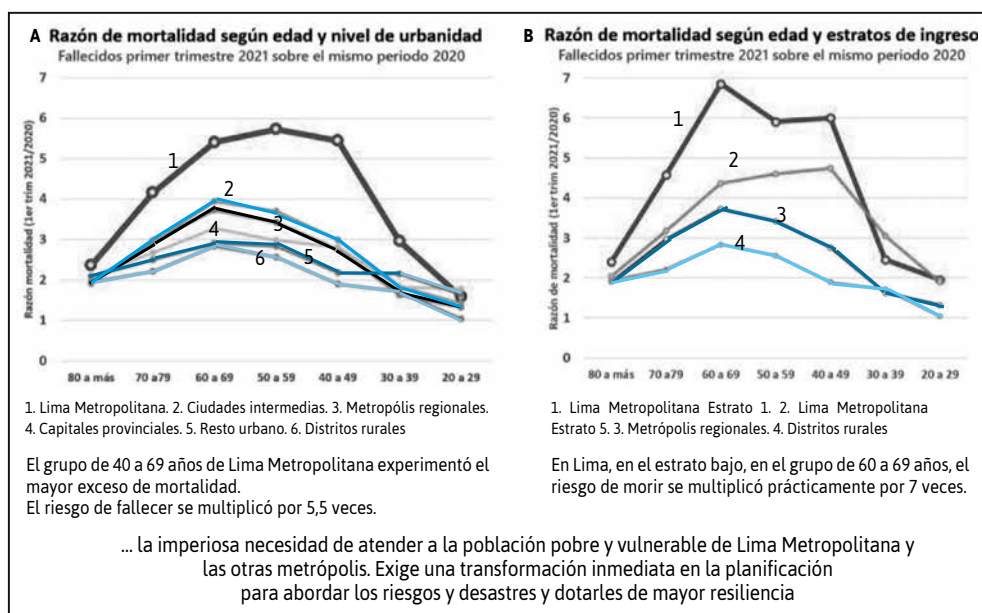


Figura 2.4. A. Epidemia según urbanidad. B. Epidemia según estratos de pobreza.

Es conocido que los factores que contribuyen a la mayor incidencia de casos son el hacinamiento y la informalidad, es decir la forma como la mayoría de la población consigue los recursos para la subsistencia diaria. Esto alcanza su mayor nivel de complejidad en el caso de los estratos con menor nivel de urbanidad y menores ingresos de las grandes metrópolis, en particular en el caso de Lima.

Por otro lado, se ha atribuido que la rápida expansión de la enfermedad en el Perú, se habría debido al uso de las pruebas rápidas serológicas, que miden el nivel de anticuerpos después de una infección viral, en este caso de la covid-19. Tal como se demuestra en los datos de estudios de seroprevalencia que presentó la OMS en el mes de febrero de 2022 (Figura 2.5). El estudio fue realizado con base en el metaanálisis de reportes de 92 países, incluidos más de 54 países con ingresos medianos y bajos. El estudio mostró que hacia abril de 2021, el 22 % de la población evaluada registraba anticuerpos contra la covid-19, con diferencias que variaban del 0,3 % al 57 %.

Si se comparan los datos de seroprevalencia con los casos reportados, habría que multiplicarlo por 34, Es decir, los casos reportados representan la treintava parte de la población infectada por el SARS-CoV-2. Por otro lado, se evidencia otro aspecto clave: la seroprevalencia es el reflejo de la duración de la transmisión de la enfermedad en la comunidad. En consecuencia, tiene sentido hacer estudios de seroprevalencia, bien diseñados y valorar la adecuada aplicación de lo que muestren estos estudios.

Sería poco correcto de mi parte decirles con cuanta rigurosidad, se hicieron estos estudios de seroprevalencias, bien sea como parte de un sistema de vigilancia centinela o bien sea para modular la duración de las cuarentenas, con el objetivo de precisar en qué momento se hace la apertura, o en qué momento se hacen los cierres de las cuarentenas. Esta creo que es una de los enormes temas aún por evaluar: en qué medida nos ayudaron la aplicación de pruebas rápidas serológicas, para tomar estas decisiones y cuan efectivas fueron.

Finalmente, se presenta algunas reflexiones en relación a la estrategia de vacunación, iniciada con limitaciones en febrero de 2020, debido a la restricción en la disponibilidad del número de dosis, pero que posteriormente fue incrementando su cobertura en la medida que el país fue recibiendo un número creciente de dosis. En la gráfica se presenta el estado de las dosis aplicadas, correspondiente

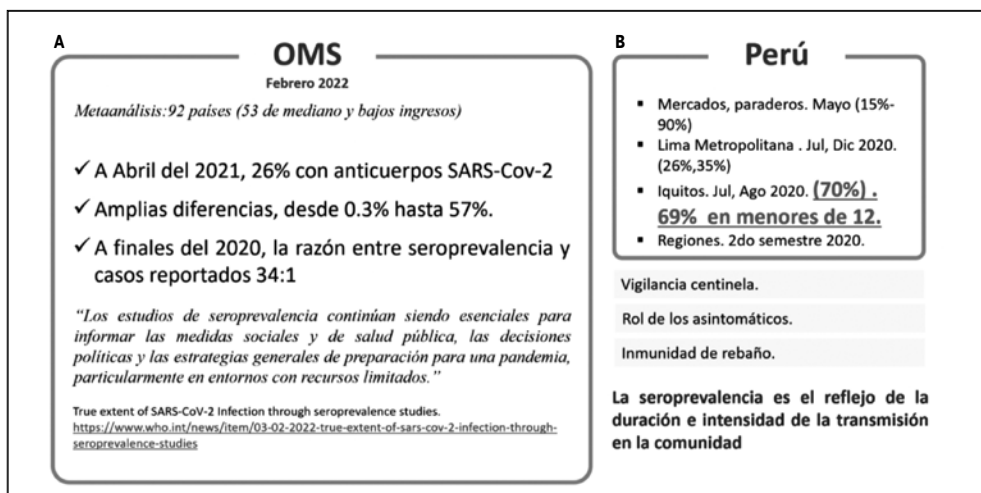


Figura 2. 5. Estudios de seroprevalencia. A. Metaanálisis OMS, 2022. B. Estudios en Perú, 2020.

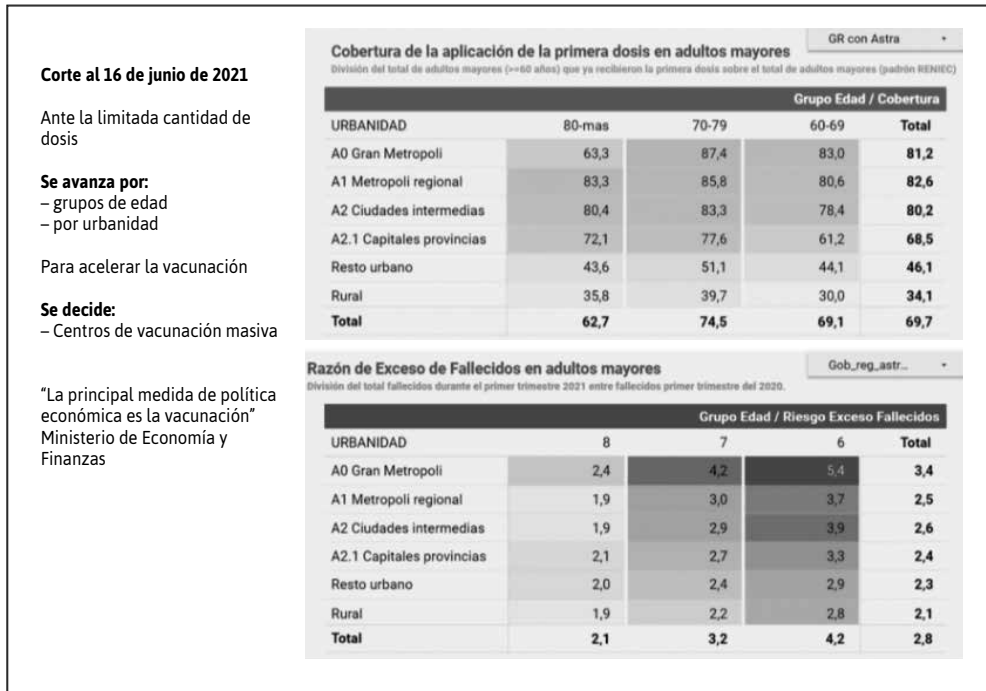


Figura 2.6. La estrategia de vacunación: cobertura vs. mortalidad.

al 16 de junio de 2021 (Figura 2.6). El corte se ha realizado en esta fecha, ya que, de acuerdo al número de vacunas disponibles y su aplicación, refleja el momento en la cual se logra alinear las coberturas de vacunación con el riesgo de mortalidad por grupos etarios.

El mayor riesgo de mortalidad estaba en el grupo de 60 y 69 años de edad, en particular en Lima Metropolitana. En este grupo se observa 5,4 veces más de riesgo de morir (Figura 2.7). Para el 16 de junio, efectivamente había un buen alineamiento entre la cobertura de la vacuna, es decir, el ritmo de la vacunación, con el riesgo de mortalidad. Sin duda, la decisión de implementar la estrategia de vacunación que toma en consideración los grupos de edad, así como la urbanidad, fue correcta y permitió ir reduciendo la mortalidad por la covid-19.

En particular, una excelente estrategia, fue implementar los centros de vacunación masiva, con el compromiso del más alto nivel del gobierno, especialmente del Minsa y el MEF. En ese contexto la vacunación se convirtió en la principal política económica del país, lo que permitió que hubiera unanimidad respecto a que los recursos financieros había que ponerlos sin dudas en la adquisición y aplicación de las vacunas. Producto de esto, se tomaron decisiones como duplicar los turnos de vacunación de las enfermeras, contratar más personal, para posibilitar esta estrategia de vacunación masiva.

Otro tema trascendente es contar con data real. Este tipo de información ayuda día a día a saber cómo vas, lo que ha sido importante para que los ajustes de la estrategia sean oportunos y no tardíos. Sin duda, el seguimiento de la razón de mortalidad por grupos etarios y la decisión de vacunar a los grupos con mayor riesgo, fue el primer ajuste importante, que se hizo usando data confiable en tiempo



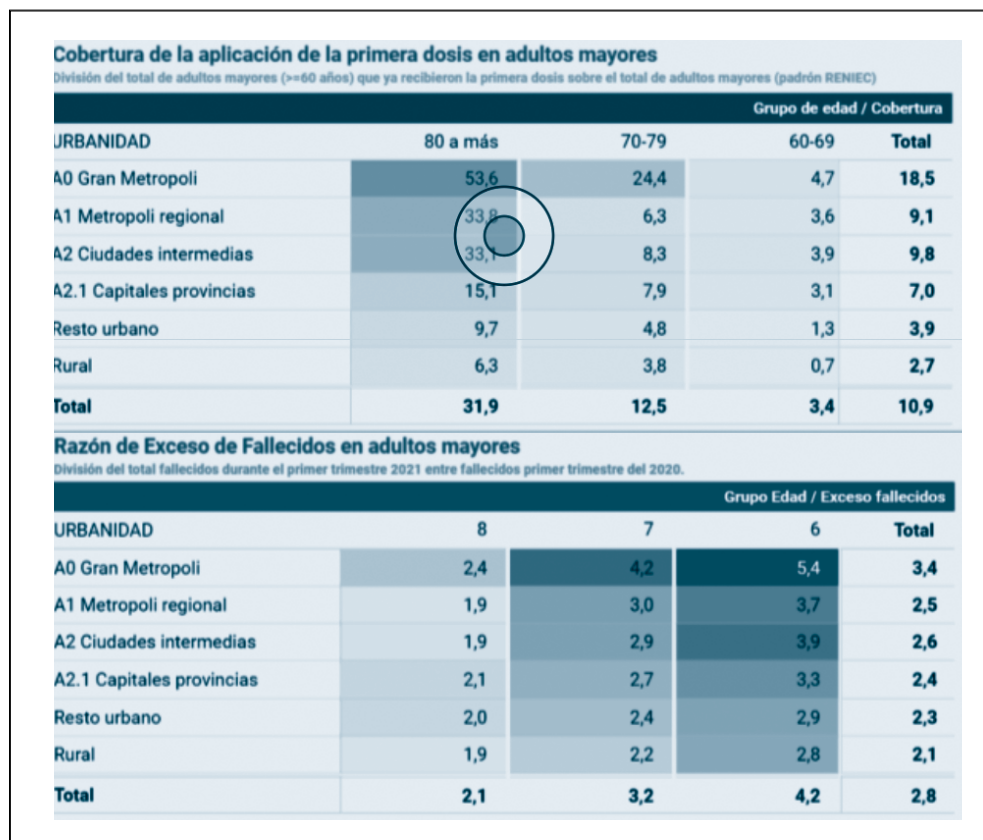


Figura 2.7. La estrategia de vacunación: cobertura vs. mortalidad. Unas semanas antes, la cobertura y la mortalidad aún no mostraban correlación.

real. A esto contribuyó decisivamente contar con el padrón de personas provisto por Reniec, lo que permitió tener el padrón nominal de los fallecidos, así como tener el padrón nominal de las personas vacunadas. En vez del paloteo que se tenía como método histórico, pasar al manejo de padrones nominales, ayudó a hacer este tipo de ajustes, para tomar decisiones oportunas a la par de cómo se van identificando los problemas.

Por otro lado, el contar con el dato en tiempo real permitió tomar la decisión oportuna sobre el inicio de la aplicación de la tercera dosis. Los estudios de cohortes o los estudios de curva de sobrevivencia, se podían hacer prácticamente al ritmo de cómo se iba mirando la evolución del indicador de cobertura de vacunación y cómo se estaban registrando las muertes. Probablemente, desde una perspectiva tradicional este es un estudio que hubiera esperado un año para terminarlo y luego publicarlo, para recién, tardíamente, hacer uso de él.

En la Figura 2.8, la curva 1 corresponde a la sobrevivencia de los mayores de ochenta años que no habían recibido ninguna dosis de vacuna. La curva 2 corresponde a los mayores de ochenta años que habían sido protegidos con tres dosis de la vacuna. Como se evidencia, existe una gran diferencia en los niveles de sobrevivencia entre los vacunados con tres dosis y los no vacunados. Esto mismo se

### La relevancia del dato en tiempo real:

- ✓ Fallecidos (SINADEF)
- ✓ Padrón de personas (RENIEC)
- ✓ Nomina de vacunados (HIS)



#### Oportunidad

*en la decisión*

*"...por primera vez se publicaron bases de datos con ese nivel de granularidad".*

*"...de monitorear indicadores de frecuencia a monitorear riesgos relativos".*

Curvas de sobrevivencia según edad y dosis de vacuna

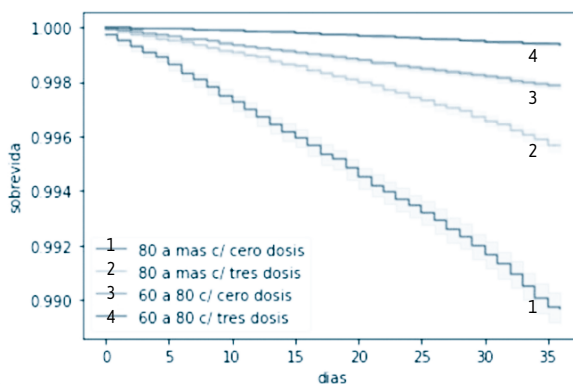


Figura 2.8. La estrategia de vacunación: la oportunidad de la tercera dosis. Población analizada entre el 15 de julio de 2021 y el 18 de enero de 2022.

observa para el grupo de edad de 60 a 80 años. Como consecuencia de esto, podemos reiterar que la lección más importante es la disponibilidad y uso del dato en tiempo real. Usar las bases de datos de manera nominal permite hacer el seguimiento, longitudinal persona a persona, lo que posibilita hacer este tipo de análisis que han sido muy importantes para hacer el ajuste de la estrategia de vacunaciones contra la covid-19.

En conclusión, la primera recomendación es que se necesita transitar desde la vigilancia epidemiológica, con base en la notificación desde los establecimientos de salud, hacia la vigilancia de salud pública. Para esto, es urgente dotar con las mayores capacidades al sistema de vigilancia epidemiológica. Asimismo, es tan importante hacer la vigilancia genómica del virus, como realizar la vigilancia de la movilidad humana, eso es esencial para implementar medidas de restricción, justas en el momento apropiado. Por otro lado, nos queda el tremendo reto, sobre todo en materia de la política social para abordar con prioridad y eficacia, los determinantes que condicionan la vulnerabilidad de las áreas urbanas.

Finalmente, hay que relieves la importancia de tener el dato en tiempo real. Es impostergable seguir avanzando, sobre lo que hoy parece que hacemos algo bastante bien, lo que consiste en intercambiar los datos de los diversos sistemas de información existentes. Antes no los hacíamos, hoy se está intercambiando datos provenientes de diferentes fuentes, pero en un contexto como el de la pandemia, esto parece ser insuficiente. Una cuestión es intercambiar datos y otro tema muy diferente es que los sistemas interoperen. También va a ser importante que tengamos un repositorio de datos abiertos en la cual todos los archivos estén disponibles para que puedan ser analizados de manera independiente, así, se contribuirá a la adecuada y oportuna toma de decisiones.





# Respuesta del sistema de salud frente a la pandemia de la covid-19

3

**Dr. Augusto Tarazona-Fernández**

Abordar la respuesta del sistema de salud peruano frente a la pandemia es un tema que nos permite examinar los criterios con los que los servicios de salud pudieron enfrentar la pandemia. En ese sentido tenemos como punto de partida la evidencia que en nuestro país se ha registrado, una de las tasas de mortalidad más alta del mundo por covid-19. El Perú, con 6 432 fallecidos por millón de habitantes se pone muy por encima de otros países como Brasil, EE. UU., que son los que le siguen en la lista en el *ranking* y muy por encima de otros países vecinos.

A partir de esta idea es que quiero compartir con ustedes algunas reflexiones. Si bien es cierto que la intervención de los servicios de salud del país, han tenido numerosos aciertos que ha permitido salvar muchas vidas, también es importante reflexionar algunos aspectos relacionados con respuestas que quizás no hayan sido las más apropiadas. Este es un buen momento para mirar en retrospectiva lo realizado, porque a partir de allí podemos concluir en algunas ideas de cómo ir mejorando el enfrentamiento frente a amenazas similares la pandemia de la covid-19.

Vamos a hacer una revisión rápida sobre la respuesta que se ha tenido en función a la curva epidémica de la pandemia (Figura 3.1). En epidemiología, se conoce que, frente a una epidemia (en este caso frente a la pandemia), la primera fase de la respuesta corresponde a la preparación, que es cuando no hay todavía casos; en un segundo momento, se desarrolla la contención, cuando se presentan los primeros casos y no queremos que no aparezcan más casos, para evitar la transmisión. La tercera etapa es la mitigación, que ocurre cuando el número de casos ha sobrepasado las capacidades de respuesta y cuando hay que priorizar acciones para salvar vidas más que impedir la transmisión de la enfermedad. Posteriormente aparece la supresión y recuperación. En este contexto, revisaremos cómo respondió el sistema de salud y qué estrategias se han utilizado para poder enfrentar la pandemia.



Figura 3.1. Evolución de la pandemia. Fuentes: 1) OMS. Plan mundial de la OMS de preparación para una pandemia de influenza (Actualización), 2009. 2) PreventEpidemics.org. Manual de estrategias para la covid-19. 07-2020. 3) Eurohealth. Covid-19 HHealth System Response. 09-22.

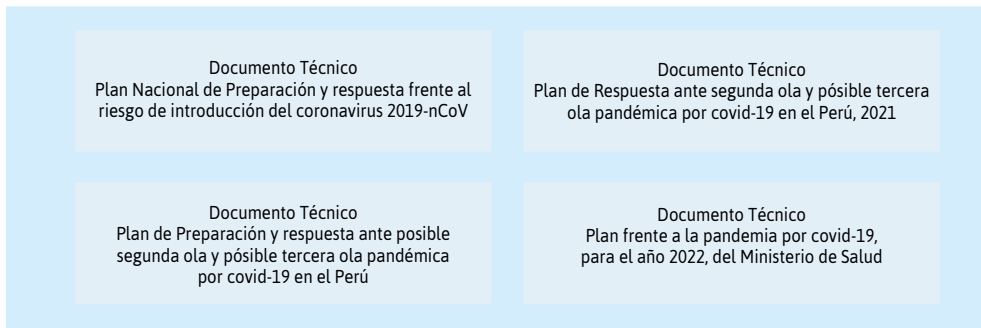


Figura 3.2. Documentos técnicos. Los planes nacionales marcaron las pautas para enfrentar la pandemia. Presupuestos no reflejan las actividades propuestas en cada plan.

### Preparación y dotación de recursos

Durante todo el período de la pandemia hemos tenido cuatro planes nacionales que deberían haber marcado las pautas para enfrentar la pandemia (Figura 3.2). El primer documento se emitió el 31 de enero de 2020, pocas semanas antes que aparezcan los primeros casos. Los siguientes planes de respuesta han sido elaborados según los momentos de evolución de la pandemia. Sin embargo, es importante señalar que en estos planes, se han previsto presupuestos que no han reflejado las actividades propuestas en cada plan. Es decir, se planificaba muchas actividades, pero se asignaba pocos recursos financieros. Claramente ha existido una disociación entre lo planificado y las acciones implementadas. Lamentablemente, hasta el momento, no hemos tenido una evaluación exhaustiva. Se requiere una evaluación profunda de estos planes y de sus resultados, hecho que aún está pendiente.

¿Cómo nos preparamos para recibir la pandemia? Aquí es importante remarcar nuestro primer plan del 31 de enero de 2020. En el se establecen algunas actividades, se asignó un monto de 3 676 000 soles. Si comparamos con otros planes aprobados, como por ejemplo para enfrentar el virus del ébola, que no llegó al país, se asignó 39 millones de soles. Frente a la pandemia de influenza se asignó 103 millones de soles. Es notorio, que empezamos mal, pues la planificación, en términos de acciones propuestas y presupuestos asignados fue absolutamente insuficiente. Figura 3.3.

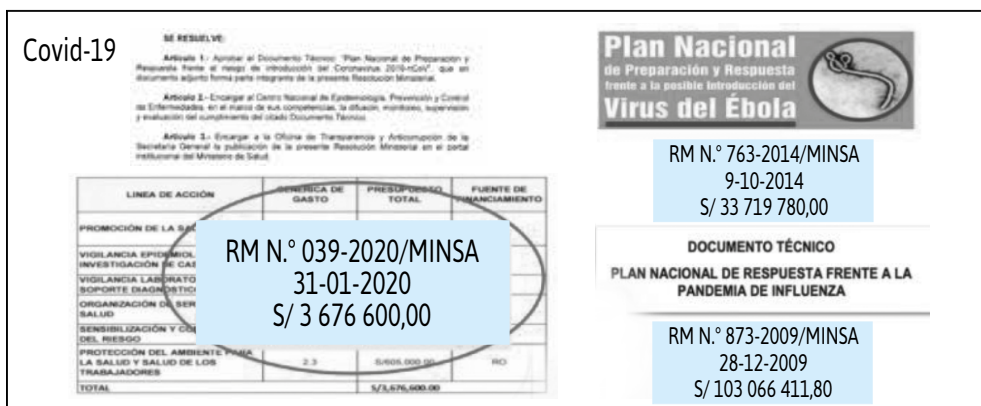


Figura 3.3. Presupuestos asignados para la atención a la pandemia.

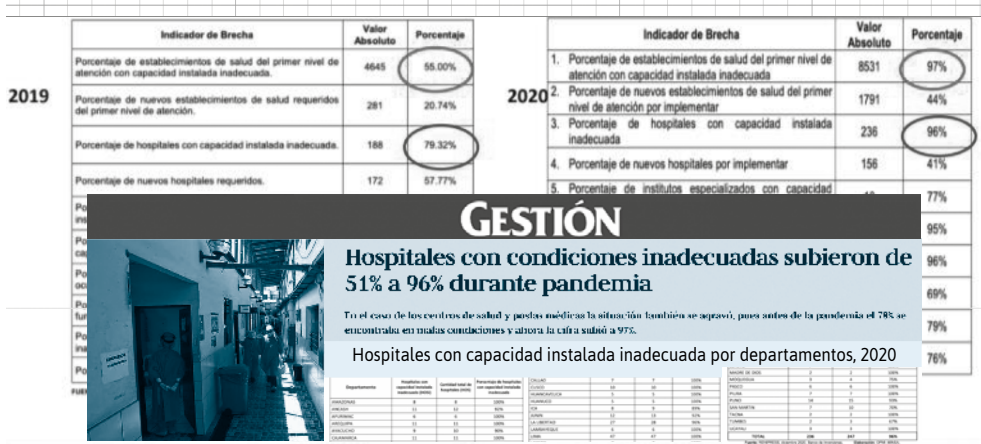


Figura 3.4. Situación de los servicios de salud en la prepandemia (2019) y durante la pandemia (2020).

Otro aspecto deficitario es que antes de la pandemia, según el propio Minsa, ya teníamos un 55 % de establecimientos de salud del primer nivel de atención y un 69 % de hospitales con una infraestructura y equipamiento precario, obsoleto, inoperativo o insuficiente. En el siguiente gráfico se muestran las deficiencias hechas públicas, y la comparación respecto al deterioro durante la pandemia. Figura 3.4.

Con relación al personal de salud, el observatorio de Recursos Humanos del Minsa señalaba que existía una brecha de 73 348 trabajadores, previo al inicio de la pandemia. Con la pandemia sabemos que las necesidades de recursos humanos se incrementaron, lo que amplió la brecha de recursos humanos preexistente. A esto se debe agregar la existencia de inequidad en su distribución. La concentración de profesionales en los quintiles de mayor pobreza es bastante menor que en los quintiles de mayores ingresos. Existen pues, menos médicos, menos enfermeras y menos odontólogos en la población más pobre, lo que sitúa a estos segmentos sociales en una posición de mayor vulnerabilidad. Figura 3.5.

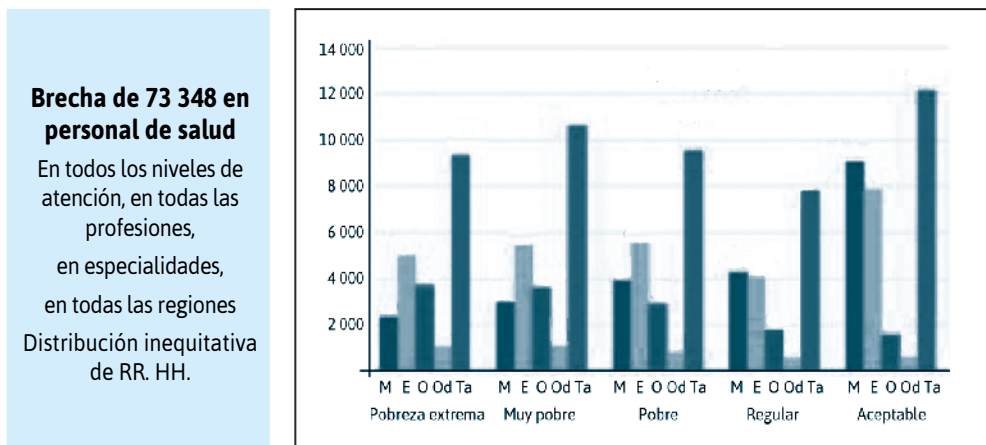


Figura 3.5. Brecha de recursos humanos en los establecimientos de salud. M: médicos; E: enfermeros; O: obstetras; Od: odontólogos TA: técnicos asistenciales. Fuente: Observatorio de Recursos Humanos del Minsa. Diciembre 2019.

## La contención y alerta de choque

El otro aspecto que debemos tener en consideración, es que una vez iniciada la respuesta frente a la pandemia, se tuvo un enfoque eminentemente hospitalario. Se dejó de lado la atención primaria de salud y la participación social. No fueron parte de la preparación ni de la contención. La respuesta a la llegada de la pandemia se concentró en el fortalecimiento de cinco hospitales ubicados en Lima Metropolitana. Recordamos todos que progresivamente se fueron incorporando más hospitales a nivel nacional, pero siempre con el pensamiento en los hospitales.

Como es conocido, los mejores resultados para enfrentar una pandemia, ocurre cuando se aprovechan las experiencias previas y existe una mayor participación de la comunidad. Esto implica un trabajo intenso de la atención primaria de salud, sin embargo no fueron involucrados en la preparación ni en la respuesta inicial frente a la pandemia. En la Figura 3.6 se puede observar una imagen de los módulos que se habilitó en cinco hospitales de Lima Metropolitana (hospitales Sergio Bernales, en Comas; Cayetano Heredia, en San Martín de Porres; Dos de Mayo y Arzobispo Loayza, en Lima Cercado; San José, en Villa el Salvador), los cuales colapsaron en su capacidad en los primeros días de la pandemia en nuestro país.

Luego de aproximadamente tres meses, de iniciada la pandemia, se planteó la “reapertura” del primer nivel de atención. A esto se le denominó “la hora de la atención primaria”. Sin embargo, no se dio los recursos suficientes y, por lo tanto, esta estrategia quedó solo en una intención. Los centros de atención primaria no tenían mejoras en la infraestructura, no existía mayor disponibilidad de personal y los recursos presupuestales que el Estado les había asignado, también fueron extremadamente insuficientes.

El primer nivel de atención no participó ampliamente durante el primer impacto de la pandemia. Es importante aclarar que en realidad no se cerraron los establecimientos del primer nivel de atención,



Figura 3.6. Módulos de emergencia para la atención de la covid-19 implementados en hospitales priorizados de Lima.

sino que simplemente se les abandonaron, ya que no se asignó recursos ni presupuestos, tampoco se hizo adecuación de servicios frente a los nuevos retos que planteaba la respuesta a la pandemia.

Uno de los desafíos de gran trascendencia ha sido la forma como se transmite el virus. La OMS aceptó tardíamente que esta enfermedad se transmite por aerosoles, a pesar que ya se tenía suficiente evidencia en los meses de junio y julio de 2020. Otro aspecto es la transmisión por asintomáticos. Controlar asintomáticos es más difícil, así como también lo es controlar la transmisión de los presintomáticos, es decir, aquellos que van a tener síntomas dentro de uno o dos días.

De otro lado, las escuelas epidemiológicas y de salud pública han establecido diversas estrategias para enfrentar una pandemia. El Perú se abocó a implementar la estrategia de aplanamiento de la curva. El expresidente Vizcarra explicaba cómo iba a aplanar la curva (Figura 3.7). La evidencia muestra que esta estrategia estaba orientada a momentos y períodos cuando queremos retardar la llegada de la pandemia, con el propósito de fortalecer los servicios de salud. Sin embargo, esto tiene como condición el contar previamente con buenos servicios que podemos adecuarlos y prepararlos. Este no era el caso del sistema sanitario del país. Perú no ha tenido ni tiene actualmente servicios de salud óptimos, como para adecuarlos frente a una pandemia.

Otro hecho que marcó las características de la respuesta a la pandemia es que se aplicó estrategias homogéneas en un país muy heterogéneo. Nuestro país es diverso, complejo, con grandes inequidades y desigualdades sociales, económicas y sanitarias. Por lo tanto, aplicar una misma forma de control y de contención a todos los estratos sociales, a todos por igual en la costa, sierra o selva, a las grandes metrópolis o a las pequeñas ciudades, era previsible que se obtendrían resultados no deseados. En un país como el nuestro, se requiere estrategias de contención y control de la pandemia diferenciadas, segmentadas y sostenible por todos. Como sabemos ahora, la sostenibilidad de las estrategias de contención fueron rebasadas por la propia dinámica de la población, que rompió restricciones para salir de sus hogares, para conseguir el sustento diario.

Por otro lado, se implementaron estrategias formales para un país informal. Se sabe que el 70 % de la economía es informal. Pero no solo la economía sino que tenemos informalidad educativa,

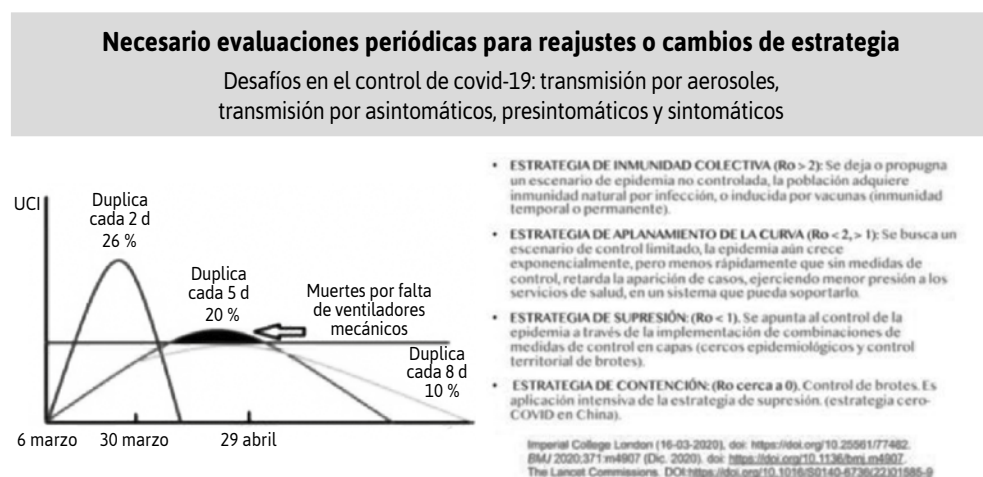


Figura 3.7. Estrategia peruana para enfrentar a la pandemia de covid-19. Fuente: Minsa, Perú.

### **Estrategias homogéneas, para un país heterogéneo**

Perú: país diverso, complejo, heterogéneo, con grandes inequidades y desigualdades sociales, económicas y sanitarias.

Se requiere estrategias de contención y control de pandemia diferenciadas, segmentadas y sostenible por todos

productiva, política, incluso sanitaria. La informalidad está en todo lado. En consecuencia, las estrategias de contención tenían que abordar los escenarios de la informalidad. No es lo mismo decirle a un establecimiento comercial, que cuenta con los requisitos y formalidades para su funcionamiento que disponga de alcohol gel, uso de mascarilla de sus trabajadores, ordenamiento en la distancia social, etc, que decirle lo mismo a un vendedor ambulante. Por lo tanto, en situaciones tan diferentes hace falta segmentar y adecuar las intervenciones sanitarias.

Con la finalidad de poder hacer cumplir las medidas de control y poder hacerlas efectivas, se habló de la “guerra a la pandemia”. Efectivamente hemos estado en guerra contra la pandemia. No obstante, con un concepto distorsionado, se militarizó la respuesta, y aparecieron los llamados Comandos Covid dirigidos en gran parte por militares. Se reportaron numerosos casos que a los médicos, enfermeras y personal de salud en general, no se permitía pasar fácilmente los puntos de tránsito restringido, porque la policía era quien comandaba los controles del aislamiento en el contexto de la cuarentena inicial.

En una guerra a la pandemia, lo que se necesita son médicos, enfermeras, técnicos salubristas, epidemiólogos, gestores de salud, participación ciudadana, así como participación comunitaria. Y hablando de guerra, también se promovió el concepto que era una guerra contra un “enemigo invisible”. Si bien el virus es invisible, desde el punto de vista epidemiológico no lo es. El propio Minsa ya tenía focalizado algunas zonas llamadas “zonas calientes”, en donde el virus estaba en plena transmisión y se pudo trazar la ruta de ampliación de las zonas afectadas. En estas “zonas calientes” deben concentrarse las intervenciones focalizadas de control, incluido el cerco epidemiológico. Corresponde identificar y focalizar estas áreas de transmisión, especialmente al inicio del brote pandémico. Con la georreferenciación epidemiológica, se identifica el área donde el virus está circulando, y allí realizar intervenciones para cercarlo, aislarlo, o contenerlo retardando su expansión. La intervención focalizada impide que el virus siga diseminándose. Figura 3.8.

Una deficiencia notoria en la respuesta frente a la pandemia, fue que se priorizaron el uso de las pruebas serológicas de anticuerpos llamadas “pruebas rápidas”. Por otro lado, los resultados de las

### **Estrategias formales, para un país informal**

Perú: país con informalidades educativa, productiva, política y otras lleva a elegir entre el contagio y el hambre.

Se requiere estrategias de contención y control de pandemia diferenciadas, segmentadas y sostenible por todos.



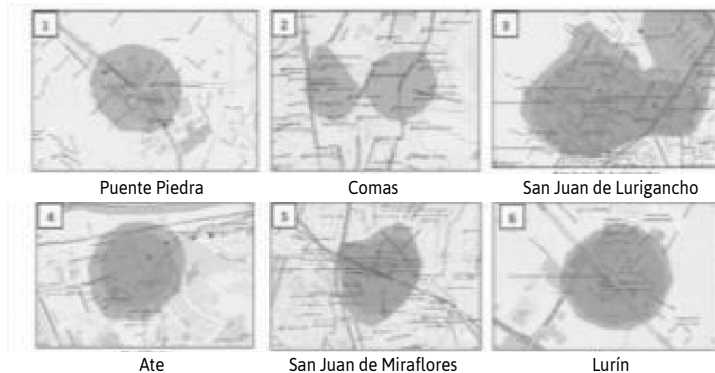
escasa pruebas moleculares que se aplicaron inicialmente, demoraban mucho. Inicialmente solo se procesaban estas pruebas en Lima, en particular en el Instituto Nacional de Salud, lo que hacía inviable tener una acción rápida para control del caso que transmitía el virus. A pesar de que la norma hablaba de un manejo sindrómico, en los hechos se practicaba ese manejo sindrómico tardíamente, debido al uso de las “pruebas rápidas”. En la práctica los servicios de salud iban por lo menos con una semana de retraso en el control del virus. Esto impedía el rastreo. Como es conocido las “pruebas rápidas” están basadas en la detección de anticuerpos, los que eran posible detectar o hacerse positivos después de una semana de la infección. Durante esta semana, la persona infectada iba diseminando el virus, entre personas sanas, debido al retraso en el diagnóstico.

Una de las innovaciones que fue fortalecidas en respuesta a la pandemia, y es necesario destacar, es la masificación del uso de la telemedicina. Progresivamente, se incorporó orientación, consulta e incluso cierto tipo de tratamiento a distancia. Asimismo, en abril de 2020 se puso en funcionamiento los equipos de respuesta rápida en número progresivamente creciente. Estos equipos tuvieron la limitación de ser independientes de las acciones de los establecimientos del primer nivel de atención, lo cual conllevó a la pérdida del enfoque territorial. De esta forma, por un lado, actuaban los equipos de respuesta rápida y, por otro lado, bajo sus propios objetivos, los establecimientos de primer nivel de atención, donde destaca la ausencia de la participación comunitaria. Figura 3.9.

Con relación a los recursos humanos, se emitieron varias normas de carácter laboral, de seguridad y bienestar del personal de salud. Sin embargo, fue inconsistente en su aplicación, ya que no todas las normas se aplicaron en los hechos. Esto generó una deserción de recursos humanos para algunos establecimientos de salud. La deserción también fue provocada por estímulos monetarios,



Vigilancia epidemiológica: rastreo satelital



**Guerra contra un enemigo invisible**

**¡El enemigo no es invisible!**

Por georreferenciación epidemiológica se sabe en qué territorio está el virus. Allí se puede cercar, aislar y contenerlo, para retardar y disminuir la expansión.

Figura 3.8. Georreferenciación epidemiológica de los casos de covid-19. Elaborado por Grade, con base en datos de Entel y Bitel. 6 de abril de 2020



al establecerse diferencias remunerativas para las mismas actividades. Hemos tenido y tenemos la experiencia de que un trabajador que hace las mismas cosas que su compañero que está al costado, pero que perciben diferentes remuneraciones, situación que genera un problema interno dentro de los servicios de salud. Es importante recordar que ya desde antes de la pandemia teníamos condiciones laborales precarias, bajas remuneraciones, hostilización por reclamos y otros elementos más que el personal de salud siempre ha estado haciendo notar.

En relación a la crisis de los equipos de protección personal (EPP), es importante señalar que no se tenía conocimiento pleno del mecanismo de transmisión. Y a pesar que la propia OMS, señalaba que frente a un nuevo virus, hay que utilizar el más alto nivel de bioseguridad, esto no se cumplió. A inicios de la pandemia había contradicciones, ya que se decía que para esta epidemia había que usar mascarilla simple o mascarilla comunitaria, hecho que el Minsa aplicó y esto llevó a serios problemas en la transmisión, y se produjo una gran cantidad de contagio en el personal de salud. Es público que a la fecha se tiene más de dos mil fallecidos, entre todo el personal de salud, de los cuales cerca de 600 son médicos. En general, más de 100 mil trabajadores de salud fueron contagiados.

En algunos casos los números nos llevan a tener ideas equivocadas. Por ejemplo, en la semana seis del año 2020, se informó que se había distribuido 28 millones de equipos de protección para el personal de salud. Aparentemente este era un buen número, pero esta es la suma de todo de los componentes del equipo de protección, es decir entre estos 28 millones, se contabiliza unidades de mascarillas, mandilones, y el resto del equipo. De tal forma que en realidad no son veintiocho millones, sino que habría que dividirlo entre ocho componentes y eso es muchísimo menos. Eso ha sido nuestra realidad. Esa es la razón por la que el personal de salud reclamaba insistentemente los equipos de protección personal. Figura 3.10.

En el contexto del desarrollo de la pandemia, se generó un conflicto entre la salud y la economía. Los salubristas abogaban por priorizar la salud y los economistas priorizaban la protección de la economía. Sin embargo, esta dicotomía en realidad es inexistente; son mutuamente dependientes. Sin salud no hay economía y sin economía no hay salud.

**Estrategia#LaSaludNosUne**

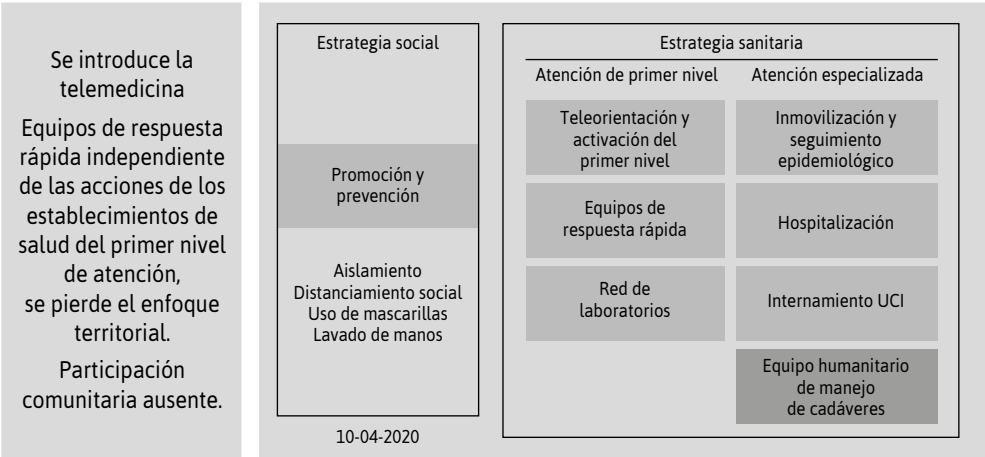


Figura 3.9. Estrategia de intervención en el enfrentamiento a la pandemia.

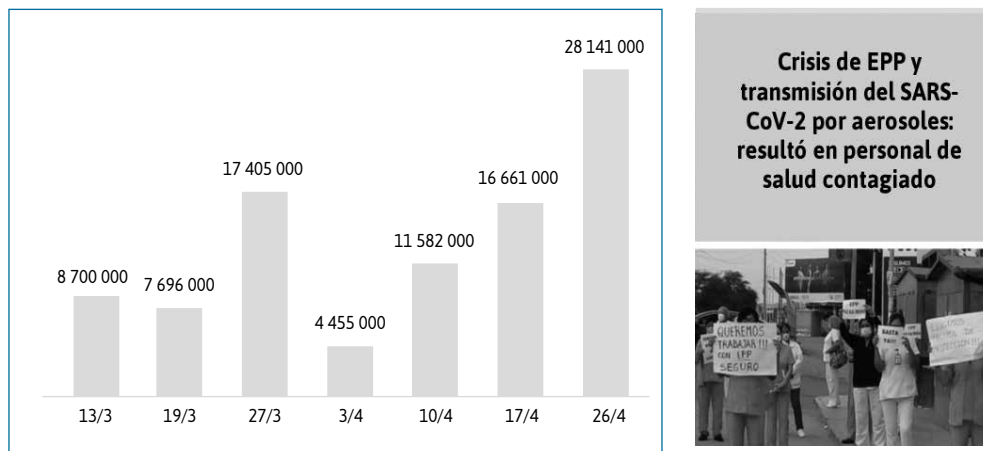


Figura 3.10. Distribución del total de todos los componentes de equipos de protección personal (EPP). Fuente: Minsa.

La pandemia no afectó a todos por igual, además de ciertos determinantes biológicos que puede atribuirse a esta enfermedad, la pobreza ha jugado un rol relevante en el impacto de la pandemia. Se tiene suficiente información de que el impacto más desfavorable ha recaído desproporcionadamente en los más pobres o vulnerables, lo que muestra las inequidades estructurales que existen en el Perú.

### Mitigación y gestión del choque

En la etapa de mitigación de los efectos de la pandemia, se necesita un consistente y alto nivel de liderazgo y gobernanza, sin embargo, se establecieron liderazgos paralelos para dirigir la respuesta a la pandemia. El sistema nacional de gestión de riesgos y desastres, que por norma es quien debe enfrentar los desastres y en este caso el desastre sanitario, no fue precisamente quien asumió la conducción de la de la lucha contra la pandemia. Por otro lado, algunas formas naturales de organización de la comunidad fueron desplazados por nuevas organizaciones como los comandos, comités, y por una serie de nuevas organizaciones que se fueron creando.

Lamentablemente, no se echó mano de las organizaciones institucionales y naturales que ya existían.

En la encuesta realizada en marzo de 2021, para evaluar la gestión y desempeño del gobierno, en una escala de 0 a 20, la población le ponía una nota de 10 en capacidad de gestión, al desempeño de gobierno respecto al manejo de la pandemia y nota de 0 en desempeño del gobierno respecto a la reactivación económica. Esto habla del nivel de liderazgo, nivel de aceptación y de gobernabilidad que se tenía en su momento frente a la pandemia. Cuadro 3.1.

Por otro lado, la infodemia y los resultados limitados de las estrategias de prevención y mitigación empeoraron la preexistente frustración y desconfianza en la población. La débil organización social para enfrentar el choque de la pandemia produjo desorden e incumplimiento de la respuesta, lo que empeoró la situación sanitaria por la transmisión descontrolada del SARS-CoV-2. Esto conllevó al previsible colapso de los sistemas de salud. En el momento de aparición del mayor número de casos ya no hubo forma de atender a todos los pacientes que llegan a los establecimientos de salud.

### Liderazgo y gobernanza

Se crearon instancias paralelas para dirigir la respuesta a la pandemia. Sinagred y organizaciones naturales de la comunidad desplazados por “Comandos”, “Comités” y otros.

La infodemia y los resultados limitados de las estrategias de contención y mitigación empeoran la preexistente frustración y desconfianza de la población.

La débil organización social para enfrentar el choque de la pandemia produce desorden e incumplimiento en la respuesta.

#### GESTIÓN DEL GOBIERNO

Si usted tendría que calificar con una nota de 0 a 20, ¿qué nota le pondría al Gobierno sobre ...?

Manejo de la pandemia		Desempeño en la reactivación económica	
Nota 0	12 %	Nota 0	11 %
Nota 5	12 %	Nota 5	14 %
Nota 10	20 %	Nota 10	19 %
Nota 12	9 %	Nota 12	9 %
Nota 15	8 %	Nota 15	8 %
Promedio	10,1 %	Promedio	9,7 %

Cuadro 3.1. Liderazgo y gobernanza en la gestión del enfrentamiento a la pandemia. Fuente: Presidencia del Consejo de Ministros.

A continuación se presentan reportes periodísticos que dan cuenta de la situación de nuestro país en su momento más crítico de enfrentamiento de la epidemia. En este reporte internacional se habla del nivel de hospitales colapsados en el país, a lo cual se agrego la epidemia de dengue que afectó a diversos departamentos del país. Figura 3.11.

El colapso de los servicios de salud llevó a una grave desatención de los daños no covid-19. Asimismo, se produjo una drástica disminución de atenciones en emergencias, en consulta externa y hospitalización. La atención en los establecimientos de salud se redujo en más del 70 %. Los nueve millones de atenciones mensuales, por infecciones, se redujeron a menos de tres millones. También se redujo la atención a gestantes, aunque en menor proporción. Una de cada cuatro personas tiene mayor riesgo de enfermarse gravemente si se infecta por covid-19 cuando vive con una enfermedad crónica y las enfermedades crónicas fueron también desatendidas. Figura 3.12.

La adaptación de los servicios de salud para atender a pacientes con covid-19 y pacientes sin covid-19, se realizó en un número limitado de establecimientos de salud, lo que fue insuficiente. En diciembre

### La transmisión descontrolada del SARS-CoV-2 llevó al previsible colapso del sistema de salud

27/04/2021

#### Perú enfrenta una brutal nueva ola de COVID-19 con altas tasas de mortalidad y hospitales colapsados

En las últimas semanas, una nueva ola de COVID-19 ha afectado gravemente al país causando altas tasas de mortalidad y la saturación de los centros de salud, mientras que el acceso a la vacunación continúa siendo un gran desafío. Colaboramos con las autoridades sanitarias del norte de Lima para responder al brote.



LA PRENSA EN COMENTARIOS

#### Perú se enfrenta al avance de la pandemia sin suficientes camas de UCI, oxígeno ni médicos en los hospitales

Desesperados ante la escasez, los peruanos compran oxígeno en las redes sociales a precios que equivalen a más de dos ingresos mínimos en el país andino



ANSA Latina - Sociedad

#### Hospitales colapsados en Perú y, además, dengue

La enfermedad que transmiten los mosquitos complica la pandemia

Figura 3.11. Impacto de la pandemia sobre el funcionamiento de los servicios de salud.

de 2021 se tomaron acciones y se formalizó el reinicio de las atenciones de daño no covid-19, con el desarrollo de planes de trabajo para reaperturar la atención.

No solo colapsó la atención de pacientes con alguna morbilidad, sino diversos temas de salud pública, como son las vacunaciones, fueron desatendidos. Ya en el año 2019, se habían identificado algunos problemas en la reducción de las coberturas de vacunación. En el contexto de la pandemia las coberturas de vacunación ha caído drásticamente. El año 2021 se tuvo un pequeño repunte y en lo que va de 2022 nuevamente se ha vuelto a reducir estas coberturas a bajos niveles, que ponen en riesgo la reaparición de brotes de enfermedades inmunoprevenibles ya controladas.

Otro grave problema fue el déficit en la disponibilidad de oxígeno medicinal (Figura 3.13). Lamentablemente, la respuesta para superar esta grave deficiencia fue tardía y errática. En la gráfica que a continuación se presenta, se puede ver que empieza a crecer la disponibilidad de plantas generadoras de oxígeno, entre mayo a junio de 2021, período en el que ya había pasado la segunda ola. En la actualidad, el país cuenta con una buena disponibilidad de oxígeno, pero ya no se requiere en el volumen que se necesitó en la primera y la segunda olas. Asimismo, inicialmente solo se disponía de oxígeno medicinal con una concentración del 99 % en concordancia con una norma sanitaria del Minsa, lo cual limitó la presencia en el mercado de productores de oxígeno de menor concentración. Esto sin duda fue uno de los grandes errores que coadyuvó a la muerte de miles de personas, y lo que es peor, no se supo corregir oportunamente. La posterior modificación de la referida norma permitió que un mayor número de productores de oxígeno al 93 % ingresen al mercado, sin embargo, esto tomó su tiempo, por lo que se tuvo la disponibilidad del oxígeno tardíamente.

También enfrentamos una crisis de disponibilidad de camas UCI (cUCI). Al inicio de la pandemia, el país contaba con 773 cUCI. Para diciembre de 2021, se llegó a contar con 3 768 cUCI. Uno de los aspectos a remarcar, es que cuando se inicia la pandemia, con base en las 773 cUCI existentes, se planifica incorporar solo 1 069 nuevas cUCI. Es decir, se minimizó las reales necesidades. Figura 3.14.

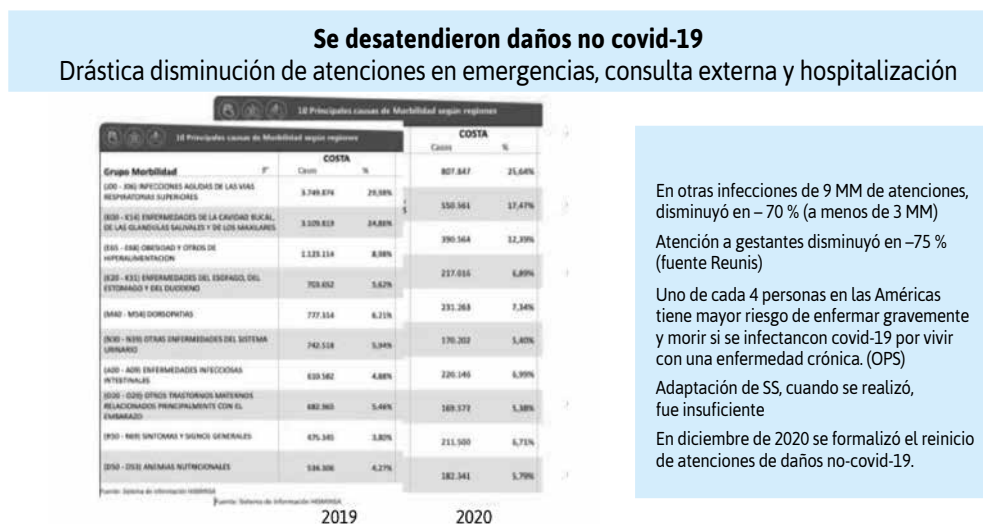


Figura 3.12. Impacto de la pandemia sobre las atenciones de salud no-covid. Fuente: Sistema de Información HIS-Minsa.

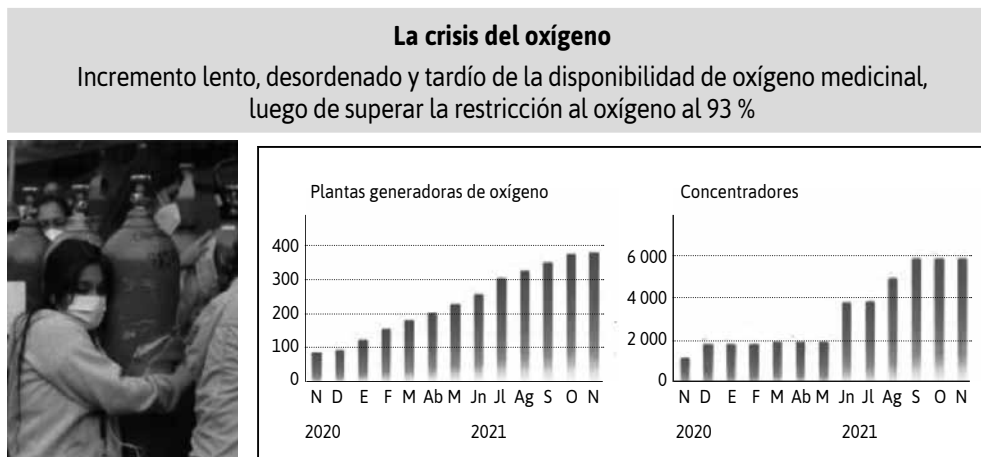


Figura 3.13. La crisis del oxígeno. Fuente: Dirección de Abastecimiento y Mantenimiento. Degos. 26/11/2021.

Con relación a la implementación de los Centros de Atención Temporal y los Centros de Oxigenación Temporal, estos cumplieron un importante rol en la atención extra hospitalaria, sin embargo fueron desbordados en el pico de las olas de la pandemia.

La vacunación ha sido sin duda el mejor instrumento para enfrentar la pandemia. Las estrategias de vacunación tuvieron un importante despliegue durante el año 2021. Las inmunizaciones se iniciaron en febrero de ese año, se vacunó prioritariamente a los trabajadores de salud, luego se fue ampliando progresivamente la población objetivo en la medida que se dispuso de mayor cantidad de vacunas. Más personas se vacunaron en el segundo semestre de 2021. Lamentablemente, en lo que va del año 2022 se ha reducido el ritmo de la vacunación contra la covid-19. Por otro lado, aún existen regiones marcadas en rojo, en las que no se ha llegado a las coberturas de protección. Esto significa que todavía tenemos que fortalecer las acciones de vacunación, particularmente con la disponibilidad de los recursos humanos necesarios.

Con relación a los recursos humanos, se ha incrementado el número total personal de salud. Se han creado 60 000 plazas temporales denominadas CAS-Covid. Se debe precisar que no se trata de 60 000 personas nuevas, sino que en muchos casos son personal de la modalidad CAS-regular que dejaron su plaza para pasarse a CAS-Covid. Esto significa que en términos reales no se ha crecido más allá de 30 a 40 mil nuevas plazas. Figura 3.15.

En el tema de Protección Social, estrategia indispensable para un país con grandes inequidades, muchas de las acciones implementadas se transformaron en un verdadero bumerán. Las largas y tumultuosas colas para alimentos y cobro de bonos se convirtieron en eventos de alta propagación de la enfermedad.

Los programas multisectoriales también contribuyeron a desarrollar intervenciones focalizadas de la población vulnerable. Lamentablemente, fueron limitadas en sus ámbitos de influencia y en sus beneficiarios, dejó a la gran mayoría de la población vulnerable fuera de los beneficios que otorgaban los programas sociales.

**La crisis de las camas UCI**  
 Se partió, en abril 2020, con muy baja disponibilidad (773). Se llegó en diciembre de 2021 a 3 768 camas. Aún así, sigue por debajo del estándar.

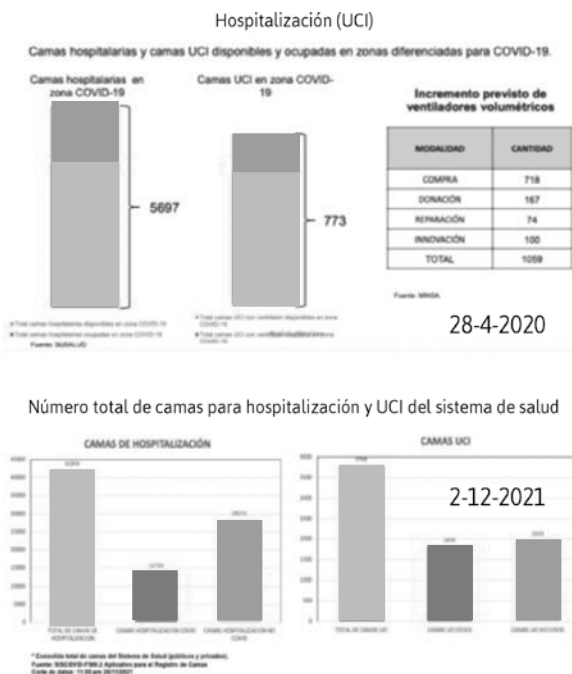


Figura 3.14. Crisis de las camas de unidades de cuidados intensivos (UCI). Fuente: Minsa.

**Supresión, recuperación y aprendizaje**

En la actualidad, enfrentamos la fase de la supresión de la pandemia. Es un momento de recuperación y aprendizaje. Un elemento importante es que existe una buena disponibilidad de vacunas, no obstante, se requiere nuevas estrategias de vacunación para garantizar la inmunidad colectiva. Es necesario mantener activa la vigilancia epidemiológica y la vigilancia genómica, pero, lamentablemente, lo

**Incremento de recursos humanos (CAS-Covid)**  
 Con la pandemia se incrementa la necesidad de disponer más RR. HH., con los CAS-Covid, no se logra cubrir necesidades

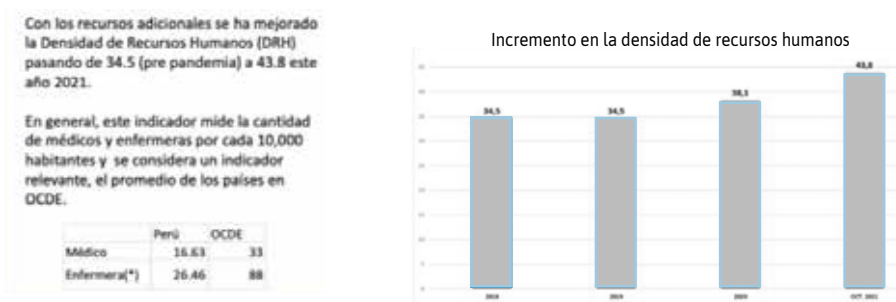


Figura 3.15. Incremento en la densidad de recursos humanos. Fuente: Minsa.

### **Avances en vacunación: implementación de los CATS y los COT**

Cumplieron importante rol en la atención extrahospitalaria.

Fueron desbordados en los picos de las olas de la epidemia.

Perú se encuentra entre los países que más han vacunado en el mundo.

Persiste heterogeneidad y coberturas de riesgo en algunas Regiones.

que se realiza es una vigilancia básicamente de notificación de datos. Se requiere una exhaustiva vigilancia de la salud pública, que incorpore la vigilancia e intervención de los riesgos. Cuadro 3.2.

De otro lado, es importante reconocer que el personal de salud está mejor preparado para el diagnóstico y manejo de casos, por lo cual es necesario mantenerlo en sus funciones. Asimismo, existe una buena disponibilidad de oxígeno para poder enfrentar los casos que se vienen presentando. Por otro lado, es conveniente garantizar e intensificar la atención de daños no covid-19. Cuadro 3.3.

Los servicios de salud ahora tienen nuevos retos: incrementar la vacunación regular; desembalsar la demanda de atención médico quirúrgico; control de daños prevalentes transmisibles y no transmisibles; cierre de brechas de infraestructura, de recursos financieros, y fortalecer la intersectorialidad. Pero algo que es de fondo, es la necesidad de superar la fragmentación y el escaso financiamiento del sistema de salud. Figura 3.16.

En el exterior, se preguntan: ¿por qué un país, como el Perú, que tuvo un gran crecimiento económico, no invirtió más en su sistema sanitario? Esto es parte de las de las lecciones que tenemos que ir aprendiendo. Es prioritario para el país, al margen del Gobierno que este al frente de la nación, que se entienda la necesidad de invertir en un sistema sanitario que permita enfrentar esta y nuevas pandemias.

### **(Recuperación y aprendizaje)**

Con la disminución de la curva epidémica, los servicios de Salud reinician la atención en todas sus especialidades

- Existe disponibilidad de vacunas, se requiere nuevas estrategias de vacunación para garantizar la inmunidad colectiva.
- Se mantienen activas las vigilancias epidemiológica y genómica.
- Personal mejor preparado para el diagnóstico y el manejo de casos.
- Existe disponibilidad de oxígeno.
- Se ha reiniciado la atención a daños no-covid-19.

Cuadro 3.2. Avances en el control de la pandemia sobre la recuperación y el aprendizaje.

### Continúan las acciones de los servicios de salud contra la covid-19, aunque en menor intensidad

- Continuidad de la vacunación contra la covid-19. Existe disponibilidad suficiente de vacunas.
- Personal de salud mantiene la vigilancia epidemiológica.
- Instituto Nacional de Salud continúa con la vigilancia genómica.
- Personal mejor preparado para el diagnóstico y el manejo de los casos.
- Existe disponibilidad de oxígeno.
- Se ha reiniciado la atención a los daños no covid-19.

Cuadro 3.3. Continuidad de las acciones para el control de la pademia de la covid-19.

#### Algunas conclusiones preliminares

- El sistema nacional de salud del Perú no estaba, ni está preparado para enfrentar exitosamente una pandemia como la covid-19.
- Los servicios de salud antes de iniciada la pandemia ya afrontaba crónicas, deficiencias en recursos, organización, financiamiento. Con la llegada de la pandemia, en corto tiempo llegaron al colapso.
- La respuesta frente a la pandemia nunca dejó de ser predominantemente hospitalaria y biomédica, existió una notoria ausencia de la participación social.
- Se minimizó la magnitud de la respuesta que debía darse desde el inicio de la pandemia. Este hecho se repitió en diferentes momentos de la contención y la mitigación.
- Existe el riesgo de persistencia de la pandemia, por disminución y eliminación de las intervenciones sanitarias para su control, en el contexto de la presentación de nuevas variantes genotípicas.
- La informalidad en múltiples aspectos, sobre todo económico, resquebrajó la respuesta formal del Estado.
- Existe un crecimiento sostenido del debilitamiento de la gobernanza, así como el incremento de desconfianza en líderes políticos y conductores de la respuesta frente a la pandemia.
- El personal aprendió en esta pandemia, y es necesario capitalizar este aprendizaje, entre otras estrategias incorporándolos laboralmente al sistema de salud.

#### Superar la fragmentación y el escaso financiamiento de la salud

Coronavirus en Perú:  
Por qué un país que tuvo un gran crecimiento económico no invirtió más en su sistema sanitario

BBC News Mundo



Figura 3.16. Retos para mejorar el sistema de salud en el Perú.





# Covid-19 en Perú, una pandemia sin médicos de cabecera

4

**Dra. Milagritos Jennyfer Fernández-Larrauri**

Este foro pone en relevancia al primer nivel de atención (PNA) y, en especial, a la Atención Primaria de Salud (APS).

La gestión de los establecimientos de salud del PNA es responsabilidad de los gobiernos regionales, a partir de la descentralización. Se observa, además, que en la mayor parte de las regiones, los establecimientos de salud del PNA (I-1) carecen de médicos. Figuras 4.1.

DEPARTAMENTO	CATEGORÍAS				TOTAL
	I-1	I-2	I-3	I-4	
Amazonas	358	50	79	3	490
Ancash	262	92	53	13	420
Apurímac	219	116	32	27	394
Arequipa	39	162	78	13	292
Ayacucho	266	81	54	11	412
Cajamarca	592	152	112	14	870
Callao	5	64	8	7	84
Cusco	147	133	54	40	374
Huancavelica	278	73	54	9	414
Huánuco	162	115	54	4	335
Ica	25	82	53	3	163
Junín	276	170	69	15	530
La Libertad	66	178	62	25	331
Lambayeque	51	95	52	1	199
Lima	165	312	318	43	838
Loreto	322	59	59	16	456
Madre De Dios	67	27	5		99
Moquegua	24	25	19		68
Pasco	175	65	20	9	269
Piura	186	156	69	31	442
Puno	229	145	77	33	484
San Martín	283	38	49	17	387
Tacna	21	51	20	4	96
Tumbes	20	17	14	5	56
Ucayali	145	46	26	3	220
<b>TOTAL</b>	<b>4383</b>	<b>2504</b>	<b>1490</b>	<b>346</b>	<b>8723</b>

Figura 4.1. Establecimientos de salud del primer nivel de atención, según departamentos. Fuente: Renipres. Enero 2020

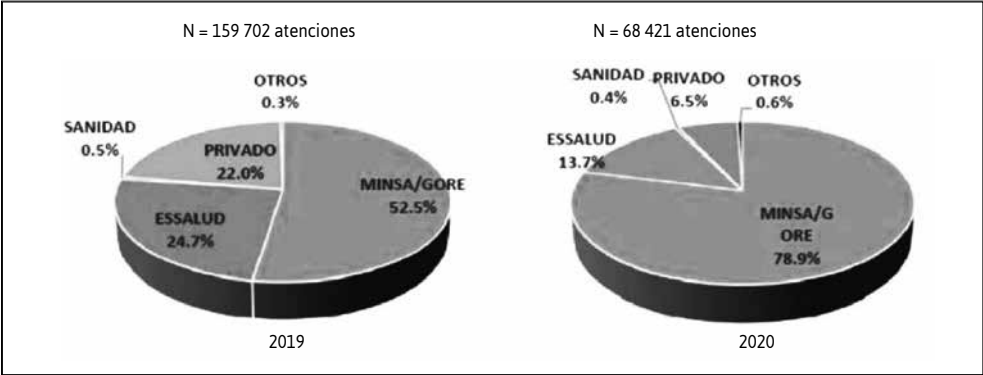


Figura 4.2. Atenciones en IPRESS, IAFAS y UGIPIPRESS en los años 2019 y 2020. Fuente: Registro de atenciones BPM-IPROT al 15 de junio de 2020.

En este mismo documento se muestra que el 77 % de los establecimientos de salud presentan una capacidad instalada inadecuada, con infraestructura o equipamiento inoperativo, obsoletos o provistos de manera insuficiente para atender las necesidades básicas de la población de acuerdo a su nivel. En resumen, esa era la situación de los establecimientos de salud del PNA cuando se inicia la pandemia de la covid-19 en el Perú: el PNA solo tenía el 30 % (y los hospitales el 70 %) de lo que necesitaba para su adecuado funcionamiento.

Esta otra imagen deriva también del Plan Nacional Multisectorial de Salud (PNMS) Perú al 2030. Se observa que, previo a la pandemia de la covid-19, el Minsa, como sector sanitario, atendía el 52 % de las necesidades de salud de la población. Una vez iniciada la pandemia, tanto Essalud, como el sector privado se contraen y el Minsa asume la mayor parte de las atenciones que se demandaban por la pandemia. Figura 4.2.

En resumen, en 2020, para cuando empezó la pandemia de la covid-19, teníamos normados y vigentes: un modelo de organización del sistema de salud, que es el de implementación de las Redes Integrales de Salud (RIS), y un modelo de atención (MCI); ambos priorizan el PNA, se enfocan individualmente en las personas y colectivamente en las poblaciones asignadas. Nos encontrábamos en un contexto normativo favorable para la APS. Figura 4.3.

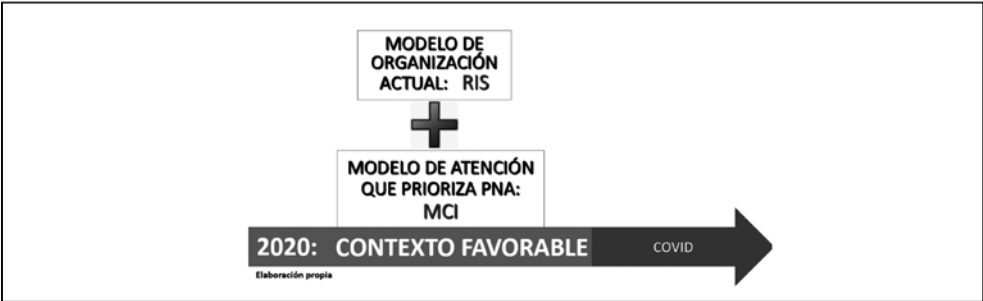


Figura 4.3. Propuesta para el fortalecimiento del primer nivel de atención previa a la pandemia.

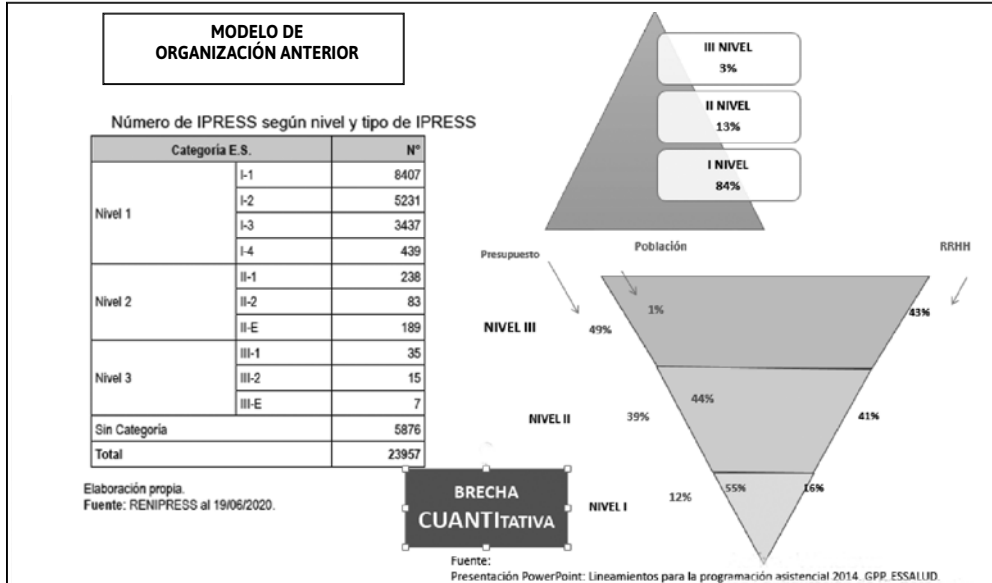


Figura 4.4. Coberturas de atención por niveles.

Sin embargo, cuando se enfrentó la pandemia, la respuesta se centró fundamentalmente en la acción hospitalaria. Y esto tiene una explicación, los establecimientos de salud del PNA representan el 84 % del total de establecimientos de salud existentes, pero la asignación de recursos es absolutamente insuficiente. Esto genera una pirámide invertida, ya que el PNA tiene el 12 % del presupuesto y el 16 % de los recursos humanos. Esto delimita una brecha cuantitativa de recursos en salud, que, además, es una brecha histórica que no se había intentado cerrar con acciones de macro o mesogestión consistentes y significativas. Así nos encontró la pandemia. Figura 4.4.

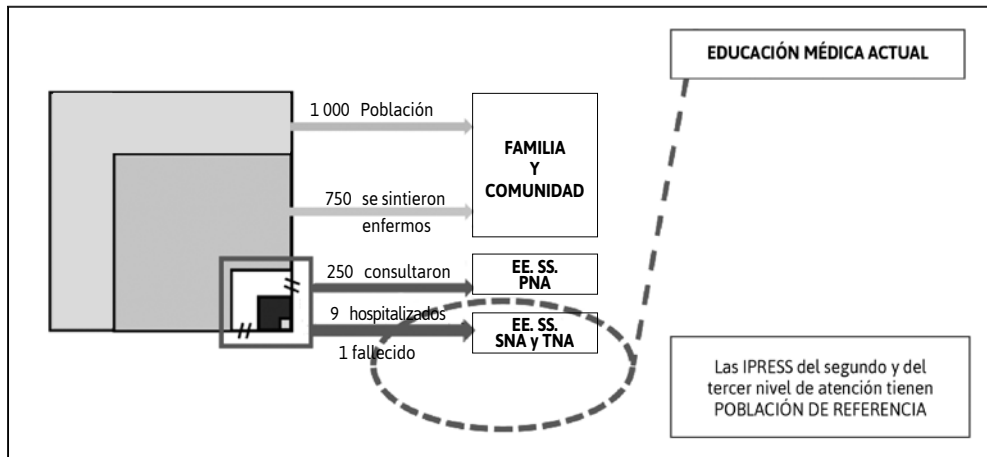


Figura 4.5. Brechas cualitativas en la atención que brinda el primer nivel de salud. EE. SS.: establecimientos de salud; PNA: primer nivel de atención; SNA: segundo nivel de atención; TNA: tercer nivel de atención.

Pero no solo se tenía una brecha cuantitativa en el PNA, sino también una brecha cualitativa, pues la formación médica actual se realiza casi en su totalidad en el segundo y tercer nivel de atención, que atiende a “población de referencia”. Los usuarios de cualquier lugar del país se atienden en los hospitales. Figura 4.5.

¿Por qué es importante este análisis? Porque en estas instituciones prestadoras de servicios de salud (IPRESS) del PNA atendemos “población asignada”, y para “saber atenderla” se requiere formar recursos humanos en la APS. Es fundamental formar a los recursos humanos con un enfoque de integralidad, con el objetivo de lograr el trabajo de equipo multidisciplinario de salud, por otro lado, fortalecer un enfoque basado en la intersectorialidad con el propósito de abordar determinantes sociales en salud, la formación en interculturalidad, la formación centrada en las personas, en las familias y orientada al desarrollo de la comunidad. Esto no se forma en los hospitales.

Las IPRESS del PNA tienen población asignada y es crucial reconocer que deben atender a su población con estrategias diferentes a las de las IPRESS del segundo y tercer niveles de atención, que tienen población de referencia. Si la formación del recurso humano en salud se da de forma predominante en contextos donde se atiende a población de referencia, como sucede en el hospital, cuando el personal de salud va a trabajar en el PNA, repite lo que ha aprendido y trata a la población asignada como si fuera población de referencia.

Es pues evidente, que ambos niveles de atención tienen diferentes formas de trabajo, basadas en diferentes paradigmas médicos. ¿De qué paradigmas estamos hablando? Cuadro 4.1.

Si estoy trabajando en un segundo o tercer nivel de atención, me enfoco en abordar la enfermedad, debo trabajar con el paciente solo durante la consulta, debo atender esa enfermedad de manera aislada, sin necesidad de integrar, para el análisis, con el entorno (al que desconozco).

En el PNA debo basarme en la estrategia de APS, mi atención debe estar centrada en la persona más que en la enfermedad, con una interacción a largo plazo (relación médico paciente longitudinal),

Sistema sanitario actual (y los demás sectores)	Sistema sanitario basado en la APS
– Atención centrada en la ENFERMEDAD	– Atención centrada en la PERSONA
– Interacciones médico-paciente solo en la consulta	– Interacciones médico-paciente a lo largo del tiempo
– Orientado a episodios de enfermedad	– Considera episodios de enfermedad y experiencias vitales de la persona
– Centrado en abordar la enfermedad o problema de salud	– Se aborda la enfermedad con integralidad
– Analiza los sistemas corporales diferenciados unos de otros	– Interrelaciona los sistemas corporales. La persona es tratada como una unidad
– Aborda al paciente mientras mantenga el problema de salud o enfermedad	– Aborda a la persona en salud, en enfermedad en sus circunstancias vitales y las de su familia

Cuadro 4.1. Funcionamiento del sistema sanitario actual vs. funcionamiento del sistema sanitario basado en la atención primaria de salud (APS).



Figura 4.6. Establecimientos de salud de la Red Villa El Salvador.

con una población definida y asignada a largo plazo; también se debe mantener el cuidado en los episodios vitales o cuando la persona no está enferma, momento en el que se debe hacer prevención y promoción de la salud. Además se aborda la enfermedad con integralidad, en la medida que se correlacionan todos los sistemas corporales; y valoramos los espacios comunitarios y a la familia para el cuidado de la salud. Por lo tanto, si tengo población asignada sería óptimo que trabaje con un enfoque basado en APS y sabemos que esto no se da porque en las universidades no se están formando recursos humanos en salud con la estrategia de APS.

En la Figura 4.6 podemos observar el sistema de georreferenciación de los establecimientos de salud (GeoRIS) de Villa El Salvador y cómo se centralizan los establecimientos de salud del PNA; entre algunos de estos establecimientos no hay más de dos unidades vecinales. Y vemos además en la periferia grandes territorios sin establecimientos de salud.

Sin embargo, un sistema de salud tampoco debe poner en el centro al PNA (si debe organizarse a partir de este), sino más bien a la población (Figura 4.7). Es lo que se quiere hacer con las RIS y con el MCI, poner al centro a la población, y así entenderla y atenderla en su salud. Por lo tanto, el personal de salud del PNA debe adquirir competencias para reconocer la necesidad de salud de la población y no solo atender la enfermedad, competencias que no las aprendió estudiando su carrera de pregrado en el hospital. Las universidades tienen que entender su rol de responsabilidad social para cambiar la salud de la población y los actores sociales también deben conocer a la población, para resolver sus necesidades.

Solo recordemos cuando, durante la pandemia de la covid-19, se quiso entregar bonos y no se sabía con certeza quienes eran población vulnerable y dónde se la podía encontrar. Se observa en el sector público un enfoque centrado en la misma institución y no centrado en la población. Como conclusión, todo el sistema de salud debe abandonar el enfoque centrado en el hospital y adoptar el enfoque centrado en la población.

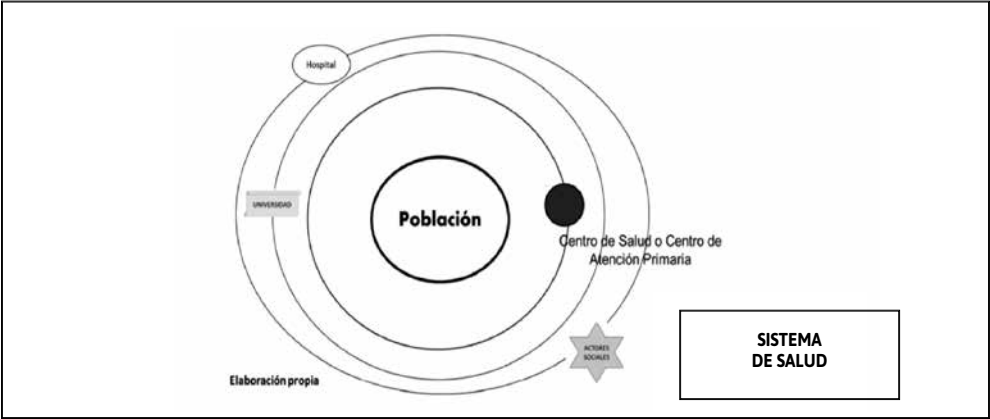


Figura 4.7. Modelo de atención del sistema de salud basado en la atención primaria de salud.

¿Este cambio es posible? Las instituciones formadoras de recursos humanos de salud están formando recursos humanos en salud con una orientación diferente a la que necesita el sistema de salud. Esto constituye otra brecha, la brecha de calidad. Se forma personal de salud en pregrado, en este caso médicos, con escasa o nula formación en APS, y se requiere que haga el ejercicio en el PNA con un médico integral, centrado en la persona, familia y comunidad. Este paso no es lógico, sabemos que esto no se puede dar, ya que yo se puede hacer lo que no se ha aprendido a hacer.

Este cambio no se puede hacer de manera espontánea; no es suficiente que se ponga en vigencia una norma con enfoque de APS para que el recurso humano en salud haga APS. El recurso humano en salud lo tiene que aprender. Esto se aprende en un proceso de formación continuada, y es una responsabilidad de los colegios profesionales y de las universidades. Figura 4.8.



Figura 4.8. Propuesta de formación de recursos humanos en salud para la superación de la brecha cualitativa.

La pandemia la vivimos sin médicos de cabecera, su abordaje se centró en el hospital. La pandemia de la covid-19 nos ha demostrado lo que Múnera y colaboradores afirman: “a menos que ocurran cambios fundamentales en la formación, aculturación y desarrollo del recurso humano en salud, que son quienes ejercen su práctica en la PNA, la APS como concepto será barrida por las fuerzas económicas, demográficas y sociales”.

Estas brechas, cuantitativa y cualitativa, se evidenciaron en la respuesta del sistema sanitario a la pandemia de la covid-19. Así es explicable el trágico impacto que tuvo la pandemia en nuestro país. Los ponentes previos también hicieron referencia a las normas que se dieron en este contexto, que priorizaron la respuesta hospitalaria, con la implementación de camas UCI. Hasta ese momento, nadie pensaba en lo que se podía hacer en las familias, en comunidades, hasta que se empezaron a instalar estos equipos de respuesta rápida (ERR), que actuaron en el PNA con enfoque en la enfermedad, centrados en la atención a los casos de covid-19, particularmente en el diagnóstico, y desarticulados de la atención en este nivel.

Durante la respuesta a la pandemia, no se supo qué hacer en y con las comunidades. Era muy difícil hacerlo, porque no sabemos trabajar con el 100 % de la población que nos asignan. Según la Encuesta Nacional de Hogares, el PNA solo atiende al 30 % de su población asignada, incluso, puede ser menos. Es en esta circunstancia que se desarrolló la pandemia de la covid-19. Concluimos que, a pesar de que teníamos un contexto normativo favorable para la APS, desde el año 2020, momento en el que la covid-19 llegó al Perú, se hizo evidente que el PNA no contaba con las capacidades necesarias para dar una respuesta apropiada a la pandemia.

El PNA forma parte del sistema de salud y es un punto de intervención estratégico, ya que además está en la comunidad. No todo el sistema de salud está en la comunidad, el primer nivel sí lo está, y además puede conocer a las personas y familias que viven en ella. Además, la información de salud que se gestiona en el sistema sanitario proviene de lo que el PNA transmite al resto del sistema de salud. Por lo tanto, es un punto fundamental en la dinamización del sistema de salud en su conjunto. El PNA es un espacio estratégico pero que está desvalorizado. Figura 4.9.

La APS es una estrategia, es una forma de pensar, que debe permear a todo el sistema de salud, incluida la propia población y las comunidades. Un verdadero enfoque organizacional basado en la

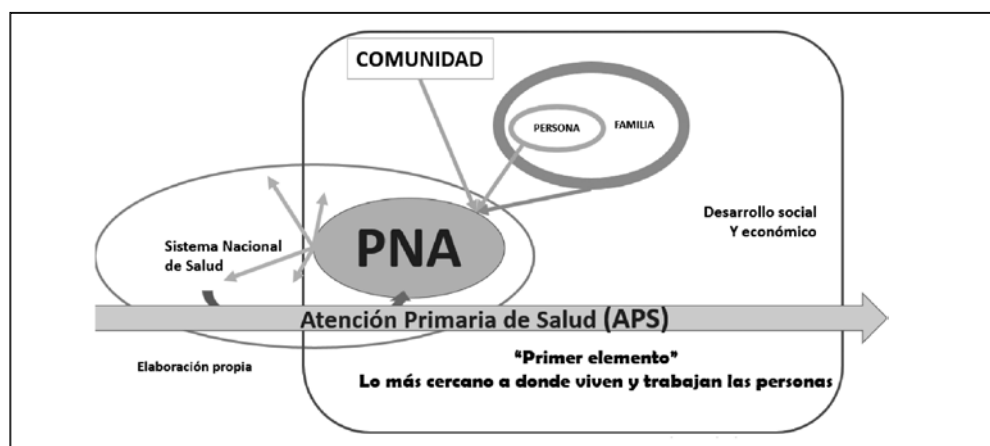


Figura 4.9. Modelo para la atención primaria de salud basado en la familia y la comunidad.



APS, permite trabajar con otros sectores que también están en el territorio y que son actores sociales, como por ejemplo agricultura, zootecnia, alimentación, trabajo, educación. En el abordaje a la pandemia se necesitó además que estos sectores tuvieran un trabajo más articulado en la respuesta frente la covid-19 para lograr un resultado integrado en salud.

A continuación, presentamos algunas experiencias que se desarrollaron en respuesta a la covid-19 en niveles locales y con la participación de actores sociales.

El año 2020, desde la Comunidad de Prácticas de Atención Primaria de Salud (CdP, Perú) de la que formo parte, se recogieron experiencias desarrolladas localmente en respuesta a la pandemia. Las que paso a compartir:

- **RIS Pachacámac.** Trabajo articulado con actores sociales y líderes comunales; con capacitaciones a mototaxistas, inclusive la desinfección de los mototaxis, prácticas de adecuado lavados de manos y educación en medidas preventivas. Figura 4.10.
- **Red Oncológica del Hospital Cayetano Heredia.** En pandemia, el hospital se articula con once establecimientos de salud del PNA a través de un equipo multidisciplinario con médico de familia y comunidad. Fortaleció el seguimiento de pacientes oncológicos a través de visitas domiciliarias en plena pandemia, a diferencia de la mayoría de lugares donde los pacientes oncológicos no fueron asistidos.
- **Municipalidad de San Borja.** Según la ley de descentralización el municipio es el responsable de la salud en nuestras comunidades. En el caso de la Municipalidad de San Borja, se adaptó un vehículo (Corona Móvil) en el que se hacía la asistencia veterinaria y empezó a hacer pruebas rápidas para la detección de la covid-19, permitió el ahorro en el uso de Equipos de Protección Personal (EPP) y la posterior georreferenciación de casos, para articularlo al seguimiento y la vigilancia a través de telemedicina y la recolección de sus productos biocontaminados. Figura 4.11.
- **Centro de Salud de San Miguel.** Identificó las listas de pacientes diabéticos, hipertensos, con anemia, gestantes y personas que recibían planificación familiar. Realizaron tele consultas y se



Figura 4.10. Modelo de atención primaria de salud, durante la pandemia, en la Red Integrada de Salud (RIS) Pachacámac.

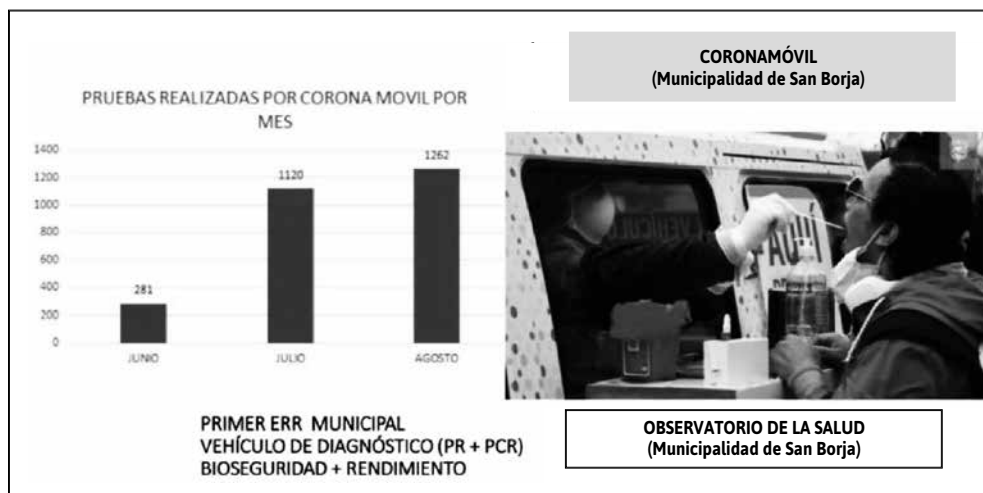


Figura 4.11. Experiencia de atención móvil de la Municipalidad de San Borja.

aliaron con el municipio que proveyó de la movilidad para la distribución de los medicamentos. Observaron que la retribución del SIS durante la pandemia fue mayor que antes a ella, por mejora en los procesos relacionados. A esta experiencia la llamaron “Delivery de la salud”.

- **Essalud.** Acompañaron a adultos mayores y personas con discapacidad a través de estrategias de atención, consejería y rehabilitación *online*. Importante para el mantenimiento de su salud mental.
- **Pontificia Universidad Católica del Perú.** Contribuyó con el CS Huasta de Áncash, dotándolos de un kit para la realización de telemedicina con algunos especialistas; además de fortalecer las competencias del médico general (serumista) que laboraba en el establecimiento de salud, lo que mejora la calidad de la atención. Figura 4.12.
- **Liga Peruana de Lucha contra el Cáncer.** Promovió el voluntariado para difundir medidas de prevención y detección temprana del cáncer. Diecisiete mil voluntarios que se sumaron a esta

<b>CORONAMÓVIL</b> (Municipalidad de San Borja)	
<b>Debilidades</b>	<b>Amenazas</b>
RR. HH. con comorbilidad y edad	Normatividad del SIS
Falta de movilidad	Normatividad del Sismed
No disponibilidad presupuestal	Restricciones por estado de emergencia
Padrón nominal adecuado	Incremento de la morbilidad
Inadecuado sistema de información	Pandemia covid-19

Cuadro 4.2. Debilidades y amenazas en la experiencia de atención móvil de la Municipalidad de San Borja.

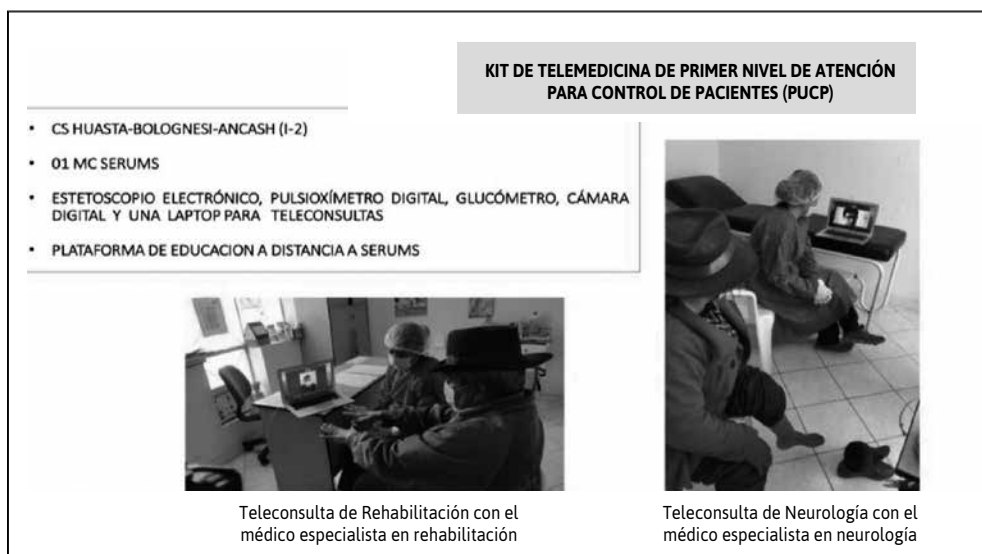


Figura 4.12 Experiencia de telemedicina implementada por la Pontificia Universidad Católica del Perú implementada en el centro de salud de Huasta, departamento de Áncash.

causa y más de dos mil cincuenta nuevos promotores comunitarios, desarrollan su labor no en el establecimiento de salud, sino en la comunidad.

- **ONG Socios en salud.** Implementó centros de oxigenoterapia temporal para pacientes covid-19 moderado, y así descongestionar la atención en el hospital Sergio Bernales. El impacto de la estrategia, posibilitó que el número de pacientes con grave insuficiencia respiratoria que acudían al Hospital Sergio Bernales se redujera, desde un 31 % en el año 2021 al 18 % en 2022. Esto significa que los casos con insuficiencia respiratoria moderada podían atenderse en la comunidad.
- **Centro de salud de Castrovirreyna, Huancavelica.** Continuó su trabajo en las comunidades asignadas, las censaron e identificaron a adultos mayores, adolescentes y niños. Realizaron atención intramural y extramural, así llegaron a los domicilios. También identificaron determinantes sociales y realizaron consejería en prácticas saludables en el domicilio. Mantuvieron las coberturas de inmunización, así como actividades de planificación familiar e intervenciones odontológicas.
- **Municipalidad de La Molina.** Desarrolló estrategias para contención de la covid-19 en la comunidad. Proveía oxígeno de manera gratuita a las personas que vivían en el distrito y también hacía intervenciones en zonas donde veía que estaban repuntando los casos, identificaban y hacían el seguimiento y la desinfección correspondientes.

La pandemia nos ha permitido evidenciar que los actores comunitarios, los municipios, los promotores de salud, también hacen salud en el seno de la propia comunidad. Estas experiencias nos estimulan a pensar que la comunidad y el PNA son un valioso escenario de intervención en salud. El objetivo de compartir experiencias en APS es el de promover su réplica en otros lugares del país, según las características propias de cada lugar.

# Comentarios a las ponencias de la primera mesa temática

5

**Dr. Julio Castro-Gómez**

## **Conferencia Marco**

Las exposiciones fueron precedidas por la Conferencia Magistral: “Medio ambiente, cambio climático y la pandemia de la covid-19”, del doctor Carlos Eduardo Siqueira, profesor en la Escuela de Medio Ambiente en la Universidad de Massachusetts, Boston. Esta conferencia marco se enfocó en relación a los riesgos y desafíos que comporta el cambio climático en el siglo XXI, la necesidad de nuevos enfoques y nuevos compromisos de la profesión médica para abordarlos. Formuló la importancia del concepto de la Salud Global, Una Salud, que entiende la salud tanto humana como animal interdependiente con el medio ambiente, donde es fundamental lograr un equilibrio para garantizar la supervivencia. Muy importante también su pedido en relación a incorporar en el compromiso médico la visión y el enfoque frente a los problemas que nos plantean los riesgos y desafíos del Antropoceno, época que vivimos, que no es otra cosa que el efecto de la acción humana sobre la naturaleza y lleva a problemas como el calentamiento global y los retos para la salud. Considero que será posible tenerlo en cuenta, porque el Colegio Médico se encuentra en un momento de revisión y discusión de su código de ética y es el momento en el que se puede considerar la pertinencia de este tema en la actualización de nuestro código. Justamente, queremos un código que mire hacia el futuro.

El doctor Luis Cordero ha hecho una presentación que reflexiona sobre aspectos importantes de la pandemia, entre los que aborda el Sistema de vigilancia epidemiológico, las medidas de restricción de la movilidad de las personas, el impacto de la pandemia según urbanidad, concentración poblacional y pobreza, estudios de seroprevalencia y las estrategias de vacunación. Se enfoca en revisar la experiencia vivida en estos aspectos para extraer conclusiones y recomendaciones que nos posibiliten en el futuro un mejor enfrentamiento de estos graves problemas de salud pública.

Se pregunta, ¿cuándo llegó la covid-19?, la respuesta: “es incierto el momento exacto del primer caso, pero este momento es importante, tal vez perdimos varias semanas preciosas para actuar”. La información a fines de enero de 2020, acerca de personas procedentes de Wuhan sospechosas de portar la infección y en espera de resultados de pruebas y los datos del Sinadef y del indicador “de exceso de mortalidad”, muestra que la pandemia de la covid-19 llegó al Perú en enero de 2020.

En relación a lecciones y recomendaciones, a que hace referencia el doctor Luis Cordero tienen que ver con su preocupación de la necesidad de fortalecer y desarrollar el sistema de vigilancia epidemiológica y de salud pública como una estrategia fundamental para prevenir y enfrentar epidemias y pandemias de manera oportuna y con el menor costo para la sociedad. En este sentido nos ha planteado fortalecer con mayores capacidades el sistema de vigilancia epidemiológica y esto supone la responsabilidad de la autoridad sanitaria para incorporar las reformas en este tema. La reorganización y fortalecimiento del CDC y el Instituto Nacional de Salud y la acción coordinada y sinérgica con instituciones similares de otros prestadores de salud, particularmente Essalud y otros organismos, es una oportunidad para lograr este objetivo.

El doctor Cordero propone compartir información, proveniente de las diversas instituciones, de manera abierta, con el propósito que sirva para la toma de decisiones. En este sentido, las acciones sinérgicas entre estas instituciones son muy importantes. Esto implica reforzar la institucionalidad científica, para abordar los problemas de salud, y que sirvan de base para la adecuada y oportuna toma de decisiones. Estos puntos de vista coinciden con la apreciación crítica que se hizo en la evaluación realizada el año pasado por el grupo especial nombrado por Concytec, que recomendó el refuerzo de la institucionalidad del Minsa, antes que la formación de comisiones *ad hoc* de expertos de fuera del sector.

Otro aspecto señalado el doctor Cordero hace referencia con el tema de las medidas de restricción de la movilidad ciudadana. La “cuarentena rígida”, el “martillazo” para el control de la pandemia no funcionó, se hizo tardíamente y sin tener en consideración factores económico sociales que no permitieron su cumplimiento por la población en informalidad y pobreza. Recomienda que la implementación debe tomar en consideración el contexto social y en el momento oportuno, con el propósito de evitar el mayor daño a la estructura social, y empezar por la salud de las personas y, por supuesto, otros aspectos importantes, como la economía y la educación, entre otros.

La pandemia encontró las mejores condiciones para su propagación y contagio en las zonas de concentración poblacional de las ciudades, con pésimo transporte público, mercados, bancos con malas condiciones de ventilación y sin guardar la protección y el distanciamiento adecuados. Lima Metropolitana fue el epicentro de la pandemia en el país. Con el 30 % de la población nacional ha presentado el 42 % de los casos y el 40 % de los fallecidos. El doctor Cordero mostró el impacto de la pandemia mediante la comparación de la razón de mortalidad, según edad y urbanidad y estratos de pobreza en Lima Metropolitana (Gran Metrópoli), metrópolis regionales, ciudades intermedias, capitales provinciales, resto urbano y distritos rurales. Encontró en Lima Metropolitana los más altos riesgos de morir.

En relación a las estrategias de vacunación, el seguimiento en tiempo real de información proporcionada por diversos sistemas de información es relevante para decidir la oportunidad de la toma de decisiones, como se demuestra en la aplicación de la tercera dosis de la vacuna.

El doctor Cordero, finalmente, señala que el uso del dato en tiempo real es vital para el control de la pandemia y que es impostergable avanzar en el intercambio e interoperabilidad de los sistemas de información.

El doctor Augusto Tarazona, quien ha tenido una importante responsabilidad como viceministro de prestaciones y aseguramiento en salud, presentó una ordenada exposición respecto a la manera que se ha respondido desde el sistema de salud, en los distintos momentos del desarrollo de la pandemia. Preciso críticas, errores y deficiencias, pero también señaló los ajustes, las correcciones sobre el proceso y los logros alcanzados por el sector salud de los diversos niveles de gobierno y la sociedad civil en el enfrentamiento a la pandemia.

Presenta conclusiones que dejan constancia que, en efecto, se han identificado problemas muy serios en la respuesta a la pandemia por el sistema de Salud del país. El sistema no estaba ni está preparado para enfrentar una pandemia como la de la covid-19. Los servicios de salud antes de la pandemia ya afrontaban crónicas deficiencias en infraestructura, recursos humanos, medicamentos e insumos; y, en organización y financiamiento. A esto se agrega el hecho de que la respuesta nunca dejó de ser predominantemente hospitalaria, lo que es necesario cambiar.

También resaltó el grave error cometido por la Alta Dirección del Minsa al inicio de la pandemia, que minimizó la preparación para enfrentarla. Este es una especie de pecado inicial, que se constata

cuando se revisa la Resolución Ministerial del 31 enero de 2020, a través de la cual el Minsa, según las orientaciones de la Organización del Mundial de la Salud, pone en marcha el primer plan de enfrentamiento a la pandemia en el que ratifica esta visión fundamentalmente hospitalaria, pero además con una errada valoración frente a lo que podría ser el impacto de la pandemia. Por esta razón, en este primer Plan solo se presupuestó algo más de tres millones de soles, para financiar las actividades para enfrentarla. En ese momento, es probable que ya se hubieran producido algunos casos, como lo mostró el doctor Cordero en su presentación.

Es necesario recordar que hacia el 20 de febrero de 2020 la ministra de Salud expuso este Plan ante el Consejo Nacional del Colegio Médico, en donde se hicieron críticas a lo limitado que significaba el Plan frente a la gravedad de la amenaza y a lo reducido del financiamiento para enfrentarla, el que sería sobrepasado rápidamente por la pandemia. Por eso expresamos que este Plan es una especie de pecado inicial, que se tuvo al momento de planificar el enfrentamiento a la pandemia y después hemos visto las consecuencias derivadas de esta situación.

El doctor Tarazona nos presenta múltiples y significativas conclusiones que están debidamente ordenadas y sistematizadas, para que sobre la base de ellas se puedan desarrollar recomendaciones que permitan enfrentar estos problemas. Además, es necesario que el Minsa evalúe la actuación de los otros actores públicos y privados en la respuesta a la pandemia. Estos requieren procesar sus lecciones aprendidas y aportar para las futuras contingencias que vamos a tener en este terreno. Actores muy importantes en el enfrentamiento a la pandemia son Essalud, las sanidades militares y de la PNP y el sector privado.

La doctora Milagritos Fernández, desde su preocupación principal, que es el primer nivel de atención, la salud comunitaria y la APS, nos ha presentado una revisión de la misma y la presentación de experiencias que muestran de que es factible enfrentar esta dura contingencia con base en experiencias positivas desarrolladas por diversos actores sociales que actuaron con este enfoque.

Durante su presentación ha insistido en la necesidad de variar la mirada con la que se afrontan los problemas sanitarios. Reiteró que este sigue siendo un enfoque basado en lo que pueda hacer el hospital, así como el centrismo de la institucionalidad pública como el eje de la respuesta. Asimismo, nos reiteró la necesidad de poner en el centro de la respuesta a la población, a la ciudadanía, a la cual deben ir dirigidas todas nuestras preocupaciones y acciones.

También resumió conclusiones y lecciones aprendidas, a partir de experiencias de distintos actores, tanto institucionales, como de la sociedad civil, que muestran, en medio de la pandemia, iniciativas locales para enfrentarla, desarrolladas por establecimientos del primer nivel de atención (PNA), centros de salud, que no solo no cerraron, sino que se proyectaron a la comunidad y promovieron la participación de la ciudadanía, lo que permitió apoyarlas en la protección de su salud. Es también muy importante recoger todas estas experiencias.

Desde el Minsa también se han desarrollado este tipo de acciones tanto desde el área de promoción de la salud y la secretaria de descentralización. Asimismo, es necesario destacar iniciativas desarrolladas desde los gobiernos locales, que durante la pandemia han cumplido un rol muy importante al lado de su ciudadanía y en sus territorios.

### **Ética y pandemia**

En el enfrentamiento a la pandemia todos los niveles de decisión desde la Alta Dirección hasta los establecimientos del PNA, tomaron decisiones y aplicaron medidas con el propósito de minimizar sus

graves consecuencias para la comunidad nacional y con el objetivo de controlar la diseminación del coronavirus y el incremento de los contagios, las formas severas y graves de la enfermedad y evitar la mortalidad.

Estas tomas de decisiones incluyen aspectos desde la adquisición y distribución de los escasos recursos, como los Equipos de Protección Personal (EPP), insumos para el diagnóstico de laboratorio, pruebas diagnósticas, medicamentos, oxígeno medicinal, vacunas y sus prioridades de distribución y aplicación, ensayos clínicos, autorizaciones temporales de aplicación de emergencia de medicamentos y vacunas, hasta la restricción de libertades individuales, todas son medidas que tienen que sustentarse en valores y el respeto a las libertades y derechos ciudadanos. Así como el comportamiento y la conducta correcta de cumplimiento de los deberes de la profesión médica.

Se trata de los aspectos éticos vinculados con la respuesta frente a la pandemia y son de responsabilidad institucional del CMP, que tiene que ser asumido, porque cuando se trata de médicos, es su responsabilidad exclusiva y excluyente.

Daniel Alcides Carrión, Mártir de la Medicina Peruana, es paradigma de la Profesión Médica nacional. Con su sacrificio nos legó una gran enseñanza y una gran responsabilidad a los médicos peruanos. Es la gran lección ética de ser capaces de la entrega total en búsqueda de la verdad y el bienestar de los pacientes y de la comunidad. En el enfrentamiento a la pandemia, los médicos y médicas peruanos han dado una muestra muy importante de esta conducta ética y testimonio –heroico y severo– son las decenas de médicos fallecidos, en la primera línea, cuando enfrentaban la pandemia.

La pandemia de la covid-19 nos han presentado grandes dilemas éticos que los médicos, profesionales de la salud y nuestros organismos representativos estamos en la necesidad de reflexionar y esclarecer a la luz del sacrificio de Carrión, para sacar lecciones y estar mejor preparados para nuevas epidemias. No debemos olvidar, que al Perú fue uno de los países que les fue peor en el enfrentamiento a la pandemia. Desnudó no solo al sector salud cobrándonos el más alto número de muertos por millón de habitantes en el mundo. Nos faltó de todo: camas UCI, pruebas moleculares, laboratorios, respiradores, oxígeno, medicamentos, personal, especialistas, técnicos, equipos de protección personal, autoridad sanitaria y rectoría, políticas de salud pública, primer nivel de atención, políticas sociales, seguridad alimentaria. La informalidad de casi el 80 % de la PEA, la pobreza y las desigualdades sociales hicieron evidente los profundos abismos que nos separan a los peruanos.

Los oligopolios del sector privado de la salud, las grandes clínicas y seguros, las cadenas farmacéuticas, las plantas productoras de oxígeno medicinal, la *big farma* de las vacunas mostraron la voracidad de la mercantilización de la salud. La pandemia fue una oportunidad de enriquecimiento desmedido. La corrupción profundizó su accionar aprovechando la emergencia y necesidad de acelerar procesos, pasó factura al país y a la orden médica.

Todo esto no puede volverse a repetirse. Pero, muy pronto, los interesados y beneficiarios de siempre se están olvidando. La crisis global que afectó a la sociedad, llevó al consenso al más alto nivel político y en la opinión pública, que no solo había que detener los efectos de la pandemia, sino transformar el sistema de salud. Y esa transformación del sistema de salud está pendiente.

Nos parece fundamental que el CMP lleve adelante un proceso, con la participación de los médicos y de las sociedades científicas, particularmente aquellas que tuvieron una directa participación, como fueron las sociedades de emergencia, las sociedades de intensivistas, infectólogos, los salubristas, medicina interna, entre otros. Asimismo, reunir a los jefes de las unidades intensivas para intercambiar sus experiencias sobre los terribles momentos que pasaron y siguen pasando, en la atención de los graves casos de pacientes afectados por la covid-19.



Esto es importante para poder con ellos reflexionar y dilucidar aspectos que tienen que ver en temas de ética y la ciencia, como los ensayos clínicos aleatorizados, con el tema de las autorizaciones extraordinarias para el uso de las vacunas. Como sabemos se ha realizado proezas, como el hecho de desarrollar vacunas, que antes demoraban diez años, en un tiempo récord. Esta situación tiene que ser valorada por los colegas médicos. Creemos que es muy importante valorar el riesgo que significa para los médicos el enfrentamiento a estas situaciones tan difíciles.

Los médicos hemos tenido otras ocasiones, en la que enfrentamos situaciones de alto riesgo, como desastres naturales diversos, la relación con los pacientes con VIH, con tuberculosis multidrogorresistente, hepatitis, etc. La covid-19 nos ha cobrado tremenda cantidad de vidas. Creemos también que hay que revisar el comportamiento, que tuvieron las universidades y los jóvenes estudiantes e internos de no ir a atender a los pacientes durante la pandemia. Tenemos también que conocer y reflexionar en qué condiciones se hizo la negociación de la adquisición de las vacunas, cuando la *big farma* negociaba con representantes nacionales, “como con una pistola sobre su cabeza”, imponía condiciones leoninas contrarias al interés nacional, aprovechaba las circunstancias dramáticas del avance de la pandemia, la extremada urgencia de las vacunas y la demanda de los países urgidos por proteger a su ciudadanía.

Todas estas situaciones tienen que ser evaluadas y en particular el encargo recibido por el CMP de revisar las vacunaciones irregulares de más de quinientos médicos (*vacunagate*). Es muy importante poder informar a la orden médica y a la comunidad nacional cuál es, finalmente, la valoración que han realizado los organismos de Vigilancia Ética y Deontológica y los órganos directivos en el CMP y, por supuesto, también la situación de los médicos que tuvieron que retirarse de los establecimientos de salud, por comorbilidades y mayores de 60 años, ya que hubo expresiones de un comportamiento totalmente inadecuado, cuando algunos en lugar de permanecer donde debieran –en casa o el servicio público–, laboraban en establecimientos privados. Todo esto tiene que ser valorado para sacar lecciones y seguir siendo fieles y leales a nuestro compromiso con Carrión.

Termino recordando la Dialéctica Póstuma de Carrión, que el maestro Hugo Pesce, en 1965, a los 80 años de la muerte de Carrión, realizó a la promoción que egresaba ese año: “aún no he muerto, amigo mío”, dijo Daniel Carrión a sus condiscípulos, cuando estaba en el lecho final de su sacrificio. Y con el maestro Pesce podemos contestarle hoy: “aún no has muerto Carrión”, expresión de esto es la entrega sin límites de los médicos que han fallecido en el servicio de la sociedad peruana en la lucha contra la pandemia.





# Lecciones no aprendidas de la historia de la lucha contra la covid-19

6

**Dr. Jorge Lossio-Chávez**

Comentaré desde lo que ha sido mi línea de carrera: la historia de la salud, y ver como este enfoque histórico de alguna manera puede ayudar a entender y no olvidar rápidamente, por qué nos fue tan mal y qué cosas debemos remediar. En el caso peruano, la tragedia que produjo la pandemia de la covid-19, se debió a múltiples factores, de los cuales quiero enfatizar tres: 1) problemas estructurales en salud, vivienda, empleo; 2) malas decisiones gubernamentales en una coyuntura de inestabilidad política; y 3) la poca valoración hacia la ciencia en un amplio sector de la población peruana. De igual forma, quiero enfatizar que estas debilidades se habían visto en experiencias de pandemias pasadas, por ejemplo, esa negación inicial o ese tiempo inicial muy largo en que no se reconoció la gravedad de lo que se venía; el escepticismo de algunos sectores; el buscar culpables entre los más vulnerables, etc. Lamentablemente, no se trabajó lo suficiente para superar estos factores.

Un debate histórico en salud, que viene desde el siglo XIX, pero cada cierto tiempo se repite, es el que se desarrolla entre el sector que enfatiza lo que ahora se conoce como Determinantes Sociales de la Salud y otro sector que enfatiza un enfoque biomédico. Es decir, la tensión entre quienes han favorecido las respuestas biomédicas a los problemas de salud y quienes han enfatizado la necesidad de mejorar las condiciones de vida como la mejor manera de confrontar epidemias y pandemias. Cuadro 6.1.

Un ejemplo histórico, ocurrió en 1991, año en que se produjo una epidemia de cólera en el Perú. que llevó al contagio de más de 300 000 personas en el país y a la muerte de aproximadamente 3 000 personas. Hubo mucha menos muerte de la que se esperaba gracias a las respuestas inteligentes de los funcionarios de la salud. El hecho de que apareciera una epidemia de cólera en el Perú de fines del siglo veinte, era consecuencia de problemas estructurales en acceso a agua potable; el tratamiento de las aguas; acceso a desagües; las precarias condiciones de vivienda; pobreza urbana; la situación de las ciudades, etc. El gobierno de entonces y la prensa culpó a las víctimas de la enfermedad. Se asoció con las migraciones del ande a la costa y con la supuesta falta de higiene de los vendedores ambulantes de comida. Es decir, se buscó crear la idea que esta epidemia era responsabilidad individual de personas que no cuidaban su higiene, se obvió que las determinantes sociales fue la realidad que hizo posible una epidemia de cólera a fines del siglo XX. Entonces hay como un patrón de respuesta o de buscar culpables históricos, y es tratar a veces desde el gobierno evitar reconocer los problemas estructurales y más bien buscar culpables individuales. Cuadro 6.1.

La pandemia de la covid-19 y las lecciones NO aprendidas de la historia.

La pandemia hizo evidente la precariedad en la vivienda, el empleo y la salud.

En vez de confrontar problemas de fondo, se buscan grupos a quienes culpar.



Cuadro 6.1. Determinantes sociales de la salud.

## Problemas en salud, empleo y vivienda

### PRECARIEDAD DEL SECTOR SALUD

En el caso de la covid-19, la precariedad del sector Salud se hizo evidente a pesar de que habíamos tenido un ciclo de crecimiento económico desde 2005 a 2015. La pandemia desnudó toda esa precariedad en distintos sectores, incluido el sector salud con la falta de las camas UCI y del acceso a oxígeno medicinal, etc. Al inicio de la pandemia teníamos uno de los peores promedios de América Latina de camas UCI por millón de habitantes; de igual forma, a poco de empezada la pandemia varios hospitales reportaron desabastecimiento de oxígeno para sus pacientes. Esto llevó a que cada paciente tuviera que ver de cómo financiar una cama UCI, si es que las había disponibles, y conseguir su propio tanque de oxígeno en el sector privado. En ambos casos, la escasez dio pie a la especulación de empresarios de oxígeno y de clínicas privadas y a una elevación exorbitante de los precios. Por supuesto, para muchas familias era imposible pagar lo que pedían las clínicas privadas por una cama UCI. La débil reacción del Estado peruano fue importante en la etapa inicial, que es también histórico en las respuestas a las pandemias, esa negación o letargo inicial de esos primeros meses. De la pandemia se empezó a escuchar desde fines del año 2019, lo que estaba ocurriendo en China, y era claro lo que se venía. Sin embargo, se tomaron muy pocas medidas en esos meses y no solo en cuanto a respuesta oficial del Estado, sino de la misma sociedad. En esos meses previos al desencadenamiento de la pandemia en el Perú, se pudo haber invertido o se pudo haber reaccionado de forma más rápida para confrontar, al menos algunos aspectos puntuales, como era la disponibilidad de plantas de oxígeno o desarrollo de ventiladores mecánicos que durante la pandemia se produjeron en algunas universidades. Esperamos que la crisis de la covid-19 lleve a un mayor gasto porcentual en salud o a la formación de más personal y mejoras en la infraestructura hospitalaria.

### PRECARIEDAD EN EL EMPLEO

Por otro lado, la precariedad en el empleo hizo imposible para la gran mayoría de peruanos guardar el aislamiento social estricto demandado por el Estado, una de las medidas más importantes, para el control de la pandemia, que tomó el Estado. Fue una cuarentena estricta, acompañada de toque de queda y duró más de ciento diez días. Se esperaba que la población se aísle y no salga de su casa,



Figura 6.1. Volante con las acciones preventivas para el control de la epidemia del cólera de 1991.

salvo para cosas muy puntuales. La precariedad en el empleo hacía esto imposible para la mayoría de peruanos, que representan un sector económico informal porcentualmente muy alto.

Como ha ocurrido a lo largo de la historia, en esta tendencia de culpar a las víctimas, en algún momento se quiso echar la culpa del fracaso de la cuarentena a los vendedores ambulantes, pero como señalamos era imposible para muchos peruanos encerrarse en casa durante esos 110 días.

#### **PRECARIEDAD EN LA VIVIENDA**

La cuarentena condicionó que las viviendas se transformaron no solo en espacios donde dormir, sino que se transformaron en oficinas; en escuelas; si alguien de la familia caía contagiado, además se le tenía que aislar dentro de algún cuarto de la vivienda, si es que no tenía síntomas graves. En este punto, la dimensión de la vivienda, el acceso a agua potable, la posibilidad de usar un auto propio, la cercanía a un supermercado, el acceso a Internet, el acceso a laptops y acceso a espacios privados de esparcimiento, entre otros, fueron determinantes en la posibilidad de cumplir con la cuarentena y con lo dictado por el Estado.

El caso de la covid-19 demuestra, como ocurrió con las epidemias y pandemias del pasado, que será muy difícil responder apropiadamente a las futuras crisis sanitarias, con la precariedad con la que convivimos en materia de empleo, vivienda, o educación. Entonces es poco trascendente lo que hagas desde el sector salud, si abandonas todos los otros sectores o no les prestas la importancia debida.

### **Cuestiones coyunturales**

#### **LETARGO INICIAL**

Además de los problemas de fondo, se tomaron malas decisiones gubernamentales y la pandemia reforzó un contexto de inestabilidad y polarización política. En cuanto a las malas decisiones gubernamentales, por ejemplo, en los primeros meses de pandemia, específicamente en el verano del año 2020, hubo dejadez tanto del Estado como de la sociedad. Era iluso pensar que en un mundo tan globalizado un virus tan contagioso iba a quedarse en China. Esos meses iniciales que se perdieron en el caso de la covid-19 no es algo nuevo, se ha visto en el pasado que a los gobiernos les cuesta reconocer la gravedad de una crisis sanitaria, como ocurrió en México cuando apareció el H1N1 en el año 2009. ¿Por qué se da frecuentemente esta situación? Por qué en general, hay el temor del impacto económico y, por un tema de prestigio nacional, ningún país quiere verse asociado con el origen de una pandemia. En el caso del H1N1, las autoridades mexicanas quisieron esperar a que pase Semana Santa por el tema de la retracción del turismo y porque había una visita programada del entonces presidente de Estados Unidos, Barack Obama, que no se quiso cancelar.

#### **ESCEPTICISMO**

A un Estado también le cuesta reconocer que, en su país, ha surgido una crisis sanitaria por todos los estigmas que empiezan a aparecer, como se dio por ejemplo en el caso de China. En EE. UU., producto del racismo, se dieron ataques a los pobladores chinos, o el caso del presidente Trump, que hablaba del “Kung Flu”, en una asociación directa entre la aparición de la epidemia y la situación de los mercados y la higiene en China.

En el caso peruano, además, hubo una retroalimentación entre la crisis sanitaria con la crisis política, tuvimos cuatro presidentes en los dos años iniciales de la pandemia, así como ocho ministros de salud. La pandemia llegó en un contexto de una espiral de inestabilidad política, pero la crisis de la pandemia también aceleró o agravó esa situación de inestabilidad. ¿En qué sentido? Tuvimos

marchas, confrontación entre legislativo y ejecutivo, acusaciones, la prensa que se alía a un sector. Esto no ayudó en el caso específico de la pandemia, porque, ya de por sí, había una situación de desconfianza a la información que transmitía el Estado o los funcionarios de la salud.

En el caso de la epidemia del H1N1, en el año 2009, también hubo un sector amplio de la población peruana y de México, que no reconocían o no aceptaban como verdad que estuviera ocurriendo una pandemia; pensaban que era una excusa del Estado para lograr mayor control social o era un invento de farmacéuticas para vender más medicamentos. Entonces, a una desconfianza, que de por sí ya existe hacia los actores políticos y también hacia los actores científicos, mellaron la confianza de la sociedad en el Estado y en sus políticas de respuesta a la pandemia. Por ejemplo, las disputas sobre la efectividad de las vacunas, sobre el rol del Estado o el sector privado en la campaña de vacunación, sobre la eficacia de las vacunas chinas, el escándalo del *vacunagate*, todo esto llevó a que inicialmente muchas personas dudaran en vacunarse. Además, decenas de miles de peruanos decidieron viajar a los Estados Unidos para vacunarse frente a la desesperanza por las limitadas posibilidades de vacunarse en el país. Posteriormente, con la llegada de los lotes de vacuna y las mejoras en la campaña de vacunación y la organización de los *vacunafest* la situación cambió drásticamente.

También hay que reconocer que en ese contexto se pierden liderazgos; con los virus nuevos hay ciertos patrones históricos que se repiten, pero cada virus es distinto, cada contexto histórico es distinto. Los mismos políticos y funcionarios también están aprendiendo cómo lidiar con esta crisis, y la producción de un cambio tras otro condiciona que se pierda el liderazgo y se agrava la situación de desconfianza hacia la información que viene desde el Estado.

### **La ciencia y las respuestas sociales**

Lo que se ha visto también, y claramente se ve desde inicios del siglo XXI, es un incremento de la desconfianza hacia la ciencia y la salud. Han aparecido mucho grupos u organizaciones peruanas y globales, con ideas que generan desconfianza, como es el caso de las vacunas. De estos movimientos, preconizan que se busca un “Nuevo Orden Mundial”, y las vacunas son la estrategia para esterilizar o hacer daño a las personas. También se generó desconfianza en el caso específico de la covid-19, que las vacunas aparecieran, de forma tan rápida, ya de por sí un sector amplio de la sociedad no entiende cómo funciona la ciencia y cómo se producen las vacunas.

De toda esta circulación de *fake news* que tienen mucho eco, que le pueden parecer a una comunidad científica como ideas absurdas, pero que rebota mucho. Por ejemplo, como anécdota, contar que hace como ocho años la Universidad Católica me pidió grabar pequeños videos de sucesos importantes de la historia de la ciencia, y los dos de distintos temas. Los dos videos (los colgaban en YouTube) que tuvieron más polémica o generaron más comentarios negativos, eran “desde cuando se sabe que la tierra es esférica”, y mucha gente terraplanista atacaba esa idea. Que puede parecer absurdo en el siglo XXI, pero muchísimos comentarios: “¿de dónde había la evidencia?”, “de que eso no era verdad”, “que claramente si uno se para y ve el horizonte ve que la tierra es plana”. Y claro, uno puede pensar como que eso es absurdo, pero hay un movimiento de difusión de ideas que es muy fuerte en redes sociales.

El otro tema que generó mucha desconfianza fue el relacionado a las vacunas. Y también hay una lección no aprendida del todo por el Estado peruano, o de las mismas comunidades científicas. Es prioritario trabajar más en la popularización de los conocimientos científicos. Eso parte por dejar de asumir que la población va a aceptar como cierto lo que le dicen sus funcionarios de salud o lo que

le dicen sus científicos, cuando esto no es necesariamente así. Hay mucha ignorancia, en el buen sentido, si se quiere, de cómo funciona la ciencia, hay mucha desconfianza. Hay términos que para un científico pueden ser evidentes o claros, pero para la sociedad: ¡No! Por ejemplo, vimos con la covid-19, como la idea del portador asintomático mucha gente no lo aceptaba, y decían: “¡Ah, no!, esto es otra forma de querer patologizar a una persona que está sana, es una persona que está sana, que no tiene ningún síntoma, ya de pronto los científicos quieren decir que está enfermo”. O el tema de la “inmunidad de rebaño”, que tampoco se entendió, y entonces era como la idea al inicio: “ya mejor que todos se contagien y así salimos de la pandemia de una vez”. Pero cada virus puede ser distinto, no todos necesariamente una vez contagiado adquiere esa inmunidad para toda la vida.

Otro aspecto que también se ha visto en muchas experiencias de crisis de salud, epidemias y pandemias de la historia peruana, es que la sociedad recurre no solo a los médicos o a lo que dicen los funcionarios de la salud. En contextos de crisis se ha visto la relevancia que adquieren los charlatanes o la relevancia que adquieren la medicina tradicional (Figura 6.2). Esto también se vio en la pandemia de la covid-19, por ejemplo: el uso del matico, el kion, que pueden ser plantas tradicionales valiosas para ciertas cosas, no necesariamente para la covid-19, pero, en un contexto de crisis: de poco acceso a salud; de un mar de información que circula, la gente empieza a recurrir a este medicamentos, no necesariamente validados por la ciencia, o también estuvo el caso del dióxido de cloro, o la ivermectina que fue más polémica porque hubo mucha confusión o discursos ambiguos al inicio de la pandemia.

Como consecuencia de esto, hay una necesidad importante, prestarle más atención a lo que es divulgación científica o educación científica. Por otro lado, reconocer que vivimos en un país multicultural donde no necesariamente se escucha a los científicos o a los funcionarios de la salud, sino que se escuchan, las tradiciones médicas, ancestrales, se escucha a los charlatanes, la gente se automedica, o se escucha lo que circula por las redes sociales. Allí hay un esfuerzo que hacer, más allá de asumir que lo que digan los científicos o los funcionarios de salud, va ser lo que la población escuche y haga caso.

**FUERA PESTE EN PERU—El tónico del Dr. George Kavan:h está haciendo maravillas.**  
**Todes los que lo toman tiempo, se (salvan y no hay necesidad de médico parplicarlo, ni otras medicinas para combatir el mal!**  
**¡Una ó dos copas bastan**  
**¡Nadie debe estar sin esónico so pena de cometer uu suicidio!**  
**¡Por su precio está al alce de ¡todos!**  
**Se vende:**  
**Portal de Botoneros N. 5**  
**Botica Inglesa, calle de Baderos.**  
**Botica del Dr. D. Valent Dávalos, calle de Bodegones.**  
**Botica del Progreso, calles Melchor-malo.**  
**Botica de la Columna, ca. de San Lázaro.**  
**Botica de D. José Grego Zuleta.**

**¡NADIE ESTE SIN LA BOTELLA!**



Figura 6.2. La historia de los elementos mágicos y la medicina tradicional.

## Conclusiones

Entonces, para concluir, enfatizar que la tragedia peruana en el caso de la covid-19 fue resultado, obviamente, de muchos factores.

- Lo mal que nos fue, también fue producto de una coyuntura de inestabilidad política, que existía antes de la pandemia, pero que se reforzó durante la misma. Esta inestabilidad llevó a cambios constantes de presidente y ministros y lucha permanente entre los poderes del Estado en medio de una crisis sanitaria pocas veces vista en la historia.
- Hay muchos patrones de respuesta históricos que se han visto en el caso de la covid-19, a los que hay que poner en relevancia. Se viene advirtiendo desde hace 150 años, o un poco más, por algunos sectores, y es un debate que aparece y reaparece entre el enfoque más biomédico y quienes enfatizan la necesidad de confrontar problemas estructurales, como la precariedad en vivienda, empleo y salud. Para poder lidiar de buena forma con las futuras crisis sanitarias que vengan.
- También hay que reconocer que vivimos en un país con distintas cosmovisiones en salud, distintas tradiciones y que hay que incorporar eso en las políticas en tiempos de emergencia; no necesariamente recetar medicamentos o plantas que no se saben si van a funcionar, pero sí reconocer la existencia de esta diversidad.
- Finalmente, creo que es necesario reconocer que en el Perú debemos prestar atención a cómo la población percibe a la ciencia, al quehacer científico y cómo se valida la información que se recibe; ya en otros países existe la carrera de divulgador científico, que muchas veces pueden ser científicos o comunicadores, pero especializados en ciencia.



# Protección social en tiempos de la pandemia

## 7

**Dra. Alexandra Ames-Brachowicz**

Creo que es muy importante darnos este espacio en un proceso de recuperación pospandemia de la covid-19. Precisamente para cerrar este círculo de lo que involucra una crisis, la última etapa es necesario hablar de las lecciones aprendidas, para poder sacarle el máximo provecho, no solo a todos los errores que se pudieron haber cometido en términos de decisiones estratégicas como operacionales, sino también para crear una agenda y ver a la crisis como la oportunidad, para hacer reformas relevantes que nos permitan mitigar los efectos negativos para futuras crisis. Finalmente, las crisis no son ajenas, como creemos, al ciudadano.

La lámina muestra cómo las diferentes crisis, o los diferentes *shocks*, pueden golpear a las familias; como puede ser un desastre natural o un choque más particular en un hogar, cuando el jefe del hogar, se ve obligado a dejar de trabajar, porque sufre un accidente laboral. Por ejemplo, un carpintero que tiene un accidente mientras está trabajando, se rompe la pierna y tiene que estar seis meses en casa sin poder trabajar. Este jefe de hogar que es el sustento; sin seguro de salud, sin seguro de trabajo, pues se encuentra frente a una situación de riesgo, que puede sin lugar a dudas llevarlo a una situación de pobreza o a generar una serie de privaciones vinculadas a la calidad de vida, incluida la calidad alimentaria de los miembros del hogar.

En la Figura 7.1, vemos como antes de la pandemia, alrededor de un 30% de los hogares, aproximadamente, ya sufría diversos choques adversos, vinculados en su mayoría a desastres naturales, pero también a enfermedad o accidente grave de algún miembro del hogar. Esto está vinculado a la ausencia de un sistema de protección social sólido en el Perú, que permita afrontar estas adversidades con mayor resiliencia cuando se presentan estas situaciones. Si nosotros dividimos, estos números entre el mundo urbano y el mundo rural, en el mundo rural el porcentaje crece o supera el 40%, y donde los desastres naturales son precisamente la causa principal a estas crisis que le tocan a los distintos hogares.

Esto es algo que ya se sabía, que se ha dicho de manera reiterativa a lo largo de 2020 y 2021, era una realidad que no queríamos ver. Se ha desnudado esta situación incómoda de la que ya hablábamos, pero que no nos permitía de alguna u otra manera tomar decisiones importantes para poder enfrentarlas. Probablemente, vamos a estar un poco lejos de que nos vuelva a suceder una pandemia tan grande como la que hemos tenido, pero no sabemos necesariamente si en cualquier momento puede venir un evento natural que puede traernos abajo nuevamente, o golpear, particularmente, a aquellas personas que no acceden a este sistema de protección social.

La Figura 7.2 explica, por ejemplo, la opción tomada en los hogares que sufrieron choques adversos: “¿qué hicieron para intentar superarlo?, ¿cómo se apoyaron?, ¿cómo se ayudaron?” Podemos ver la línea número 7, que es la más baja, que “Recibieron ayuda del gobierno”; es la opción que menos se responde en la Encuesta de Nacional de Hogares, cuando alguien sufre un choque. Vemos, como la línea 3, que es la que viene creciendo, “Gastaron su ahorro o capital” suele ser una de las más frecuentes, seguida de “Recibió apoyo de familiares”. Esta situación es bien interesante, la línea 8, porque nos dice



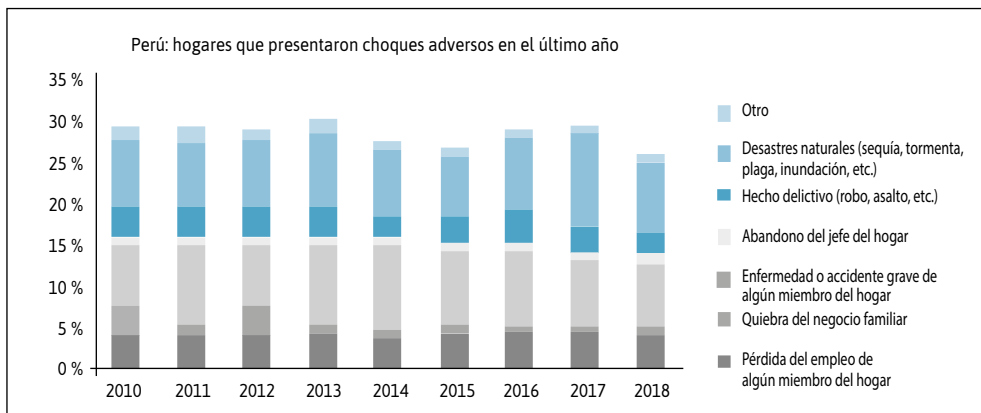


Figura 7.1. Las crisis no son ajenas a los peruanos. Fuente: ENAHO 2010-2018. Elaboración: Observatorio de Políticas Públicas de la Escuela de Gestión Pública de la Universidad del Pacífico.

como frente a la ausencia, precisamente, de un sistema institucional de protección social, podemos por lo menos contar con el capital social con base en la organización social.

En la pandemia se tomó, a mi juicio, una pésima decisión de cerrar los comedores populares por motivos de salubridad, pero la gente de alguna manera se organizó para sacar adelante las “ollas comunes”, y poder organizarse para poder evitar el hambre dentro de sus familiares, frente a las decisiones que se tomaron “estrategias formales para un país o una economía informal”. Y de hecho, una de las preguntas claves es: ¿qué tanto la informalidad fue una variable para las decisiones durante la pandemia?

En la Figura 7.3, el nivel de rigidez de confinamiento de los países, tiene una relación interesante con los países más informales. Ese es el promedio de todos los días, se sacaba un coeficiente de rigidez en

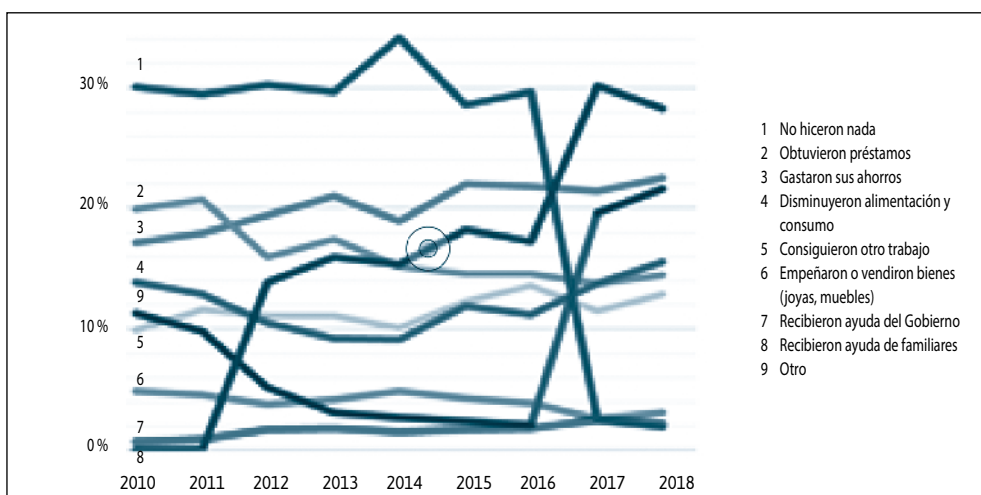


Figura 7.2. Perú: Hogares que sufrieron choques adversos el año anterior y qué hicieron para intentar superarlo. Fuente: Enaho 2010-2018. Elaboración: Observatorio de Políticas Públicas de la Escuela de Gestión Pública de la Universidad del Pacífico.

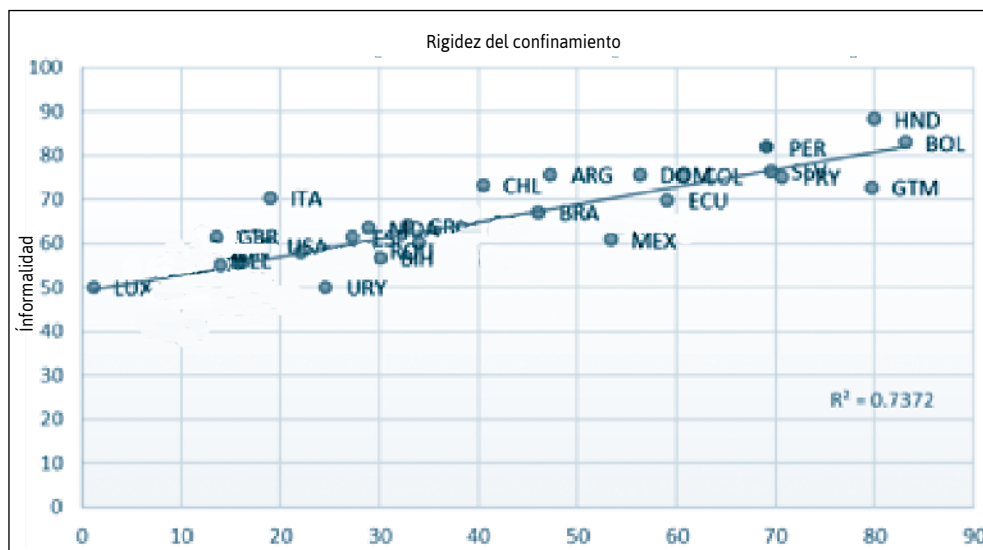


Figura 7.3. Índice de rigidez del confinamiento e informalidad. Fuente: Our World in Data. Banco Mundial.

el año 2020; vemos como Perú fue uno de los países que mantuvo por largo tiempo un nivel de rigidez que evitó que la gente pueda salir a trabajar con normalidad.

Cuando cruzamos, sin embargo, el nivel de movilidad, que la gente hacía a los mercados, a las farmacias, a las tiendas o a los lugares de trabajo, vemos como la relación, ya no es tan sólida; más bien hay una gran dispersión en donde el nivel de movilidad, a pesar de que el índice de rigidez se mantiene, se va reduciendo, en el sentido que va cayendo menos la tasa negativa en comparación con el año anterior. Entonces es importante notar que, por lo menos en el caso de la rigidez, la informalidad tuvo un rol significativo para que no se mantenga de acuerdo a lo previsto.

Sin embargo, vemos como Perú, a pesar de tener un índice de rigidez muy fuerte durante el año 2020, fue uno de los países que tuvo una tasa de mortalidad por millón, bastante alta. Si cruzamos la tasa de mortalidad por millón con la caída en la economía, vemos que también es uno de los países que tiene una correlación de ambas. Figura 7.4.

A la hora de tomar las decisiones respecto a qué hacer, una vez que todos en el Perú se dieron cuenta de la importancia de aplicar medidas de confinamiento, la pregunta que sigue es ¿qué otras decisiones fueron acompañadas de este contexto de informalidad? Si dividimos, por ejemplo, a la población de trabajadores en diez grupos iguales y los ordenamos de ingresos menores a mayores, vemos como la población con menores ingresos son precisamente la población que tiene mayor índice de informalidad (Figura 7.5). Entonces, cuando encierras a la población, lo que estás diciéndole es: “no puedes salir a trabajar”, y una población informal, a la cual el Estado no llega a través de las empresas o de las medidas de política social, que se pudieron haber dado a las empresas grandes o medianas, lo que estás haciendo es generar una gran privación entre los trabajadores informales. Figura 7.6.

El primer día de la pandemia se anunció la entrega de un bono por quince días, de 380 soles, pero, a medida que la pandemia perduraba fue ampliándose el tiempo de confinamiento, y este monto no necesariamente se fue incrementando, como lo vamos a ver más adelante.

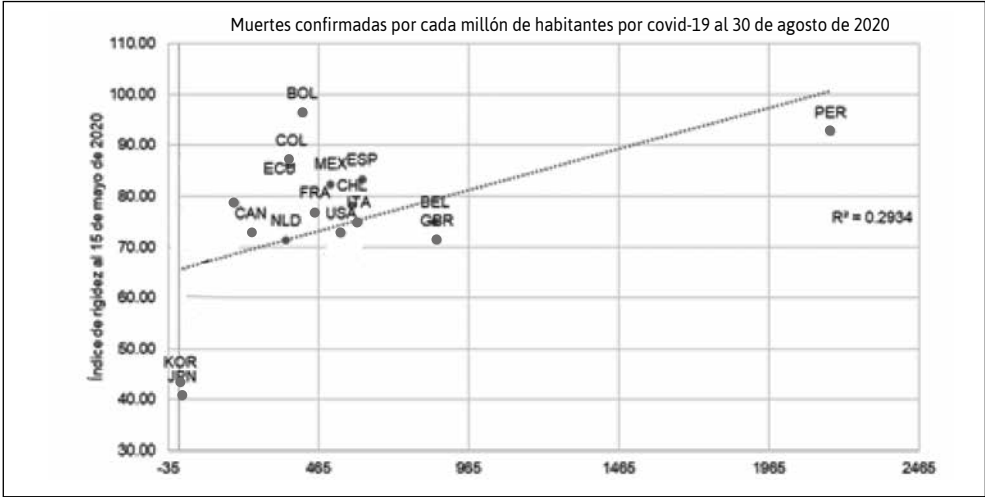


Figura 7.4. Índice de rigidez y muertes por covid-19. . Fuente: Our World in Data. Banco Mundial.

No solo la informalidad era un aspecto que debía tomarse en cuenta para las decisiones posteriores a este falso dilema entre la economía y la salud, sino también la “vulnerabilidad social”; y como tenemos una clase media que ha generado su propia resiliencia de manera independiente, paralela a las políticas públicas, paralela a lo que el Estado ha podido entregar, frente a cualquier situación adversa que se podría presentar, como fue la pandemia, retroceden a una situación de pobreza muy dura.

La información del INEI permite estimar cálculos respecto a cuál es el nivel de vulnerabilidad que pueden tener los hogares en el Perú, y vemos, que esa es una data que todavía no se está utilizando de manera adecuada para tomar decisiones en términos de política social en el país.

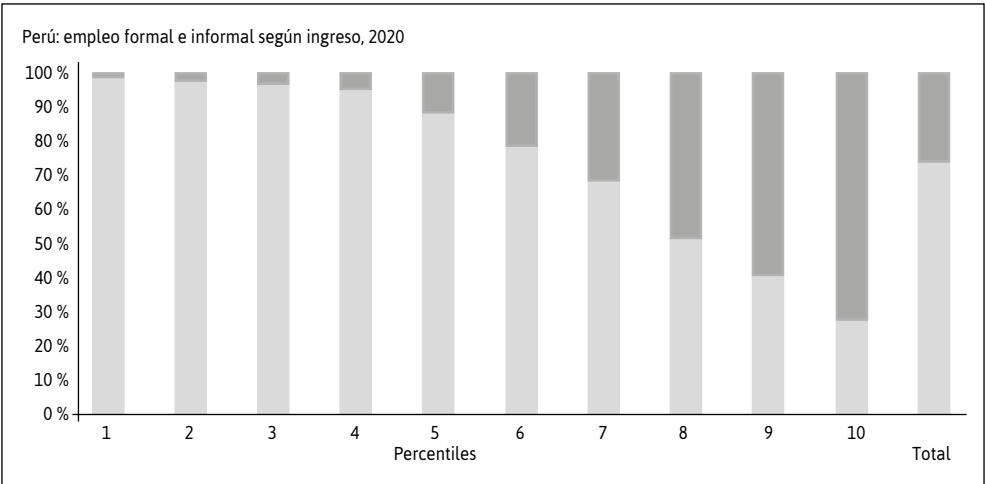


Figura 7.5. Relación entre niveles de ingreso e informalidad. Fuente: Our World in Dat, Banco Mundial, Comunidad Andina.

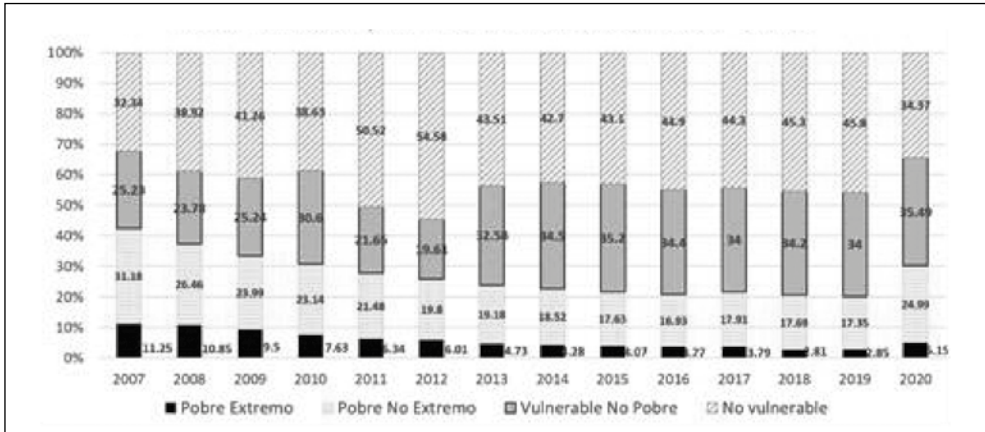


Figura 7.6. Pobreza monetaria y vulnerabilidad. Perú 2007-2020.

Respecto a las percepciones de la pandemia, ante la pregunta: “¿cómo estás pasando la cuarentena hasta ahora?”, la respuesta, mayoritaria es que ha sido complicada por la falta de ingresos. En abril, el 50 % optó por esta respuesta, que fue la más popular; pero en mayo pasó a un 57 %. Entonces, la falta de ingresos, a pesar de la decisión de la entrega de los bonos, de un mes a otro creció siete puntos. Figura 7.7.

Cuando se le pregunta a la gente: “¿qué cosa te da más miedo?, ¿a qué cosa le temes más, a la covid-19 o al hambre?”, vemos como en abril todavía la covid-19 no se notaba como algo tan peligroso, 45 % no es poco, pero vemos que, comparado con el miedo al hambre, es una situación que tiene que generarnos un mínimo de dolor y convertir esto en decisiones de política pública. Esto cambia en mayo, evidentemente porque vemos que las tasas de contagios, de colapso del sistema de salud y de

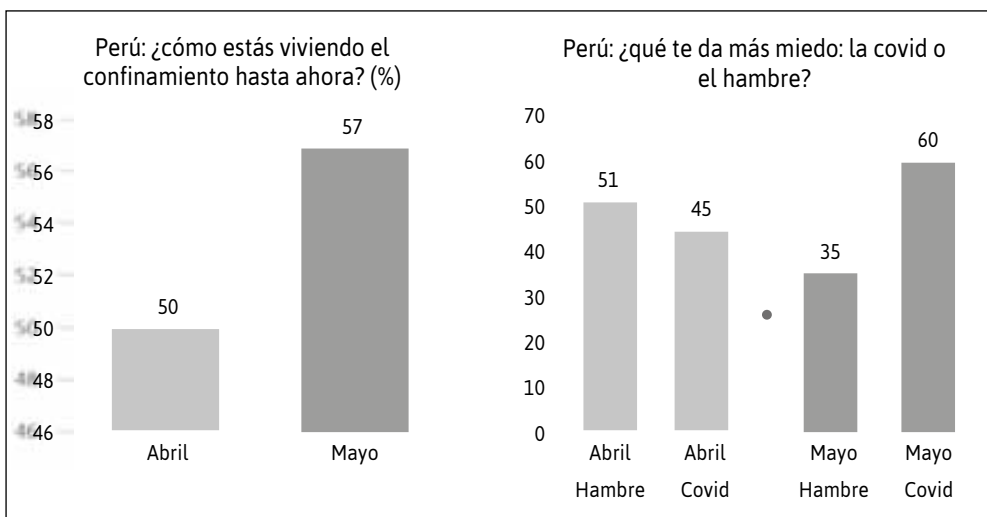


Figura 7.7. Percepciones de la pandemia. Fuente IEP, 2020.

Tabla 7.1. Entrega de bonos a los hogares.

Nombre del bono	N.º de hogares beneficiados	Fecha de anuncio	Fecha de publicación	Fecha de inicio de pago del DU	Avance al 3 de abril	Avance al 24 de mayo
“Yo me quedo en casa” I	2,7 millones	16/03	15/03	23/03	51,5 %	90 %
“Yo me quedo en casa” II	2,7 millones	23/03	21/04	04/05	0 %	90 %
Independiente	780 mil	23/03	27/03	08/04	0 %	83 %
Rural	1, 1 millones	16/04	19/04	14/05	0 %	30 %
Universal Familiar	2,2 millones	23/04	05/05	20/05	0 %	6 %

Fuente: Elaboración propia.

muerres crecieron significativamente, y, por lo tanto, la cifra también creció; sin embargo, el hambre no deja de ser una cuestión menor para los hogares peruanos. Figura 7.7.

La decisión de hacer entrega de bonos, que en un inicio fue muy bien recibido; y extraordinariamente bien comunicado el primer día, dio la tranquilidad, la confianza de que por los próximos quince días se iba a entregar un bono (Bono: “Me quedo en casa”) de 380 soles. Desde mi perspectiva, un bajo monto para lo que implican los gastos de una canasta básica familiar per cápita, pero fue importante que se lograra agendar y pagar rápidamente. Sin embargo, al momento de extender la cuarentena a dos semanas más, se decide aumentar 380 soles más este bono, que hacía un total de 760 soles. Tabla 7.1.

Pero aún quedaba una gran población con una gran duda sobre la disponibilidad de este bono. Este primer bono se diseñó para población en situación de pobreza, no para la población de clase media vulnerable. Entonces, cuando se amplía por dos semanas más, recién el 23 de marzo, se decide entregar un “Bono independiente” a los trabajadores no dependientes, pero recién el 8 de abril

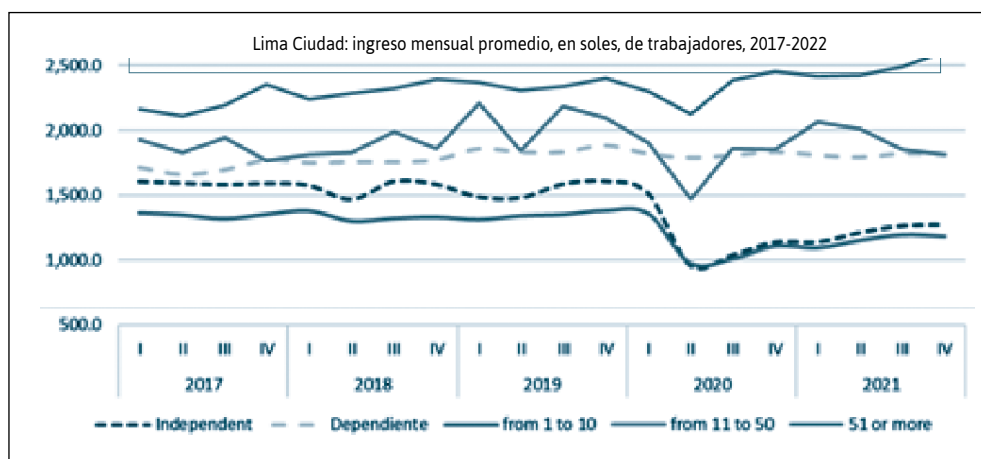


Figura 7.8. Recuperación de ingresos está pendiente. Lima Ciudad: ingreso mensual promedio, en soles, de trabajadores, según ocupación y compañía, 2017-2022.

**¿Qué hacer?**

- Diseñar e implementar un sistema de protección social adecuado.
- Establecer una cultura de toma de decisiones basados en datos y en la evidencia.
- Apostar por y escalar programas sociales que han demostrado gran impacto en la lucha contra la pobreza.
- Generar un sistema de bases de datos de identificación a los ciudadanos interoperable

Cuadro 7.1.

empieza a pagarse, a más de un mes después de que se dio la cuarentena. Luego, esto se va ampliando en términos de magnitud, de población beneficiaria, pero no necesariamente se acompaña de bonos adicionales, por lo que esos 760 soles se convirtió en un monto ya no mensual, sino para más de tres meses, por los 106 días que duró la cuarentena y no se logró ampliar la entrega de nuevos bonos.

Calculado este monto a un valor diario, el monto era menor que dos dólares al día por familia. Entonces, si esto no servía para una población en situación de pobreza o pobreza extrema, menos iba a servir para una población que estaba en situación de clase media vulnerable.

La recuperación todavía está pendiente. Solemos hablar de algunos indicadores macroeconómicos vinculados, por ejemplo, en términos de empleo, cómo ya nos vamos recuperando en el empleo; pero si le ponemos una lupa a la “calidad del empleo”, vemos como todavía no regresamos a la situación en la que nos encontrábamos en 2019, y ojo, la meta no es regresar a la situación de 2019, la meta es recuperarnos y acelerar el paso, y para eso evidentemente tenemos que tomar decisiones distintas.

Vemos en la Figura 7.8, como la población independiente (que no dependía de un trabajo asalariado), y el grupo de personas que trabajan en pequeñas empresas, fueron los grupos que más cayeron en términos de ingresos en Lima Metropolitana, y vemos como estos todavía no se recuperan a la situación previa a la pandemia. En cambio, los trabajadores de las grandes empresas sí han tenido una recuperación interesante, al punto de que han logrado superar el nivel de ingresos de 2019.

**¿Qué hacer frente a esta situación?**

Empezamos hablando de una realidad desnudada que nadie quería ver, en donde se hablaba de la necesidad de mirar más la pobreza de una perspectiva multidimensional; pero hoy en día volvemos a mirar solo los indicadores macroeconómicos, y estamos posicionándonos en una agenda en donde

**Pobreza humana**

- Implementar un programa de pobreza urbana de transferencias condicionadas.
- Cierre de brechas.
- Empoderamiento de fuerza trabajadora: competitividad.
- Escalamiento de programas temporales de empleo.
- Inclusión de la formalización.

Cuadro 7.2.

### **Graduación-egreso**

Establecer una estrategia de graduación de usuarios.  
Herencia de programas sociales es herencia de pobreza  
(excepto para programas universales)  
Seguimiento de la evolución de los usuarios.  
Generar empoderamiento y autonomía ciudadana.

Cuadro 7.3.

solo el crecimiento del PBI es importante. Evidentemente, es importante, pero no suficiente para asegurar la calidad de vida, y para eso necesitamos, establecer otras estrategias vinculadas a políticas sociales, y al sistema de protección social. Cuadro 7.1.

Se necesita establecer una cultura de toma de decisiones basada en datos y evidencias. Algo que falló mucho para la entrega de bonos era no tener un adecuado sistema, por un lado interoperable, y otro de data disponible. Lo mejor que se pudo tener fue lo que el Mídis ya venía realizando en su momento con población rural, pero todavía quedaba pendiente trabajar estrategias para atender la pobreza urbana.

Eso está vinculado también a la necesidad, de crear sistemas de bases de datos, y de identificación de ciudadanos de manera interoperable; las estrategias de pobreza urbana tienen que tener un enfoque de cierre de brechas, pero también un enfoque de empoderamiento ciudadano, de empoderamiento a la fuerza laboral, para desarrollar mayor competitividad. Cuadro 7.2.

Cuando se habla de competitividad, automáticamente pensamos en grandes empresas, pero olvidamos que detrás de ellas hay personas, entonces el enfoque debe estar en las personas y no en las empresas.

Otro aspecto importante vinculado a las políticas sociales, es que tenemos que asegurar una adecuada estrategia de graduación o de egreso. ¿Cómo van a salir estas personas beneficiarias de este programa social en el que se les va a incluir? Cuadro 7.3.

Y también debe tenerse en consideración el “enfoque territorial”, que es algo que se ha venido hablando también en el primer panel del fórum. Y me parece sumamente importante porque si hay un sector que conoce mejor el “enfoque territorial” en la política pública es el sector de salud, pero este enfoque tiene que transversalizarse a todos los sectores, para asegurar que la toma de decisiones van a tener la adecuada pertinencia cultural, y el adecuado conocimiento geográfico y del territorio, para adaptar diversas estrategias o estrategias diferenciadas. Cuadro 7.4.

### **Enfoque territorial**

Conocimiento territorial que se va a intervenir  
Pertinencia cultural en la entrega de servicios  
Articulación de actores  
Fortalecimiento de capacidades institucionales de gobiernos intermedios  
Fortalecimientos de actores y líderes locales.

Cuadro 7.4.

# Economía y pandemia en el Perú: balance y retos

8

**Eco. Pedro Francke Ballve**

Voy a hacer un repaso de la evolución de la economía en relación con la pandemia de la covid-19 en el Perú, con énfasis en tratar de responder tres grandes preguntas.

La primera, si como dicen algunos sectores la economía peruana había funcionado tan bien entre 1992 y 2019, ¿cómo es que tenemos 240 000 muertos y una tasa de mortalidad de las más altas del mundo? Lo que quiero analizar es si resulta válida la idea de algunos economistas de que el crecimiento es todo lo que importa, mientras al mismo tiempo constatamos que en pandemia, luego de haber crecido, hubo tan alta mortalidad. Esa es a mi juicio la primera gran pregunta a responder sobre la economía y la pandemia.

La segunda gran pregunta que quiero intentar contestar es en relación a lo que se dijo en el momento crítico de la pandemia en el sentido que: “No podemos seguir con la cuarentena y con estas medidas restrictivas de aforos porque se está matando la economía” ¿Eso era verdad o no era verdad? Esta idea llevó a que se presentara la situación como una alternativa que exigía escoger entre salud o economía. Se argumentó que había que escoger solo una de las dos, una disyuntiva terrible. Pero ¿era verdadero ese dilema o no? ¿Había que escoger entre salud o economía, una u otra, necesariamente, o había otra forma de entender la situación?

Y lo tercero que quiero preguntar es ¿cuáles son las lecciones desde el punto de vista del Estado peruano, y propongo la pregunta no de una manera restringida en relación a posibles nuevas pandemias y la salud pública, sino incluso de una manera más amplia, con ampliación de la mirada hacia la estrategia de desarrollo y las relaciones entre el Estado y la sociedad.

## **Antecedentes**

La economía peruana entre los años 2000 y 2019, y posteriormente, ha sido marcada por una política neoliberal; una política donde ha dominado el libre mercado. A las grandes empresas, se le ha dado muchas facilidades, ventajas y beneficios, predominó una lógica de priorizar el sector primario exportador con una extrema debilidad del Estado.

Teníamos un PBI retrasado debido a la gran crisis de la década de 1980 y hasta 1992, y además tuvimos un contexto en el cual los precios de nuestras exportaciones, los términos de intercambio fueron muy favorables. Respecto al año 2000, el año 2013 era prácticamente el doble. Esto significa muchos más dólares ingresaban al Perú. El país tuvo condiciones internacionales muy favorables.

Con base en esto, logramos un crecimiento que fue récord entre los medianos y grandes países latinoamericanos entre 2000 y 2019. Logramos una gran por fortaleza fiscal, reducción de la pobreza, mejora en los indicadores de desnutrición crónica infantil y de varios otros indicadores de salud, ampliación de la cobertura de la educación inicial y superior. Como consecuencia de esto, la pobreza se redujo.

Si uno analiza el crecimiento con más detalle, lo podemos ver en la Tabla 8.1. Entre 2001 y 2010 América Latina creció 3,1 por ciento anual en promedio y el Perú 5,6. Los cinco años siguientes América Latina creció en promedio anual 1,4 y nosotros 4,8.



Tabla 8.1. Crecimiento: América Latina-Caribe (LAC) y Perú

	ALC	Perú
1961-1990	4,6 %	2,6 %
1991-2000	3,6 %	3,9 %
2001-2010	3,1 %	5,6 %
2011-2015	1,4 %	4,8 %
2016-2019	1,0 %	3,2 %
1961-2019	3,2 %	3,4 %

En términos de deuda pública, de fortaleza fiscal, el Perú, en 2019, era de los países que tenía menos deuda en América Latina. En promedio, América Latina tenía el doble de deuda pública, como porcentaje del PBI, que el Perú. No estábamos particularmente endeudados, teníamos un espacio fiscal, una excelente clasificación crediticia, había amplio espacio para que el Estado pudiera tener recursos en caso de urgencia. Y nuestras reservas internacionales eran excelentes.

Pero había varios problemas que no se estaban viendo. El crecimiento estaba disminuyendo, se estaba ralentizando, iba cada vez más despacio. Nuestra economía no era muy compleja, ni se había diversificado, no había creído mucho el empleo, había alta desigualdad, bajo gasto social y baja presión tributaria.

En la Figura 8.1, el área inferior muestra el porcentaje de la población que está en el autoempleo y el microempleo y su productividad es muy baja. Se ve como desde 1960 hasta el momento seguimos con una enorme parte de la población, como vendedores ambulantes y pequeños campesinos, que tiene una productividad muy baja. Apenas una pequeña parte de la población, a pesar de todo este crecimiento, ha pasado a trabajar en sectores de mayor productividad, que son los más formales.

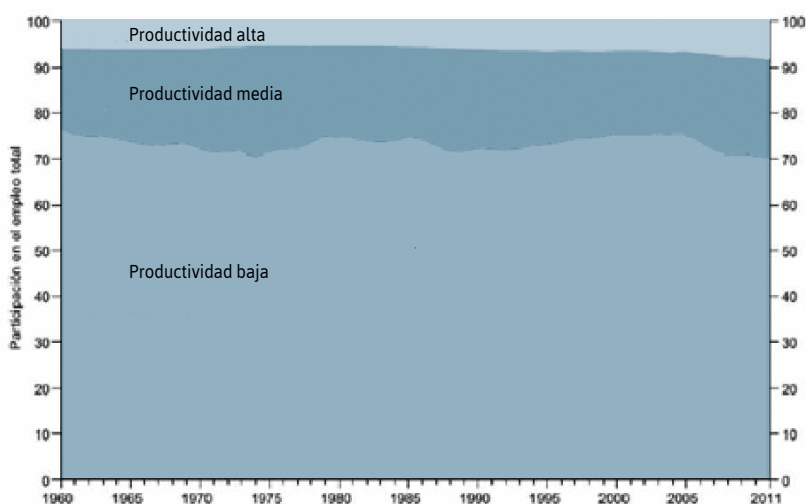


Figura 8.1. Perú: evolución de la estructura del empleo, 1960-2011 (en porcentajes)

En términos de la complejidad de nuestra economía, de nuestra tecnología, hemos avanzado muy poco. El Perú está en el puesto 94 de 127 países evaluados (información provista por la Universidad de Harvard), y con tendencia al descenso en los últimos años, mientras que pueden ver como México, Colombia o Chile están bastante por encima.

Tenemos una alta desigualdad que se mantiene elevada, y la opinión de la gente sobre la distribución de la riqueza en el Perú es que solo 15 % es justa o muy justa. El 85 % de los peruanos consideran que a la distribución del ingreso es injusta o muy injusta, según los últimos datos de Latinobarómetro.

La capacidad de las instituciones públicas, en la región y, sobre todo, en el Perú, de corregir las dinámicas desigualadoras del mercado son muy limitadas. Un elemento esencial que hay que considerar es cuál es la capacidad del Estado. Esta capacidad tiene muchos indicadores, pero hay uno muy importante, los recursos financieros; porque como dicen: “la salud no tiene precio, pero como cuesta”. Los ingresos del gobierno general en el Perú en 2019, año previo de la pandemia, eran muy bajos. Si nos comparamos con Colombia, ellos tienen diez puntos más del PBI de ingresos, es decir, un 50 % más, por cada dólar que hay en el Perú, en relación con su economía y a su población. Mencioné Colombia para ser un poco modesto, pero se supone que el Perú quiere entrar a la OCDE y estamos en la mitad de ese nivel.

Y, por eso, muchos países de América Latina hicieron un esfuerzo sostenido, en este milenio, aumentando su presión tributaria, no en términos exagerados, digamos, en cuatro o cinco puntos del PBI. No es una revolución; España, cuando entró a la Unión Europea, elevó su presión tributaria en más de diez puntos del PBI. En cambio, el Perú prácticamente no logró mayor avance. Figura 8.2.

Entonces llegó la pandemia. Repito la pregunta, si tenemos una gran economía, fortaleza fiscal, poca deuda y, para algunos, todo iba muy bien, porque razón tuvimos una de las mortalidades más grande del mundo. No me detendré en las explicaciones primarias o determinantes más inmediatos de la salud, pero sí en el análisis de su vinculación al tema económico. Sabemos que en indicadores básicos de la oferta de salud –médicos por habitante y camas UCI por habitante– estamos a la cola en la región.

A la par, registramos los mayores niveles de informalidad en el empleo en la región, debido al tipo de crecimiento que tuvimos. La baja capacidad del Estado, esto también ha dado lugar a estos otros

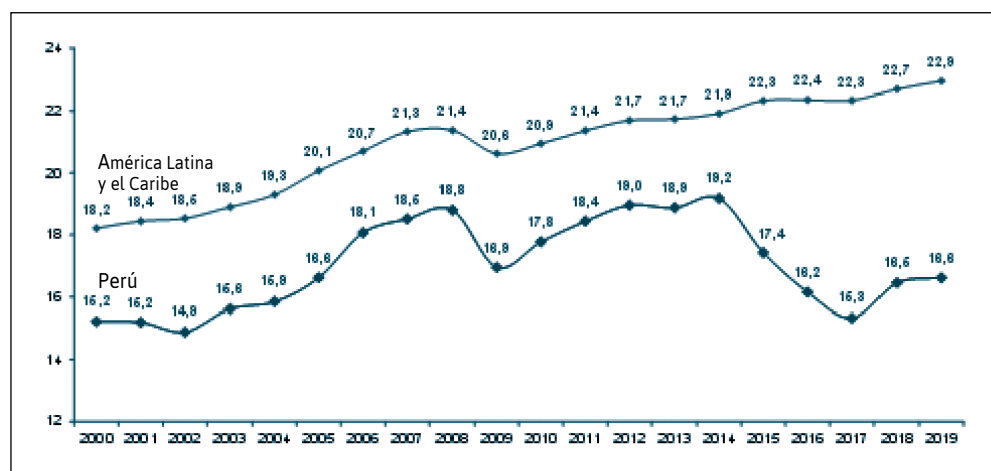


Figura 8.2. Ingresos tributarios del Gobierno General (porcentaje del PBI). 1) Se refiere a los ingresos tributarios del Gobierno Central, gobiernos locales y contribuciones sociales. 2) Representa a los 26 países de América Latina (sin incluir a Venezuela). Fuente: OCDE.

factores de riesgo en la pandemia, como la baja cobertura de internet: Perú 53 %, muy por debajo de Chile, Brasil, México; y por supuesto muy por debajo de Dinamarca y Estados Unidos. Otro indicador es el acceso sistema financiero: Perú alcanza el 40 %, mientras que Chile 74 %. ¿Y esto por qué es importante? Porque cuando se quieren pagar bonos o se quiere hacer alguna medida de apoyo, hay un problema con el sistema operativo de pagos.

Clave es que el Perú tiene un nivel de informalidad laboral muy alto respecto a otros países. En la base de eso hay millones de personas que tienen que vender en las calles, o hacer una peluquería en su barrio, o tener dos hectáreas de agricultura para subsistir en el campo. Su productividad es muy baja.

El balance general es que el crecimiento económico no lo es todo, la economía no sube automáticamente todos los botes, como lo hace el mar. Nuestra economía tenía una serie de problemas, que explica por qué la economía ya se estaba deteniendo previamente al inicio de la pandemia. Tenía ciertos pies de barro, pero sobre todo generaba estos elementos que favorecieron el desarrollo de la pandemia: Informalidad, inequidades sociales, poco internet, y desde luego la debilidad del sistema de salud, que tiene varias explicaciones, pero que resalto la económica: el escaso financiamiento. Es por un tema de recursos. Por ejemplo, respecto a la cantidad de médicos que hay en el Perú, si son pocos o muchos, hay dos miradas. Respecto a los médicos que necesitamos son muy pocos, pero respecto a las plazas existentes, hay una gran cantidad de médicos que salen de la universidad y no consiguen plazas. Es decir, necesitamos muchos más médicos, pero el Perú no está pagando por la cantidad de médicos que necesitamos. Más que no haber tenido una suficiente cantidad de formación de médicos; no hemos destinado suficiente dinero para pagarle a los médicos de la salud pública peruana.

### **El dilema salud-economía en la cuarentena**

Veamos el segundo tema. La economía con la cuarentena. Se dijo. “Hay que detener esto, esto fue la peor decisión que se tomó en el Perú porque la economía se fue al agua y esta caída es irreversible”.

Pero no fue irreversible. Esta caída del PBI producida por la cuarentena efectivamente fue de las más grandes de América Latina. Casi ningún país de América Latina tuvo una cuarentena tan fuerte y tan restrictiva como la del Perú; y una caída del producto bruto interno tan grande como la que tuvimos acá. Pero la recuperación se logró en un plazo relativamente corto. Podíamos soportarlo.

En el intermedio, se tomaron decisiones críticas, lo que debe ser evaluado por la salud pública. A fines de 2020 comenzó la segunda ola y cuando estaba comenzando, economistas influyentes en el gobierno dijeron: “no hay que preocuparse porque ya tenemos inmunidad de rebaño, no hay que detener la economía”, y la economía siguió, pero tuvimos cien mil nuevas defunciones. El número es escalofriante. Algunas decisiones críticas que se han tomado, en función de priorizar la economía antes que la salud pública han tenido, probablemente, un alto costo en vidas humanas.

La esencia aquí es tomar lecciones para el futuro, y la próxima vez no debemos plantearnos este falso dilema: salud o economía. Si frenamos un poco la economía esto nos trae abajo para siempre. La evidencia muestra que no es así. La evidencia muestra también que esa recuperación económica sucedió en otros países en la región, como Colombia o Chile, y un elemento clave para una recuperación más permanente, ha sido la vacunación, me parece que eso está bastante claro.

La inversión privada, que estuvo detenida el año 2020 porque la construcción estaba casi prohibida durante un período, se recuperó. La inversión privada y la inversión pública se recuperaron totalmente el año 2021. Hace poco, este año se dice: “¡Huy! La inversión privada va a crecer cero por ciento”. Sí, pero lo que ha resaltado entre otros Julio Velarde, presidente del Banco Central de Reserva, es que el año 2021

no solo la inversión privada creció 37 %, fue el 15 % más que la de 2019. Si este año estamos en este nivel, es como si tres años seguidos, la inversión privada hubiera crecido 5 %. En estas circunstancias de crisis económica internacional eso no está nada mal. Con la inversión pública, ha pasado algo parecido, hay un rebote, pero mantenemos un nivel de inversión pública que es bastante bueno.

La gran lección es que la economía peruana es resiliente, responde rápidamente ante un golpe tan duro como fue una caída del producto bruto de 40 %, una cifra brutal, pero la caída duró muy poco. El mayor desastre del siglo pasado, que ocurrió entre los años 1988 y 1989, en el primer gobierno de Alan García, la economía peruana cayó un 30 %. Esta vez la caída fue proporcionalmente mayor, pero duró un corto período. Concluimos que la caída fue brutal, pero la economía peruana tiene una resiliencia al respecto si se toman las medidas macroeconómicas adecuadas y se controla la pandemia.

Quiero regresar aquí a un elemento de discusión adicional, sobre un tema crítico de las políticas para enfrentar la pandemia: ¿el Estado pudo haber hecho un mayor esfuerzo fiscal?, ¿pudo haber puesto más dinero para los bonos y para el sector salud en los años críticos de 2020 y 2021? Y la respuesta es, desde luego, sí, fácilmente, holgadamente, sin ninguna duda.

¿El gobierno hizo un esfuerzo significativo para poner dinero al sector salud? Sí. ¿Y dio una cantidad de bonos? Sí. ¿Pero ese bono de trescientos ochenta soles pudo haber sido de mil soles? La respuesta clara desde el punto de vista del espacio fiscal es: Sí, sí pudo. Uno puede evaluar las cifras y verá que en el caso de que se hubiera dado ese bono, la deuda pública del Perú no habría subido significativamente. En vez de estar en 35 % podría estar 37 %; hubiéramos estado aún muy por debajo de lo que está el promedio de países emergentes de América Latina y de lo que se considera razonable en el Perú. Por si acaso este nivel de deuda pública del Perú, el Fondo Monetario Internacional lo calificó dentro del decil (10 %) más bajo entre todos los países emergentes, o sea, había espacio fiscal. Entonces ahí hay una gran lección: ¿en un momento crítico se puede fuertemente mover todos los recursos posibles para ayudar a la gente? ¡Sí!

Esto es importante puesto que uno de los grandes problemas, respecto a la primera cuarentena, fue que la gente tenía hambre y por eso dejaron de respetar la medida. Lamentablemente, el primer bono demoró en llegar. El primer bono era anunciado para 2 700 000 personas básicamente rurales beneficiarias de programas sociales; pero había varios millones en Lima y las principales ciudades que no tenían que comer, y de esa población los beneficiarios del primer bono no eran ni el 1 %. Se demoró mucho en tomar una decisión de un apoyo amplio, de espíritu universalista, a la gente que lo necesitaba. Ahí me parece que hay un tema que alguien debería investigar con más detalles, sobre lo que pasó en esos momentos críticos.

## **El Estado peruano**

Quiero concluir la presentación con una mirada más amplia del tema, no solo económica: el Estado peruano está en crisis, es demasiado débil.

La primera debilidad económica del Estado es que tiene poca plata y destina poca plata a la salud y a protección social. Cualquier comparación con otros países muestra que el Perú gasta muy poco en protección social y en otras cuestiones sociales, como vivienda y transporte público, elementos que agravaron la pandemia. Pero el mayor problema que tenemos ahora, y que la pandemia lo desnudó y lo agravó, es el de un Estado débil, y esta crisis le ha generado una crisis sumamente aguda a este Estado. Un primer componente de esta crisis del Estado se refiere a la inestabilidad política. Este es el quinto gobierno en cuatro años y no sabemos cuánto durará. Hemos pasado de tener una democracia que solía cambiar presidentes cada cinco años, a ser un país que suele cambiar presidentes cada año.

Más allá de la coyuntura política, la crisis del Estado tiene causas estructurales. El 85 % de los peruanos cree que el gobierno es para beneficiar a unos grupos poderosos. Esto los cree ahora, y los creía hace

varios años consistentemente. Eso lo mide una encuesta que se llama Latinobarómetro. El 85 % de los peruanos cree que el acceso a la educación, a la justicia, a la salud son injustas. Hay una enorme desigualdad que hace que la gente no quiera al gobierno; lo cual es lógico si la mayoría cree que el gobierno es para beneficiar principalmente a unos poderosos, con el agravante de que viene la pandemia, el momento más crítico de nuestras vidas, cuando nuestros familiares están entre la vida y la muerte y el Estado es un fracaso total, no cubre para nada las necesidades que tenemos por ningún lado.

Uno confía en alguien, en una institución, cuando en el momento crítico está a tu costado. “Uno conoce a los amigos en los momentos difíciles” dicen, pero el Estado en estos momentos tan difíciles no fue nuestro amigo. Frente a la debilidad del Estado, que creo que es el gran problema nacional, la gran lección que nos deja la pandemia puede ponerse así: con un Estado tan débil y en crisis como este, no resolvemos ni la pandemia, ni la salud pública, ni la economía, ni el bienestar social. El Estado requiere recursos y para eso una reforma tributaria es esencial. Es una lógica muy directa y fuerte en términos de pensamiento económico: Sin plata no hay salud. El estado necesita plata para dar la salud, y tiene que sacarla de los impuestos. No hay que ser economista para entender esto.

Clave en la debilidad del Estado es la informalidad. Hay muy pocos empleos en las grandes empresas y en las medianas empresas. Millones sobreviven en el autoempleo. Por ejemplo, el señor que vende periódicos; la señora que tiene su tiendita, que vende unas cuantas cositas, que trabaja sola. Esto da una baja productividad y un nivel de subsistencia ínfimo, que nos lleva a la imposibilidad de fiscalización por parte del Estado. No hay Estado que funcione con esa estructura productiva. Estos agentes productivos no solo son informales, son informalizables, ¿podríamos pensar qué todo ese sector pueda ser formal?, ¿podríamos pensar qué el Estado va a pedirle recibo a cada uno de los productores de papa de los mil ochocientos distritos de Perú porque les rebajamos los impuestos?, ¿es imposible! Y eso genera un círculo vicioso, porque el Estado es débil, el Estado no fiscaliza, si el Estado no responde a las necesidades de la gente, se multiplica una lógica individualista, inclusive “antisocial”, reflejada en todas estas discusiones respecto de si usamos mascarillas o si respetamos a la colectividad.

Hay otro gran nudo que ata esta debilidad del Estado, y es el que junta la informalidad con la desigualdad. La otra gran razón por la que la gente tiene una gran desafección por el Estado, se mantiene en la informalidad, no respeta las reglas y no confía en lo que el Estado le dice, es porque el 85 % cree que el Estado funciona para beneficiar a unos cuantos grupos poderosos. ¿Y por qué piensan así? No son amnésicos ni irracionales. Es por la enorme desigualdad que existe en el Perú. El que tiene dinero y tiene covid-19 puede ir a una clínica privada y gastar cien mil soles por una semana de cama UCI, pero si no tienes plata, solo, si tienes suerte, accedes a esa atención especializada de salud que es cuestión de vida o muerte. Esa realidad se repite en muchísimos ámbitos de la vida, pero nada lo refleja con más crudeza que el hecho de que ni siquiera cuando la vida está en juego se tiene un mínimo de igualdad. Si en esta condición hay una distancia tan gigantesca entre los distintos sectores sociales, entonces ¿no es entendible que alguien que está en esas condiciones de desventaja no tenga mucho ánimo a favor de actuar en pro del bien colectivo y del Estado que supuestamente representa ese bien colectivo?

Creo que lo que estamos viviendo ahora es que tras la pandemia ese sentimiento se ha llevado al extremo, hay un sálvese quien pueda generalizado, originado en las condiciones tan letalmente desiguales que hubo durante la pandemia. Siento que en los distintos estamentos del Estado y de la sociedad cada uno baila con su propio pañuelo, y el que puede por las condiciones sociales o económicas que tiene, saca más ventaja. Considero que hay una enorme destrucción del sentimiento colectivo, del sentimiento de nación, sin el cual no tenemos Estado y no tenemos desarrollo y ni tendremos salud pública. Para mí esa es la gran lección que pone en evidencia la pandemia.

# La educación en tiempos de pandemia: alertas para un cambio

9

**Dr. Ricardo Cuenca-Pareja**

Conversaremos sobre un tema que recién empieza a ser discutido, luego de dos años de emergencia sanitaria. Y es que sucede, en estos momentos de transición hacia el fin, ojalá, de una pandemia, pero sobre todo hacia estos nuevos momentos en los que el país, la sociedad, el Estado, y cada una de las instituciones que conforman nuestra patria, tengamos que haber aprendido algo respecto de la pandemia. La educación en tiempos de pandemia desde la perspectiva que quiero compartir con ustedes, es una alerta para un conjunto de cambios y un conjunto de transformaciones que deberían suceder en el país.

Por esto, quiero presentarles como esquema de la información a compartir, un punto de partida, que creo que es inevitable tocar, para comprender la educación en tiempos de pandemia. Tiene que ver con las persistentes desigualdades educativas que tenemos en el país. Pero lo segundo, y probablemente la parte más retadora, tiene que ver con la agenda que viene luego de su proceso de emergencia, cómo transformar la educación, y cómo vamos, mediante la transformación de los sistemas educativos, para poder aprender de este período tan complejo y difícil que vivimos en nuestro país y, en general, en el mundo.

Quiero empezar, entonces, con este punto de partida:

*Una percepción de crisis educativa real, pero peligrosamente atribuida a la pandemia*

En el que hay una percepción de que la crisis educativa es producto de la pandemia, que es efectivamente una percepción real, pero que peligrosamente es atribuida a la pandemia, en esta idea de imaginarnos que antes de la pandemia, casi podríamos decir, que la situación era favorable. Sin embargo, lo que quiero compartir con ustedes es que esta crisis educativa actual no se produjo con la pandemia, sino que, probablemente, se agravó con ella. La crisis educativa en el país no empezó ni fue determinada por la pandemia, sino que viene de mucho antes. Y eso es lo que quiero mostrarles a continuación. Figura 9.1.



Figura 9.1. Esquema de punto de partida y agenda posterior.

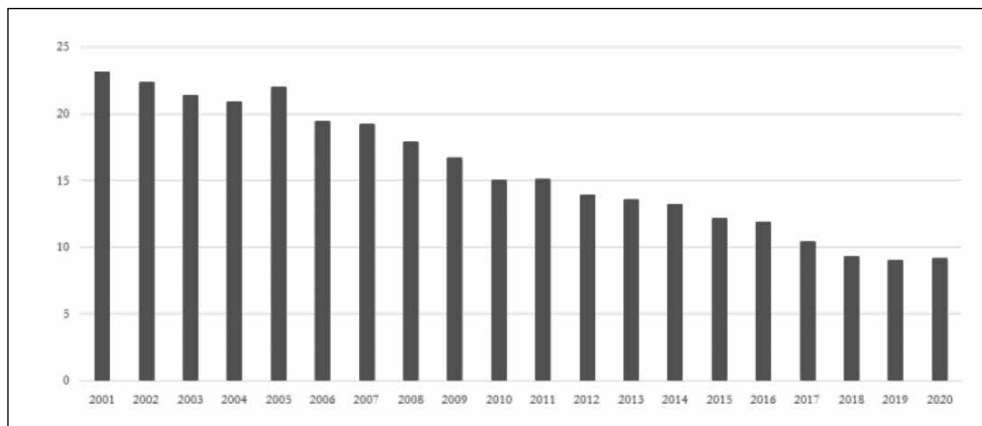


Figura 9.2. Tasa de deserción acumulada en educación básica. Fuente: Enaho, Inei y Minedu.

Una de las cosas más saltantes, por lo menos en los espacios públicos y en los medios de comunicación durante la pandemia, es la cantidad de estudiantes que dejaron de estudiar, esto que se llama deserción y que yo prefiero llamar “abandono del sistema”. Y la idea era que, efectivamente, que la pandemia había producido que muchas personas no se conecten por problemas de internet; o que dejen de estudiar por problemas económicos, porque tenían que ayudar a las familias; o simplemente porque la situación de virtualidad no le será favorable. Sin embargo, lo que vemos aquí, es la tasa de deserción acumulada en la educación básica, es decir, durante la primaria y la secundaria. Como puede verse en la Figura 9.2, la deserción hasta antes de la pandemia (2019), fue relativamente parecida a la de 2020; y si tuviésemos la de 2021, seguramente también sería igual. El problema del abandono del sistema educativo, es un viejo problema en el país, que si bien es cierto ha mejorado con el tiempo, aún mantiene alrededor de un 10 % de esta deserción acumulada en los estudiantes, es decir, los 254 000 estudiantes que aproximadamente no se matricularon en el año 2021, no eran muy diferentes a los 215 000 que lo hicieron en 2019.

*La nostalgia por un pasado mejor es consecuencia de un imaginario exitista de la educación*

La pandemia ha generado, entre otras cosas, una especie de nostalgia por un pasado mejor, que ha estado asociado a un imaginario de éxito en la educación, que no ha sido tal, aun cuando hemos tenido mejoras. Y por eso quiero mostrarles algunos indicadores generales (Figura 9.3). Aquí tenemos la evolución de la tasa de asistencia, según niveles de pobreza monetaria para la educación inicial, un nivel cada vez más importante para el desarrollo de la educación de cada uno de los estudiantes. Desde 2004 hasta 2019, nos hemos dado cuenta de que hemos tenido un incremento progresivo; la línea punteada nos da cuenta de ese promedio total. Sin embargo, cuando miramos este incremento importante nos damos cuenta de que ha sido desigual. El incremento de asistencia de educación inicial ha sido fundamentalmente producido por la asistencia de familias no pobres; todavía, la línea de familias pobres está muy por debajo del promedio, y entonces este crecimiento ha sido un crecimiento desigual, si lo vemos por situación de pobreza monetaria.

O si vemos, por ejemplo, lo que pasó con los resultados de estudiantes de segundo grado de secundaria, respecto a los aprendizajes en matemáticas y en lectura, según algunos cortes de niveles socioeconómicos o de oferta pública o privada (Figura 9.4). Lo que vemos es que las líneas que

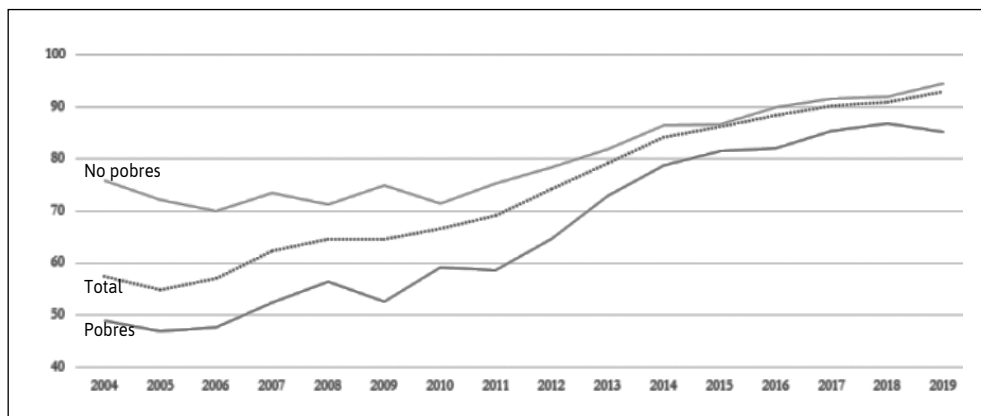


Figura 9.3. Tasa de asistencia en educación inicial según nivel de pobreza monetaria. Fuente: Enaho- Inei.

corresponden a previo el inicio y en inicio tienen que ver con los niveles más bajos de resultados de aprendizaje, tanto en matemáticas como de lectura. Y lo que nos damos cuenta, es que nuevamente, en los niveles económicos muy bajos, por ejemplo, en la primera barra, está muy por arriba, en las barras inferiores, en donde están los niveles socioeconómicos más altos. Es decir, a mayor nivel socioeconómico, mejores resultados de aprendizaje, o en el caso de la educación pública y privada, a mayor asistencia de educación privada en distritos ricos mejores resultados. Entonces, este crecimiento y esta mejora en los resultados, han sido también desiguales si los vemos con la gestión pública o privada de las escuelas o en los niveles socioeconómicos de las familias.

Pero para continuar con el tema general, vemos ahora la educación superior según área residencial (Figura 9.5). Desde el año 2004, en adelante, la expansión de la educación superior, sobre todo en la educación universitaria, ha sido explosiva, tal como se ve en esta figura. Nuevamente, tenemos en

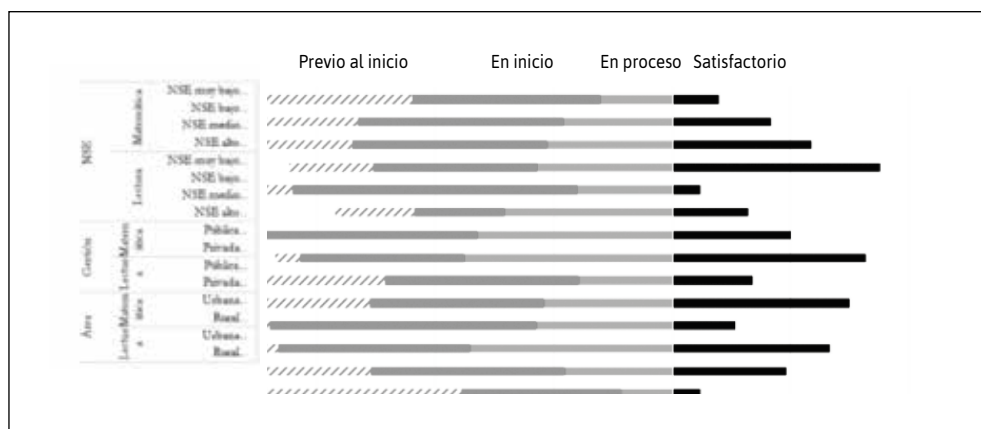


Figura 9.4. Resultado de los estudiantes de segundo grado de secundaria en ECE, según medida promedio y niveles de logro por características del estudiante y de la escuela, 2016-2019. Fuente: Enaho, Inei.



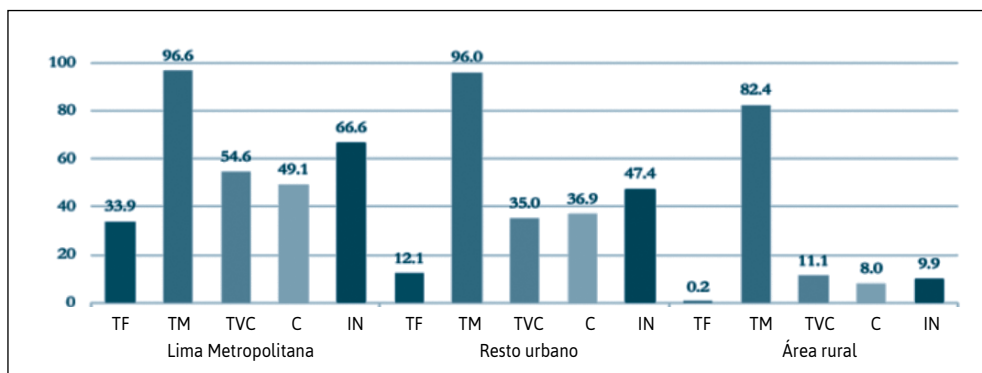


Figura 9.6. Hogares con acceso a servicios y bienes TIC, según ámbito geográfico, Perú, 2019. TF: telefonía fija; TM: telefonía móvil; TVC: televisión por cable; C: computadora; IN: internet. Fuente: Enaho, Inei.

la línea punteada en el centro, el promedio nacional de la tasa de asistencia de educación superior, universitaria y técnica; sin embargo, vemos que este crecimiento ha beneficiado fundamentalmente a los jóvenes de las zonas urbanas, la población en las zonas rurales está muy por debajo de este promedio y, por lo tanto, estamos nuevamente ante una situación, en la que el crecimiento, la expansión y la mejora ha sido desigual en el país durante buena parte del siglo XXI. Cuadro 9.1.

Con estas informaciones generales, vamos a un tema mucho más puntual que tiene que ver con el inmediato de la pandemia, es decir, como el sistema educativo y el país tenía que atender esa situación de educación de forma remota o virtual. Esto es, para el año 2019, sobre acceso a servicios y bienes de tecnologías de información y comunicaciones (Figura 9.6). Vemos que en Lima Metropolitana 66% de los hogares contaban con internet, respecto solo al 10% que accedían en las zonas rurales. Hay una enorme diferencia

### Desigualdades educativas en la educación básica

El sistema peruano presenta niveles de segregación altos; es decir, existe una distribución desigual de los estudiantes en las escuelas, según características personales o sociales (Carrillo, 2021)

Los valores de GINI educativo muestran que las brechas aún persisten y, en los últimos años, se ven indicios de estancamiento (Cuenca y Urrutia, 2019)

Los resultados de aprendizaje de las escuelas privadas de costo bajo son inferiores a los de las escuelas públicas (Balarín et al., 2018)

Las brechas asociadas a la zona de residencia son marcadas y persistentes. Colocan en desventaja a las poblaciones rurales (Guadalupe et al., 2017).

La población con menores años de estudio son mujeres, rurales, indígenas y pobres (Cuenca y Reátegui, 2018).

Personas que han nacido en lugares pobres o pobres extremos, de familia indígena, en zona rural, con madres poco escolarizadas o con alguna discapacidad tiene menores resultados que sus pares (Cueto, Miranda y Vásquez, 2016).

Los resultados de PISA muestran que el Perú es el único país donde se ampliaron las desigualdades en los aprendizajes de los estudiantes (Rivas, 2015).

Cuadro 9.1. Desigualdades educativas en educación básica.

### Desigualdades educativas en la educación superior

La mayor diversificación de la oferta institucional de universidades no ha significado una mayor equidad en el acceso a diferentes tipos de universidad (Benavides, León, Haag y Etesse, 2015)

Expansión de la educación universitaria ha sido desigual (Cuenca y Reaátegui, 2016)

La persistencia del trabajo durante la etapa escolar, la lejanía de su entorno familiar con el sistema educativo en general, la desvinculación entre la educación secundaria y las exigencias de la educación superior y la disonancia entre la oferta y demanda de educación pública, son todos factores que, combinados, suponen una acumulación de desventajas para los jóvenes rurales (Grompone, Reátegui y Rentería, 2018)

El hecho de tener más acceso a la educación superior está dando a las mujeres jóvenes la posibilidad de construir nuevas identidades femeninas, pero no necesariamente las está capacitando para desafiar las normas de género profundamente arraigadas en su contexto social (Guerrero y Rojas, 2019)

Cuadro 9.2. Desigualdades educativas en educación superior.

que hacía que, entre otras cosas, se haya tomado la decisión para empezar la apertura de clases en las zonas rurales. Cuadro 9.2.

En síntesis, tenemos muchos estudios acumulados en el último tiempo que nos dan cuenta que las desigualdades educativas, tanto en la educación básica como en la educación superior, se mantienen persistentes; y si bien ha habido alguna disminución en algunos indicadores de estas desigualdades, estos no han sido en la dimensión que hubiésemos esperado. Las desigualdades educativas continúan, esto está asociado a segregación escolar y algunas otras brechas, que, finalmente, ocasionan u ocasionarán en el futuro el incumplimiento de esta promesa de una mejor vida con una mejor educación, porque no todos se están viendo beneficiados de los esfuerzos que ha hecho el país por mejorar la educación, tanto en educación básica como en educación superior. **Cuadro 9.3.**

En este contexto la pandemia mostró que, además de las desigualdades persistentes, que fueron, insisto, no creadas por la pandemia sino reflejadas particularmente por la pandemia, lo que tenemos es que otros asuntos educativos que no son hegemónicos, es decir, que no son aquellos asociados a los aprendizajes tradicionales en las mediciones estudiantiles, que tienen que ver, por ejemplo con las matemáticas, con la comprensión lectora, sino que la pandemia mostró que los sistemas educativos tenían algunas dificultades para poder abordar otros asuntos educativos no priorizados, por ejemplo: comportamientos socioemocionales; la responsabilidad por el otro; comportamientos ciudadanos heterónomos; la informatización de la economía y el mercado del trabajo, que son elementos que forman

### La pandemia mostró, además de las persistentes desigualdades, otros asuntos educativos no hegemónicos

- Comportamientos socioemocionales.
- La (ir)responsabilidad por el otro.
- Comportamientos ciudadanos heterónomos.
- La informalización de la economía y del mercado del trabajo.

Cuadro 9.3. Asuntos educativos no hegemónicos que se hicieron evidentes durante la pandemia.

parte de los procesos educativos, pero que como no son necesariamente medidos, han pasado desapercibidos durante mucho tiempo, y ahora la pandemia mostró que son necesarios de trabajar y, por lo tanto, se mostró que la educación no había terminado de consolidar aspectos socioemocionales, de información ciudadana o de formalización del trabajo para el caso de la educación superior. En este contexto les planteo una agenda, que, además, se discute en muchos países de la región. Como saben, América Latina es el continente que tuvo mayor cantidad de días sin clases presenciales durante la pandemia; este hecho se debe aprovechar como una oportunidad para revisar un conjunto de asuntos que han estado siendo postergados en la educación; y que son fundamentales. Es decir, para qué efectivamente estamos educándonos, hay que concentrarse en algunas cosas, o hay que retomar viejas discusiones; y lo segundo, cómo tiene que operar en el sistema educativo. Y quiero empezar con un fragmento de una pequeña historia.

Y es que, durante la década de 1960, hubo un giro importante en los temas educativos, en la tecnología, en los fines educativos. El gran objetivo de los sistemas educativos fue modificado; hasta ese momento estaba concentrado en la formación de futuros adultos que puedan contribuir a la formación de mejores sociedades. Sin embargo, se dio un giro de timón que hizo que el gran objetivo no esté en el futuro, sino que esté en el presente, y entonces se colocó en la idea de que los estudiantes tengan que aprender algunas materias particulares. Esto generó un quiebre entre esta idea futura de la educación respecto de lo inmediato factible, que terminó hegemonizando todas las preocupaciones y las decisiones de los sistemas educativos en el mundo, al menos en el mundo occidental.

Entonces esta idea de la apuesta geopolítica de la modernización, de la industrialización y educación para el desarrollo de las naciones y la aparición de esta conciencia tecnocrática para poder sacar adelante políticas públicas en educación, fue aquello que marcó todo este tiempo desde la década de 1960. En América latina llegó con algunos años de retraso, en la década de 1980; y en el Perú en la década de 1990 fue claramente la impronta de las reformas educativas. En general, esto marcó todas las reformas públicas, y encontraran algunas referencias que podrían ser compartidas, por ejemplo, en el campo de la salud.

Voy a pasar rápidamente estos asuntos más de contenido que tienen que ver con esta idea de pedagogía, es decir con la idea de que priorizar las metodologías antes que las finalidades en la educación (Cuadro 9.4). Que nos produjo una situación particular, que tiene que ver con la llegada a la pandemia, con toda esta tradición de trabajo en los sistemas educativos, y construir una agenda que se ha movido a nivel internacional, entre posiciones fatalistas, diciendo: “hemos perdido una generación completa; no se van a recuperar los aprendizajes; hay que hacer una moratoria curricular para que solo se enseñe matemática y comprensión lectora, para poder salvar esa situación, porque ha sido una catástrofe el tema de la pandemia”. Respecto de otra posición que más bien considera la

### **El pedagogismo**

Crisis educativa ocasionada porque la pedagogía dejaba de dotar a los estudiantes de habilidades para el ejercicio de ciudadanía plena (Arendt, 1968)

La dotación de argumentos morales a la enseñanza pasaba a un segundo plano (Postman, 1999)

Una preocupación por el método de enseñanza antes que por los contenidos (Enkvist, 2006)

Comportamientos ciudadanos heterónomos.

La hegemonía de la noción utilitaria de la educación (Nussbaum, 1986; Gautier, 2012).

Cuadro 9.4. La pandemia llevo a una visión “pedagogista” de la educación.

### Modificaciones de primer orden en la educación

Renovar los fines de la educación y volvemos a preguntarnos si no es acaso una buena idea pensar en otra vez en los futuros adultos.

Construir nuevos significados a la calidad educativa más cercanos a la vida plena de las personas.

Rediseñar los sistemas educativos, el papel de los estudiantes y los docentes, la gobernanza del sistema, los currículos y los planes de estudio, etc.

Cuadro 9.5. Modificaciones de primer orden de la educación.

pandemia como una oportunidad. Acá quiero rescatar la gran idea del profesor Fernando Reimers, del Instituto de Educación de la Universidad de Harvard, que dice que estamos en la oportunidad de una transformación de la quinta ola educativa. Es decir, de un cambio efectivamente importante para volver a darnos cuenta cuál es el sentido de la educación.

Entonces hay una agenda de primer orden, una agenda que tiene que ver con renovar los fines en educación; volvernos a preguntar si es una buena idea para la educación, pensar en los futuros adultos y no solo en los aprendizajes inmediatos; construir nuevos significados de calidad (Cuadro 9.5). Hasta ahora la calidad educativa estuvo concentrada en los temas conmensurables, no es cierto, aquello que se podía medir, en aquello que, efectivamente, formaba parte de esta noción, de este concepto de calidad educativa; y rediseñar los propios sistemas educativos. Durante mucho tiempo se peleó: por la autonomía en el aprendizaje; la autonomía en la enseñanza; la manera como se gobiernan los sistemas educativos; la manera como se estructuran los currículos y los planes de estudio. Y la pandemia, lo que nos ha mostrado es que es posible trabajar a pesar en una situación de emergencia, con formas distintas que permitan ser mucho más abarcadoras, mucho más autónomas para los actores educativos, y mucho más concentrados en planes de estudio y en currículos que ayuden a construir sociedades y países mejores, y no solo aprendizajes específicos.

Pero también hay unas de segundo orden mucho más operativas, que, lamentablemente, en el Perú no avanzó con la velocidad que hubiésemos querido (Cuadro 9.6). Esto incluye la educación híbrida; que no significa reemplazar la presencialidad por la virtualidad, sino que significa la incorporación de la tecnología como un procedimiento regular y ya no como una situación de emergencia; generar aprendizaje autónomo, flexibilizar un conjunto de procesos, para que los sistemas educativos sean mucho más dinámicos, en esta idea de combinar presencialidad y tecnología en estos modelos de educación híbrida.

### Modificaciones de segundo orden en la educación

Educación híbrida.

Integración de la tecnología en las aulas como procedimiento regular y no como opción.

Aprendizaje autónomo.

Flexibilización de procesos.

Cuadro 9.6. Modificaciones de segundo orden de la educación.

### **Cambios hacia un modelo híbrido**

- Conectividad e infraestructura.
- Asuntos pedagógicos.
- Prácticas docentes.
- Gestión educativa.
  
- Financiamiento.
- Normativa.

Cuadro 9.7. Hacia un nuevo modelo educativo.

Para esto se necesitan algunos cambios, que tienen que ser discutidos. Conectividad e infraestructura sin duda. Si no hay condiciones básicas de mejora de conectividad y de infraestructura tecnológica, con dotación de equipos, alfabetización digital y, por supuesto, con acceso a internet, no estamos en posibilidad de hablar de modelos híbridos (Cuadro 9.7). Por tanto, aquí hay un llamado de atención, para que los sectores responsables en el Estado peruano puedan invertir directamente en conectividad e infraestructura.

Pero por supuesto cambiar asuntos pedagógicos. La educación híbrida no se trata de virtualizar la presencialidad, es pensar que estamos replicando una clase presencial o un contenido que se usan en modos presenciales para hacerlo en modos virtuales, sino que hay que buscar una pedagogía distinta, tanto en la educación básica como en la educación superior. Cambiar por supuesto las prácticas docentes y la propia gestión educativa, no es lo mismo trabajar en modelos híbridos directamente con las prácticas de los docentes, inclusive con su carrera pública, y en la manera como está organizado el sistema, con los roles que tenemos ahora de director, subdirector, especialistas, docentes, coordinadores de área, incluso funcionarios en el Ministerio.

Pero, además, necesitamos, por lo tanto, pensar una nueva manera de buscar, no solo más, sino mejor financiamiento para la educación, si es que queremos realmente transformar y aprovechar la pandemia para poder hacer los cambios que queremos, y sin duda hacer ajustes normativos que nos permitan hacer mucho más flexible el proceso de implementación de la educación y estos modelos de educación híbrida.

*Luego de 70 años quizás se pueda revisar esas decisiones y volver a preguntar para qué nos educamos*

Por eso, quiero terminar diciéndoles que, luego de 70 años, estamos en la posibilidad de poder revisar las decisiones que se tomaron, y volver a preguntarnos para qué nos educamos. Insisto que la única manera que tenemos para curarnos del dolor que nos haya dejado la pandemia, es aprender de ella. Y es por eso que quiero volver a tomar las palabras de Luis Jaime Cisneros, cuando en una entrevista, hace muchos años, le pregunté ¿qué es lo que debiera hacer la educación en el país? Y con la sabiduría del profesor Cisneros, y la tranquilidad con la que podía siempre exponer sus ideas, con esa enorme complejidad que da la simpleza de las palabras, dijo que: “la educación debiera lograr que los estudiantes estén en capacidad de opinar y de emocionarse”. Esperamos que la pandemia sea una oportunidad para mejorar la educación.

# Comentarios a las ponencias de la segunda mesa temática

10

*Dr. Eugenio Villar-Montesinos*

El Colegio Médico del Perú (CMP) organizó el Observatorio Medicina, Salud y Sociedad y este observatorio ha desarrollado este importante evento. Creo que es una actitud sumamente responsable de nuestro CMP, que representa a toda la orden, dar continuidad a la reflexión que hemos iniciado esta tarde en un tema tan crucial, que ha de marcar nuestra historia, como ha sido la pandemia de la covid-19. Pandemia que nos ha dejado grandes lecciones, pero que, lamentablemente, como se ha estado comentando también, al parecer no están produciendo los cambios que algunos aspirábamos que deberían producirse. No obstante, pienso que aún estamos a tiempo para impulsarlos. Es necesario partir por reconocer la tragedia vivida para salir adelante con propuestas que nos hagan una sociedad mejor y logremos una salud mejor.

Quiero comenzar opinando sobre la excelente presentación del doctor Siqueira, quien presentó el marco del paradigma de la salud planetaria, ecológica o de una salud única, que está ganando cada vez más aceptación por su carácter holístico; en el cual se considera no solo los temas de salud, bienestar y equidad, situados dentro de un amplio contexto social y medioambiental. Creo que no es posible actualmente concebir la salud o el desarrollo, si es que no lo ubicamos dentro de esos marcos que en el campo de la salud se concretizan en los determinantes sociales de la salud, y en el campo medioambiental en los desafíos que nos impone el cambio climático en curso. La presentación magistral del doctor Siqueira nos muestra este paradigma, esta ideología de la salud indispensable para poder entender de manera integral la situación que atraviesa el planeta y nos ayuda a poder definir mejor cuáles son los pasos para seguir adelante.

Me pareció muy sugerente e importante, la propuesta de nuevos compromisos que el profesional médico que lanza el doctor Siqueira y que sería interesante que el CMP los ponga en discusión para su asimilación en la esperanza que pueda quizás complementar nuestro juramento hipocrático, posiblemente no se den las condiciones actualmente, pero creo que si la sociedad avanza hacia la consecución del bienestar y nuestro colegio va en esa dirección, algún día podrá materializarse esta promesa integradora.

Igualmente, cabe resaltar la excelente ponencia del doctor Lossio, que desarrolla una perspectiva histórica que nos permite entender lo ocurrido en el pasado para comprender el presente y proyectar el futuro. Para una mejor comprensión del desarrollo histórico de la salud es menester distinguir los paradigmas vigentes, el clásico paradigma biomédico y el paradigma de medicina social o de determinantes sociales, a los que no puede verse como disyuntivos, ya que realmente son complementarios, con influencias positivas y negativas. Es a partir del paradigma biomédico que se formularon las políticas de la bioseguridad de gran importancia y vigencia, sobre todo en los países desarrollados y se basa en el análisis de los riesgos que supone la salud para la seguridad de

las naciones; así como para la sociedad y la para economía. Estos asuntos han estado plenamente vigentes durante la pandemia y volveré sobre ellos al comentar las interesantes ideas del profesor Pedro Francke al respecto.

Desde la medicina social ha tomado fuerza el paradigma ecológico de la salud planetaria, denominado también “una salud”, pues si bien la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS (2005-2008) había incorporado el tema medioambiental, ahora logra con la comprensibilidad que se requiere. El desafío del cambio climático para todo el mundo, y para países como los nuestros más aún, es un tema fundamental en cualquier debate sobre la salud; no solo por los aspectos biológicos de esta relación, sino también y sobre todo por lo que supone el cambio climático para la realidad social económica y política, que estamos viviendo ya en nuestro país y muchos países. Insisto que estos paradigmas son complementarios y proporcionan un marco de referencia para entender la secuencia histórica de lo sucedido y proyectarnos al futuro.

Lossio alude a los estudios de Rosenberg, quien señala tres fases en la historia de las epidemias. La primera fase de la duda o del escepticismo respecto de lo que está sucediendo, debido a muchas razones, en el caso de la pandemia de la covid-19, cobró significativa importancia nuestro casi total desconocimiento de este virus. La segunda fase, que es la del pánico en la cual se instala el temor que a menudo no nos permite percibir ni actuar apropiadamente. La tercera fase es el olvido, que es altamente riesgoso e irresponsable y que debemos evitar. De allí la importancia de este foro que expresa el liderazgo del Colegio Médico. Lo sucedido no puede quedar, contrariamente debe ser un capítulo aleccionador de nuestra historia que nos posibilite mejorar como sociedad.

En ese sentido, es interesante lo que pasó con la “peste negra”, la “peste bubónica” y, a comienzos del siglo pasado, con la “gripe española”, porque ahí también hay una serie de lecciones importantes. De ellas, quiero resaltar una, que quizás no se le ha dado la importancia debida, que consiste en pretender culpar a las víctimas; y cómo a través de esta actitud se expresaba la ideología de una sociedad incapaz asumir su responsabilidad y busca víctimas propiciatorias, en el caso de la peste de la edad media del siglo catorce, se les echó la culpa a los judíos. En el Perú, en la epidemia de peste que comenzó en 1903 las víctimas culpabilizadas fueron los migrantes chinos, incluso los desalojaron y quemaron el barrio Capón. Eso expresa la forma, cómo cada sociedad se concibe en su composición y en grado de cohesión sobre lo que volveré al comentar el asunto de la desigualdad que creo que es fundamental también para entender lo que nos ha pasado.

De la presentación del doctor Lossio también resaltó un tema que a mí me parece central, que ha sido el tema de la comunicación. El tema de la comunicación es un tema que ha fallado en esta pandemia. Vale decir el Estado, fundamentalmente, pero no solo él, omitió hacer una comunicación más fluida que alertase a la población de lo que estaba pasando, sino sobre todo capaz de llamar a una acción social conjunta que siga las estrategias diseñadas para poder disminuir el impacto de la pandemia. Esta ha sido una falla clamorosa del Minsa.

Este vacío de comunicación no solo ha ocurrido en el Perú, sino en muchos otros lugares, fue prontamente cubierto por las *fake news*, las construcciones conspirativas y negadoras de conocimiento científico que verdaderamente han mellado la capacidad de respuesta científica y racional que se requería. No quiero decir que una comunicación por el solo hecho de ser oficial iba a solucionar esos problemas, pero su ausencia definitivamente los agravó, pese a ser relativamente simple y en el que Minsa ha tenido varias experiencias positivas. Durante la epidemia del cólera el año 1991, el Minsa pudo manejar mejor la comunicación con la población, lo que contribuyó a haber tenido los tres mil

muerdos, que pudieron haber sido muchísimos más. Obviamente, no fue solo ese factor, hay otros factores muy importantes que contribuyeron a esa baja mortalidad como fue la atención primaria en ese momento, pero la comunicación acertada jugó un rol adecuado en ese caso.

Quiero referirme a algunos temas históricos desarrollados por Marcos Cueto en su último libro, *Salud en emergencia*. En él realiza un enjuiciamiento de la relación histórica de la pandemia con el neoliberalismo. Esto creemos que es muy importante, porque que si hay algo que ha cambiado o ha contribuido al cambio, de forma negativa, en nuestro planeta en las últimas tres décadas, ha sido el surgimiento de esta ideología neoliberal, y un modelo económico, que a través de la globalización ha originado muchos cambios, inclusive en la misma base axiológica (valores) de la sociedad. De manera particular el neoliberalismo ha promovido “valores”, que tienen que ver mucho con lo que nos ha referido Pedro Francke en relación con el tema, del “sálvese quien pueda”, del “que yo soy responsable solo y salgo solo”.

Entonces, hay temas ideológicos importantes, y Marcos Cueto los analiza con mucho detalle, no desde la perspectiva económica, pero sí desde la perspectiva más histórica y más relacionada con el tema de las desigualdades que ha generado el neoliberalismo, y que están a la base, también, como ha dicho Pedro Francke y todos ustedes, de las cosas que han sucedido y cómo han sucedido en el campo sanitario. Este libro de Marcos Cueto y el análisis que hace de las desigualdades, a raíz del neoliberalismo en estas tres últimas décadas, es un análisis fundamental. Analiza las desigualdades desde el punto de vista sanitario, y reconoce la dificultad que tuvimos del acceso a muchos productos como las pruebas diagnósticas; la falta del acceso a los sistemas de salud, como ya hemos analizado en el tema de la atención primaria y el primer nivel de atención, y también la demora que tuvimos en el acceso a las vacunas.

Las desigualdades sociales implican el deterioro de los determinantes sociales de la salud, como también en las desigualdades económicas expresadas en el tema de la pobreza: pobreza monetaria y pobreza multidimensional, que son dos temas que hay que diferenciarlos claramente y entenderlos bien, porque no son lo mismo. La mayoría de los análisis se hacen sobre pobreza monetaria, pero creo que el tema de la pobreza multidimensional es mucho más importante, porque incorpora justamente los otros determinantes sociales, que en su conjunto contribuyen a la desigualdad, tal como lo refirió la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS. Quiero enfatizar que cuando hablamos de determinantes sociales de la salud, estamos hablando de los factores de la sociedad que influyen en la salud; situación que analizó y difundió el siglo XIX el gran reformista de la salud, Rudolf Virchow.

Sin embargo, mucho antes de Virchow, las ideologías de las grandes civilizaciones también desarrollaron estos enfoques holísticos. Por ejemplo, las sociedades andinas lo hicieron con el *sumak kawsay*, pero es desde Virchow en adelante que lo hemos desarrollado de una manera más científica este paradigma de cómo lo social influye en la salud. Creemos que un hito en ese proceso fue el trabajo de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS, la cual estudio y planteó de que en realidad las desigualdades en los resultados de salud son fundamentalmente resultado de desigualdad en los determinantes sociales de la salud (las causas de las causas); de manera que no solo lo social influye en la salud de manera genérica, sino que específicamente, las desigualdades en el campo social por supuesto influyen en las desigualdades en salud. Y las desigualdades en salud como las desigualdades en el campo social es el gran tema de nuestra época. Como lo mostró el doctor Cordero, los desiguales resultados de la pandemia fue el producto de la inequidades en el campo social, en los ingresos, en la zona donde vives, si eres formal o informal, etc.



Ahora quisiera resaltar de la presentación de Alexandra Ames, el importantísimo tema de la protección social. Los médicos, tendemos a pensar fundamentalmente en el campo de los sistemas y los servicios de salud, y eso es absolutamente entendible e importante. Si tenemos una apendicitis, necesitamos que nos operen, sino nos morimos; si estamos con una neumonía bacteriana necesitamos un antibiótico, si no lo recibimos, nos morimos. Es completamente normal que nos centremos en la atención o que prioricemos el tema de los servicios de salud; sin embargo, como sabemos bien, la salud no es solo tener un sistema de atención de salud. Lo realmente importante, y está demostrado, es que el sistema esté basado en la Atención Primaria de Salud, que es realmente la estrategia que nos puede permitir tener sistemas de salud que funcionen para disminuir las inequidades en salud y poder contribuir al desarrollo social y económico del país. Los sistemas de salud solos no van a resolver integralmente los problemas de salud, por más bien que funcionen, no van a disminuir las inequidades en salud. Esto es porque la salud no solo depende de factores biológicos, sino que depende de factores sociales. Científicamente sabemos qué países, como por ejemplo los países nórdicos, que tienen quizás los mejores sistemas de salud, con acceso universal a servicio de salud de buena calidad: sin embargo, las desigualdades en sus resultados de salud continúan creciendo, porque la salud no solo depende de la atención, sino también en los determinantes sociales.

Por esta razón, hablar de protección social es fundamental. Necesitamos sistemas de salud y necesitamos un sistema de protección social que permita poder abordar esos determinantes sociales, para en su conjunto, tener la posibilidad de disminuir las desigualdades en salud. Muchos consideran que los sistemas de protección social son inalcanzables para países como los nuestros, o que son extremadamente caros para el tamaño de nuestra economía, y eso no es así. La OIT viene trabajando el tema de protección social, y los pisos y techos de protección social, desde hace muchos años, para todos los países del mundo. No quiere decir que todos lo estén haciendo, pero quiero decir que nuestro país, como decía bien Pedro Francke genera una riqueza suficiente para poder tener sistema de protección social.

Como saben ustedes después de la Segunda Guerra Mundial, los estados de bienestar que fueron construidos en algunos países, sobre todo en Europa, menos en los Estados Unidos, suponían justamente desarrollar sistemas de protección social. Vale decir que el Estado, la sociedad en su conjunto, se organizaba en instituciones para permitir que aquellas personas que tuvieran problemas, de empleo; de vivienda, educación, fueran aseguradas en igualdad de oportunidades, por el hecho de ser ciudadanos de una comunidad. Y eso que puede parecer sofisticado, no es sofisticado, es algo que es alcanzable. Y por eso me parece muy importante que sobre la base de los programas sociales de compensación que tenemos actualmente, construyamos o reconstruyamos un sistema de protección social, que es algo a lo que el Perú tiene necesariamente que aspirar.

El doctor Cuenca en su sesuda exposición hizo mención a los últimos resultados de las pruebas PISA, que hacen mediciones mundiales sobre los resultados educativos. Esta métrica que califica al Perú como un país con segregación educativa. Quiere decir, que, en nuestro país, hay los grupos sociales segregados, separados, en función sobre todo de su capacidad de ingreso; de manera que aquellos que tienen más recursos tienen mejor educación, y quienes no tienen recursos, lamentablemente, no la tienen. Al escuchar el término segregación viene a la mente el *apartheid*, por ejemplo, que refleja una realidad que todos vemos y conocemos, pero quizás no interiorizamos. Y también en la presentación del doctor Cuenca estaba planteada la necesidad entonces de repensar la educación en el Perú a partir de una educación pública, universal y de acorde con los tiempos.

Finalmente, algunos comentarios a la excelente presentación de Pedro Francke. Me parece que haber contado con su participación es muy importante porque ha tenido la oportunidad de ocupar la cartera de Economía y Finanzas muy recientemente y le correspondió enfrentar todas las tribulaciones y dificultades que supone la situación política actual. La primera es el tema de que nuestro país, con todas sus dificultades, con todos sus problemas, produce riqueza suficiente para poder responder a temas, incluso tan críticos como fue la pandemia, con medidas que suponen un desembolso importante de recursos, o sea, el país tiene recursos, el país genera recursos suficientes para poder responder a esas necesidades. Si el país pese a las limitaciones estructurales de su economía: primario-exportadora, no diversificada; un Estado incapaz de promover el desarrollo equitativo en el territorio nacional, entre otros; puede generar suficiente riqueza surge la pregunta de ¿por qué es que no hemos podido financiar, por ejemplo, la salud que se necesitaba y hubiera permitido enfrentar mejor la pandemia de la covid-19?, lo mismo se puede decir en el caso de la educación.

Las interrogantes que se plantean, son muy importantes, en el sentido de que efectivamente hemos crecido bastante económicamente tal como lo refleja en PBI, pero la riqueza se ha concentrado en pocos sectores en desmedro de las grandes mayorías. Como resultados se tiene que, si bien se ha crecido, incluso se la logrado una disminución importante de la pobreza monetaria, sin embargo, ha aumentado la desigualdad en muchos aspectos. Eso es algo que debe llamarnos a una profunda reflexión ¿Por qué no se ha implementado políticas redistributivas de mayor envergadura en el Perú? ¿Necesitamos incrementar la riqueza? ¡Sí!, pero ¿por qué es que no podemos redistribuir más? Y eso obedece a temas como el carácter del Estado. Tenemos un Estado que es incapaz de poder redistribuir, por muchas razones, sin duda, no soy economista y, por lo tanto, no las analizo en detalle.

Además del tema de la desigualdad, yo agregaría el tema de la discriminación étnica en nuestro país. No nos consideramos una sociedad homogénea, de iguales en derechos y oportunidades, hay una serie de factores que nos separan, y creo que durante las recientes elecciones nacionales fue verdaderamente asombroso, ver cuán racista es nuestra sociedad y cómo esas lacras que arrastramos desde la colonia, sino antes, pueden estar influyendo no solo en un Estado que es incapaz de poder redistribuir, sino que la sociedad en su conjunto no concibe la distribución como justa y necesaria.

El otro tema es el de la economía, un tema también crucial, que se vio visibilizada, durante la pandemia, en particular durante la cuarentena. Los empresarios y economistas decían en relación a la cuarentena: “no, que el Perú se va al diablo, que tenemos que salir a trabajar”, etc. Allí hay otra discusión de salud pública que efectivamente tenemos que procesar, sobre si fue necesario o no, indispensable o no, la cuarentena tal como la conocemos. Eso tiene ahora mucha vigencia. El Partido Comunista Chino está teniendo su congreso actualmente, y uno de los temas centrales que están discutiendo es justamente el tema de la cuarentena y la concepción que tienen los chinos de “Cero Covid”, o sea, han renunciado al crecimiento económico, que es posiblemente lo único que ha sostenido a la China en estas últimas décadas, por el tema de controlar la covid-19.

La Comisión de Macroeconomía y Salud, que precedió a la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud, en la OMS, trabajó mucho el tema de la relación de como la salud influye en la economía y en el crecimiento económico. Esta Comisión la dirigió el distinguido economista Jeffrey Sachs y me parece que hay muchas cosas interesantes que deberíamos de revisar. Luego la Comisión de Determinantes vio la cosa al revés, vale decir, como la sociedad influye en la salud; pero esta Comisión de Macroeconomía estudió esta relación y considero que ahora que hemos tenido la pandemia, un nuevo debate sobre el tema de economía y salud debería actualizar.

Finalizo con una reflexión en relación con las ponencias de las dos mesas, que me han parecido muy importantes, y en particular al gran tema de la Atención Primaria de la Salud, que considero es la estrategia más importante, diría la única estrategia, que puede permitirnos el desarrollo de sistemas de salud inclusivos, que reduzcan la inequidad y sirvan de base para ese enfoque territorial que necesitamos para el desarrollo y la acción en los Determinantes Sociales de la Salud. Por supuesto que tienen que desarrollarse como políticas nacionales, pero que tienen una concreción territorial muy relevante. La Atención Primaria de Salud sirve como bisagra, como puente, entre los servicios de salud y la comunidad local, sobre todo cuando hablamos de primer nivel de atención y la relación intersectorial para abordar determinantes sociales en esa localidad, en el contexto de la diversidad que tiene nuestro país. Considero entonces que la Atención Primaria de Salud es la estrategia que tenemos que fortalecer, es la que nos va a permitir poder superar el tema de las desigualdades en salud, a través de la acción en los servicios de salud y a través de la acción sobre los determinantes sociales de salud.

# A manera de colofón

**Comité Técnico del Observatorio de  
Medicina, Salud y Sociedad del CMP**

11

## **Contexto mundial**

Sólida evidencia informa que las epidemias que con cada vez mayor frecuencia vienen afectando la salud de las poblaciones humanas en las últimas décadas se deberían fundamentalmente al impacto producido por la actividad humana sobre la naturaleza. El modo de vida material establecido por gran parte de la humanidad se sustenta en la disponibilidad y producción de energía de combustibles fósiles, condición que produce el calentamiento global del planeta, con su consecuencia de incremento de temperatura, huracanes, lluvias torrenciales, inundaciones, sequías, así como de la proliferación de vectores de muchas enfermedades. Se ha configurado una nueva etapa geológica en la que la acción humana juega un rol determinante, el Antropoceno.

Por otro lado, la amazonia, que constituye el bosque húmedo más grande del mundo, hasta hace poco era espacio exclusivo de la fauna salvaje. Ahora, con nuevos modelos de economía globalizada, que descuidan el medio ambiente, la deforestación acelerada de bosques, principalmente de la amazonia, la ocupación y explotación intensiva/ hacinada de estos “nuevos territorios”, la mayor comercialización ilegal y la interacción de las personas con animales exóticos conduce inevitablemente al contacto con microorganismos que habitan en estas especies (en especial, virus y bacterias) con los cuales no existió previa interacción y, por tanto, hay ausencia de memoria inmunológica. En consecuencia, emergen nuevas enfermedades zoonóticas y reemergen otras sobre las que se había logrado cierto control.

No obstante, que las epidemias han acompañado la existencia del hombre en la tierra, particularmente desde que se hizo sedentario domesticado animales, su frecuencia y extensión a nivel global (carácter pandémico) se ha incrementado aceleradamente en las últimas décadas, casos como las epidemias del VIH-sida, MERS, SARS, dengue, sika y chikungunya, entre otros. La pandemia de la covid-19, pese a su magnitud, no ha sido la más letal gracias a los adelantos científicos y tecnológicos, como la existencia de vacuna; sin embargo, existe una elevada probabilidad de aparición de nuevos procesos pandémicos que podrían tener efectos aún más devastadores.

Es indispensable concebir la salud como resultado de un frágil equilibrio entre los seres humanos, los animales y el ambiente, concepto que sustenta el nuevo paradigma de “una salud planetaria” con un énfasis en la equidad. Esto implica transitar de la salud individual a una salud pública, de la especialización a la acción interdisciplinaria, de una concepción de salud centrada exclusivamente en los aspectos biológicos a un enfoque que pone por delante un conjunto complejo e interrelacionado de determinantes de la equidad en los ámbitos ideológico/ políticos, sociales (incluidos los sistemas de salud), económicos, comerciales, culturales y ecológicos.

## **Impacto en la salud**

La pandemia de la covid-19, impactó severamente la salud y condiciones de vida de la población, puso en evidencia históricos y estructurales problemas que arrastra la sociedad peruana desde su constitución republicana, y aun mucho antes, particularmente en el campo social: profundas e intolerables inequidades, pobreza multidimensional, informalidad que abarca a más del 70 % de la población obligada a vivir del autoempleo en condiciones totalmente precarias, servicios públicos de salud y educación postrados en crónico abandono, vivienda y servicios básicos en extrema precariedad. Todo esto ocurre principalmente

durante las tres últimas décadas con la profundización del modelo económico extractivista, que no reparó en fortalecer un Estado redistributivo, eficiente y probo, que ofrezca al menos salud y educación a toda su población.

Los graves problemas estructurales en salud que acarreamos desde la constitución de la república se vieron agravados por la ausencia de una sólida y robusta política social que usualmente se manifiesta como un sistema de protección social universal; ante tal desprotección la mayor parte de la población tuvo que asumir esta tragedia sanitaria como un problema individual de mercado y no de sanidad pública, esto es, se generalizó la estrategia del “sálvese quien pueda”. Este estado de cosas propició la fractura de los escasos vínculos de solidaridad social y, por el contrario, se exacerbó los ánimos de lucro de diversos sectores productores de recursos y servicios, algunas clínicas privadas, laboratorios médicos y el sistema de expendio de medicamentos mostraron un comportamiento éticamente indeseable.

A esta situación se vio agravada por la crisis de gobernabilidad que enfrentaba el país al inicio de la pandemia y que continúa hasta la actualidad, en tanto contribuyó en la pobre respuesta institucional y a la falta de credibilidad de las medidas de control propuestas desde el Estado.

Algunos sectores poblacionales mostraron, de manera muchas veces agresiva, su desconfianza en la ciencia condición extendida mundialmente y que se ha visto fortalecida en este siglo. Estas tendencias negacionistas del conocimiento científico son de variado origen y tienen como principal vehículo de difusión a las redes sociales; a esto se suman diversas tradiciones culturales presentes en la sociedad peruana respecto del proceso salud-enfermedad sus causas y consecuencias.

Igualmente, es necesario reconocer la ausencia de una adecuada estrategia de comunicación social, dirigida a contrarrestar la desinformación y la falsa información presentada como verdad (posverdad), así como, esclarecer ciertas creencias y falsas percepciones en torno a las causas de la pandemia y a las medidas para controlarla. Correspondía al Estado liderar esta estrategia, mediante la convocación a la comunidad científica nacional, colegios profesionales y otros centros de difusión científica.

### **La frágil y errática respuesta sanitaria**

El sistema de salud se mostró incapaz de desarrollar intervenciones de inteligencia sanitaria, prevención y control realmente eficaces. La pandemia constituyó una prueba de fuego para nuestro sistema de salud históricamente segmentado y fragmentado. Condición que llevó a que cada organización sanitaria actuara de manera desarticulada, lo que hizo patente una vez más la débil capacidad rectora del Minsa sobre las organizaciones sectoriales nacionales, regionales y distritales, como también la imprescindible –más que nunca– articulación intersectorial, más allá de los desesperados intentos de coordinación. La publicitada reforma de salud realizada desde fines de la primera década bajo la modalidad del aseguramiento demostró su inoperancia. Los índices de mortalidad por la covid-19, de los más altos en el mundo, hablan por sí solos.

Las medidas iniciales de la respuesta institucional frente a la pandemia subestimaron su posible impacto en el país, como se colige de las actividades preparatorias y de la irrisoria suma de recursos financieros asignados, en comparación con lo sucedido frente a amenazas anteriores. A eso se debió en gran parte la severa carencia de equipos y suministros básicos, así como, la ausencia de nuevo personal de salud que supliese a quienes por edad o comorbilidad dejaron de laborar.

Frente a los primeros casos confirmados en el país, se declaró una cuarentena prolongada y rígida que no logró evitar el acelerado incremento de casos y defunciones, pues la población de menores recursos se vio obligada a abandonar prontamente la reclusión en busca de recursos para su sustento.

El sistema de vigilancia sanitaria sustentado en una notificación epidemiológica fragmentada, parcial y tardía no fue capaz de dar cuenta a tiempo real de situación pandémica en rápida progresión. Es necesario migrar hacia un sistema de vigilancia de la salud pública, donde se pueda seguir la movilidad de las personas a través del uso de la múltiple información virtual y la interoperabilidad de los sistemas de información institucional.

La atención en establecimientos del primer nivel de atención quedó reducida a su mínima expresión, por su severo y crónico abandono. Basta señalar que solo el 30 % de estos establecimientos de salud se encontraba en condiciones materiales para cumplir con sus funciones. Su personal carecía de las competencias necesarias para implementar la estrategia de atención primaria de salud, situación que se exacerbó con la crisis pandémica, contrariamente gran parte de este personal se retiró de los servicios por temor al contagio y ante la carencia de los indispensable equipos de protección personal, pero también debido a falta de organización y liderazgo.

La única barrera real de contención fue la red hospitalaria que colapsó prontamente pues arrastraba igualmente graves déficit de infraestructura, equipamiento y recursos humanos especializados, etc. Cabe dar cuenta que nuestro país contaba con el menor número de camas para el tratamiento de cuidados intensivos (camas UCI) de la región de las Américas y que la mayor parte de hospitales no contaba con plantas de oxígeno medicinal, debido a las restricciones impuestas previamente para su producción por normas emanadas de la autoridad sanitaria.

En la fase inicial de la pandemia, el Minsa tomó decisiones estratégicas y normativas básicamente tentativas bajo una lógica de ensayo-error, debido a diversos factores como ausencia de conocimiento científico y falta de previsión, pero en algunos casos se debió a la toma de decisiones erráticas como adquirir y utilizar pruebas serológicas para detección y control del daño. Otra característica inapropiada de las medidas adoptadas fue su pretensión de abordar con medidas homogéneas y estandarizadas una realidad social, económica, cultural e institucional marcadamente heterogénea, fragmentada y compleja. Estos, entre otros factores, atentaron seriamente contra la eficacia de la respuesta.

La crisis pandémica afectó además de manera severa la atención de otras enfermedades sobre todo las denominadas enfermedades no transmisibles (hipertensión arterial, diabetes, neoplasias, etc.), pero también atentó seriamente la operación de los programas regulares de salud pública, como las inmunizaciones.

De otro lado, exigidos por la crisis pandémica, se han producido importantes avances en la virtualización de diversos aspectos de la atención de la salud (*e-health*): teleconsulta, teleconsejería y comunicación a distancia, mediante el uso del teléfono o la internet. De igual manera, se han desarrollado actividades de fortalecimiento de capacidades en el personal de salud que no debiera desaprovecharse.

En conclusión, la respuesta institucional del sistema a la pandemia de la covid-19 fue errática, desarticulada, ineficiencia y tardía.

### **Impacto social, educativo y económico**

Indudablemente, la pandemia de la covid-19, agravó la alta vulnerabilidad en la que viven las familias peruanas, principalmente la de menores ingresos, y que comúnmente se evidencia al enfrentar situaciones catastróficas como los desastres naturales, pérdida del empleo debido a las condiciones de gran precariedad laboral o la ocurrencia de enfermedades cuyo tratamiento generan crisis económicas en los hogares. Situaciones que, ante la falencia de los escasos mecanismos de protección social de carácter público, son afrontadas apelando al esfuerzo personal –consumiendo su exiguo capital de trabajo–, o buscando apoyo en sus redes familiares o amicales.

Un importante sector de la población de menores recursos, que laboraba en condiciones de máxima informalidad y sin ningún mecanismo de soporte social, se vio obligado a abandonar la capital en grandes caravanas peatonales, y a sufrir los riesgos de la intemperie y la falta de alimentos. Esta emigración es un fenómeno social no visto en un siglo caracterizado por el proceso inverso. Se trataba miles de personas de todas las edades que retornaban a sus lugares de origen en búsqueda de refugio para sobrevivir ante la mirada atónita de resto de la sociedad y la total inoperancia y pasividad del Estado en sus diferentes niveles de gobierno.

La masiva movilización de los sectores más necesitados en busca de subsistencia incrementó enormemente los casos de covid-19, la presentación de las olas epidémicas saturó los servicios de salud y los llevó prontamente al colapso. La gente con menos recursos tuvo que buscar soluciones domésticas para atender a

sus familiares en casa con sus limitados recursos. Adicionalmente, largas colas de personas que trataban de adquirir oxígeno medicinal en las pocas distribuidoras existentes, algo nunca antes visto, hablan claramente del total desprotección social que se vivió.

En suma, la pandemia magnificó la desprotección social de gran parte de la población y puso en cuestión la condición del Estado como garante del derecho a la salud de todas las personas sin ningún tipo de discriminación. Para grandes sectores poblacionales, morir de covid o morir de hambre pasó a ser el dilema central. En Lima Metropolitana, el riesgo de enfermar y morir fue entre cinco y siete veces mayor entre las familias con menores recursos y entre quienes dependían del trabajo informal para su subsistencia.

Es incorrecto explicar la crisis educativa nacional como una consecuencia de la pandemia, existe suficiente evidencia para asegurar que esta crisis se venía incubando hace varios años (curvas de abandono escolar, entre otros) en los sectores menos favorecidos. Aun las pruebas PISA caracterizaban a la educación peruana como una de “segregación escolar”. La pandemia al obligar el cierre de la escuela, y con esto al acceso a la educación presencial, develó esta crisis de la educación en toda su magnitud. Es también de resaltar la demora extrema en el reinicio de la educación presencial en el Perú, uno de los más tardíos de América Latina. Todo lo anterior, sin alguna duda, ha de contribuir al incremento de la inequidad en los resultados educativos, y, por consiguiente, en los de salud en los niños y en los adultos.

La necesidad de transitar abruptamente de la educación presencial a la educación a distancia, se vio enfrentada a las enormes brechas en el acceso a las tecnologías de comunicaciones e informática que existe entre los peruanos en claro desmedro de la población que habita en las áreas rurales y urbano marginales. Son ellos además quienes no cuentan con los recursos necesarios para adquirir este tipo de tecnología.

La pandemia de la covid-19 nos plantea la oportunidad de redefinir los paradigmas de la educación. Pasar de un enfoque centrado en la sola adquisición de conocimientos a un enfoque que posibilite el desarrollo integral de las personas, con estudiantes que tengan la capacidad “tanto de opinar, como de emocionarse”. Supone también redefinir el rol de la educación en función del desarrollo personal, familiar y social, y emprender una serie de cambios sustantivos en esta orientación con un enfoque basado en la inequidad.

La medida económica más importante del Estado para paliar la crítica situación suscitada por la reclusión fue el otorgamiento de bonos a las familias en máximo riesgo de sufrir hambruna. Lamentablemente, en su implementación se tropezó con grandes dificultades, su magnitud puso al descubierto la desactualización de los registros de información sobre la situación socioeconómica de nuestra población, pero además muchos bonos no llegaron a sus destinatarios, debido a la insuficiente asignación presupuestal para su financiamiento y a las dificultades que presentó el proceso de entrega que en muchos casos fomentó aglomeraciones que contribuyeron a la expansión de la pandemia. A esto se agregó la escasa bancarización de, justamente, los segmentos sociales objetivo de apoyo estatal, condición que dificultó su entrega.

El rápido colapso de la economía provocó que muchas personas que formalmente habían superado el límite para ser calificados pobres (pobreza monetaria) pero que obviamente portaban condiciones estructurales de pobreza, rápidamente sufrieran los embates de la crisis, con el agravante de haber sido retirados de los registros de beneficiarios de los programas sociales, por lo tanto, sin posibilidades de acceder a los bonos. Producto de la pandemia, la pobreza monetaria aumento en 10 puntos porcentuales, los cuales no se han recuperado luego de la fase más extrema de la misma.

Durante la pandemia, algunos sectores de la economía presentaron la relación entre la salud y la economía como antinómica, mientras la evidencia sostiene esta relación debe administrarse de manera sinérgica ya que la mejor manera de preservar la economía es invertir en la protección de la salud de las personas, situación que quedó demostrada durante la pandemia, entre otras a razón de la vacunación, en la medida que se incrementó la cobertura de población protegida por vacunación se fue recuperando la economía.

Es necesario interrogarse sobre cómo, el Perú que gozaba de una economía en sostenido crecimiento durante las dos últimas décadas, con reconocida estabilidad fiscal, bajo endeudamiento y elevado nivel reservas internacionales, entre otras variables macroeconómicas positivas, tuvo tan mal desempeño en su respuesta

frente a la pandemia. La explicación puede encontrarse, de un lado, en la baja inversión en salud que históricamente realiza el Perú y que es una de las menores de América Latina, esto permite dar cuenta de las enormes carencias de los servicios públicos de salud, tanto en cantidad y sobre todo en calidad, a lo que agrega un largo ciclo de medidas tendientes a la precarización del empleo que pronunciaron mucho más las desigualdades existentes en nuestra sociedad.

Mención especial amerita el acuciante tema de la corrupción en todas las esferas y en todos los niveles, así como el incremento significativo de la economía criminal en el país (delincuencia/sicariato, tráfico de personas y de terrenos, minería ilegal, venta de animales salvajes y tala de bosques ilegales, narcotráfico, etc.), que generan violencia y nuevos riesgos sanitarios y desvía significativos recursos de la esfera pública, imprescindibles para la inversión en salud y que mina la confianza y la credibilidad en las instancias públicas como en la democracia (determinantes sociales de la salud estructurales importantísimos), en escala mayor.

Por otro lado, bien se conoce que el país no llegó a conformar un Estado suficientemente fuerte y significativamente presente en todo el territorio nacional, por el contrario su fragilidad institucional se acentuó en las últimas décadas. Esto se debe en gran parte a la limitada disponibilidad de recursos fiscales como lo indica la presión tributaria, una de las más bajas de la región. Los escasos recursos fiscales restringen la capacidad del Estado para desarrollar un conjunto armónico políticas sociales redistributivas, expansivas y sostenibles, expresadas en un robusto sistema de protección social que aminore las enormes brechas de inequidad históricamente presentes en nuestra sociedad.

### **Conducta ética durante la pandemia**

El desempeño del personal de salud, en especial de médicos, enfermeras, enfermeras técnicas y tecnólogos, fue encomiable y merecedor del reconocimiento, el que fue espontáneo y visiblemente brindado por la sociedad peruana de diferentes momentos. Muchos trabajadores de salud ofrendaron sus vidas en la lucha contra este nefasto mal, pese a esto el reconocimiento del Estado a las familias de los fallecidos aun no es una realidad.

A despecho de lo anterior, es necesario evaluar el comportamiento ético de los miembros de la orden médica durante la pandemia, en particular los casos que, en apelación a sus condiciones individuales de riesgo, se eximieron de laborar en su trabajo en el sector público, pero siguieron brindando servicios en el privado.

Hechos como la administración de una vacuna candidata por fuera del ensayo, generaron la desconfianza de la población en sus autoridades pero también en un sector de la comunidad científica y la comunidad médica. Al respecto, al momento no se ha realizado un deslinde público de responsabilidades por parte de la Autoridad Sanitaria Nacional, incluidos el Ministerio de Salud, el Instituto Nacional de Salud (INS), la Dirección General de Medicamentos Insumos Drogas (Digemid) y las universidades Cayetano Heredia y San Marcos que ejecutaron el ensayo; todas ellas instituciones comprometidas centralmente en este escándalo. De igual manera, es necesario realizar un profundo análisis de la conducta ética-deontológica de los profesionales médicos que accedieron a esta vacuna, para delimitar las responsabilidades en cada caso.

La sociedad mundial pospandemia no será la misma en muchos sentidos. Se han hecho patentes las incertidumbres e inquietudes por el devenir a la par que se han transparentado sus enormes diferencias pero también insuficiencias de carácter societal, institucional, cultural, de humanización, entre otras; traducidas como marcadas inequidades de diversa índole, exclusión, insolidaridad social. En contraparte, hemos sido testigos de la grandeza moral de muchos sectores de la sociedad que dieron lo mejor de sí para salvarnos de esta tragedia. El Perú fue un escenario excepcional pues nos correspondió vivir esta situación de manera acrecentada por múltiples factores estructurales a los cuales se agregó la vigencia desde hace tres décadas de un modelo de fundamentalismo del mercado, pero además de una profunda crisis política que nos acompaña gran parte del último decenio. Como dice un filósofo español, “Quién desconoce su historia está condenado a repetirla” peor aún si esta es una historia reciente, en tal sentido, este documento pretende contribuir en la indispensable reflexión sobre lo sucedido durante la pandemia.







COLEGIO MÉDICO  
DEL PERÚ

Observatorio  
Medicina, Salud y  
Sociedad del CMP