

# Aprendiendo del Perú: Por qué una estrella macroeconómica fracasó trágica y desigualmente en los resultados del Covid-19

This article was published in English in

Social Science and Medicine Health Systems, Vol 2, (2004) 1000007 Villar E, Francke P, Loewenson R Learning from Perú: Why a macroeconomic star failed tragically and unequally on Covid-19 outcomes. Pages 1-10 <https://doi.org/10.1016/j.ssmhs.2023.100007>

Available online 20 December 2023. 2949-8562/© 2023 The Author(s). Published by Elsevier Ltd. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/bync-nd/4.0/>).

Eugenio Villar<sup>1</sup>, Pedro Francke<sup>2</sup>, René Loewenson<sup>3</sup>

## A destacar

- El éxito macroeconómico de Perú, pero las altas muertes por COVID19, ponen en el foco de la atención su respuesta a la pandemia.
- El riesgo y la vulnerabilidad de la COVID-19 se concentraron en los hogares urbanos de bajos ingresos.
- Las diferencias en las condiciones sociales, los servicios y la protección social condujeron a resultados desiguales en la salud
- Las políticas neoliberales y las débiles relaciones entre el Estado y la sociedad socavaron las respuestas a la pandemia.
- La preparación para una pandemia en todos los niveles requiere abordar tanto los factores subyacentes inmediatos como los más profundos.

## Resumen

El éxito macroeconómico del Perú y su moderada calificación de seguridad sanitaria se combinaron paradójicamente con uno de los niveles más altos de mortalidad por COVID-19 reportados a nivel mundial, así como una desigualdad significativa en los resultados de salud de la pandemia. Se utilizó un análisis temático de la evidencia obtenida a partir de una revisión documental de publicaciones y bases de datos en línea para examinar los determinantes de este resultado para el diálogo político nacional y global sobre preparación, prevención y protección ante una pandemia. La paradoja se relaciona con una concentración del riesgo y la vulnerabilidad en hogares urbanos de bajos ingresos, asociada con diferencias en las condiciones sociales, y con la incapacidad de abordar los déficits en los sistemas comunitarios y de atención primaria, o en la protección social de los hogares vulnerables. Causas más profundas en la economía política, las relaciones entre el Estado y la sociedad y los intereses que impulsan las decisiones políticas subyacen a la inequidad en los determinantes inmediatos. Las decisiones políticas neoliberales generaron inseguridad socioeconómica e informalidad, lo que, junto con la insuficiente inversión estatal en protección social y atención primaria de salud durante las primeras olas de la pandemia, generó una sociedad con un riesgo elevado, desafectada por el Estado y sobreviviendo en gran medida fuera de los sistemas de gobierno formales. Las respuestas a la pandemia deben conectarse con esas realidades, invertir en condiciones sociales y sistemas de salud locales, (re)conectar a las personas con los servicios públicos y la protección social, y regenerar la confianza pública para abordar las causas de la mortalidad excesiva e inequitativa relacionada con la pandemia y prevenirla.

<sup>1</sup> Facultad de salud pública y administración, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Señor de Sipan 127 S de Surco Lima, 15023, Peru. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-0531-487X>

<sup>2</sup> Departamento de Economía, Pontificia Universidad Católica del Perú, Av. Universitaria 1801, San Miguel 15088, Perú, Lima, Peru. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-4797-1587>

<sup>3</sup> Training and Research Support Centre, Box CY651, Harare, Zimbabwe. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-9928-540X>. Autor correspondiente: rene@tarsc.org

**Palabras clave** (en inglés)

COVID-19; Perú; Health System; Political economy; Policy; Neoliberal

## 1. Introducción

Para mayo de 2022, más de tres años después de su declaración como pandemia, los informes oficiales indicaban que 6,9 millones de personas habían muerto a causa del COVID-19, con 17,2 muertes estimadas relacionadas con la pandemia (United Nations, 2023; Sachs et al., 2023). El jefe de la OMS declara el fin del COVID-19 como emergencia sanitaria global, 5 de mayo (United Nations, 2023). El director general de la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró que la pandemia había terminado en mayo de 2023 (Naciones Unidas, 2023). Sin embargo, la magnitud del impacto de la pandemia y sus consecuencias a largo plazo están impulsando esfuerzos para comprender mejor su distribución y sus determinantes, y para aprender "qué funcionó y qué no" para responder mejor a futuras pandemias (Sachs et al., 2023, European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), da Silva et al., 2022, Stenseth et al., 2021). Estos esfuerzos apuntan en parte a informar las respuestas de salud pública para futuras pandemias y las nuevas reglamentaciones globales que se están negociando, como el Tratado sobre Pandemias de la OMS (Phelan, 2023). Sin embargo, el aprendizaje debe ir más allá de las causas y respuestas inmediatas. Como señaló el director general de la OMS, la pandemia "expuso fallas políticas" e infligió importantes daños económicos y sociales [1p1]. Esto hace que sea igualmente esencial comprender y responder mejor a las causas y consecuencias de la economía política de la pandemia. Las respuestas a la pandemia, a menudo biomédicas y autoritarias, generaron llamados a adoptar enfoques integrales de salud pública que respeten los derechos humanos (Loewenson et al., 2020), mientras que las desigualdades en la exposición, la vulnerabilidad y las consecuencias a más largo plazo abrieron debates sobre sus consecuencias económicas, comerciales, y otros determinantes de la economía política (Berkhout et al., 2021).

Perú presenta un caso poderoso para un aprendizaje más profundo que es potencialmente pertinente para otros países y para la política global. El éxito macroeconómico del país y su calificación moderada en el Índice de Seguridad Sanitaria Mundial se combinan paradójicamente con informes de una mortalidad mucho mayor que en los países vecinos y de resultados de salud desiguales debido al COVID-19, lo que apunta a lecciones sobre las dimensiones de salud pública, determinantes sociales y economía política que conducen a estos resultados (Cordero La pandemia de la COVID en el Perú, 2023, Cozzubo et al., 2021). Las epidemias recurrentes de fiebre amarilla, cólera, dengue, COVID-19 y Zika sugieren no tratarlas como un evento discreto y excepcional. Piden una mejor comprensión de los factores, los activos y los déficits que hacen que diferentes grupos de población sean más o menos susceptibles a estas epidemias y vulnerables a sus consecuencias, y de las opciones políticas que sustentan esos entornos de riesgo. Existen numerosos procesos multi-países que generan aprendizajes sobre la pandemia. Este artículo presenta un análisis complementario centrado en un país, Perú, para comprender más profundamente las causas y las "causas de las causas" de la pandemia de COVID-19, sus respuestas e impacto. Su objetivo es informar el diálogo sobre futuras opciones y respuestas políticas. Analiza qué contribuyó a la brecha entre el éxito macroeconómico y la clasificación de seguridad sanitaria del Perú y su mortalidad significativamente mayor por COVID-19. Al interrogar más allá de las causas inmediatas, el documento ofrece la oportunidad de poner a prueba suposiciones y profundizar aún más el aprendizaje compartido como una contribución al diálogo político nacional e internacional sobre cuestiones a abordar para la "preparación, prevención y protección" ante una pandemia.

## **2. Métodos**

### **2.1. Diseño**

Este artículo es una revisión documental de publicaciones secundarias de dominio público y de evidencia de bases de datos en línea. Los documentos cubrieron el período 2019-2023 en inglés y español utilizando los términos de búsqueda Perú y COVID o desigualdad. Las bibliotecas en línea buscadas incluyeron Google, Pubmed, Medline, Scielo y sitios web gubernamentales y de agencias de la ONU. Se utilizaron documentos oficiales del gobierno y de agencias internacionales, académicos y fuentes revisadas por pares para respaldar la calidad de los datos. Cuando fue posible, se trianguló evidencia de diferentes fuentes. Se revisaron los resúmenes y se excluyeron los artículos que cubrían sólo información biomédica o cubrían información anterior para la cual había evidencia disponible posteriormente. Se obtuvieron más artículos a partir de listas de referencias y de “*snowballing*” para triangular, interrogar la calidad o validar la evidencia encontrada. Se incluyen cincuenta y un artículos y quince fuentes de conjuntos de datos, incluidos artículos de revistas, informes oficiales e institucionales e informes de medios.

Los datos para 2019-2022 se obtuvieron de las bases de datos en línea del Instituto Nacional de Estadística (INEI), en particular de datos de encuestas de hogares; de los registros administrativos y registros de mortalidad del Ministerio de Salud, del Ministerio de Economía y Finanzas y del Banco Central de Reserva del Perú, del Open Data del Banco Mundial y de la Base de datos del Latinobarómetro de indicadores sociopolíticos que cubren países de América Latina.

Se utilizó un análisis de contenido temático para extraer y organizar la evidencia. El marco señalado en la *Sección 2.2* se utilizó para identificar subsecciones clave y áreas temáticas amplias para la búsqueda, revisión y análisis de documentos. Los autores implementaron un análisis temático fundamentado sobre documentos dentro de sus áreas de especialización. Los autores representaron expertos de alto nivel en Perú y/o internacionalmente, a saber: EV sobre sistemas de salud y determinantes sociales; PF sobre macroeconomía, financiamiento y economía política, y RL sobre determinantes sociales, equidad y epidemiología del COVID-19. Todos los autores contribuyeron a una nueva ronda de análisis que vincula las áreas temáticas individuales.

### **2.2. Teoría**

Analizamos los impactos en la salud que abarcan el bienestar físico, social y mental y no solo la ausencia de enfermedades. Nos basamos en el marco conceptual de la Comisión de la OMS sobre Determinantes Sociales de la Salud (WHO, 2008) que relaciona los resultados y las disparidades en salud y mortalidad con las desigualdades producidas socialmente en los determinantes inmediatos/intermedios y estructurales/subyacentes que afectan a ambos riesgo y vulnerabilidad. Los determinantes próximos, incluidos los factores biológicos y conductuales, y las circunstancias, condiciones y servicios materiales y psicosociales que los afectan, están moldeados por factores estructurales que generan estratificación y divisiones sociales. Esto posiciona a los grupos sociales dentro de jerarquías de poder, prestigio y acceso a los recursos. Dichos determinantes estructurales tienen sus raíces en la ideología, la cultura y la autoridad, tal como se efectúan dentro de las instituciones, leyes, políticas, procesos y relaciones socioeconómicas y políticas, a nivel local, nacional y global (WHO, 2008).

Basándonos en este marco para estructurar nuestro análisis, examinamos los resultados y diferenciales de salud y mortalidad durante la pandemia en Perú. Exploramos sus causas inmediatas en los determinantes sociales próximos de la salud, incluido el desempeño del sistema de salud, y las "causas de las causas" sociopolíticas y de economía política subyacentes, incluso a través de análisis macroeconómicos y fiscales. Examinamos el papel del Estado como principal garante de deberes en la protección de la salud de la población y el cumplimiento de los derechos de salud, observando su relación con otros actores públicos, sociales y privados.

### **2.3. Revisión ética**

Dado el uso de evidencia secundaria de dominio público, no se requirió una revisión ética.

### **2.4. Limitaciones**

Hay limitaciones en los métodos. La experiencia reciente de COVID-19 significa que aún está surgiendo información sobre sus impactos en Perú, lo que limita la evidencia disponible, particularmente sobre los impactos a más largo plazo. Por lo tanto, hemos utilizado múltiples fuentes disponibles. Dada la complejidad y la naturaleza multidimensional de los temas tratados, nos referimos a asociaciones en lugar de atribuir causa, al tiempo que destacamos la fuerza y/o la coherencia teórica en las relaciones identificadas. Muchos determinantes relevantes no están bien medidos, pero el uso de una amplia variedad de fuentes de datos ayudó a facilitar una perspectiva integral sobre los determinantes. Encontramos un desglose insuficiente de los datos por género y un análisis limitado de la equidad de género en la pandemia. Por lo tanto, recomendamos seguir trabajando en este sentido, incluso mediante la recopilación de datos primarios. Algunas fuentes oficiales, institucionales y de medios no son revisadas por pares y pueden reflejar sesgos, por lo que se ha integrado y triangulado evidencia de diferentes políticas/orientaciones políticas, cuando fue posible. A pesar de las limitaciones, consideramos que el conjunto multidimensional de evidencia buscado es suficiente para el análisis y el aprendizaje compartido sobre la experiencia del Perú.

## **3. Hallazgos**

### **3.1. Resultados de salud y mortalidad**

En agosto de 2020, a pesar de reportar niveles acumulados más bajos de casos confirmados de COVID-19/millón que el continente en su conjunto, Perú registró una de las tasas de mortalidad per cápita por COVID-19 más altas a nivel mundial y en la región (Our World in Data, 2023; Johns Hopkins University, 2023; World Bank, 2023) (ver *Tabla 1*). El menor nivel de casos confirmados de COVID-19 puede deberse a las menores tasas de pruebas en Perú durante los picos de las olas de la pandemia, lo que limita la detección y el rastreo de casos, lo que potencialmente también contribuye a una mayor mortalidad. A medida que los niveles de la pandemia aumentaron a finales de 2020, Perú implementó 7,9 pruebas/caso confirmado en comparación con las 24,1 pruebas/caso confirmado de Chile. En la segunda ola en agosto de 2021, mientras Chile alcanzó 119,9 pruebas/caso, el máximo de Perú fue 45,5 pruebas/caso. No fue hasta la tercera ola, a mediados de 2022, que los niveles de pruebas por caso confirmado alcanzaron 90,9 en Perú, superior a los 18,6 de Chile (Our World in Data, 2023).

La gravedad de la pandemia es más visible en los datos de mortalidad. Los datos oficiales y de exceso de mortalidad por COVID-19 del Perú se revisaron a principios de 2021 después de una revisión científica de los registros médicos, lo que aumentó el número oficial de muertes acumuladas de 69342 a 185380 (Ramírez-Soto y Ortega-Cáceres, 2020). A finales de 2021, América Latina, con el 8,4% de la población mundial y el 32,1% de las muertes por COVID-19, se encontraba entre las regiones más afectadas a nivel mundial. Sin embargo, la mortalidad de Perú fue casi el doble del promedio del continente y tres veces el promedio mundial, reconocido como uno de los peores resultados de mortalidad a nivel mundial (Comisión Económica Para América Latina (CEPAL), 2022, Taylor, 2021) (Ver *Tabla 1*).

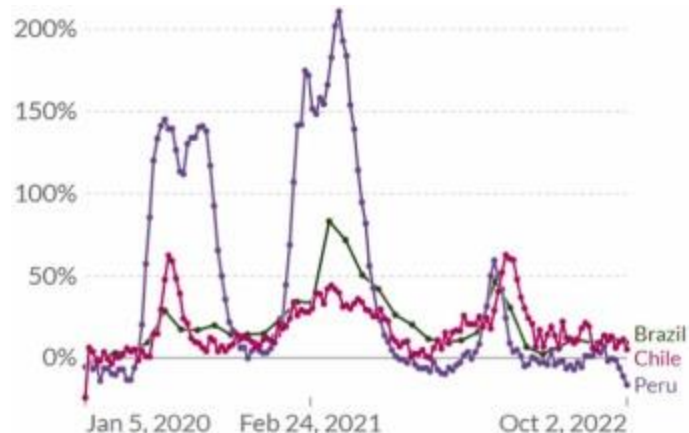
Como se muestra en la *Figura 1*, al menos durante las dos primeras oleadas en 2020 y 2021, las muertes por todas las causas en Perú superaron significativamente a las de sus países vecinos con niveles económicos similares. En particular, no fue hasta la tercera ola en 2022 que las tasas de mortalidad del país fueron comparables, en un momento en que tanto la cobertura de pruebas como de vacunación habían aumentado a niveles mucho más altos niveles.

**Tabla 1.** Datos de salud, Perú, nivel continental y global, 2020-2023.

Indicador	Periodo de tiempo	Perú	América del Sur (*) LAC (**)	Mundo	Fuente
Muertes confirmadas acumuladas per cápita por COVID-19	Mar 1 2020- Jun 13 2023	215.27	119.92 *	75.37	(Our World in Data, 2023)
Exceso de mortalidad confirmado (cifras)	Hasta Mar 10 2023	219 539		6 881 955	(Johns Hopkins University, 2023)
Casos confirmados acumulados de COVID-19 / millón de personas	Mar 1 2020- Jun 13 2023	132 376	157232 *	96 298	(Our World in Data, 2023)
% de personas completamente vacunadas contra el COVID-19 (2 dosis)	Hasta Jun 17 2023	84	77*	64	(Our World in Data, 2023)
% de personas parcialmente vacunadas contra el COVID-19 (1 dosis)	Hasta Jun 17, 2023	5.4	8.8 *	5.7	(Our World in Data, 2023)
Tasa de mortalidad infantil / 1000 nacidos vivos	2021	11	14 **	28	(World Bank, 2023)a
Tasa de mortalidad materna - estimación modelada/ 100 000 nacidos vivos	2020	69	88 **	223	(World Bank, 2023)a
Gasto corriente en salud % PIB	2020	6.3	8.64 **	10.89	(World Bank, 2023)
Gasto nacional en salud general/PPA per cápita US\$	2020	511.6	733.07 **	956.08	(World Bank, 2023)
Gastos de bolsillo - % de gastos corrientes en salud	2020	22.76	26.19 **	16.36	(World Bank, 2023)
Médicos/ 1 000 personas	2018	1.4	2.4 **	1.6	(World Bank, 2023)
Camas de hospital/ 1 000 personas	2017	1.6	1.9 **	2.9	(World Bank, 2023)

LAC = América Latina y el Caribe; GDP = Producto Interno Bruto; PPP= Paridad de poder adquisitivo  
(a) La fuente de datos utiliza varias estimaciones de agencias de la ONU

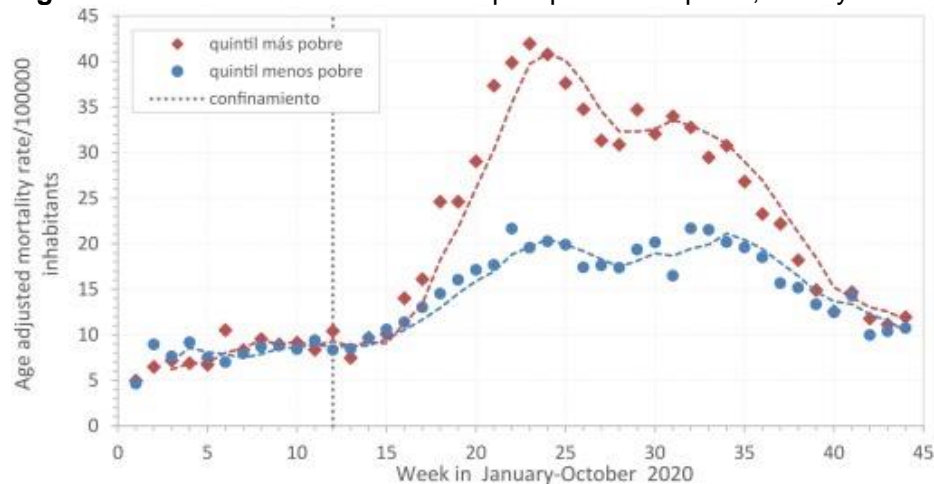
**Figura 1.** Muertes por todas las causas comparadas con las principales proyecciones esperadas, 2020-2022.



Fuente: (Our World in Data, 2023)

Había diferencias socioeconómicas dentro de estos promedios nacionales. Un estudio de seroprevalencia realizado en julio de 2020 en Lima mostró una prevalencia entre 3 y 4 veces mayor en el quintil de población más pobre frente al más rico y una prevalencia mayor en las zonas urbanas que en las rurales, particularmente en las ciudades más grandes (Cordero La pandemia de la Covid en el Perú, 2023). Los grupos más marginados socioeconómicamente en Perú experimentaron una mayor mortalidad (Comisión Económica Para América Latina (CEPAL), 2022), como se observa en otras regiones a nivel mundial (Marmot y Allen, 2020). Como se muestra en el gráfico 2, en 2020 el confinamiento exacerbó aún más las desigualdades de riqueza, con tasas de mortalidad en los quintiles más pobres 2,2 veces más altas en su punto máximo (Mujica y Pachas, 2021).

**Figura 2.** Tasa de mortalidad/100 000 por quintil de riqueza, Lima y Callao, Perú, 2020.



Nota: Age adjusted mortality rate/100000 inhabitants = Tasa de mortalidad ajustada por edad /100000 hb) Fuente: [Mujica y Pachas, 2021 p183].

La pandemia afectó a otros resultados de salud, ya que la caída del acceso a una atención sanitaria más amplia significó que en junio de 2023 se hubieran perdido 20 millones de consultas y 95 000 intervenciones quirúrgicas (Gobierno Peruano, 2023). La mortalidad materna/100.000 cayó de 144 a 55,8 entre 2000 y 2017, pero volvió a aumentar a 88,2 en 2021. Esto se atribuyó en parte al acceso deficiente a los centros de parto en subregiones con mayores proporciones de pobres e indígenas, como Loreto y Ucayali (Mesa de Concertación de Lucha contra la Pobreza (MCLP), 2022). Las tasas de inmunización del Perú para 26 enfermedades antes de la pandemia se encontraban entre las mejores de la región en 2010-2019, con diferenciales de riqueza insignificantes en la cobertura total de vacunación (Kassab et al., 2022). Sin embargo, las tasas de vacunación infantil cayeron un 15,6 % entre 2019 y 2020, y el confinamiento y los cambios en los servicios relacionados con la COVID-19 provocaron el cierre de algunos servicios de atención primaria (MCLP, 2022). A pesar de un aumento del 8% el año siguiente, la caída de las tasas provocó brotes de sarampión, declarados en emergencia por el gobierno en junio de 2023 (El Peruano, 2023).

### 3.2. Causas: determinantes sociales inmediatos.

Perú es un país de ingresos medios-altos, pero con alta desigualdad y un coeficiente de Gini de 0,7 (De Rosa et al., 2022). Una quinta parte de los peruanos (20,2%) experimenta pobreza de ingresos, y el 34% de la población no pobre también está en riesgo de pobreza y tiene una brecha de ingresos de género sustancial (Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), 2020). Para 2019, las desigualdades sociales en los ingresos, en la calidad y seguridad de la vivienda, el transporte, los lugares de trabajo y los mercados y en el acceso a los alimentos y la protección social hicieron que los hogares urbanos de bajos ingresos fueran más susceptibles y vulnerables a la COVID-19 (Tabla 2), lo que podría contribuir a las diferencias de mortalidad señaladas

anteriormente. La mala inversión en vivienda social ha llevado a las familias urbanas a construir por sí mismas viviendas informales y no reguladas con altas densidades de ocupación y acceso limitado a infraestructuras. Más de la mitad (58%) de los hogares urbanos pobres, y el 60% en Lima, tenían dos o más personas por dormitorio en 2020, situación ya identificada que tiene un mayor riesgo de enfermedades transmitidas por el aire, como la tuberculosis (INEI, 2021, Ríos et al., 2002). En Lima Metropolitana, el agua se suministra mediante camiones cisterna a un costo a hogares que ya son pobres y que carecen de acceso, lo que reduce el volumen de agua utilizada, por ejemplo, para medidas de higiene relacionadas con el COVID-19. Ubicados en los márgenes más pobres de la ciudad, los hogares más pobres de Lima también enfrentan largos tiempos de viaje en vehículos abarrotados, lo que aumenta aún más la exposición a enfermedades transmitidas por el aire (Horna-Campos et al., 2007).

**Tabla 2.** Determinantes sociales de la salud, Perú, 2019.

<b>Indicador</b>	<b>Nacional</b>	<b>Urbano</b>	<b>Quintil más bajo urbano</b>
% Población con acceso a internet	39.2%	48.4%	19.1%
% Población con acceso a refrigerador	56.6%	67.8%	42.4%
% Población que vive en viviendas informales	39.4%	47.1%	38.6%
% Población con acceso a agua potable en el hogar	73.4%	86.6%	81.5%
% Personas ocupadas en el empleo informal	72.7%	66.4%	82.2%
% población con gasto mensual per cápita en la canasta alimentaria < línea de pobreza extrema	30.2%	26.0%	31.7%
Brecha de ingresos de género	27.2%	29.1%	30.6%
% Población en viviendas de > 2 personas/dormitorio.	40.7%	36.0%	32.8%
% población en hogares con gasto mensual per cápita < línea de pobreza monetaria	20.2%	14.6%	22.2%
Población desempleada que busca empleo activamente como porcentaje de la población ocupada	3.9%	4.8%	4.4%

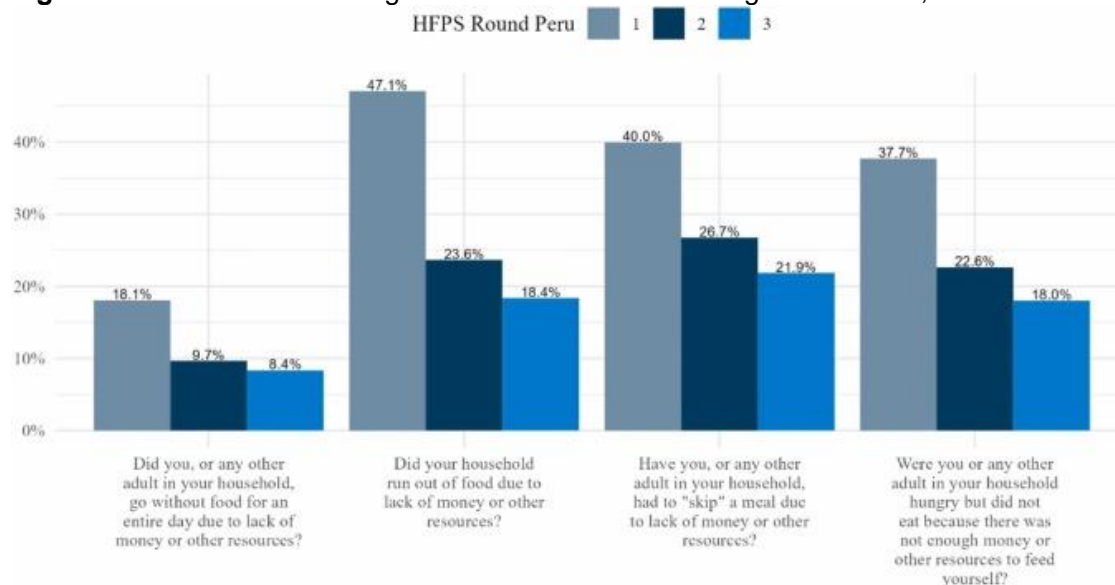
Fuente: Elaboración de los autores con datos de (Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), 2020)

Para 2021, el 71,4% de los trabajadores urbanos de Perú trabajaban en el sector informal. Algunos trabajaban en las calles, otros en pequeños espacios no regulados para comercio minorista o servicios, con pocos empleados, pero múltiples clientes. Los lugares de trabajo manufactureros tenían condiciones de confinamiento y poca ventilación y largas jornadas de trabajo, lo que en ambos casos intensificaba la exposición social a enfermedades transmitidas por el aire (INEI, 2022). Los mercados urbanos informales de alimentos proporcionan el 51% del valor de los alimentos vendidos en el Perú. Dados sus ingresos y refrigeración limitados, los hogares pobres suelen comprar alimentos a diario. A menudo, los mercados superpoblados, si bien eran críticos para los ingresos y la seguridad alimentaria de los vendedores y los hogares, también eran 'centros de supercontagio' (Ton et al., 2023), carentes de infraestructura y apoyo para cumplir con las regulaciones sanitarias o para aplicar medidas por la prevención de COVID-19.

Durante los confinamientos, algunos trabajos se realizaron en línea. Sin embargo, los trabajadores del sector informal de bajos ingresos carecían de acceso digital para realizar este cambio. Para 2020, a pesar de que el 56,4% de los pobres urbanos utilizaban Internet, solo el 11,6% podía hacerlo en casa y solo el 3,7% utilizaba una computadora (INEI, 2021). Tampoco era fácil trasladar el tipo de trabajo informal al hogar, por lo que los trabajadores suspendieron su empleo y perdieron ingresos, o continuaron con sus actividades "bajo el radar".

Así, los niveles de inseguridad alimentaria aumentaron durante la pandemia: en mayo de 2020, solo el 22,4% de los hogares en Lima y Callao se sentían seguros de poder cubrir sus necesidades alimentarias durante las próximas cuatro semanas (INEI, 2020). Como se muestra en la *Figura 3*, las encuestas del Banco Mundial mostraron niveles elevados en varias dimensiones de la inseguridad alimentaria en los hogares en mayo de 2020, con niveles sostenidos, aunque más bajos, hasta agosto de 2020 (World Bank, 2020).

**Figura 3.** Evolución de la inseguridad alimentaria en los hogares en Perú, 2020.



Nota: La Ronda 1 se recopiló entre el 18 de mayo y el 1 de junio de 2020, la Ronda 2 entre el 15 y el 22 de junio de 2020 y la Ronda 3 entre el 17 y el 18 de agosto de 2020. HFPS= High Frequency Phone Survey. Fuente: Autores a partir de datos de (Banco Mundial, 2020).

Algunos programas gubernamentales de alimentación para hogares de bajos ingresos establecidos en la década de 1980 todavía estaban presentes en 2019, como el "Vaso de leche" y los "comedores populares". Sin embargo, se encontraban en un estado muy debilitado, desvinculados de una estrategia más amplia de seguridad alimentaria, con una financiación cada vez menor y una cobertura cada vez menor, especialmente para los inmigrantes urbanos recientes (Alcázar, 2016). Antes de la pandemia, solo el 2% de la población urbana pobre de Lima recibía alimentos de los "comedores populares" y, en el nivel más alto de la pandemia, solo el 5,6% de los hogares urbanos más pobres se beneficiaron (Alcázar y Fort, 2022). La alta inseguridad alimentaria durante la pandemia llevó así a los residentes urbanos, particularmente en Lima, a auto organizar 'ollas comunes', dada la respuesta "tardía e incompleta" del gobierno central [37p12].

Si bien estos determinantes sociales y desigualdades aumentaron la necesidad de protección social, especialmente entre los pobres urbanos e informales, el sistema de seguridad social del sector público del Perú, financiado con contribuciones de nómina (planilla), se limita a los trabajadores con contratos de trabajo. Por tanto, cubre solo el 23,2% de los trabajadores ocupados (INEI, 2021). Esto excluye a los trabajadores informales, a pesar de que esta categoría comprende a la mayoría (91%) de los trabajadores en situación de pobreza de ingresos y que viven en malas condiciones (INEI, 2021; World Bank, 2023). 'Juntos', un plan de transferencias monetarias condicionadas, y Pensión 65, un plan de pensiones no contributivas, ambos introducidos en la década de 2000 cubrieron en gran medida zonas rurales. Para 2019, de los hogares urbanos elegibles, Pensión 65 cubría solo el 11,9% y Juntos solo el 6,7% (INEI, 2021, World Bank, 2023). El gasto del Perú en asistencia social es del 1,4% del PIB, el más bajo entre los países de ingresos medios de la región (World Bank, 2021). Al carecer de un programa público, los hogares urbanos pobres se enfrentaron a una brecha en la protección social durante la pandemia, sin mecanismos ni



bases de datos establecidos para entregarles ayuda económica o alimentaria. La baja cobertura de las pensiones dejó a los pensionados particularmente vulnerables, dado su nivel de exceso de mortalidad por COVID-19 cuatro veces mayor que el de la población general (Cozzubo et al., 2021, Noelia, 2020).

La convergencia de la pobreza, la supervivencia informal auto organizada y la escasa cobertura de la protección social formal se ha asociado con la desconfianza pública en el Estado y la insatisfacción con el gobierno: solo el 11% de los peruanos están “muy” o “bastante satisfechos” (Latinobarómetro, 2018). Más del 85% de los peruanos ha sostenido sistemáticamente desde 2000 la opinión de que “los grupos poderosos son gobernados para su propio beneficio”, y menos del 8% confía en el Congreso [41p52]. Entre 1995 y 2020, la confianza en el Congreso peruano del 18,7% se compara mal con el promedio regional del 28,8% (Chaparro, 2023), mientras que en 2022, solo el 4,7% de la población del Perú confiaba en los partidos políticos (INEI, 2023). Los medios de comunicación también son vistos con desconfianza, ya que el 80,8% de los adultos en 2021 tiene poca o ninguna confianza en la prensa y el 77,6% desconfía de la radio o la televisión (INEI, 2022). A pesar de esto, las críticas abiertas de los medios de comunicación a las medidas de salud pública en mensajes contra el uso de mascarillas o vacunas o la promoción de “curas” como la ivermectina tuvieron influencia en el público (INEI, 2022).

Los bajos niveles de confianza del público, los cuestionados medios de comunicación los riesgos en los entornos domésticos y las dificultades de cumplimiento debido a la pérdida de ingresos o de seguridad alimentaria hicieron que muchos mensajes de salud pública no se implementaran correctamente en la práctica. La imposición del confinamiento, incluso por parte de las fuerzas armadas, tuvo inicialmente un alto nivel de cumplimiento. Sin embargo, a medida que el hambre superó al miedo al contagio, la gente encontró formas de trabajar y obtener ingresos, aunque con riesgo de exposición a la infección.

### **3.3. Causas: el sistema de salud como determinante social**

Las pandemias actúan como “pruebas de esfuerzo” para los sistemas de salud: exponen la falta de financiación, la fragmentación y la inequidad o, por el contrario, muestran las fortalezas de los sistemas con un fuerte alcance y atención a las comunidades. Ambas características fueron evidentes en epidemias anteriores en Perú, ya sea en la alta mortalidad por viruela, sarampión o fiebre amarilla durante los períodos coloniales, cuando la población local carecía de acceso a servicios de salud más allá de la medicina tradicional (García-Cáceres), o, por el contrario, en el control efectivo de mortalidad en la epidemia de cólera de 1991, debido a una respuesta generalizada dirigida por la atención primaria de salud (Cueto, 1997).

Antes de la pandemia de COVID-19, Perú tenía múltiples planes y experiencia programática sobre respuestas a epidemias, incluso para involucrar a las comunidades y acciones intersectoriales, aunque no siempre se implementaron (Tarazona, 2023). El primer plan de respuesta formal de Perú para el COVID-19 en enero de 2020 subestimó la gravedad de la pandemia. Incluyó muchas actividades con escasos recursos y ninguna inversión en las instalaciones de atención primaria que estaban mal equipadas, el 55% de las cuales carecían de capacidades y personal para responder a la COVID-19, particularmente en las zonas urbanas. Más de dos tercios (69%) de la infraestructura y equipamiento hospitalario fueron señalados como precarios, obsoletos, inoperantes o insuficientes (Colegio Médico del Perú, 2023, Tarazona, 2023). A pesar de una política para lograr la cobertura sanitaria universal a través del Seguro Integral de Salud (SIS) y el Seguro Social del Perú (EsSALUD), la calidad y la cobertura del servicio fueron peores para las comunidades pobres y marginadas (Colegio Médico del Perú, 2023, Tarazona, 2023).

Las bajas asignaciones presupuestarias para salud y la mala gestión financiera contribuyeron a las deficiencias (Tarazona, 2023). El Cuadro 1 muestra que el gasto en salud del Perú en 2020 se compara mal con el de los países de la región, con niveles más bajos también de médicos y camas de hospital. La atención primaria, que representa el 84% de todos los establecimientos de salud,

recibió solo el 12% del presupuesto y el 16% del personal, y los médicos se capacitaron casi exclusivamente a nivel hospitalario (Fernández, 2023). La prestación y el acceso a los servicios están fuertemente vinculados a diferentes planes de seguro, que en sí mismos reflejan desigualdades de riqueza. Los servicios gratuitos en el lugar de atención financiados con fondos públicos y asegurados por el SIS cubren a la mayoría, en su mayoría a los trabajadores informales y a las personas más pobres. Si bien no se informaron análisis de incidencia de beneficios para el período, un análisis de incidencia del gasto social y los impuestos realizado en 2013 mostró la dependencia de los quintiles más pobres del apoyo en especie y la cobertura del seguro médico público (Baanante, 2013). EsSalud, financiado con contribuciones de nómina y algunos fondos públicos, complementado con seguros privados, cubre al 10% más rico de la población (Carrillo et al., 2021). Las intenciones del SIS de brindar atención integral universal y gratuita en el punto de atención se ven limitadas en realidad por infraestructuras deficientes y retrasos en el financiamiento de los servicios, especialmente para los grupos de menores ingresos (Banco Mundial, 2021). Durante la pandemia, entre el 10% y el 20% de los peruanos carecían de acceso a la atención médica, con una amplia variación en el acceso entre provincias (Hart, 2023).

Al inicio de la pandemia en Perú, la mayor parte del presupuesto se destinó a los hospitales y la mayor parte del personal estaba empleado en dichos hospitales (Fernández, 2023). Por lo tanto, la respuesta temprana a la pandemia se basó en los hospitales y se centró en gran medida en intervenciones biomédicas en grandes hospitales, descuidando los niveles comunitarios y de atención primaria como respuesta de primera línea. Se fortalecieron las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) en los cinco grandes hospitales a nivel nacional, con un aumento de 773 a 3768 UCI entre 2019 y 2021 (Tarazona, 2023). Cuando estos servicios hospitalarios no pudieron hacer frente a la demanda o carecieron de suministros, las comunidades tuvieron que organizar atención domiciliaria no profesional o incurrir en enormes deudas para utilizar atención privada inasequible (Chávez, 2021). Las débiles capacidades regulatorias del Ministerio de Salud (MINS) permitieron que algunas clínicas y farmacias privadas urbanas aumentaran precios exorbitantes por los servicios, empobreciendo financieramente a los grupos urbanos de bajos ingresos quienes fueron obligados a utilizarlos (Gianella et al., 2021). Estas desigualdades en los servicios contribuyeron a una menor satisfacción pública con los servicios públicos y a la percepción de que solo las personas ricas y privilegiadas podían “salvarse” (Sindicato Único, 2021).

El gobierno aplicó un enfoque centralizado, vertical (de arriba hacia abajo), para llegar a la comunidad. Se crearon algunos “equipos de respuesta rápida” como el “Plan Taita”, equipos comunitarios de control de COVID-19 para personas mayores, dirigidos por el ejército, pero con una participación comunitaria débil o nula ni vínculos con los servicios de atención primaria. Mecanismos nuevos como el Plan Taita, junto con una estrategia de comunicación débil, generaron confusión pública (Universidad de Lima, 2021), aumentando la desconfianza pública y limitando la aceptación o el impacto (Jaramillo y López, 2021, Municipalidad Provincial de Trujillo, 2020.). Los bajos niveles de pruebas en las primeras oleadas, señalados anteriormente, y la débil inversión en atención primaria limitaron la gestión de los brotes localizados, mientras que la especulación privada con las pruebas rápidas de antígenos provocó escándalos por malversación de fondos públicos (Angulo et al., 2021), aunque con mejoras servicios de prueba en 2022.

En su respuesta de atención, los déficits en las instalaciones gubernamentales agravaron los malos resultados de salud y dañaron aún más la confianza pública. Por ejemplo, las instalaciones públicas carecían de oxígeno para la atención de casos graves. La cadena de suministro de oxígeno estaba a cargo de grandes empresas y la contratación pública era errática y lenta. Junto con las altas adquisiciones del sector privado, este suministro limitó el del sector público. En el primer semestre de 2021 se formaron largas colas de 24 horas de familiares de pacientes que luchaban por comprar oxígeno a precios muy altos, para brindar atención informal en el hogar, junto con escenas de pacientes en los pasillos abarrotados de los hospitales pidiendo atención médica (Diario El Comercio, 2021). El personal de salud también carecía de equipos de protección personal,

educación y directrices adecuadas, el cual corría el riesgo de quedar expuesto en centros de atención superpoblados (Andina Agencia de Noticias, 2021). A finales de 2021, se estimaba que 2216 miembros del personal de salud habían muerto a causa de COVID-19 de un total de 403848, con un 0,85% de todos los médicos fallecidos (Colegio Médico del Perú, 2023, Ministerio de Salud, 2022).

Por lo tanto, las decisiones políticas tomadas en las primeras respuestas parecen haber exacerbado, en lugar de enfrentado, las desigualdades inherentes en el financiamiento y la organización de los servicios en el Perú, lo que potencialmente contribuyó y exacerbó las desigualdades sociales en los resultados de salud.

Por el contrario, en etapas posteriores el Perú se centró en un programa de vacunación contra la COVID-19 que marcó el comienzo de un programa más impulsado por la prevención vinculado a la atención primaria y los servicios comunitarios. Comenzó más tarde que en los países vecinos debido a las prolongadas negociaciones con los grandes proveedores farmacéuticos (Salud con Lupa, 2021). Sin embargo, su enfoque en el personal de los servicios de primera línea, su fuerte liderazgo público en la extensión a las comunidades en un programa de vacunación universal y las vacunas proporcionadas sin costo permitieron una rápida aceptación, de modo que para 2022 las tasas de vacunación completa en Perú eran más altas que las de otros países del mundo. continente (Ver *Tabla 1*). La campaña de vacunación resonó con otras experiencias de respuestas integrales de atención primaria de salud dentro de los municipios. Por ejemplo, San Borja y La Molina en Lima incluyeron educación preventiva, instalaciones para realizar pruebas y control de la transmisión en los mercados distritales. Algunas de estas actividades fueron facilitadas por organizaciones no gubernamentales y promotores de salud, mientras que otras fueron organizadas por centros de atención primaria, como Castrovirreyna en San Miguel (Fernández, 2023). Si bien su cobertura era más limitada que el programa de vacunación, estas iniciativas apuntaban a respuestas alternativas y potencialmente más equitativas de los sistemas de salud.

## 4. Discusión

### **4.1. Resumen de las causas de resultados deficientes y no equitativos**

Los hallazgos muestran evidencia de niveles significativamente más altos de mortalidad relacionada con la COVID en Perú en las dos primeras olas de la pandemia que en los países vecinos, particularmente en áreas urbanas y grupos sociales más pobres, junto con una mayor mortalidad infantil y material en las comunidades más pobres. Un conjunto de determinantes sociales está asociado con este resultado, incluida la calidad y seguridad de la vivienda, el transporte y las infraestructuras. Junto con la pobreza multidimensional y de ingresos, el transporte y los mercados saturados y los altos niveles de empleo informal precario, esto hizo que los hogares urbanos de bajos ingresos fueran más susceptibles y vulnerables al COVID-19 y a la inseguridad alimentaria. También debilitó el cumplimiento de medidas de salud pública, como los confinamientos, lo que en conjunto contribuyó a malos resultados de salud.

Los hogares urbanos de bajos ingresos que enfrentaban una creciente inseguridad necesitaban protección social, pero estaban mal cubiertos por los planes existentes, con una convergencia de múltiples formas de exclusión social y económica asociadas con una desconfianza en el Estado, lo que debilitaba la adopción de medidas de salud pública definidas centralmente. Un fragmentado sistema de salud con financiación, gestión y mantenimiento deficientes y que se centraba más en enfoques hospitalarios y biomédicos no estaba preparado para prevenir y abordar estas desigualdades que impulsan la mortalidad relacionada con la pandemia. Además de una inversión insuficiente en servicios comunitarios y de atención primaria, la opción de política fue centrar la respuesta en los servicios hospitalarios y de UCI, con una inversión débil o mal gestionada en pruebas y rastreo de contactos, extensión comunitaria o adquisición de equipos clave para servicios públicos. Junto con una regulación débil del aumento de costos en la atención privada, esto dejó a muchos de los más necesitados también con un acceso más deficiente a los servicios preventivos y

de atención, exponiéndolos al empobrecimiento al pagar costosos servicios privados o brindar atención domiciliaria.

El Perú tenía experiencias y capacidades para hacer las cosas de manera diferente. El país había controlado con éxito la mortalidad en una epidemia de cólera anterior mediante estrategias que reforzaban los servicios comunitarios y de atención primaria existentes. Diversos municipios, organizaciones no gubernamentales y centros de atención primaria organizaron actividades de prevención, pruebas y atención, incluso en entornos comunitarios (Cueto, 1997). Una campaña de vacunación universal contra la COVID-19 bien gestionada y dirigida públicamente, con un amplio alcance de vacunas gratuitas a todas las comunidades, combinada con un aumento de las pruebas, tuvo una gran aceptación pública. La campaña llevó al Perú a tener tasas de vacunación completa más altas que otros países del continente. Lo más importante, esto provocó que las tasas de mortalidad cayeran a niveles más comparables con los de los países vecinos en la tercera ola en 2022 (Tarazona, 2023).

Las desigualdades que expusieron e hicieron vulnerables a la mortalidad a personas ya desfavorecidas en las primeras respuestas a la pandemia aumentaron los niveles ya crecientes de desconfianza pública en el Estado en las comunidades marginadas, debilitando aún más su credibilidad en un momento en que el liderazgo público y la inclusión social eran esenciales. También reflejan injusticias sociales de larga data y opciones de políticas neoliberales. Por lo tanto, impulsar alternativas saludables exige una comprensión más profunda de las “causas de las causas”, es decir, los impulsores de la economía política y lo que dio forma a las decisiones de las políticas tomadas.

#### ***4.2. Causas de las causas: relaciones sociales e intereses que configuran las elecciones.***

Los hallazgos apuntan a determinantes proximales que pueden haber contribuido a niveles altos y desiguales de mortalidad por COVID-19, por lo que es importante explorar las causas más profundas de estos entornos de riesgo y los factores que afectan las respuestas a las decisiones tomadas.

Un marco de política macroeconómica neoliberal adoptado por Perú durante las dos décadas anteriores hizo de la política fiscal un determinante clave de otras políticas, priorizando una deuda pública baja, del 27% del PIB en 2019, con un déficit público del 1,6% del PIB (International Monetary Fund (IMF), 2023). Durante la pandemia, el gobierno pudo permitirse así un aumento del déficit público hasta el 8,9% del PIB en 2020. Si bien el PIB cayó un 11% en 2020, se recuperó en 2022, con un crecimiento del 13,6% (International Monetary Fund (IMF), 2023). Sin embargo, una macroeconomía “saludable” no se tradujo en un mayor bienestar económico de los hogares. Entre 2019 y 2022, el subempleo y la pobreza de ingresos aumentaron, esta última un 5% entre 2019 y 2021 (International Monetary Fund (IMF), 2023). Los controles sobre el gasto público y unos ingresos tributarios de solo el 15% del PIB, muy por debajo del promedio de AL&C, limitaron el gasto en salud y protección social (Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD), 2022).

Por lo tanto, si bien Perú tuvo una rápida recuperación macroeconómica durante la pandemia, el gobierno no logró liderar ni brindar apoyo/servicios para los esfuerzos de societales para proteger la salud y abordar las desigualdades amplificadas por la pandemia. Los hallazgos indican que en los primeros años de la pandemia se tomaron decisiones políticas para una respuesta en gran medida biomédica, vertical y hospitalaria. Esto reflejó políticas del sistema de salud de más largo plazo que segmentaron los seguros y los servicios. Abrió espacio para ampliar los servicios del sector privado asequibles sólo para una pequeña parte de la población. Con retrasos en las adquisiciones del sector público, controles regulatorios débiles sobre los costos del sector privado y una inversión limitada en atención primaria y sistemas comunitarios, estas características del sistema de salud y las opciones de políticas parecieron facilitar los aumentos de mortalidad más pronunciados en las dos primeras oleadas de la pandemia que en los países vecinos. Se encontró que los gastos

catastróficos y de bolsillo, que ya eran elevados en el país, no mostraron cambios estadísticamente significativos en toda la población durante la pandemia (Haakenstad et al., 2023), aunque es probable que el empobrecimiento financiero haya sido mayor en las zonas urbanas con hogares de bajos ingresos que buscaron atención privada (Chávez, 2021, Gianella et al., 2021). Los usuarios de los servicios del sector público y de atención primaria estuvieron expuestos a una atención de mala calidad y a una falta de personal, lo que socavó aún más la atención y la confianza en los servicios del sector público. La evidencia mostrada anteriormente sobre amplias brechas de género en los ingresos apunta a la necesidad de comprender mejor en investigaciones separadas cómo estas desigualdades también se cruzaron con la desigualdad de género durante la pandemia, generando tanto riesgo como vulnerabilidad.

La cobertura inadecuada de protección social para los hogares urbanos descrita en los hallazgos, especialmente para las personas mayores, los trabajadores informales y los inmigrantes urbanos recientes, dejó a estos grupos sociales expuestos al riesgo, con recursos limitados para abordar la vulnerabilidad. Los confinamientos, impuestos desde marzo de 2020 durante más de 107 días, sin un apoyo económico adecuado para los hogares pobres y los trabajadores informales, plantearon decisiones difíciles entre su cumplimiento y el hambre, con su interés por sobrevivir por encima de las medidas de salud pública definidas centralmente (Cordero La pandemia de la Covid en el Perú, 2023). A pesar de que las corporaciones formales recibieron un rápido subsidio, las empresas argumentaron que la economía estaba colapsando y presionaron al gobierno para que pusiera fin a los bloqueos. Este argumento cobró peso en la opinión pública por el limitado apoyo estatal a la seguridad social, especialmente para la mayoría pobre. En un contexto de protección inadecuada, los confinamientos expusieron intereses y objetivos sanitarios y económicos no resueltos.

Si bien las iniciativas comunitarias y de la sociedad civil se movilizaron para abordar algunas deficiencias, no siempre llegaron a los más necesitados. La comunicación social de arriba abajo y ad hoc abrió espacio para noticias falsas y mensajes erráticos que confundieron a las personas y fomentaron aún más la desconfianza. En este contexto, sin medidas adecuadas para proteger a las personas, y con medidas que a las personas les resultaba difícil cumplir, crecieron las percepciones negativas del Estado y del gobierno.

Por lo tanto, si bien creció la demanda de que el sector de la salud y el sector público proporcionaran liderazgo e influyeran en la respuesta a la pandemia, varios factores institucionales y políticos debilitaron esta influencia. Más allá de tener que seguir el ritmo de la incertidumbre y la expansión de nueva evidencia sobre el virus, su transmisión e impactos, un sistema de salud del sector público segmentado y con fondos insuficientes proporcionó un liderazgo débil. Una mayor inestabilidad política y cambios de personal también afectaron esto. Entre 2019 y mediados de 2023 hubo cuatro presidentes y doce ministros de salud (Diario el Comercio, 2023). Una investigación de la corrupción a nivel central y regional ralentizó la toma de decisiones y la ejecución presupuestaria para inversiones urgentemente necesarias, y los déficits se sintieron más en las regiones más pobres (Diario el Comercio, 2023, Diario Gestion, 2023).

A diferencia de muchos otros países, estos déficits y sus consecuencias se experimentaron en un país con buenos recursos financieros y condiciones macroeconómicas. Los determinantes sociales inmediatos en las condiciones de vida, transporte y empleo contribuyeron a una mortalidad alta y desigual durante la pandemia. Sin embargo, el liderazgo del sistema de salud, las decisiones de políticas y los factores institucionales afectaron la forma en que se gestionaron los intereses contrapuestos en las respuestas, exacerbando los determinantes sociales más próximos. Por el contrario, como se señaló anteriormente, la campaña de vacunación COVID-19 de 2022 se basó en las capacidades institucionales desarrolladas en campañas de inmunización anteriores (Cueto, 1997, Tarazona, 2023). Ello mostró la influencia de un liderazgo proactivo y fuerte del sector público y de un plan que se centró en el alcance universal y la equidad en el acceso para gestionar intereses contrapuestos en la toma de decisiones de políticas, fortaleciendo la legitimidad del Estado y la aceptación pública. Como reflejo de las lecciones para futuras respuestas a la pandemia

a partir de estos impulsores sociopolíticos e institucionales más profundos, los peruanos están priorizando por primera vez la salud en las encuestas de opinión (Diario el Comercio, 2021), lo que señala la necesidad de comprometerse con los intereses y opciones. que respondan a las expectativas sociales sobre equidad y salud pública.

#### **4.3. Causas de las causas: impulsores de la economía política.**

Los hallazgos sugieren que la pandemia se ha sumado a un profundo desafío sociopolítico en las relaciones entre el Estado y la sociedad y a la desconfianza de la población hacia la política, el gobierno y el Estado en el Perú. Si bien hubo medidas que promovían el bien común, en las iniciativas de los comedores populares y en el programa de vacunación, gran parte de la respuesta formal a la pandemia exhibió exclusión y falta de solidaridad, lo que contribuyó a niveles altos y desiguales de mortalidad, particularmente en las zonas urbanas, donde la riqueza y la buena comida, la vivienda, el trabajo y los servicios son visibles.

Las pandemias a menudo se presentan como eventos agudos y se enfrentan a respuestas de “emergencia”. Pero los hallazgos indican que, en contextos de impulsores tan antiguos, no se pueden ignorar las fuerzas ascendentes. La preparación para una pandemia no puede ser sólo un plan de preparación para la próxima pandemia, sino que exige opciones de políticas más profundas y sostenidas, incluidas las “causas de las causas” que residen en la economía política y en las relaciones entre el Estado y la sociedad. Los hallazgos sugieren que un sector público débil, con un Estado y un poder ejecutivo centralizados, y una población en gran medida precaria y centrada en la supervivencia auto organizada, no elevan el nivel de bien común y de inversión basada en la solidaridad necesarios para prevenir y gestionar problemas como pandemias, dadas sus raíces en condiciones sociopolíticas y económicas de más largo plazo.

Perú es un país altamente desigual, con el 10% más rico concentrando en 2022 el 61% de los ingresos y el 76% de la riqueza nacional (Chancel et al., 2022). Existen desigualdades sociales relacionadas con la riqueza en materia de educación y oportunidades de empleo. Existen desigualdades similares en materia de salud y resultados sociales, desde el nacimiento y a lo largo del curso de la vida. Por ejemplo, la mortalidad infantil de los hogares del quintil más pobre fue casi el triple que la de los del quintil de mayores ingresos (Figueroa-Mujica et al., 2020).

El Estado no hace esfuerzos suficientes para reducir esta desigualdad. Las grandes empresas han cabildeado exitosamente para lograr leyes que las eximan de varios impuestos y con tasas impositivas bajas sobre los ingresos de capital, sin impuestos a la herencia o al patrimonio, sin impuestos a las ganancias extraordinarias para las actividades mineras y extractivas, y con permisividad contra la evasión y los paraísos fiscales, los bajos ingresos fiscales del Perú, señaló anteriormente, limita el gasto público, siendo el gasto público en salud apenas el 3,3% del PIB y el gasto social total el 1,4% del PIB (World Bank, 2023; World Bank, 2021; World Bank, 2021). Ningún país sudamericano redistribuye tan poco como Perú (Lustig, 2017). Menos de uno de cada seis peruanos cree que la distribución actual de la riqueza es justa, incluso en cómo los diferentes estratos de la población acceden a la salud, la educación y la justicia (Latinobarómetro, 2020). Los hallazgos apuntan a una sociedad que percibe que los grupos poderosos gobiernan para su propio beneficio y que está impulsada por la supervivencia individual, en la que solo el 11% de los peruanos cree que “se puede confiar en la mayoría de las personas” (Latinobarómetro, 2020). Esto genera prácticas que impulsan una mayor desigualdad. Por ejemplo, aunque no se dispone de datos más recientes, en 2011, el 26% de las personas del quintil más pobre que acudieron a la policía para diversos procedimientos legales, como por ejemplo para trabajar, pagaron un soborno que ascendía en promedio al 11% de su gasto per cápita total mensual. Ésta representaba una proporción mucho mayor de sus ingresos que la de los quintiles más ricos, aunque de todos los grupos era el que tenía menor éxito a la hora de completar los procedimientos (Yamada y Montero, 2011).

Esta desigualdad en recursos, acceso y poder tiene consecuencias para la gestión de una pandemia tan intensa y grave como la COVID-19, particularmente cuando el liderazgo estatal, la solidaridad social y el bien común son clave para diversas dimensiones de intervención para los hogares, los miembros vulnerables, para el apoyo estatal o comunitario o para la inversión en lugares de trabajo seguros e infraestructuras. Sin embargo, las condiciones económicas de larga data y las políticas neoliberales que profundizan la desigualdad también han socavado tales respuestas.

En países con sistemas de producción más diversificados y organizaciones económicas privadas de mayor escala, el Estado no necesita un enorme aparato para garantizar el cumplimiento de las regulaciones básicas, con las nóminas (planillas), las contribuciones a seguridad social e impuestos que contribuyen a los ingresos públicos, y empresas que proporcionan un vehículo para llegar a varios cientos de trabajadores. Sin embargo, sólo 1 de cada 5 trabajadores peruanos se encuentra en un empleo de esta naturaleza. Tres décadas de neoliberalismo han llevado a formas extractivistas de crecimiento que han generado poco empleo, con diversificación o vínculos sectoriales limitados, formas asociativas débiles, recaudación tributaria limitada y un 33% de los impuestos sobre las ventas y un 49% de los impuestos sobre las ganancias de las empresas, no pagados (Arias, 2021; Lust, 2021).

La supervivencia ha estimulado el crecimiento de un enorme número de trabajadores autónomos, informales y microempresas, cuyas inversiones o apoyo económico inadecuados generan empleos e ingresos precarios. Esto ha planteado un problema fundamental para la gobernanza. Por ejemplo, si bien la venta de alimentos en la venta ambulante debe cumplir condiciones de seguridad e higiene en interés de la salud pública, un enfoque de “comando y control” no es factible para los miles de puestos ambulantes callejeros y los restaurantes muy pequeños que venden alimentos. Los controles deben estar integrados en la alfabetización pública y en las propias actividades económicas. De la misma manera, la ausencia de un sistema de transporte público masivo bien organizado ha dado lugar a un sistema de transporte individualizado inseguro y superpoblado que también es difícil de regular o gestionar. La estructura de la producción y el comercio, por tanto, subyace a los desafíos para las relaciones entre el Estado y la sociedad y las posibilidades de gobernanza.

Para el Perú, esto contradice la aplicación de enfoques autoritarios de arriba hacia abajo en el control de la pandemia y afecta el marco institucional estatal que es esencial para gestionar el COVID-19. En el Perú, esto se vio agravado por la caída de los niveles de confianza pública descrita anteriormente y por opciones de políticas que no involucraron ni apoyaron los sistemas comunitarios y de atención primaria existentes.

## **5. Conclusiones**

La paradoja de Perú como país con una macroeconomía exitosa y uno de los peores niveles de mortalidad por COVID-19 puede entenderse mejor en la concentración del riesgo y la vulnerabilidad, particularmente en los hogares urbanos y de bajos ingresos. Esta concentración de riesgo se asoció con diferencias encontradas en causas inmediatas, como el acceso a la vivienda, el agua potable, los alimentos, la refrigeración y el Internet, y en condiciones inseguras en la comunidad, el transporte, el mercado y el trabajo. También se encontró en decisiones políticas que no lograron apoyar sistemas comunitarios y de atención primaria accesibles, ni satisfacer las necesidades de protección social en hogares urbanos vulnerables y de bajos ingresos. Sin embargo, los hallazgos dejan claro que el análisis debe ir más allá, a las causas y a las “causas de las causas” del contexto, las respuestas y el impacto. Comprender la economía política y la sociedad peruana es fundamental para comprender su alta mortalidad en la pandemia. Las opciones económicas neoliberales sostenidas que generaron escaso empleo formal e inseguridad socioeconómica, con una inversión insuficiente del Estado en protección social y servicios públicos orientados a la atención primaria de salud generaron una sociedad con un riesgo elevado que también está

desafectada por el Estado. En condiciones de supervivencia fuera de los sistemas de reglas formales, es poco probable que las respuestas a la pandemia que no conectan con estas realidades reconecten a las personas con los servicios y la protección social y regeneran la confianza pública; puedan abordar las causas de la mortalidad excesiva y la creciente inequidad en el bienestar. Por lo tanto, en los debates sobre la “preparación, prevención y protección” ante una pandemia, debemos tener cuidado con las “balas mágicas”.

La acción sobre los determinantes inmediatos (mejores viviendas e infraestructuras sociales, acceso digital, sistemas de transporte público masivo, mercados higiénicos y lugares de trabajo seguros y ventilados) no solo protege contra las epidemias transmitidas por el aire y el agua. También brindan condiciones que deben ofrecerse como un derecho, dentro de una política social integral, que integre la salud en todas las políticas y respaldada por un sistema de protección social universal intersectorial que registre e integre de manera más efectiva las diferentes formas de desventaja. Si bien esto requiere consultas, planificación y financiamiento, la pandemia expuso en el Perú que estos sistemas deben incluir, quizás más rápidamente, a quienes se encuentran en condiciones precarias en las áreas urbanas. El sistema de salud en Perú, y potencialmente en otros países, necesita priorizar la inversión y el liderazgo y las capacidades descentralizadas en enfoques de atención primaria de salud y en sistemas de atención primaria y comunitaria favorables a los pobres, así como en el suministro confiable de tecnologías e sistemas para información de salud, y mecanismos participativos que permitan respuestas tempranas, descentralizadas y significativas de detección, prevención y atención, respaldadas por orientación y coordinación a nivel regional /subnacional y nacional.

Tales acciones seguirán siendo políticas no implementadas a menos que aborden las opciones de economía política y los intereses, el poder y las fuerzas políticas que dan forma a las decisiones y su implementación. Es necesario cuestionar una política económica neoliberal que genera precariedad y desigualdad y que desconecta al Estado y la sociedad. En su lugar, las estrategias económicas inclusivas exigen reformas tributarias progresivas, incluidas mejoras en los ingresos extraordinarios, los impuestos sobre el patrimonio y la recaudación de impuestos para elevar la recaudación de impuestos en el Perú en relación a su PBI, al menos a los promedios de AL&C. Estos ingresos públicos son necesarios para financiar de manera responsable y transparente la inversión en pequeñas empresas, servicios, infraestructuras y sistemas de protección social que amplíen visiblemente las oportunidades económicas y los beneficios sociales para la mayoría de bajos ingresos. Tales medidas deberían buscar explícitamente reducir la desigualdad (y el coeficiente de Gini) y restaurar la confianza pública en el Estado y en su gobernabilidad, incluso pasando de enfoques autoritarios a enfoques participativos e inclusivos que vinculen al Estado y la sociedad en las respuestas no solo a las pandemias, sino también a los gobiernos. al clima y otras "emergencias".

La equidad dentro de los países exige equidad a nivel mundial. Implica oportunidades para acceder y producir tecnologías sanitarias esenciales, beneficios justos de los activos genéticos e innovación financiada con fondos públicos. Requiere mecanismos globales de financiación de pandemias que incluyan a los países y comunidades afectados en la toma de decisiones y que financien o vinculen con la financiación de los determinantes sociales, la protección social y la atención primaria de salud integral, en una arquitectura y un sistema tributario global más justo. Las negociaciones sobre el Tratado sobre Pandemia y la reforma del Reglamento Sanitario Internacional son debates globales importantes. Para evitar las paradojas de los malos resultados de salud pandémicos en macroeconomías “saludables”, es necesario tener en cuenta y mostrar el valor de condiciones y factores como los descritos en este documento en el Perú, y aprovechar estos cambios de políticas globales relacionados.



## Fondos

Esta investigación no recibió ninguna subvención específica de agencias de financiación del sector público, comercial o sin fines de lucro.

## Declaración de contribución de autoría

Villar Eugenio: Conceptualización, Curación de datos, Análisis formal, Metodología, Escritura – borrador original, Escritura – revisión y edición. Franke Pedro: Conceptualización, Curación de datos, Análisis formal, Metodología, Escritura – borrador original, Escritura – revisión y edición. LOEWENSON RENE: Conceptualización, Curación de datos, Análisis formal, Escritura – borrador original, Escritura – revisión y edición.

## Declaración de intereses en competencia

Los autores declaran que no tienen intereses financieros en competencia ni relaciones personales conocidas que pudieran haber influido en el trabajo presentado en este artículo.

## Agradecimientos

Los autores agradecen al Colegio Médico del Perú y a su presidente Dr. R. Urquiza, y a los Dres. M. Tavera y A. Tarazona. Organizaron a través del Observatorio de Medicina de la Salud y Sociedad de la Facultad el Foro “Pandemia de Covid-19 en el Perú” que inspiró e informó parcialmente este artículo. Josue Benites brindó aportes útiles sobre las estadísticas utilizadas.

## Roles de autor

EV inició el artículo y coordinó a los autores. Todos los autores conceptualizaron el trabajo y los métodos e hicieron aportes escritos y análisis en el borrador del documento. EV y PF hicieron la mayor contribución en la búsqueda de datos y documentos, validando evidencia y redactando aportes de texto y citas/referencias para el artículo, particularmente de fuentes oficiales e institucionales en Perú. RL revisó e hizo más aportes de texto, compiló y editó el borrador y produjo el borrador final. Todos los autores verificaron y aprobaron el borrador final.

## 6. Referencias

- Agencia de Noticias, Andina, 2021. Nota de Prensa. Mininter: Policía es la institución pública con más fallecidos a causa del covid-19. Julio,, Lima. [https://andina.pe/agencia/noticia-mininter-policia-es-institucion-publica-mas-fallecidos-a-causa-de l-covid19-853721.aspx](https://andina.pe/agencia/noticia-mininter-policia-es-institucion-publica-mas-fallecidos-a-causa-de-l-covid19-853721.aspx) .
- Alcázar, L., 2016. Algunas reflexiones sobre los programas alimentarios y nutricionales: cambios y retos en la última década. GRADE, Lima.
- Alcázar, L., Fort, R., 2022. Resiliencia en tiempos de pandemia: El caso de las ollas comunes en Lima. Perú Report 41. GRADE, Lima
- Angulo, Y., Solís, G., Cardenas, F., Hoshi, A., Cabezas, C., 2021. Household transmission of SARS-Cov-2(Covid-19) in Lima Peru. Cad. Saude Pub 37 (3), e00238720. [https:// doi.org/10.1590/0102-31100238720](https://doi.org/10.1590/0102-31100238720).
- Arias L.A.. Política Fiscal y Tributaria frente a la pandemia global del coronavirus. CIES, Lima. 2021.
- Baanante M.J.. The incidence of social spending and taxes in Peru. Commitment to Equity, Lima, Peru 2013 Available at: [https://commitmenttoequity.org/publications\\_files/Peru/Peru%20Summary%20October2013.pdf](https://commitmenttoequity.org/publications_files/Peru/Peru%20Summary%20October2013.pdf) (accessed 3 August 2023).
- Banco Mundial, 2021. Financiamiento para la cobertura universal de salud en el Peru después de la Covid-19. World Bank, Lima.
- Bernal L. Noelia “El sistema de pensiones en el Perú: institucionalidad, gasto público y sostenibilidad financiera”, serie Macroeconomía del Desarrollo, N° 207 (LC/TS.2020/64), Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Santiago. 2020.
- Berkhout E, N. Galasso, M. Lawson, P.A.R. Morales, A. Taneja, D.A.V. Pimentel. The Inequality Virus, Oxfam, UK. 2021.

- Carrillo, R., Guzman, W., Leon, F., Ortiz, A., Jimenez, M., 2021. Peru-Progress in health and sciences in 200 years of independence. *Lancet* 7 (2021), 100148. <https://doi.org/10.1016/j.lana.2021.100148>.
- Chancel L, Piketty T, Saez E, Zucman G. World Inequality Report 2022. World Inequality Lab; Online 2021. Available at: <https://wir2022.wid.world/> (accessed 3 August 2023).
- Chaparro H. El último de la fila. *La República*. Online. 2023 Available at: <https://larepublica.pe/opinion/2023/03/07/el-ultimo-de-la-fila-por-hernan-chaparro-228977> (accessed 3 August 2023).
- Chavez, C., 2021. Después del dolor: las millonarias deudas de las familias afectadas por Covid-19. Ojo Público, Lima (Available at). <https://ojo-publico.com/2873/las-millonarias-deudas-los-afectados-por-la-covid-19> accessed 3 August 2023.
- Colegio Médico del Perú. Médicos fallecidos por Covid en Iberoamerica. Colegio Médico del Perú, Lima 2023. Available at: <https://www.cmp.org.pe/medicos-fallecidos-por-covid-19-en-iberoamerica/> (accessed 3 August 2023).
- Comisión Económica Para América Latina (CEPAL). The socio demographic impacts of the COVID pandemic in Latin America and the Caribbean. CEPAL, Santiago, 2022. Cozzubo, A., Herrera, J., [dataset] Cordero L. La pandemia de la Covid en el Perú. Su impacto en la sociedad peruana, lecciones aprendidas. Colegio Médico del Perú, Lima. 2023.
- da Silva, S.J.R., do Nascimento, J.C.F., Mendes, R.P.G., Vigar, J.R.J., Silva-Júnior, A., Kohl, A., Pardee, K., Pena, L., 2022. Two years into the COVID-19 pandemic: lessons learned. *ACS Infect. Dis.* 8 (9), 1758–1814. <https://doi.org/10.1021/acsinfectdis.2c00204>.
- Diario El Comercio. Vuelven a registrarse largas colas para recargar oxígeno. 19 January, Lima. 2021.
- Diario El Comercio. Encuesta IPSOS: La prioridad de los peruanos es la salud. 25 Julio Lima. 2021.
- Diario El Comercio. Corrupción en el sector salud. Caso la mitad de los directores y gerente regionales de salud tienen cuestionamientos. 15 January, Lima. 2023.
- Diario El Comercio. Ministerio de Salud y un liderazgo inestable: el sector sumará 44 titulares en menos de 43 años. 19 June 2023, Lima. 2023.
- Diario Gestion. Hay dos regiones del país con los niveles más bajos de gestión pública y mayor conflictividad social. 28 June. Diario Gestion, Lima. 2023.
- Cueto, M., 1997. El regreso de las epidemias: salud y sociedad en el Perú del siglo XX. Instituto de Estudios Peruanos, Lima.
- De Rosa M, I. Flores, M. Morgan (2022). More Unequal or Not as Rich? Revisiting the Latin American Exception SocArXiv, Lima. 2022. Available at: <https://osf.io/akq89> (accessed 3 August 2023).
- El Peruano. Diario oficial. Decreto supremo declaratoria emergencia vacunación poliovirus. 22 May. El Peruano, Lima. 2023.
- European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). ECDC presents lessons learned from the COVID-19 pandemic, ECDC, Stockholm. 2023.
- Fernandez M. (2023) La pandemia de la Covid en el Perú. Su impacto en la sociedad peruana, lecciones aprendidas. Colegio Médico del Perú, Lima, 2023.
- Figuroa-Mujica, R., Yábar-Torres, G., Figuroa-Yábar, K., 2020. La medición de la desigualdad en la reducción de la mortalidad infantil en el Perú. *Rev. Fac. Med. Hum.* 20 (1), 99–106. <https://doi.org/10.25176/RFMH.v20i1.2553>.
- García-Cáceres U. La implantación de la viruela en los Andes, la historia de un holocausto. *Rev. peru. med. exp. salud publica* [online].20 (2003) 1;41–50. [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-46342003000100009](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342003000100009).
- Gianella C, J. Gideon, M. Romero How Peru became the country with the highest COVID-19 death rate in the world. *The Conversation* November. 2021. Available at: <https://theconversation.com/how-peru-became-the-country-with-the-highest-covid-death-rate-in-the-world-169779> (accessed 3 August 2023).
- Gobierno Peruano. Nota de prensa. En seis meses de gestión se han realizado más de 67 000 cirugías y 14 millones de consultas que estaban en espera. Gobierno Peruano, Lima. 2023.

- Haakenstad, A., Bintz, C., Knight, M., Bienhoff, K., Chacon, H., Curioso, W., 2023. Catastrophic health expenditure during the covid 19 pandemic in five countries: a time series analysis. *Lancet Glob. Health* 11, 1629–1639. <https://doi.org/10.1016/S2214>.
- Hart S. Lack of Access to quality healthcare in Peru. Ballard Brief. Online. 2021 Available at: <https://ballardbrief.byu.edu/issue-briefs/lack-of-access-to-quality-healthcare-in-peru> (accessed 3 August 2023).
- Horna-Campos, O.J., Sánchez-Pérez, H.J., Sánchez, I., Bedoya, A., Martín, M., 2007. Public transportation and pulmonary tuberculosis, Lima. *Emerg. Infect. Dis.* 13 (10), 1491–1493. <https://doi.org/10.3201/eid1310.060793>.
- International Monetary Fund (IMF), 2023. Peru: 2023 article IV consultation-press release; staff report; and statement by the executive director for Peru. IMF, Lima. Country Report No 2023/123.
- [dataset] INEI. Principales efectos del COVID-19 en los hogares de Lima Metropolitana y Callao. INEI, Lima. 2020.
- [dataset] INEI. Encuesta Nacional de Hogares 2020. INEI, Lima, 2021. [dataset] INEI. Encuesta Nacional de Hogares 2021. INEI, Lima, 2022.
- [dataset] INEI. Evolución de la pobreza monetaria 2010–2021. INEI, Lima, 2022.
- [dataset] INEI. Percepción Ciudadana sobre Gobernabilidad, Democracia y Confianza en las Instituciones. Report No.: 1- INEI, Lima. 2023.
- [dataset] Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Encuesta Nacional de Hogares 2019. INEI, Lima. 2020.
- Jaramillo, M., Lopez, K., 2021. Políticas para combatir la pandemia de COVID-19. Documentos de Investigación, 112. GRADE, Lima, 2021.
- Johns Hopkins University.(2023) Coronavirus Resource Center. Online. Available at: <https://coronavirus.jhu.edu/map.html> , Accessed July 12 2023.
- Kassab, A., Silva, C., Maguina, J., 2022. Spatial distribution, determinants and trends of full vaccination coverage in children aged 12–59 months in Peru: A subanalysis of the Peruvian Demographic and Health Survey. *BMJ Open* 12 (11), e050211. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-050211>.
- [dataset] Latinobarómetro. Latinobarómetro: Informe 2020. Latinobarómetro, Santiago. 2018.
- [dataset] Latinobarómetro. Latinobarómetro: Informe 2020. Latinobarómetro, Santiago. 2020.
- Loewenson, R., Accoe, K., Bajpai, N., et al., 2020. Reclaiming comprehensive public health. *BMJ Glob. Health* 5, e003886. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-003886>.
- Lust, J., 2021. A class analysis of the expansion of COVID-19 in Peru: the case of metropolitan lima. *Crit. Sociol.* 47 (4-5), 657–670. <https://doi.org/10.1177/0896920521991612>
- Lustig, N., 2017. El impacto del sistema tributario y el gasto social en la distribución del ingreso y la pobreza en América Latina. *El Trimest. Económico* 84 (335), 493. <http://www.eltrimestreeconomico.com.mx/index.php/te/article/view/277>.
- Marmot M. J. Allen. Covid-19: exposing and amplifying inequalities *BMJ* 74 (2020) 9. <https://doi.org/10.1136/jech-2020-214720> .
- Mesa de Concertación de Lucha contra la Pobreza (MCLP). Perú Mortalidad Materna y embarazo en adolescentes en el contexto de Covid-19. Un problema de derechos humanos, inequidad y desarrollo. MCLP, Lima. 2022.
- MCLP, 2022. Sub grupo de trabajo Inmunizaciones. MCLP, Lima.
- Ministerio de Salud. Información de Recursos Humanos Peru 2021. Ministerio de Salud, Lima. 2022.
- Mujica, O.J., Pachas, P.E., 2021. Desigualdades sociales en la mortalidad durante la COVID-19 en Lima y Callao. *Rev. Peru. Med Exp. Salud Publica* 38 (1), 183–184. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2021.381.6740>.
- Municipalidad Provincial de Trujillo. Nota de Prensa. MPT Y Ejército Coordinan ‘Plan Taita’ Para Atender A 38 Mil Adultos Mayores. Municipalidad Provincial de Trujillo, Trujillo 2020.
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD), 2022. Revenue Statistics in Latin America and the Caribbean. OECD. <https://www.oecd.org/tax/revenue-statistics-in-latin-america-and-the-caribbean-24104736.htm> .

- [dataset] Our World in Data. COVID-19 dataset. 2023. <https://ourworldindata.org> [dataset] Our World in Data. COVID-19 dataset. 2023. <https://ourworldindata.org> .
- Phelan, A.L., 2023. The World Health Organization's pandemic treaty. *BMJ* 380 463. <https://doi.org/10.1136/bmj.p463>.
- Ramirez-Soto, M.C., Ortega-Caceres, G., 2020. Analysis of excess all-cause mortality and COVID-19 mortality in peru: observational study. *Trop. Med Infect. Dis.* 7 (3), 44 <https://doi.org/10.3390%2Ftropicalmed7030044>.
- Razafindrakoto, M., Roubaud, F., 2021. El impacto de políticas diferenciadas de cuarentena sobre la mortalidad por COVID-19: El caso de Brasil y Perú. Pontificia Universidad Católica del Perú. <https://doi.org/10.18800/2079-8474.0501>
- Ríos, H.H., Suárez, N.C., Muñoz, C.D., Gómez, M., 2002. Factores asociados a recaídas por tuberculosis en Lima este - Perú. *Rev. Perú. Med. Exp. Salud Publica* 19, 35–38,1. <http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=arttext&pid=S1726-46342002000100007&lng=es> .
- Sachs, J.D., Abdool Karim, S.S., Akinin, A., Allen J, J., Brosbøl, K., Colombo, F., Barron, G. C., Espinosa, M.F., Gaspar, V., Gaviria, A., Haines, A., Hotez, P., Koundouri, P., Bascuñán, F.L., Lee, J.K., Pate, M.A., Ramos, G., Srinath-Reddy, K., Serageldin, I., Thwaites, J., Vike-Freiberga, V., Wang, C., Were, M.K., Xue, L., Bahadur, C., Bottazzi, M.E., Bullen, C., Laryea-Adjei, G., Amor, Y.B., Karadag, O., Lafortune, G., Torres, E., Barredo, L., Bartels, J.G.E., Joshi, N., Hellard, M., Huynh, U.K., Khandelwal, S., Lazarus, J.V., Michi, S., 2023. The Lancet Commission on lessons for the future from the COVID-19 pandemic. *Lancet* 400 (10359), 1224–1280. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01585-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01585-9).
- Salud con Lupa. Perú no tiene contratos firmados y sigue sin fecha la llegada de la vacuna Covid 19. Salud con Lupa, Lima. 2021. Available at: <https://saludconlupa.com/noticias/peru-aun-no-tiene-contratos-firmados-y-se-dilata-la-llegada-de-las-vacunas-covid-19/> (accessed 3 August 2023).
- Sindicato Único / Unitario de Trabajadores en la Educación del Perú (SUTEP). El Precio de la Vida, en el país de las injusticias sociales. SUTEP, Lima. 2021.
- Stenseth, N.C., Dharmarajan, R., Li, R., Shi, Z.L., Yang, R., Gao, G.F., 2021. Lessons Learnt From the COVID-19 Pandemic. *Front. Public Health* 9. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.694705>.
- Tarazona A. La pandemia de la Covid en el Perú. Su impacto en la sociedad peruana, lecciones aprendidas. in. *Respuesta del sistema de salud frente a la Pandemia de la Covid 19*. CMP, Lima 2023.
- Taylor, L., 2021. Covid-19: Why Peru suffers from one of the highest excess death rates in the world. *BMJ* 372 611. <https://doi.org/10.1136/bmj.n611>.
- [World Bank, 2023. Resurgir fortalecidos: Evaluación de pobreza y equidad en el Perú Lima. World Bank, Lima.](https://www.worldbank.org/es/tema/evaluacion-de-pobreza-y-equidad-en-el-peru)
- Ton, G., Espinoza, M., Fort, R., 2023. COVID policy and urban food markets in peru: governance and compliance. *J. Dev. Stud.* 19 1–19. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/00220388.2023.2178303> .
- United Nations. WHO chief declares end to COVID-19 as a global health emergency, 5 May. *UN News, Online*. 2023.
- Universidad de Lima. Comunicación en tiempos de pandemia en el Perú. Universidad de Lima, Lima. 2021.
- World Bank. COVID-19 High Frequency Phone Surveys 2020, World Bank. 2020 <https://doi.org/10.48529/pghx-bb20> .
- World Bank, Repensar el futuro del Perú. Notas de política para transformar al Estado en un gestor del bienestar y el desarrollo [Internet]. World Bank, Lima.2021
- [dataset] World Bank. The World Bank Databank. 2017 to 2021. <https://databank.worldbank.org/> .
- [dataset] World Bank. World Bank Open Data. World Bank. 2023 <https://data.worldbank.org/> .
- World Health Organisation (WHO), 2008. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Commission on Social Determinants of Health. WHO, Geneva.
- Yamada, G., Montero, R., 2011. Corrupción e inequidad en los servicios públicos en el Perú Universidad del Pacífico, 2011. Lima.