

20 de julio de 2021

INFORME SOBRE LAS CAUSAS DEL ELEVADO NÚMERO DE MUERTES POR LA PANDEMIA DEL COVID-19 EN EL PERÚ

Informe sobre las causas del elevado número de muertes por la pandemia del COVID-19 en el Perú

Elaborado por el Comité de Alto Nivel sobre el COVID-19

Consejo Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación - Concytec

Benjamín Marticorena - Presidente

Comité de Alto Nivel sobre el COVID-19

Fernando Villarán

Sinecio López

María del Carmen Ramos

Pablo Quintanilla

Lely Solari

Hugo Ñopo

Isabel Álvarez

Coordinación y Apoyo Técnico

Myra E. Flores

Neydo Hidalgo

© Consejo Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación - Concytec

Calle Chinchón 867 - San Isidro

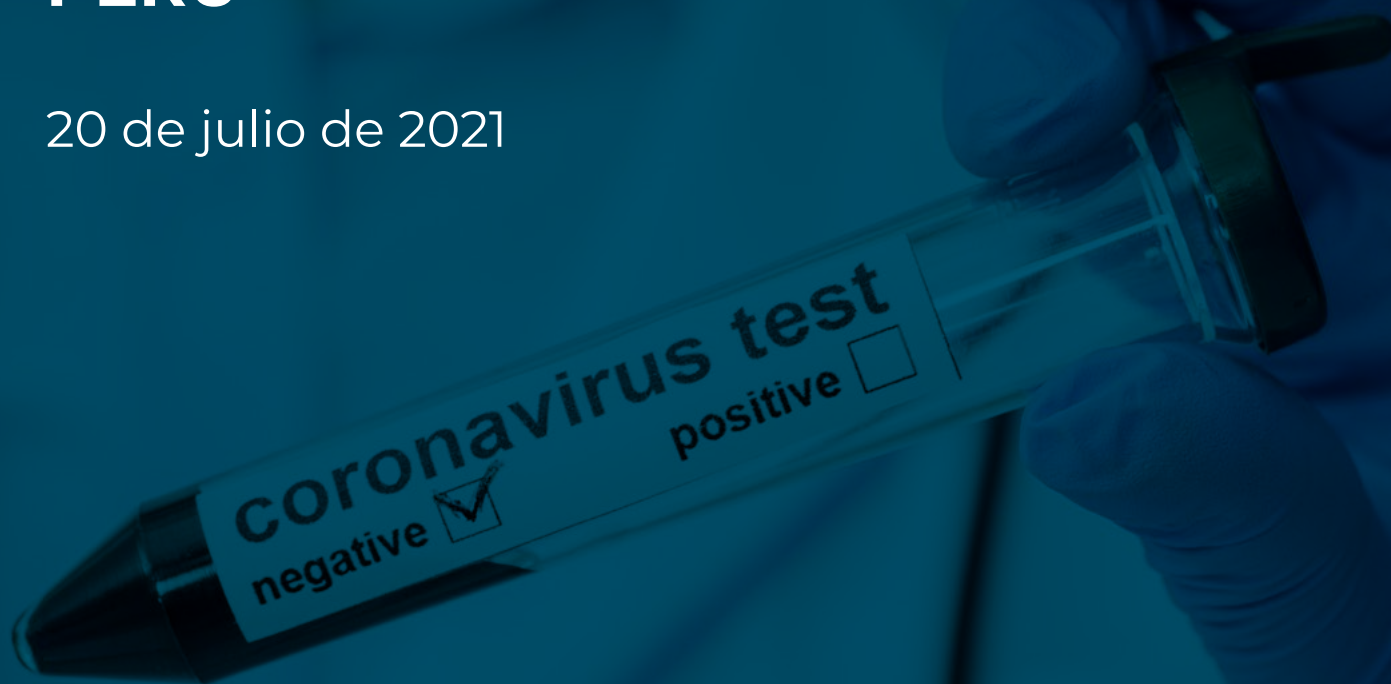
www.gob.pe/concytec

20 de julio de 2021

Dedicado a los fallecidos
por la pandemia del COVID-19,
a sus familiares,
a los trabajadores de la salud,
y todos los que estuvieron y están en
la primera línea.

INFORME SOBRE LAS CAUSAS DEL ELEVADO NÚMERO DE MUERTES POR LA PANDEMIA DEL COVID-19 EN EL PERÚ

20 de julio de 2021



I. INTRODUCCIÓN

El Perú tiene actualmente la mayor cantidad de muertes por COVID-19 por millón de habitantes del mundo; dicha constatación nos plantea la urgente necesidad de buscar las causas más relevantes de esta tragedia. El presente informe es el resultado de dicha indagación. Ha sido elaborado por un Comité multidisciplinario y plural¹ convocado y apoyado por el Consejo Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación (CONCYTEC).

De acuerdo al Informe emitido el 31 de mayo pasado por el Grupo de Trabajo organizado por la Presidencia del Consejo de Ministros (PCM)², en lo que iba de la pandemia (esto es, en el período entre el 1 de marzo de 2020 y el 22 de mayo de 2021), falleció un total de 180 764 personas por COVID-19 en el Perú. Con base en esta cifra, y en esa fecha, el Perú tenía 5540 muertes por millón de habitantes³, el mayor número en el mundo entero^{4,5,6,7}. Poco después, el día 18 de julio tenía 5915 muertes por millón de habitantes⁸. Si bien la comparabilidad con otros países no es ideal por las diferencias en la metodología utilizada, los países vecinos presentan los siguientes resultados a la misma fecha⁸: Colombia 2285 muertes de COVID-19 por millón de habitantes, Chile 1805 muertes, Ecuador 1244, Bolivia 1495 y Brasil 2550.

1. El Comité de Alto Nivel sobre el COVID-19 creado por el presidente del CONCYTEC, Dr. Benjamín Marticorena, el 7 de mayo de 2021, estuvo conformado por las siguientes personas: Sinecio López (sociólogo UNMSM), María del Carmen Ramos (psicoanalista), Pablo Quintanilla (filósofo PUCP), Lely Solari (médica, docente UPC), Hugo Ñopo (economista GRADE), Isabel Álvarez (empresaria) y Fernando Villarán (ingeniero UARM), quien lo presidió. Las opiniones de los miembros del Comité son a título personal, y por lo tanto no comprometen a las instituciones a las que pertenecen, o han pertenecido en el pasado. En el caso de Lely Solari, ella fue Directora General del Centro Nacional de Salud Pública, y es actualmente Jefa de equipo en la jefatura del Instituto Nacional de Salud (INS).

2. Grupo de Trabajo Técnico – PCM (31 de mayo de 2021). Criterios técnicos para actualizar la cifra de fallecidos por COVID-19 en el Perú, Resolución Ministerial No. 095-2021-PCM.
<https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/1944190-criterios-tecnicos-para-actualizar-la-cifra-de-fallecidos-por-covid-19-en-el-peru>.

3. Cifra obtenida dividiendo el número de muertes calculados por el Grupo de Trabajo Técnico de la PCM entre 32 625 948 habitantes, cifra del documento Estado de la Población Peruana 2020 publicado por el INEI, el 11 de junio de 2020.
https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1743/Libro.pdf.

Antes de la publicación del Informe de la PCM se tenía como referencia el número de “exceso de muertes” que emitía el Sistema Informático Nacional de Defunciones (SINADEF), que registraba todas las muertes por encima de las “usuales o previstas” de años anteriores, pero esta cifra resultó menor a la del mencionado informe.

Es indispensable hacer el esfuerzo por sistematizar cuáles son esas causas con el fin de tomar las necesarias acciones correctivas, y para evitar que en nuestro país una tragedia similar vuelva a sorprendernos y afligirnos de esta manera. Es lo mínimo que debemos hacer peruanos y peruanas; nos debemos una explicación plausible.

II. METODOLOGÍA

Es claro que no existe una causa única que explique de manera exhaustiva el alto número de muertes por COVID-19 en el Perú. Incluso antes de la pandemia, sabíamos que éramos un país con muchos temas económicos, educativos, sanitarios, sociales y culturales por resolver. Era ampliamente reconocido que nuestro sistema sanitario no estaba a la altura del nivel de desarrollo económico del país, y la OCDE había hecho oír una voz de alarma importante en este sentido.

4. Jaramillo, M. & López, K. (2021). Políticas para combatir la pandemia de COVID-19. GRADE, <http://www.grade.org.pe/publicaciones/politicas-para-combatir-la-pandemia-de-covid-19/>

5. De la Puente Mejía, Juan (2021). La Gran depresión y el fracaso peruano. Balance de la primera ola del coronavirus. Vox Juris 39 (2):146-169. <https://www.aulavirtualusmp.pe/ojs/index.php/VJ/article/view/2085/2254>

6. The Economist (15 de mayo 2021). There have been 7m-13m excess deaths worldwide during the pandemic. <https://www.economist.com/briefing/2021/05/15/there-have-been-7m-13m-excess-deaths-worldwide-during-the-pandemic>

7. Financial Times (20 de abril 2021). Coronavirus tracker: the latest figures as countries fight the Covid-19 resurgence. <https://www.ft.com/content/a2901ce8-5eb7-4633-b89c-cbdf5b386938>

8. Our World in Data (20 de julio 2021). Coronavirus (COVID-19) Deaths, University of Oxford, <https://ourworldindata.org/covid-deaths>

Las ciencias sociales y médicas tienen un concepto que nos va a resultar muy útil en esta tarea, que funciona como sinónimo y también como complemento de las causas: es el concepto de los “determinantes”. Existen determinantes de diversos tipos, aunque hacer un estudio exhaustivo de la asociación entre cada uno de estos y el número de muertes por COVID-19 demandaría un esfuerzo cualitativo y cuantitativo que estaría fuera del alcance del presente trabajo. El comité decidió seleccionar y concentrarse en los temas que considera más relevantes para explicar esta alta letalidad y el pobre desempeño de nuestro país. Los elementos abordados en las siguientes líneas nos brindan un panorama sobre dichos temas.

Los hemos clasificado en dos secciones, correspondiendo la primera a causas o elementos que traíamos desde antes de la pandemia, y que hemos denominado “estructurales” porque son característicos de nuestra sociedad; venían desde hace décadas y era casi imposible solucionarlos en poco tiempo. La segunda sección corresponde a los elementos o causas “coyunturales”, es decir, las respuestas que tuvimos como país una vez llegado la pandemia, y que de haber actuado de manera distinta otro hubiera sido el desenlace.

Antes de pasar a la descripción de los temas seleccionados se debe recalcar que este análisis se realiza con la información disponible hasta el momento. A nivel global todavía existe mucha incertidumbre acerca de los factores biológicos, tanto del virus como de los seres humanos, que podrían tener una contribución significativa en la progresión de la enfermedad. Asimismo, se debe considerar que no se pueden establecer inequívocamente las causas de las muertes en el contexto de un sistema complejo y ante una enfermedad nueva como es la COVID-19. Pero este documento busca aportar con reflexiones orientadas a mejorar nuestra respuesta frente a una epidemia que no termina y otros futuros retos sanitarios en un país no preparado para respuestas rápidas frente a catástrofes sanitarias.



Molecular search

Analyzing...

Home Samples Analyser Workflows

Decompiler

```
name: self.name_info - name: 11
```

```
if (getattribute == MICROSCOPE_SMALL)
```

```
group_info = Microscopy() + group_info - name: 11
```

Double-click

View 3D

Please check the variables in the following list for the file, and click on the "X" button to add it to the plot.



III. CAUSAS ESTRUCTURALES

La extrema debilidad de la salud pública

Antes de la pandemia, el Perú presentaba un gasto público en salud equivalente al 3.16% del PBI⁹, un poco más de la mitad del gasto promedio de la región, y muy lejos del gasto promedio de los países de la OCDE: 10% del PBI. Tenía 946 camas en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), esto es, 29 camas por millón de habitantes. Los países de la región tenían: Brasil 206, Colombia 105, Chile 73 y Ecuador 69 camas por millón de habitantes¹⁰. Para un país con un sistema sanitario basado en hospitales y no en atención primaria, el número era muy reducido. Este indicador refleja el descuido y la poca inversión que el sistema público sanitario ha padecido durante décadas, y que había pasado desapercibido hasta que la pandemia lo ha revelado.

Uno de los factores que podría explicar este descuido ha sido la incapacidad para establecer un adecuado equilibrio entre los ámbitos y funciones de la salud pública y los de la salud privada. Esta situación ha influido e inducido a que muchos decisores optasen por el sistema de salud privado, que cuenta con todos los equipos y tecnología necesaria para la atención de pacientes críticos. A diferencia de nuestro caso, muchos países desarrollados y emergentes cuentan con eficientes y dinámicos sectores públicos de salud que conviven y se complementan con igualmente eficientes y dinámicos sectores privados. En nuestro país esto no ha ocurrido, pues mientras el sector privado prosperaba, los trabajadores formales tenían a EsSalud, el sistema de salud pública que se deterioraba o estancaba. Este es uno de los ejemplos más representativos de las inequidades en el país.

9. Expansión (10 de junio del 2021). Gasto público Salud. <https://datosmacro.expansion.com/estado/gasto/salud>

10. OECD/The World Bank (2020). Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe 2020, OECD Publishing, Paris, https://www.oecd-ilibrary.org/sites/740f9640-es/1/2/2/index.html?itemId=/content/publication/740f9640-es&csp_=026a4a8a745943c55a04df4eecd4fbf10&itemIGO=oeed&itemContentType=book#figure-d1e146

Al llegar la pandemia, súbitamente se necesitaron miles de camas UCI. Además, no bastaba con comprarlas en pocas semanas, debían ser implementadas (con ambientes adecuados, recursos humanos entrenados y disponibilidad de oxígeno). Implementar un componente sanitario de esta magnitud en un país con varios sistemas paralelos de salud fue una labor titánica. Teniendo en cuenta la escasez de camas UCI, la distribución de estas no se realizó con la suficiente transparencia ni obedeciendo estrictamente a criterios médicos. La fragmentación de los sistemas de salud y la falta de rectoría del ministerio obstaculizó esta labor.

Las inconsistencias del Estado

Llegada la primera ola, entre los meses de abril y junio de 2020, se comprobó que las personas afectadas necesitaron oxígeno como tratamiento efectivo contra la COVID-19. A pesar de algunas experiencias positivas como el programa *Respira Perú*, el hecho es que fue muy difícil adquirir el oxígeno o invertir en la implementación de plantas productoras. A ello se sumó que durante los primeros meses existió una confianza, con poco sustento, en los medicamentos “antivirales”, como Hidroxicloroquina e Ivermectina, a los que se atribuyó la capacidad de evitar que los contagiados llegaran a la enfermedad severa y, por lo tanto, a requerir el oxígeno medicinal. Pero, cuando se asumió la enorme necesidad de adquirir oxígeno, las tradicionales deficiencias en la gestión estatal y la defectuosa descentralización pública se hicieron presentes.

Fue sobrecogedor ver en todas las regiones del país, la desesperación de las familias por conseguir un balón de oxígeno para su enfermo en casa. La escasez, el exceso de demanda y la especulación elevaron de manera arbitraria e inalcanzable su precio. De este modo, el Estado no solo fue incapaz de afrontar con decisión y eficiencia esta situación, sino

que puso en evidencia su enorme debilidad, y la forma muy desigual de distribuir, en las diferentes regiones, los bienes públicos.

A lo largo de nuestra historia, el Estado peruano no ha desarrollado las capacidades necesarias para desempeñar bien sus funciones. Esto se explica por el diseño institucional, por la estructura organizativa que proviene de algunos artículos de la Constitución vigente, y por los bajos recursos del Estado, expresados en la baja presión tributaria (14%) que es un poco más de la mitad de presión tributaria media de América Latina que llega a 23%. Desde 1993 el Estado tiene un papel subsidiario con respecto a la empresa privada y al mercado que es el eje organizador de la vida económica y social. Eso explica también que los aparatos del Estado vinculados al capital (BCR, MEF, SBS) funcionen relativamente bien, mientras que todos los relacionados directamente con los ciudadanos (salud, educación, justicia, seguridad) funcionen muy mal.

Este es el caso del oxígeno. Las alternativas para resolver la escasez eran varias, Una de ellas era que el Estado invierta en la construcción de nuevas plantas, para repartirlas en los hospitales y postas a nivel nacional; otra era realizar alianzas estratégicas con empresas privadas que producían oxígeno, para adaptarlas a producir oxígeno medicinal a corto plazo. Pero ¿cuántos funcionarios hubieran impulsado sin temor iniciativas de ese tipo? Probablemente pocos, pues se tenían que arriesgar a asumir el peso administrativo y legal que esto suponía.

Es preciso decir también que, en los últimos tiempos, se ha construido y generalizado la idea de que el funcionario público es generalmente corrupto. Entonces, cuando no había oxígeno, no se atribuía dicha falta al insuficiente e ineficiente sistema de inversiones públicas o al mercado, sino a la corrupción del funcionario público, desconociendo la presencia de muchos profesionales responsables y honestos que trabajan para el Estado.

El problema se agrava porque no solo la población tiene una percepción nefasta del funcionario público, sino que los propios organismos de control también asumen, en no pocos casos, que las adquisiciones de Estado tienen como base arreglos “bajo la mesa”. La amenaza de procesos administrativos y sanciones paraliza mediante el miedo a los funcionarios, quienes por temor a ser denunciados prefieren no asumir responsabilidades y dilatan los procesos de inversiones y adquisiciones; con lo que el Estado se vuelve negligente, y aquella percepción inicial se cumple a manera de profecía. Se requiere, pues, crear los mecanismos, las vías administrativas y tener los recursos de gestión para que lo imprescindible y urgente se materialice.

La vivienda y el transporte precarios

La migración es un fenómeno de larga data en el Perú, comenzó en la década de los cincuenta del siglo pasado, con el masivo movimiento de pobladores del campo hacia las ciudades de la costa, especialmente hacia Lima, y se aceleró durante los años 70 y 80. La ausencia de políticas públicas, salvo algunas excepciones, obligó a los migrantes a ocupar terrenos en forma desordenada e ilegal, en asentamientos humanos promovidos generalmente por traficantes de tierras. El resultado ha sido el de millones de personas viviendo en condiciones inhumanas, sin agua, desagüe, o electricidad, en edificaciones precarias, muchas veces de una sola habitación en las que se hacían familias extendidas. Una piedra angular del control del COVID-19 era aislar al paciente afectado del resto de la familia para evitar la transmisión. ¿Cómo se podía lograr esto cuando más de seis personas viven en un solo cuarto?

A la absoluta ausencia de planeamiento urbano, se añade el deficiente y temerario transporte público. Al hacinamiento habitacional se suma el hacinamiento vehicular. Era riesgoso quedarse en casa, cuando algunos de los miembros de la familia tenían que salir a trabajar, y

también era riesgoso salir de casa para utilizar el transporte público y para ir a los mercados, con tasas de contagio muy altas. Entonces, miles de pacientes con síntomas de COVID-19, en la práctica nunca pudieron estar aislados, y al regresar a sus casas contagiaron a sus familiares, amplificando la epidemia.

La informalidad laboral

A diciembre del año 2019, antes de la pandemia del COVID-19, existían en el Perú 7.6 millones de unidades productivas en el sector informal, de las cuales 2.5 millones pertenecían al sector agropecuario y 5.1 millones pertenecían a los sectores de comercio, servicios, transporte, restaurantes e industria, principalmente. Para esa misma fecha 12.4 millones de personas desempeñaban un empleo informal (la mayoría dentro del propio sector informal y 2.7 millones dentro del sector formal), cantidad que representa el 72.7% de la población económicamente activa ocupada (PEAO)¹¹. Tener un empleo informal significa que la persona no tiene acceso a un salario, a una jubilación, a un seguro de salud, ni a vacaciones pagadas, a horas extras reconocidas, al límite de 8 horas diarias de trabajo, negociación colectiva, gratificaciones, prohibición de trabajo infantil, entre otros beneficios laborales formales.

Cuando el 15 de marzo de 2020 el gobierno peruano, siguiendo las indicaciones de la Organización Mundial de Salud (OMS), decretó la cuarentena como medida fundamental para evitar los contagios del virus COVID-19, los primeros en romper esta cuarentena fueron los trabajadores informales, predominantemente en los sectores de comercio y servicios, quienes para sobrevivir tuvieron que salir a generar ingresos para sus familias, arriesgando así sus vidas, las de sus familias y de las personas con las que interactuaron. No hacerlo significaba morir de hambre.

11. INEI (diciembre 2020), *Producción y Empleo Informal en el Perú 2007-2019*.
https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1764/

En abril de ese mismo año, el gobierno creó el Bono Familiar Universal que estaba programado para alcanzar al 75% de las familias del país, un total de 6.8 millones de hogares¹². Con esta decisión, el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) reconoció oficialmente que solo el 25% de las familias peruanas tienen capacidad para enfrentar la cuarentena por sus propios medios, o están respaldadas financieramente por alguna empresa o institución formal en la que trabajan, o con la que están relacionadas. Las cifras son significativas pues son casi idénticas a la proporción entre el empleo formal e informal (27% y 73%).

Pero estos bonos no llegaron a quienes estaban destinados, pues solo el 42% de la población tiene cuenta bancaria, solo el 33% tiene acceso al crédito, y el seguro privado de pensiones (AFP) solo alcanza al 14% de la PEA¹³. Al final, muy pocas empresas informales recibieron los créditos otorgados por el gobierno mediante el Programa *Reactiva Perú*, o el *Fondo de Apoyo Empresarial* (FAE-MYPE), que alcanzó los 60 800¹⁴ millones de soles y, por ello, millones de empresarios informales y trabajadores se vieron obligados a salir a la calle.

Se estima que, como resultado de la pandemia, la informalidad laboral podría haber subido hasta el 80% de la PEAO, porcentaje demasiado alto e insostenible, para cualquier país. La pandemia ha demostrado que este es un problema de primera magnitud en el Perú, que requiere ser urgentemente resuelto. Al mismo tiempo nos ha revelado que las políticas que se han seguido para reducirlo (simplificación

12. *El Peruano* (23 de abril de 2020). Gobierno establece Bono Familiar Universal de 760 soles para 6.8 millones de hogares. <https://elperuano.pe/noticia/94846-gobierno-establece-bono-familiar-universal-de-760-soles-para-68-millones-de-hogares>

13. SBS (junio 2020). Reporte de Indicadores de Inclusión Financiera de los Sistemas Financiero, de Seguros y de Pensiones. <https://intranet2.sbs.gob.pe/estadistica/financiera/2019/Diciembre/CIIF-0001-di2019.PDF>

14. El Programa *Reactiva Perú*, de apoyo financiero al sector privado fue creado por el DL No. 1455 del 6 de abril 2020 y ampliado por DL No. 1485 del 9 de mayo de 2020. Consiste en un fondo de crédito a las empresas privadas (cualquier tamaño) de 30 000 millones de soles y un fondo de garantía de 30 000 millones de soles. El Fondo de Apoyo Empresarial a las Micro y Pequeñas Empresas (FAE-MYPE) fue creado por RM No. 130-2020-EF/52 del 28 de mayo de 2020. Este fondo de crédito, administrado por COFIDE, es de 800 millones soles.

administrativa y títulos de propiedad) no han dado resultados. Tanto las políticas de formalización de empleo como las políticas de apoyo social deben ser reevaluadas.

La incapacidad productiva nacional

En un artículo elaborado por 20 científicos de diversos países, publicado por *Nature Medicine*¹⁵, se propone un marco teórico para construir un sistema de salud resiliente a las pandemias como la del COVID-19. Las variables del modelo son: (i) compromiso de la comunidad, (ii) trabajadores de la salud, (iii) productos médicos y tecnologías, (iv) las funciones de la salud pública, (v) entrega de los servicios de salud, (vi) gobernanza y financiamiento, (vii) colaboración entre los sectores, (viii) equidad sanitaria y resultados. La mayoría son variables conocidas y utilizadas por los expertos en salud, pero nos queremos detener en los “productos médicos y tecnologías”. Esta variable tiene que ver con la provisión de medicamentos, equipos pruebas y vacunas, y el documento plantea que ha resultado vital contar con sistemas de desarrollo, producción y distribución masivas de aquellos elementos en los países involucrados.

Los países que tuvieron la mejor respuesta en este terreno contaban con amplios y descentralizados almacenes llenos de equipos de protección personal (EPP), mascarillas, guantes, equipos de laboratorio, entre otros insumos. Muchos de ellos fueron países asiáticos que aprendieron de las pandemias anteriores, como el SARS. Además de ello, desde el inicio de la pandemia, los gobiernos de los países más desarrollados invirtieron masivamente en la investigación y la producción de las vacunas. En la India, el sector automotriz fue apoyado por el gobierno para producir respiradores y otros equipos médicos. En los países

15. Haldane, V., De Foo, C., Abdalla, S.M. et al. (2021). Health systems resilience in managing the COVID-19 pandemic: lessons from 28 countries. *Nat Med* 27, 964–980. <https://doi.org/10.1038/s41591-021-01381-y>

desarrollados se multiplicaron los ejemplos de Mercedes Benz y Ferrari, cuyos ingenieros de sus respectivos equipos de Fórmula 1, diseñaron en tiempo record ventiladores simples y regalaron los diseños al sector industrial^{16,17}. Ninguno de los países con capacidad productiva propia sufrió de escasez de respiradores, oxígeno, medicamentos, EPPs, salas UCI; sus problemas se dieron principalmente por las limitaciones de personal especializado.

En el Perú se importaron prácticamente todos los equipos y medicamentos, y esto, cuando hubo disponibilidad, puesto que nuestro país no resultaba un mercado atractivo, e insumos claves tales como pruebas moleculares, equipos de protección personal y ventiladores, demoraron meses en llegar. No hubo capacidad de respuesta ante la urgencia, sencillamente porque la producción industrial nacional, en donde se originan todos los equipos y medicamentos, está totalmente debilitada.

En el año 1990 la industria significaba el 16% del PBI, mientras que ahora sólo representa el 12%. Por su parte el sector minería e hidrocarburos significaba el 4.7% en 1990 y ahora representa el 13%¹⁸; es ahora el sector más grande de la economía. Lo mismo ocurrió con el sector financiero, que en este mismo período pasó de 1.8% a 3.3% en su aporte al PBI. Los demás sectores, mantuvieron su participación, o la disminuyeron.

Este es el cambio de estructura productiva que ha ocurrido en los últimos años, en detrimento de la producción e industria nacional. Un problema adicional, es que estos dos sectores que más crecieron (minería y finanzas), generan poco empleo pues son intensivos en

16. BBC Sport (19 de marzo 2020). *Coronavirus: Formula 1 teams are to help in supply of ventilators.*
<https://www.bbc.com/sport/formula1/51963897>

17. ESPN (13 de mayo 2020). *Ferrari reveals details of low-cost coronavirus ventilator.*
https://www.espn.co.uk/f1/story/_/id/29169438/ferrari-reveals-details-low-cost-covid-19-ventilator

18. CEPLAN (junio 2020). *La protección de la vida en emergencia y después. Informe Nacional: Perú a mayo 2020.*
<https://www.gob.pe/institucion/ceplan/informes-publicaciones/925877-informe-nacional-del-peru-2020-la-proteccion-de-la-vida-en-la-emergencia-y-despues>

capital. El sector minero e hidrocarburos generaba el 2% de empleo en 1990¹⁹, a una distancia muy grande respecto de su aporte al PBI; este porcentaje no se ha movido, y ello explica en buena parte la altísima informalidad laboral peruana.

La alimentación deficiente

En este campo, el Perú afronta desde hace mucho tiempo el flagelo de la desnutrición crónica y la anemia, en amplios sectores de la población, y al mismo tiempo, el de la obesidad y la diabetes; resultantes ambos de una deficiente alimentación. Hasta la fecha, el Perú no ha tenido una propuesta sostenida de los organismos del Estado dedicados al tema alimentario, que enseñe y oriente a la población, a través de diferentes medios de comunicación, la importancia de una dieta saludable, con énfasis en verduras, legumbres, frutas, y la reducción de los alimentos procesados.

Durante la pandemia se ha hecho evidente la ausencia de una política alimentaria vinculada a la salud, que ayude a prevenir la obesidad desde la niñez, puesto que durante la pandemia han muerto muchísimas personas jóvenes que padecían de obesidad, la cual tiene una alta prevalencia en nuestra población²⁰. Por otro lado, era necesario sostener a los hogares en medio de un desastre sanitario y social, de manera que la población pudiera organizarse para seguir alimentándose adecuadamente pese a la falta de ingresos. Las iniciativas de ollas comunes que funcionaban muy bien en décadas pasadas, tuvieron problemas en reactivarse y funcionar adecuadamente, por falta de apoyo de los municipios y por la poca sostenibilidad que tienen en nuestras ciudades las organizaciones cooperativas de primer nivel.

19. Webb, Richard (1991). *Perú en números 1991 anuario estadístico*, Instituto Cuánto.

20. Ministerio de Salud (2015). *Informe Técnico: Estado Nutricional por etapas de la vida en la población peruana 2013-2014*. https://web.ins.gob.pe/sites/default/files/Archivos/cenan/van/vigilancia_poblacion/VIN_ENAHO_etapas_de_vida_2013-2014.pdf

La ausencia de una política alimentaria vinculada a la salud resulta inexplicable si tenemos en cuenta la mega biodiversidad con la que cuenta el Perú, tanto en alimentos agropecuarios como marinos. Precisamente, los pequeños productores agrarios, vinculados a prácticas orgánicas, y los pescadores artesanales, tuvieron un rol crucial para asegurar una provisión de alimentos para la población, aun arriesgando su salud. Es muy probable que, de haber tenido una política coherente de provisión de alimentos a las familias que más los necesitaban, la movilidad social hubiera sido menor y, por ende, los contagios y muertes.

La desigualdad

El rasgo distintivo del Perú y de América Latina, desde hace muchos años, es la desigualdad. En esta pandemia se ha expresado con toda su crudeza. Hay múltiples expresiones y situaciones que la confirman y recuerdan.

En primer lugar, las probabilidades de contagio son notablemente diferentes según la capacidad adquisitiva de los distritos. Vale la pena recordar que los primeros casos de contagios se reportaron en los barrios más pudientes de Lima (Miraflores, San Isidro, Surco). Se trataba de personas que habían llegado del extranjero portando el virus. Rápidamente los contagios se expandieron hacia barrios menos favorecidos económicamente que debían salir a trabajar para sobrevivir (ver apartado sobre informalidad laboral) y hoy las tasas de contagio son más altas en los barrios populosos.

A ello se suma que entre todas las personas que fueron infectadas por el virus del COVID-19, de los que tenían algún tipo de seguro de salud (EsSalud, Seguro Integral de Salud (SIS), las Fuerzas Armadas y Policiales, o un seguro privado) solo han fallecido el 2.8%; mientras

que de las personas que no tenían ningún tipo de seguro y han sido infectados por el virus, han fallecido el 28% de ellas. Una diferencia abismal. Otra muestra de la desigualdad fueron las diferencias de mortalidad de los infectados por el COVID-19 en Lima Metropolitana y el Callao: fue mucho más alta en el 20% de los habitantes más pobres, que en el 20% de aquellos con mayores ingresos monetarios²¹.

IV. CAUSAS COYUNTURALES

La respuesta del gobierno.

El Gobierno ha sido el eje coordinador de la respuesta a la pandemia. Inicialmente hubo consenso en seguir sus lineamientos, que obedecían a las directivas de la OMS, y plegarse a sus decisiones. Sin embargo, poco a poco su credibilidad se redujo y su imagen fue mellada al punto de que su representante, el presidente de la República, fue cambiado en plena pandemia, y más de una vez. Lo mismo sucedió con los ministros de salud, los viceministros y directores, que fueron sustituidos uno tras otro. Esa alta rotación de funcionarios públicos dejaba iniciativas inconclusas, coordinaciones a medio hacer y miles de tareas y compromisos pendientes.

La separación entre el viceministerio de salud pública, encargado de las estrategias de control, y el viceministerio de prestaciones, encargado de los establecimientos de salud, generó muchas dificultades. Por ejemplo, a pesar de todas sus falencias, en el primer nivel de atención existen postas médicas y centros de salud, pero por falta de condiciones ambientales para proteger a sus trabajadores y a los pacientes, se decidió su cierre. Aunque probablemente en un inicio

21. Gobierno del Perú (21 de mayo de 2021). Informe a los seis meses de gestión del Gobierno de Transición y Emergencia. <https://www.gob.pe/institucion/pcm/informes-publicaciones/1934392-informe-a-los-seis-meses-de-gestion-del-gobierno-de-transicion-y-emergencia>

esto fue adecuado, la mayoría de los casos de COVID-19, que eran leves y moderados, necesitaban de atención directa y recomendaciones claras. Pero el viceministerio de Salud Pública daba directrices que en varias oportunidades contradijeron las del viceministerio de prestaciones y nunca pudieron implementarse en las regiones, donde la respuesta se decidía de manera local.

Esta falta de gobernanza y la ausencia de un primer nivel de atención en salud generaron que los pacientes acudieran a médicos particulares, los que, en muchos casos, recetaban fármacos sin evidencia científica comprobada para combatir el coronavirus^{22,23} y que, incluso, han sido asociados con un aumento en la mortalidad²⁴. Otras personas buscaron masivamente atención en los hospitales, pero la respuesta a una epidemia de esta magnitud no podía basarse solo en hospitales, menos aún en las limitadas capacidades de estos. Con una mejor coordinación y definiciones claras de las funciones de cada uno de los entes del MINSA en el contexto de pandemia, haciendo que las intervenciones lleguen a todos los niveles, probablemente se hubiera podido cubrir y atender a una mayor parte de la población.

En esta pandemia hemos pagado el precio de la extrema compartimentalización en las instituciones gubernamentales y en la sociedad misma. Cada sector actúa por su lado, hace sus propios análisis de la situación, toma las decisiones que cree convenientes, ejecuta las políticas e implementa las acciones que se desprenden de las mismas, sin hablar ni coordinar mayormente entre los diferentes sectores, situación que se repite dentro de los mismos sectores.

22. Soto-Becerra et al. (14 de octubre 2020). Real-world effectiveness of hydroxychloroquine, azithromycin, and ivermectin among hospitalized COVID-19 patients: results of a target trial emulation using observational data from a nationwide healthcare system in Peru. MedRxiv, <https://doi.org/10.1101/2020.10.06.20208066>

23. Instituto Nacional de Salud (27 de junio de 2020). Efectividad y seguridad de Ivermectina en pacientes hospitalizados con COVID-19. https://web.ins.gob.pe/sites/default/files/Archivos/authenticated%2C%20administrator%2C%20editor/publicaciones/2020-08-04/SE_22_ivermectina.pdf

24. Axfors, C., Schmitt, A.M., Janiaud, P. et al. (2021). Mortality outcomes with hydroxychloroquine and chloroquine in COVID-19 from an international collaborative meta-analysis of randomized trials. Nat Commun 12, 2349. <https://doi.org/10.1038/s41467-021-22446-z>

Esta sectorialización pudo haber tenido cierto sentido cuando recién empezaban los desarrollos científicos y tecnológicos en cada campo del conocimiento, momento en que se necesitaba especialización y profundización, pero ahora que todos los fenómenos están interconectados íntimamente, este enfoque resulta obsoleto. La complejidad de la pandemia, con sus múltiples niveles y causas, que abarca ciertamente al sector salud, y que implica también la economía, la sociedad, la vivienda, el transporte, el medio ambiente, la institucionalidad pública y privada, entre muchos otros, obliga necesariamente a un enfoque multisectorial y multidisciplinario.

El sector académico y de la práctica médica

El MINSA formó varios Comités de expertos, incluyendo el dedicado al manejo de la enfermedad: el grupo PROSPECTIVA y el Comando COVID-19, entre otros. Los miembros de estos grupos fueron seleccionados, generalmente, por sus altas calificaciones y sus trayectorias profesionales. Esto suena muy coherente, pero tuvo serios problemas en su implementación porque, desde su concepción, estos comités no tenían responsabilidad administrativa, y a pesar de que sus decisiones eran vinculantes, no existía un mecanismo de transparencia en la declaración de los conflictos de interés y rendición de cuentas.

Analicemos el caso particular del comité de expertos que decidía el manejo clínico de los pacientes. Con todas sus limitaciones, en el sector salud existían algunas instituciones dedicadas a la gestión de la evidencia científica, como el Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación (IETSU) de EsSalud y la Unidad de Análisis y Generación de Evidencias en Salud Pública (UNAGESP) del Instituto Nacional de Salud (INS), que tienen procedimientos estandarizados e internacionalmente aceptados para la toma de decisiones en salud. Sin embargo, con el comité de expertos se dejaron de lado esos

procedimientos que se estaban utilizando para dar paso a la toma de decisiones basada en opinión de expertos (toma de decisiones “basada en eminencias”), que es considerada un nivel de evidencias muy basal.

A pesar de las revisiones presentadas tanto por IETSI como por UNAGESP en contra de la administración de fármacos sin evidencia comprobada como la Hidroxicloroquina y la Ivermectina, el comité de expertos las recomendó, una y otra vez, para el manejo de la pandemia. Confiando en estos medicamentos, sin efectividad probada, las personas los tomaron, pero la enfermedad avanzó, y cuando finalmente acudieron a los hospitales, poco o nada se pudo hacer por ellas. La falta de institucionalidad en la toma de decisiones afectó muy significativamente la calidad de la evidencia sobre la que se basaron.

Otro fracaso fue el de los ensayos clínicos de las vacunas. La ciencia en el Perú ha sido relegada durante décadas y a pesar de que esta y la evidencia deberían ser la base de las decisiones que determinan el camino del país, no han recibido mayor atención. Sin embargo, existen algunas “islas de excelencia” donde la investigación, lejos de haberse dejado morir, se ha impulsado de manera sostenida. Lamentablemente, el escándalo de la vacunación irregular afectó su imagen y puso en evidencia que ese sistema debe ser rediseñado.

Esas islas, sin retroalimentación o interacción con otros actores, se vuelven endogámicas y son pobremente fiscalizadas. Emergen personalidades que se colocan por encima del bien y del mal, y esto conlleva riesgos que derivan en eventos tan inesperados como lo ocurrido con el ensayo clínico de las vacunas de Sinopharm. La imagen del país a nivel internacional ha sido mellada, se ha desacreditado a un gran número de especialistas y personalidades, líderes de opinión y representantes de instituciones clave; el costo, pagado en plena pandemia, ha sido muy elevado, tanto en la moral del país como en su clase científica.

Los medios de comunicación

El rol de los medios de comunicación masiva en el Perú ha sido particular. Se otorgó vocería en materia especializada a personas que no necesariamente tenían competencias en un tema científico, pero que sí criticaban al Estado y sus instituciones. Lo que hubo fue un desfile de variadas egomanías y algunos de sus personajes han pasado de ser connotados científicos a personajes políticos en pocos meses, transición que es extremadamente rara en un científico verdadero. Muchos de ellos desde el principio exigieron un sistema de salud europeo, criticando cualquier iniciativa sin proponer alternativas factibles a nuestra realidad. Eran excelentes presentando la problemática, pero ni una pista para presentar soluciones verosímiles.

La pobreza y la baja inversión en ciencia y tecnología, sin expertos en materias como virología o epidemiología molecular, (porque no se han financiado ni promovido centros de investigación, ni en el sector público ni en el privado), han posibilitado un tratamiento inadecuado de un tema complejo, por parte de los medios de comunicación. Con algunas excepciones, estos han guiado el quehacer público a través de los titulares, al punto de frustrar mediante información engañosa compras de insumos fundamentales como las vacunas, que podrían haber prevenido muchas muertes de haberse administrado a tiempo²⁵. Es una responsabilidad que no debe pasarse por alto.

Es cierto que cuando se necesitaron, no hubo pruebas moleculares, ni equipos de protección personal, ni vacunas, a tiempo: el mercado internacional no iba a priorizar un país pequeño como el nuestro para sus ventas. Estamos avisados: en los momentos cruciales, estamos solos y debemos tomar cartas en el asunto, mediante producción local de productos estratégicos como las pruebas moleculares o las

25. Salud con Lupa (5 de mayo 2021). Sinopharm: la vacuna que un sector sigue descalificando a pesar de la evidencia. <https://saludconlupa.com/noticias/sinopharm-la-vacuna-que-un-sector-sigue-descalificando-a-pesar-de-la-evidencia/>

vacunas, o mediante alianzas vinculantes. Por ejemplo, las pruebas rápidas se utilizaron de manera inadecuada, durante los primeros días de la infección, lo cual podía dar como resultado enviar a personas con pruebas negativas a sus casas a seguir transmitiendo la infección o sin recibir apoyo oxigenatorio. Pero la sola denuncia por parte de los medios con el objetivo de desprestigiar al Estado y a sus funcionarios, melló significativamente su credibilidad y la adhesión a sus directrices. Al final, fue un juego que restó y no sumó.

El sistema privado de salud

Las alianzas público-privadas en salud han sido impulsadas en el Perú desde la reforma de salud del año 2013. Se partió del supuesto de que el Estado era ineficiente en la administración de sus recursos y que, por lo tanto, debía recurrir a la agilidad de los procesos del sector privado para lograr materializar algunos de sus objetivos. Desde el principio de la pandemia se planteó que las camas UCI disponibles, tanto en el sector público como en el privado, fueran asignadas de acuerdo con una priorización estándar, y que el sector público iba a pagar un monto fijo por atención de pacientes con COVID-19 severo.

Hasta se hizo público el logro de este acuerdo²⁶; sin embargo, los casos de pacientes atendidos en el sistema privado que subvencionaba el Estado, si los hubo, fueron muy pocos. El estatus social y la capacidad de pago determinaron que una persona con signos leves de COVID-19 accediera a una cama UCI en el sector privado, y que una madre soltera con signos graves de COVID-19 no lograra acceder a una cama UCI en el sector público.

26. Seguro Integral de Salud (22 de julio de 2020). Comunicado: En dos procesos el SIS firmó contrato con 26 clínicas privadas de Lima y provincias para la atención de pacientes COVID-19 que requieren ventilador mecánico. <https://www.gob.pe/qu/institucion/sis/noticias/215629-en-dos-procesos-el-sis-firmo-contrato-con-26-clinicas-privadas-de-lima-y-provincias-para-la-atencion-de-pacientes-covid-19-que-requieren-ventilador-mecanico>

El tema de las pruebas moleculares fue también otro despropósito de la participación del sector privado. El Estado decidió cubrir los costos de las pruebas diagnósticas para ambos sectores cuando todavía había pocos laboratorios privados que las hacían. Sin embargo, las clínicas cobraban por ese servicio como si ellas lo estuvieran dando²⁷. Cuando se supo del tema, el Estado fue acusado por el mal monitoreo de las clínicas y no se señalaron con claridad las malas prácticas que tuvieron algunas de ellas. La corrupción - quedó muy claro - no es monopolio del Estado, sino que existe en varios sectores de la sociedad. Este es nuestro sistema y es importante conocerlo porque si bien esta pandemia ha evidenciado que el sector público y el privado no han sido aliados eficaces en el tema de la salud, también ha demostrado que esa una situación que debe cambiar radicalmente.

Un pasivo enorme con el que saldremos de esta pandemia estará en las deudas que muchos hogares adquirieron en la desesperación por salvar a un ser querido.

El factor emocional

La pandemia nos ha desnudado como sociedad; el esqueleto del Perú ha mostrado fisuras profundas en el ser peruano, una de ellas es la vivencia emocional. La posibilidad de morir, y constatar que efectivamente mueren nuestros semejantes, han generado niveles de angustia muy altas en el país; las medidas de cuarentena y aislamiento, si bien en un inicio parecieron efectivas, y los peruanos nos sentimos cuidados y protegidos, posteriormente fueron agudizando dificultades emocionales y afectivas de los ciudadanos, y un sentimiento de impotencia ante el virus se hizo masivo.

27. Andina (4 de junio 2020). Ministro de Salud condena actitud de clínicas de cobrar por pruebas moleculares. <https://andina.pe/agencia/noticia-ministro-salud-condena-actitud-clinicas-cobrar-pruebas-moleculares-800259.aspx>

Frente a la posibilidad de morir, el ser humano construye “barreras emocionales”, una suerte de recurso interno que va desde la negación (“ese virus ha sido creado para manipularnos genéticamente”) u omnipotencia (“a mí no me va a pasar nada”) hasta la vivencia de “fin del mundo” con sus concomitantes de depresión y desamparo, así como miedo y sentimientos paranoides: el otro, el semejante, en tanto potencial portador del virus, es un peligro (“me va a contagiar”).

Sin lugar a duda, el factor emocional incidió en cómo nos comportamos ante el *stress* de la pandemia; los que reaccionaron negando y con omnipotencia, continuaron reuniéndose en las llamadas “fiestas COVID”, propagando el virus exponencialmente; de otro lado, los que reaccionaron con miedo y pesadumbre se aislaron y desatendieron sus vínculos afectivos, incrementando respuestas fóbicas, obsesivas. Y los que se instalaron en el miedo y el peligro funcionaron más con actitudes paranoides.

Estás últimas impidieron desarrollar un sentido de unión en la población para enfrentar solidariamente la pandemia y ocurrió a todo nivel desde las autoridades del gobierno, los actores políticos y empresariales hasta el ciudadano común. En medio de la pandemia ha habido tres jefes de gobierno, el país fue un caos social y moral. ¿Cómo nuestras emociones podían estar al margen de todo ello?, si nuestras subjetividades se construyen en la unión del sentir y pensar. ¿Cómo desarrollar la empatía y solidaridad con el otro cuando el otro puede causarnos el mal? ¿Cómo trabajar en equipo para lograr el bien común y que no prevalezca el “sálvese quien pueda”?, que fue lo que se impuso y que se confirmó con el escándalo de las vacunas administradas por fuera del sistema. Este aspecto de la salud emocional espera aún su indispensable atención. Y la manera de encontrar mejores medios para que todas las personas cumplan con las recomendaciones básicas de prevención de la infección.

El comportamiento moral

Uno debe preguntarse cuál es el rol, ya sea de síntoma, causa o efecto, que el comportamiento moral y cooperativo humano tiene en los momentos de crisis social. En el caso concreto de la crisis multidimensional de la que la pandemia en el Perú es parte, ¿cómo afectó el comportamiento ético de los peruanos y de qué manera este tipo de comportamiento fue afectado por la pandemia?

Las investigaciones recientes sobre la moralidad²⁸ sugieren que los seres humanos tenemos una tendencia natural al comportamiento cooperativo, pues eso maximiza las posibilidades de supervivencia del grupo y de los individuos que lo conforman. Al mismo tiempo, sin embargo, tenemos una tendencia igualmente natural a ser competitivos e incluso agresivos contra aquellos otros individuos o grupos que creemos pueden amenazar nuestra supervivencia. De acuerdo con Singer²⁹ se trata de un círculo en expansión o en contracción, que puede ampliarse o estrecharse, incluyendo o dejando fuera a otros individuos, dependiendo de muchas circunstancias. En casos extremos de carencia de recursos, el círculo de lealtades se reduce al mínimo.

Cuando, por el contrario, hay bonanza, el círculo se amplía permitiendo que otros sean parte de él³⁰. Pero todo esto requiere de un grupo básico sólidamente constituido, o de un subgrupo que lo lidere, que se dé cuenta que la supervivencia de los individuos depende de que el grupo funcione buscando el bien de todos y no solo de los que tienen más poder o beneficios, es decir, de los que tienen más posibilidades de sobrevivir independientemente del grupo.

28. Tomasello, Michael (2010). *¿Por qué cooperamos?* Madrid: Katz.

29. Singer, Peter (2011). *The expanding circle. Ethics, evolution and moral progress*. Princeton University Press.

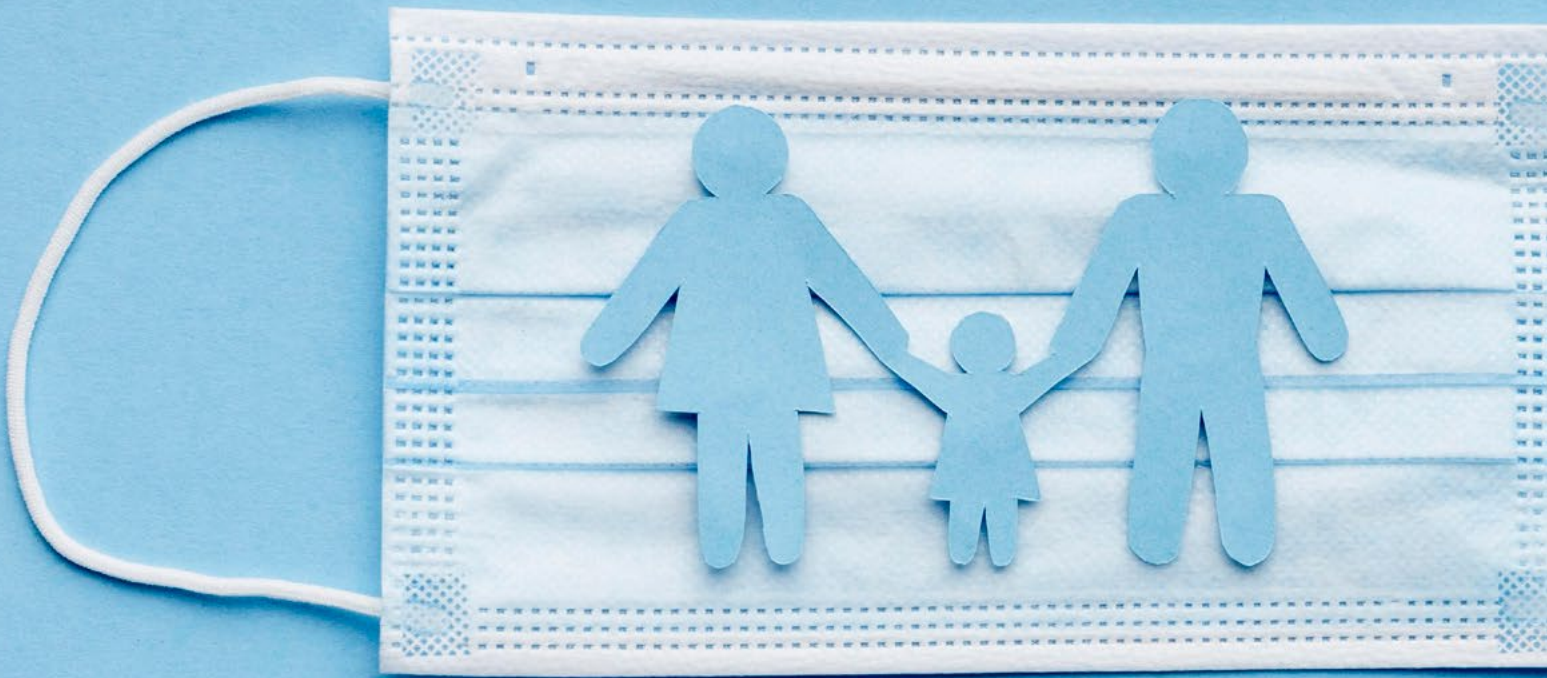
30. Quintanilla, Pablo (2016). *Nosotros contra ustedes. Evolución y desarrollo de la moral*, en: Adolfo Chaparro, Bert van Roermund, Wilson Herrera (editores), *¿Quiénes somos nosotros? O cómo (no) hablar en primera persona del plural*, Bogotá y Lima: Universidad del Rosario y Pontificia Universidad Católica del Perú (PUCP).

Uno debe preguntarse si en circunstancias extremas por las que ha pasado el Perú, como la Guerra del Pacífico o la pandemia que ahora nos asola, esa conciencia de grupo se ha debilitado generando la sensación de que uno debe protegerse como pueda, o si más bien la conciencia de grupo se robustece permitiendo que uno haga sacrificios por los demás sabiendo que esto lo beneficiará a uno también. Es necesario preguntarse si el Perú, en estas circunstancias, ha sido adecuadamente liderado por élites que buscaban el bien del grupo y no ventajas individuales o de grupo.

Todo grupo humano está compuesto por subgrupos que tienen, frente al grupo mayor, comportamientos parecidos a los que tienen los individuos frente a su propio grupo. Asimismo, siempre hay individuos que tienen comportamiento heroico y valioso; en el caso peruano lo han demostrado los profesionales de la salud. Pero también están aquellos que quieren beneficiarse por encima de lo que les corresponde, los llamados *free riders*; es decir, aquellos que se benefician de los sacrificios ajenos, pero no hacen ningún sacrificio propio. Eso también se ha dado en esta pandemia.

Una conclusión a la que puede llegarse es que la ausencia de una conciencia clara de grupo, entendido como un círculo de fuertes lealtades en donde los individuos hacen sacrificios y concesiones para maximizar el bien común de todos, ha sido una de las causas de que la pandemia tenga efectos sanitarios, sociales y económicos particularmente destructivos.

Al mismo tiempo, en vez de que la pandemia fortaleciese la sensación de grupo, ocasionó creencias individualistas. Aunque esto se da en toda sociedad, se da de maneras diferentes, y en el caso de la pandemia que afecta al Perú, puede ser particularmente notorio. Algunas preguntas adicionales que deberemos hacernos en otras investigaciones son, por ejemplo, cuáles son las causas de que el 'nosotros' colectivo tarde en formarse sólidamente en el Perú, y cómo se puede apresurar el proceso para que eso suceda.



V. CONCLUSIONES

1. El número tan elevado de muertes por millón de habitantes expresa, con toda claridad, una falla masiva de las instituciones públicas y privadas del Perú.
2. La poca atención a la salud pública, última prioridad de sucesivos gobiernos, que se ha expresado en el bajo gasto en el sector salud, muy por debajo del promedio de América Latina, ha significado una clamorosa falta de médicos, enfermeras, técnicos de salud, camas hospitalarias, Unidades de Cuidados Intensivos (salas UCI), postas médicas, provisión de oxígeno medicinal, stock de medicinas, adquisición de insumos y equipos, que respondieran a la emergencia sanitaria.
3. La ancestral ausencia del Estado se expresó con toda su crudeza durante la pandemia: no fue posible atender a todos los que necesitaron cuidado, tratamientos y curación; muchos fueron librados a su suerte.
4. Las erradas políticas sanitarias, expresadas en marchas y contramarchas respecto a la cuarentena, los tratamientos médicos, las pruebas rápidas y moleculares, y su aplicación, la falta de seguimiento, la demorada y lenta adquisición de plantas de oxígeno, la demora en la obtención y aplicación de las vacunas, tuvieron un impacto en el aumento del número de contagiados, hospitalizados y muertes.
5. Los desacuerdos y entrampamientos entre el sector público y el sector privado se expresaron en acaparamiento, especulación de insumos, cobros indebidos, ineficiente asignación de recursos.

6. Los desencuentros entre el sector académico, la práctica médica, y los funcionarios públicos, tuvieron como resultado decisiones equivocadas, demoras, respuestas inadecuadas, desprestigio de personas e instituciones.
7. El hacinamiento en las viviendas precarias, en el caótico transporte público, en los desordenados mercados de abastos, explican el alto nivel de contagios del virus del COVID-19, sobre todo en la población de menores recursos.
8. La falta de electricidad, de agua potable y desagüe, el poco acceso a Internet, entre otras causas vinculadas a la pobreza real que todavía persiste en sectores de nuestra población, han contribuido a la expansión del virus, y dificultado su control.
9. La informalidad laboral, tan masiva y persistente en el Perú, ha sido la causa directa por la que millones de compatriotas no pudieron cumplir con las cuarentenas decretadas por el gobierno, pues tuvieron que salir a trabajar, y traer ingresos para alimentar a sus familias. La pandemia ha demostrado, además, que las políticas públicas aplicadas por sucesivos gobiernos para resolver este problema han fracasado.
10. Reforzar políticas de seguridad alimentaria y de alimentación saludable es urgente para contribuir a elevar el nivel de salud de la población. Muchos peruanos jóvenes fallecidos por COVID-19 eran obesos. Nuestra mega biodiversidad y la mundialmente famosa gastronomía peruana deberían hacerlas de fácil aplicación y difusión.
11. El sesgo ideológico y la desinformación de algunos medios de comunicación masivos han generado temores, pánicos

masivos, amplificado la desconfianza, paralizado a funcionarios, resultando en graves retrocesos en decisiones públicas.

12. La debilidad del aparato productivo nacional, consecuencia de décadas de mantenimiento y profundización del modelo primario exportador, ha impedido que podamos producir la mayoría de los insumos y equipos necesarios para combatir la pandemia. Hemos tenido que hacer largas colas, y demorar meses para proveernos de los insumos y equipos básicos, tiempo que cobró muchas vidas que pudieron salvarse.
13. La desigualdad, que ya era alta antes de la pandemia, se ha acentuado. Ella ha sido un factor importante que explica nuestro pobre desempeño frente a la pandemia. Los sectores de menores ingresos han tenido mucho más infectados, hospitalizados y fallecidos que los sectores de mayores ingresos. Los primeros han sufrido más allá de los efectos sanitarios, con pérdida de empleos, ingresos, mayor informalidad, desprotección social, mientras que los sectores de más altos ingresos, incluso los han aumentado.
14. Los fuertes impactos sanitarios, sociales, económicos y de condiciones de vida de la población, tuvieron importantes efectos emocionales y en la salud mental. Frente al peligro de muerte no solo se desataron la angustia, el *stress*, la depresión, sino también el miedo, la negación, la paranoia que trabaron la confianza en el otro, e impidieron el acercamiento y el trabajo en equipo.
15. En momentos de grave crisis los seres humanos presentaron comportamientos éticos excepcionales; la tendencia natural hacia la competencia tiende a prevalecer sobre la tendencia a cooperar. Durante la pandemia han surgido personajes

con comportamientos heroicos y valiosos, y al mismo tiempo personajes que se aprovechan de las circunstancias para sacar ventajas para ellos y para su grupo, llegando incluso a la corrupción. La mayor víctima de estos comportamientos ha sido el bien común.

16. Todos estos hechos y comportamientos han manifestado la incapacidad de trabajar en equipo por un objetivo común. Hemos repetido el mismo comportamiento de crisis históricas anteriores. La pandemia nos ha revelado que aún no hemos podido construir un “nosotros” en el Perú.
17. Aún en medio de las desavenencias señaladas, si algo debemos sacar todos como lección de la pandemia es que la salud pública, basada en atención primaria de salud, debe convertirse en la primera prioridad del país, garantizando a todos los peruanos y peruanas una adecuada atención, base de su bienestar. Ninguna razón o argumento puede ser suficientemente poderoso para negar este objetivo nacional y este derecho ciudadano.

Comité de Alto Nivel sobre el COVID-19

