

# **Desigualdades y Estados débiles, el sustrato de la pandemia y sus efectos en América Latina y el Perú**

---

*Víctor Zamora*

---

## Sumilla

La pandemia tiene un efecto demoledor en América Latina. Más de un millón de vidas humanas perdidas y las economías devastadas. Decenas de millones se han sumado a otros tantos ya viviendo en condiciones de pobreza o miseria, esto incluye casi dos millones de huérfanos.

Diagnosticar oportunamente, aislar y garantizar tratamiento de calidad probó ser una tarea difícil de cumplir. Uno a uno los precarios sistemas de salud de la región se vieron desbordados y la mayoría colapsados. Los contagios y fallecidos crecieron a una velocidad incluso mayor de lo que los sistemas de medición eran capaces de registrar.

¿Por qué el desempeño de América Latina, especialmente del Perú, ha sido tan deficiente? El artículo revisa un amplio número de indicadores que prueban por qué Latinoamérica, y el Perú en particular, se consideran el epicentro de la pandemia. Dichos indicadores van más allá de clásicos aplicados a los precarios y disfuncionales sistemas de salud. Estos revelan los determinantes sociales de la pandemia: la debilidad de los Estados para garantizarle a todos sus ciudadanos los mínimos niveles de bienestar y seguridad para evitar su impacto y, además, las abismales desigualdades entre los más ricos, mejor protegidos y con mayor acceso a servicios, y la gran mayoría de latinoamericanos que viven en situación de alta vulnerabilidad.

«AMÉRICA DEL SUR ES EL EPICENTRO DE LA PANDEMIA GLOBAL». Esta afirmación se encuentra en un artículo publicado el 21 de junio de este año en el *Wall Street Journal*<sup>1</sup>. Y no deja de tener razón. América Latina y el Caribe han documentado 1 millón 260 mil muertes, de las cuales, un millón se producen en Sudamérica. Una de cada cuatro personas fallecidas por COVID-19 se producen en el conglomerado de 12 países que conforman esta parte del mundo.

Del casi millón de fallecidos, la mitad se han producido en Brasil (segundo en número total de muertes después de Estados Unidos). De los cinco países con mayor mortalidad absoluta por COVID, cuatro son de las Américas y dos de América del Sur (Brasil y Perú). La tasa de mortalidad en Sudamérica es ocho veces mayor que la del promedio mundial, lo que hace que siete de los 10 países con mayor incremento de la mortalidad por 100 mil habitantes<sup>2</sup> esté integrada por países sudamericanos (ver el gráfico n° 1) , grupo en el que se encuentra el Perú, país que lidera las cifras globales después de haber incorporado el 31 de mayo del 2021 decenas de

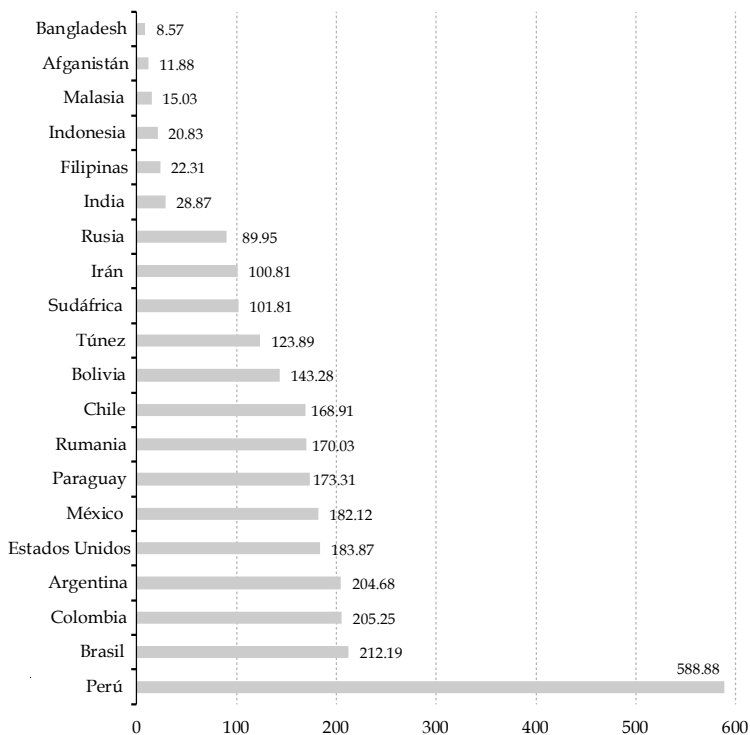
---

<sup>1</sup> Ver: Pearson, Samantha y Magalhaes, Luciana. «South America Is Now Covid-19 Hot Spot, With Eight Times the World's Death Rate». *wsj.com*, Nueva York, 21 de junio del 2021. En: [on.wsj.com/3zYEdhw](https://on.wsj.com/3zYEdhw)

<sup>2</sup> Ver el portal de la Universidad Johns Hopkins: [coronavirus.jhu.edu/data/mortality](https://coronavirus.jhu.edu/data/mortality)

miles de casos sospechosos a sus cifras oficiales, luego de un cambio en su metodología de conteo<sup>3</sup>.

**Gráfico n° 1**  
**Mortalidad por COVID-19 (muertes por 100 000 habitantes)**



Fuente: [coronavirus.jhu.edu/data/mortality](https://coronavirus.jhu.edu/data/mortality)

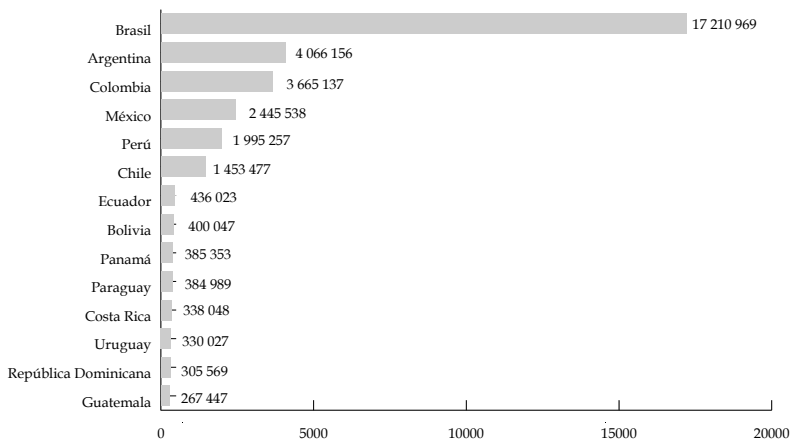
Sobre las cifras de mortalidad, estas son una muestra de los altos niveles de contagio que se producen en la región. Cifras que, además, no solo reflejan el nivel de contagio, sino la capacidad de los países para realizar diagnósticos precisos, resaltando

<sup>3</sup> Ver: Presidencia del Consejo de Ministros (PCM). «Criterios técnicos para actualizar la cifra de fallecidos por COVID-19 en el Perú». *gob.pe*, Lima, 31 de mayo del 2021. En: [bit.ly/3ltjhv4](https://bit.ly/3ltjhv4)

nuevamente América Latina y el Caribe donde, hasta el 26 de junio del 2021, se han registrado un total de 36 953 000 casos de COVID-19.

Brasil es el país más afectado por esta pandemia en la región, con alrededor de 17.2 millones de casos confirmados. Argentina se ubica en segundo lugar, con casi 4.1 millones de infectados. México, por su parte, ha registrado un total de 2 445 538 casos. Ver el gráfico n° 2. Dentro de los países más afectados por el nuevo tipo de coronavirus en América Latina también se encuentran Colombia, Perú, Chile y Ecuador<sup>4</sup>. Según el portal de la agencia de noticias *Reuters*, de los últimos 100 contagios reportados en el mundo, 46 se han registrado en América Latina y el Caribe<sup>5</sup>.

**Gráfico n° 2**  
**América Latina y el Caribe: número de casos de COVID-19 por país**



Fuente: [coronavirus.jhu.edu/data/mortality](https://coronavirus.jhu.edu/data/mortality)

<sup>4</sup> Ver: «Número de casos confirmados de coronavirus (COVID-19) en América Latina y el Caribe al 26 de julio del 2021, por país». En: [bit.ly/2VqeQ9B](https://bit.ly/2VqeQ9B)

<sup>5</sup> Ver: *Reuters*. COVID-19. Global tracker. En: [tmsnr.rs/3Dz1tFD](https://tmsnr.rs/3Dz1tFD)

En resumen, desde el 26 de febrero del 2020, fecha en que el virus llega oficialmente a América Latina, este no nos ha dado tregua. De hecho, a pesar de que los casos globales muestran un descenso, la tendencia en Sudamérica es al alza, fundamentalmente por el incremento en los casos en Brasil, Argentina y Colombia.

Incluso Uruguay, país considerado modelo en su manejo de la pandemia a nivel global y que había cerrado el año 2020 reportando solo 19 000 casos y 220 fallecidos (para una población de 3.5 millones de habitantes), perdió el control en su manejo y ahora los casos bordean los 350 000 y el número de fallecidos supera los 5000. Afortunadamente, la tendencia de ambas cifras en las últimas semanas da cuenta de que las medidas adoptadas están dando resultados.

Como lo sostienen la mayoría de los estudios de América Latina, «esta se caracteriza por sus enormes contrastes, asimetrías y desigualdades (...) donde se registran diferencias acentuadas en las condiciones generales de vida de la población entre los diversos territorios»<sup>6</sup>. La combinación de múltiples factores, todos actuando en sinergias diferentes de acuerdo con los contextos particulares de cada país, explican estos resultados.

Entonces, la diferencia entre no enfermar de COVID-19 y contraer la infección está determinada por las condiciones de vida. La herramienta principal para evitar el contagio es el distanciamiento social. Cuanto más habilitados estén las y los ciudadanos de las herramientas para evitar el contacto riesgoso y prolongado, vale decir, lugares espaciosos y ventilados, menores serán las posibilidades de contraer la enfermedad.

La diferencia entre enfermar y morir está determinada, a su vez, por la cobertura y el acceso a un sistema de salud de calidad,

---

<sup>6</sup> Jordán Fuchs, Ricardo; Riffo Pérez, Luis y Prado, Antonio. *Desarrollo sostenible, urbanización y desigualdad en América Latina y el Caribe. Dinámicas y desafíos para el cambio estructural*. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Cepal), 2017.

al mismo tiempo de los factores de riesgo de las y los individuos que contraen la enfermedad, entre ellos resaltan la edad y ciertas comorbilidades, tales como la diabetes, la hipertensión y la obesidad.

La repuesta efectiva, además, requiere de gobiernos que puedan ejercer un liderazgo claro y de una gobernanza que permita alinear y movilizar al conjunto de instituciones de la sociedad en función de objetivos precisos.

Sin embargo, estas condiciones no están presentes en Sudamérica. En esta zona del mundo sus poblaciones viven en permanente riesgo frente a la COVID-19 por una combinación de factores, donde resaltan (pero no se limitan) las ciudades abarrotadas producto de una urbanización desordenada y precaria, condiciones y tipo de empleo, débiles sistemas de salud, altas tasas de obesidad, desigualdades, inequidades y una débil gobernanza.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la vivienda es el «ente facilitador» del cumplimiento de un conjunto de funciones específicas para la/el individuo y/o la familia, entre ellas, espacio seguro, privado, con espacio suficiente, accesibilidad física, infraestructura básica que incluya servicios de abastecimiento de agua, saneamiento y eliminación de desechos, calidad del medioambiente y otros servicios básicos, entre los cuales se resalta el permitir el almacenamiento, procesamiento y consumo de los alimentos, así como el suministrar los recursos de la higiene personal y doméstica.

La vivienda insalubre, por otro lado, es aquella que contribuye a la transmisión de enfermedades y a la susceptibilidad de sus habitantes. Esto se produce, normalmente, cuando se vive en asentamientos precarios, vale decir, donde las personas carecen de por lo menos uno de estos cuatro elementos: agua potable, saneamiento, vivienda durable y espacio adecuado para vivir.

Los procesos de urbanización, el acceso a los servicios, la calidad de la vivienda y la distribución del espacio son, sin duda, un determinante de la pandemia en el caso de América Latina, en general, y del Perú, en particular.

La urbanización ha estado asociada a economías de escala, de mayor productividad y, por tanto, de mayor riqueza. Paradójicamente, las grandes ciudades también están asociadas al crecimiento de la pobreza (asentamientos humanos con acceso limitado a servicios públicos y derechos de propiedad precarios). Así tenemos que el balance entre los beneficios y costos sociales de la urbanización, en el caso de América Latina, mantiene dicha contradicción. Por un lado, de acuerdo con el blog *Foco Económico*, América Latina «es la segunda región más urbanizada del mundo (después de Norteamérica) y aquella con las mayores tasas de crecimiento de la urbanización durante la posguerra –pasando de 41% en 1950 a 80% en el 2015–<sup>7</sup>. Por otro lado, en el estudio ya citado de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Cepal), se evidencia «la distribución desigual e inequitativa» de los beneficios de la urbanización, donde prevalecen grandes desigualdades en el acceso a un hábitat digno y seguro, así como a una calidad de vida decente.

Según un estudio realizado por el Grupo de Análisis para el Desarrollo (Grade)<sup>8</sup>, en el caso del Perú, la situación de la urbanización sigue la mencionada paradoja. Entre los años 2001 y 2018, las 43 ciudades más grandes del país aumentaron 47% sobre el suelo existente en el año 2000, ritmo que está en aceleración. Lima, Arequipa y Tacna han sido las ciudades que más han crecido en términos absolutos, con un ritmo de crecimiento

---

<sup>7</sup> Ver: Foco Económico. «Urbanización en América Latina en Perspectiva Comparada: El Rezago de Desarrollo». *focoeconomico.org*, 7 de marzo del 2017. En: bit.ly/3jhgpiif

<sup>8</sup> Espinoza, Álvaro y Fort, Ricardo. *Mapeo y tipología de la expansión urbana en el Perú*. Lima: Grupo de Análisis para el Desarrollo (Grade) - Asociación de Desarrolladores Inmobiliarios (ADI Perú), 2020.



mayor que el promedio de América Latina. Una característica relevante de este fenómeno es que el 93% de este crecimiento corresponde a urbanizaciones informales sin habilitación completa (infraestructura y títulos de propiedad), careciendo, la mayoría de ellas, de servicios básicos como agua y saneamiento.

Según el Ministerio de Vivienda, Construcción y Saneamiento (MVCS), en el Perú, al 2018, tres millones de peruanos (9.3%) no cuentan con agua por red pública, 1.2 millones (4.7%) en las zonas urbanas y 1.8 millones en las rurales (25.6%); y que 7.4 millones (23.2%) no cuenta con acceso al servicio de saneamiento. La situación es aún peor en términos de brechas de calidad, donde solo el 51.7% de hogares accede a agua segura en el área urbana y 2.6% en el área rural.

Otro elemento por considerar es la disponibilidad de espacio suficiente dentro de la vivienda para quienes habitan en ella. Aunque no existe un estándar globalmente aceptado para evaluar el hacinamiento en América Latina, el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) considera como su umbral el que existan más de tres personas por cuarto, denominando «hacinamiento extremo» cuando el número de personas por cuarto supera las/los cinco habitantes.

Así pues, siendo la COVID-19 una enfermedad que se transmite de persona a persona y donde la falta de ventilación contribuye a la concentración de aerosoles, otro elemento clave de la transmisión, el hacinamiento, pasa a ser un factor que aumenta el riesgo en los hogares.

Esto es fundamental de considerar pues, según las cifras de la Encuesta Nacional de Hogares (Enaho) del 2018:

(...) de los 9 millones de hogares peruanos, 2.5 millones habitan en condiciones de hacinamiento, la mayoría de ellos (2 millones) en zonas urbanas (...) A nivel de espacios geográficos, Lima Metropolitana registra el mayor número de hogares

hacinados: 800 mil (28% de los hogares limeños) de los cuales, 91 mil tienen hacinamiento extremo<sup>9</sup>.

Por otro lado, además de adecuadas condiciones de vivienda y saneamiento que permitan a sus habitantes tener espacios amplios y ventilados, además de poder lavarse las manos con agua y jabón con frecuencia, estos debieran tener los incentivos necesarios, así como las herramientas necesarias, para evitar salir de sus domicilios.

Este entorno habilitante debiera permitir a la población realizar sus actividades productivas y de abastecimiento de manera remota (preeminencia del trabajo formal y cognitivo sobre el trabajo informal y manual). En otras palabras, poder trabajar, hacer trámites (incluyendo los pagos y transacciones bancarias), realizar compras y almacenar los productos por periodos prolongados, además de poder estudiar y socializar.

Con diferencias, la situación promedio en Sudamérica dista mucho de ser la ideal en estos campos. Según la Organización Internacional del Trabajo (OIT), «en América Latina y el Caribe hay al menos 140 millones de personas trabajando en condiciones de informalidad, lo que representa alrededor de 50% de los trabajadores»<sup>10</sup>.

Otro aspecto relevante es que la mayor parte del mercado laboral es de carácter manual, por tanto, no es posible transformarlo en trabajo remoto, patrón contrario a lo que se esperaría con el desarrollo del entorno tecnológico que ha ido en aumento en todas las edades en los últimos años<sup>11</sup>.

---

<sup>9</sup> Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). *Vulnerabilidades, más allá de la pobreza. Series de investigación - PNUD Perú*. Lima: PNUD, 2020. En: [bit.ly/37ekTAL](http://bit.ly/37ekTAL)

<sup>10</sup> Ver la plataforma de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), Economía informal en América Latina y el Caribe, en: [bit.ly/3fpGY3s](http://bit.ly/3fpGY3s)

<sup>11</sup> Altamirano Montoya, Álvaro; Azuara Herrera, Oliver; González, Stephanie; Ospino, Carlos; Sánchez-Navarro, Denisse y Torres, Jesica. *Tendencias de las ocupaciones*

En el caso peruano, el nivel de informalidad en el trabajo es uno de los más altos de América Latina. Con 68.4% se encuentra en el quinto lugar más alto en América Latina y en tercer lugar más alto en Sudamérica; en este último grupo lo superan Paraguay (68.9%) y Bolivia (84.9%). A la informalidad se agrega el trabajo manual, aquél que no es posible hacer de forma remota. Los niveles de trabajo manual en el Perú llegan al 80%<sup>12</sup>.

Al igual que el trabajo, la conectividad y acceso al entorno digital es igual de precario. La conectividad (medida que refleja una combinación de acceso a un servicio de banda ancha con una velocidad adecuada y la tenencia de dispositivos de acceso) condiciona la realización del derecho en un conjunto de áreas que incluyen la salud, la educación, el trabajo y otro conjunto de servicios.

El año anterior a esta pandemia, una/uno de cada tres latinoamericanos no tenía conexión a internet o tenía un acceso limitado (baja calidad del servicio o de los equipos), siendo los más pobres los que tenían menos acceso. En promedio, tres de cada cinco personas de los estratos más pobres no tenían acceso a internet. Incluso entre los países de América Latina se notan diferencias: mientras que, en Chile, el 60% de los más pobres tiene acceso a internet, en el caso de Bolivia y Perú, solo el 3% del mismo nivel socioeconómico la tiene. Las diferencias son aún más marcadas si se comparan entre zonas urbanas y rurales<sup>13</sup>.

Otros aspectos complementarios a la conectividad están relacionados con la calidad del servicio (medida en función a la velocidad de conexión), su costo, las habilidades de manejo

---

*en América Latina y el Caribe 2000-2015. Principales Resultados.* Washington D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo (BID), 2019. En: [bit.ly/3lkKy2S](https://bit.ly/3lkKy2S)

<sup>12</sup> Pasquali, Marina. «¿A cuánto asciende el empleo informal en América Latina?». *es.statista.com*, Madrid, 29 de abril del 2021. En: [bit.ly/2WdZgrh](https://bit.ly/2WdZgrh)

<sup>13</sup> Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Cepal). «Universalizar el acceso a las tecnologías digitales para enfrentar los efectos del COVID-19». *repositorio.cepal.org*, Santiago de Chile, 26 de agosto del 2016. En: [bit.ly/37nBGkB](https://bit.ly/37nBGkB)

y los entornos digitales. En todas estas áreas, América Latina se encuentra muy por debajo de los estándares internacionales, con las notables excepciones de Chile y Uruguay. En el caso del Perú, todos los indicadores le son desfavorables, especialmente para los sectores más pobres.

La capacidad para almacenar los alimentos por tiempos prolongados también es un factor para tomar en cuenta como parte del entorno habilitante en la reducción del número de exposiciones al COVID-19 en mercados y abastos. Esta capacidad depende, fundamentalmente, de tener una refrigeradora. Nuevamente, los estratos más pobres son los que menos acceso tienen a esta herramienta. Tal y como lo señala Hugo Ñopo, usando los datos de la Enaho del 2019:

(...) solo el 22% de los hogares más pobres (vale decir uno de cada cinco) y 5.9% de los hogares en pobreza extrema (seis de cada 100) contaba con una refrigeradora. El resto de las familias tienen que salir frecuentemente a hacer sus compras de verduras, carnes, arroz; lo que necesitan para preparar sus alimentos<sup>14</sup>.

Otro motivo por el cual las personas salen de sus hogares es para realizar transacciones financieras, incluido el pago de los servicios, las cuales se realizan, en su gran mayoría, en efectivo. Las razones para este fenómeno las resume el Instituto Peruano de Economía (IPE)<sup>15</sup>: la primera es la limitada cobertura de los servicios financieros (a fines del 2018 solo el 82% de distritos tiene presencia física del sistema financiero); y la segunda es del lado de la demanda, donde el uso de los servicios financieros también es limitado.

De acuerdo con la Enaho del 2018, el porcentaje de la población que tiene cuentas de depósitos (cuenta de ahorros, corriente y a

---

<sup>14</sup> Ver: Economía, R. «Solo un 22% de hogares pobres en el Perú tiene una refrigeradora en casa». *El Comercio*, Lima, 20 de mayo del 2021. En: [bit.ly/2VcUpNF](https://bit.ly/2VcUpNF)

<sup>15</sup> Ver: Instituto Peruano de Economía (IPE). «Inclusión financiera a dos caras». *ipe.org.pe*, Lima, 9 de setiembre del 2021. En: [bit.ly/3ypVW0S](https://bit.ly/3ypVW0S)

plazo fijo) era del 38.1%, entre los más bajos de América Latina (53%). Sumado a ello, el nivel de confianza en el sistema financiero y sus costos hace que las transacciones, en general, se den por fuera de dicho sistema, especialmente entre los más pobres (94%). Para aquellos que tienen una cuenta bancaria, usan este medio especialmente para retirar efectivo.

Todos estos elementos del sistema financiero (baja cobertura y uso), sumado al pobre acceso, penetración y calidad de la conectividad, limitan la realización de transacciones remotas, obligando a las personas a salir y hacerlas de manera presencial. Las mismas razones limitan las transferencias de emergencia («bonos»).

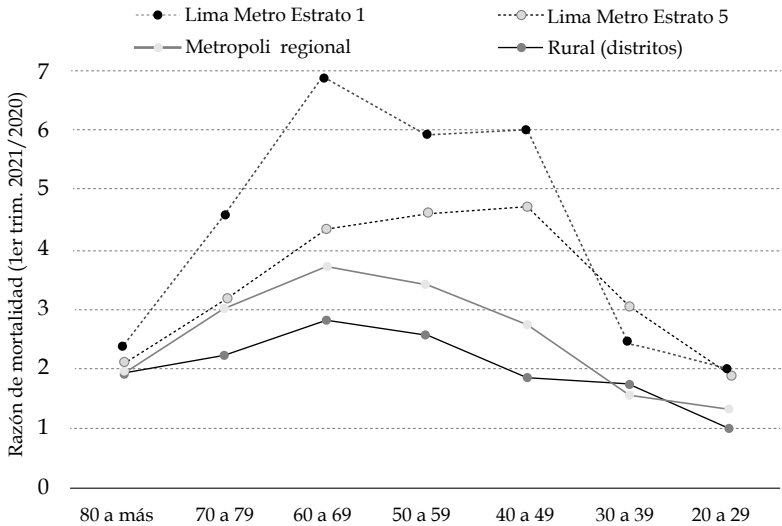
Finalmente, obligados a dejar sus hogares, ya sea para trabajar, comprar o realizar alguna transacción, la población con menos acceso a protección social y servicios se trasladará en transporte público informal y con limitada implementación de protocolos que reduzcan las posibilidades de contagio. Motocicletas adaptadas, pequeñas unidades de transporte colectivo (combis y cústeres) y diversos medios de transporte informal serán utilizados para lograr sus propósitos. Tal y como lo señala un reporte realizado por la organización Despacio, la pobreza y la inequidad son determinantes en la calidad del transporte en nuestros países<sup>16</sup>.

Como hemos visto, son la pobreza y las inequidades las que están a la base del pobre desempeño de América Latina para detener el rápido progreso de los contagios, tal como se ve en el gráfico n° 3, elaborado por el doctor Luis Cordero, usando datos oficiales, para Lima.

---

<sup>16</sup> Moscoso, Marina; van Laake, Thomas; Quiñones, Lina Marcela; Pardo, Carlos Felipe e Hidalgo, Darío (eds.). *Transporte urbano sostenible en América Latina. Evaluaciones y recomendaciones para políticas de movilidad*. Bogotá: Giz Tumi - Despacio, 2021. En: bit.ly/3lxziAb

**Gráfico n° 3**  
**Diferencias de mortalidad según estrato socioeconómico**



- Estrato 1: Distritos de Lima con 80% de sus manzanas clasificadas por INEI estrato 1 (bajos ingresos).
- Estrato 5: Distritos de Lima con 80% de sus manzanas clasificadas por INEI estrato 5 (altos ingresos).
- Metrópoli regional: 13 ciudades de mayor población (77 distritos)
- Rural(distritos): Distritos que según la tipología establecida por PCM son predominantemente rurales.

Fuente: Manuscrito del Dr. Luis Cordero.

Cabe mencionar en este punto que estas diferencias ya se señalaban como escandalosas unos años antes de la pandemia. En un reporte de Oxfam, en el 2017, se señalaba claramente que: «en el 2014, el 10% más rico de la población de América Latina había amasado el 71% de la riqueza de la región», agregándose, además, que «entre 2002 y 2015, las fortunas de los multimillonarios de América Latina crecieron en promedio un 21% anual, es decir, un aumento seis veces superior al del PIB».

Incluso el Banco Mundial (BM) lo señalaba en febrero del 2020. Refiriéndose a América Latina, indicaba que:

(...) ya sea que use los coeficientes de Gini o la participación en los ingresos máximos, estos niveles de desigualdad son obscenos. La desigualdad en América Latina sigue siendo la más alta del mundo y niveles tan altos de desigualdad son intrínsecamente repugnantes e instrumentalmente perniciosos.

Las desigualdades se reflejan nítidamente en las diferencias de mortalidad por estrato socioeconómico y según zona de residencia, tal y como se puede observar en el gráfico n° 3.

Pero no solo el nivel de contagios ha sido elevado, también lo ha sido la mortalidad. Los factores que agravan la situación son variados y actúan de forma combinada, en algunos casos potenciándose. Entre estos consideramos la edad, el virus y sus variantes, las comorbilidades y la respuesta del sistema de salud (incluyendo la cobertura vacunal).

La pandemia, además, encuentra a América Latina en plena transición demográfica, expresada en un incremento sostenido de la esperanza de vida, la cual, gracias a la urbanización, los avances tecnológicos (incluyendo los relacionados a la salud), el acceso a la educación y otros servicios básicos (como el agua), pasó de 51.4 años a mediados del siglo anterior, a 75.4 en el último quinquenio, vale decir un aumento neto de 24 años. Otra característica de esta transición demográfica es el «envejecimiento» de la población. Hoy, el 11% del total de la población de América Latina y El Caribe tiene más de 60 años.

El tema del envejecimiento es relevante pues si bien todas las personas pueden contagiarse, el riesgo de presentar la forma grave de la enfermedad se incrementa con la edad. En los Estados Unidos un 80% de las muertes por COVID-19 se presentan en mayores de 65 años<sup>17</sup> y en el caso del Perú es del 70% en la población mayor de 60 años.

---

<sup>17</sup> Bonanad, C.; García-Blas, S.; Tarazona-Santabalbina, F.; Sanchis, J.; Bertomeu-González, V.; Fácila, L.; ... y Cordero, A. «The effect of age on mortality in patients

La vulnerabilidad de esta población se incrementa porque una proporción importante vive en condiciones de pobreza (en el Perú, 21% de las y los adultos mayores viven en pobreza o pobreza extrema) y limitada protección social, lo que obliga a que en América Latina y el Caribe «más del 20% de los hombres mayores de 80 años sigue trabajando»<sup>18</sup>.

En el caso del Perú, la población estimada de 60 años a más es de 4.5 millones de personas. Se estima que, durante la pandemia y tomando las cifras del Sistema Informático de Defunciones (Sinadef), habrían fallecido un aproximado de 134 000<sup>19</sup>.

Además de la edad, otro elemento que ha jugado un rol en la rápida propagación de la enfermedad es que se trata de un virus que se transmite por vía aérea, ya sea a través de las microgotas que se producen al hablar, reír o toser; por el contacto con secreciones recientes, normalmente en las manos; y por los aerosoles que se mantienen en suspensión en el aire, especialmente de lugares cerrados y poco ventilados.

Es esta característica de transmisión la que obliga a que se tengan que tomar medidas de distanciamiento social entre las personas, lo que puede ser voluntario u obligatorio (esto último en forma de asilamiento individual o familiar, y cuarentenas); medidas de distanciamiento o de barrera, básicamente a través del uso de mascarillas o caretas faciales; y medidas químicas, a través del lavado constante de manos con agua y jabón, o el uso de alcohol medicinal. Una medida adicional es la biológica, vale decir, la vacuna, la cual no evita que el virus ingrese al organismo, sino que se desarrolle la enfermedad en su forma grave, lo que incluye la muerte.

---

with COVID-19: A meta-analysis with 611,583 subjects». *Journal of the American Medical Directors Association*, vol. 21, n.º 7. Washington D.C.: Elsevier, 2020, pp. 915-918.

<sup>18</sup> Aranco, Natalia; Stampini, Marco; Ibararán, Pablo y Medellín, Nadin. *Panorama de envejecimiento y dependencia en América Latina y el Caribe*. Washington D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo (BID), 2018. En: [bit.ly/3AaKas2](https://bit.ly/3AaKas2)

<sup>19</sup> Con datos de mortalidad por COVID-19 publicados por el Ministerio de Salud (Minsa) al 26 de junio del 2021.



Valga decir que el virus SARS-COV-2 (coronavirus) no es nuevo entre los humanos, pues existen cuatro versiones previas (la HCoV-229E, la HCoV-NL63, la HCoV-HKU1 y la HCoV-OC43). Este suele causar resfriados comunes y su infección normalmente no es grave, a menos que la persona sea inmunosuprimida. Incluso otras dos versiones del coronavirus generaron brotes de enfermedad grave en seres humanos, la SARS-CoV, entre el 2002 y el 2003, y el MERS-CoV, el 2012.

El SARS-COV-2, causante de esta pandemia, viene a ser la séptima versión de esta familia y el mundo es testigo de su constante proceso de evolución. Variantes del virus se han originado en diferentes partes del mundo en este año y medio, tal y como se puede ver en el cuadro n° 1.

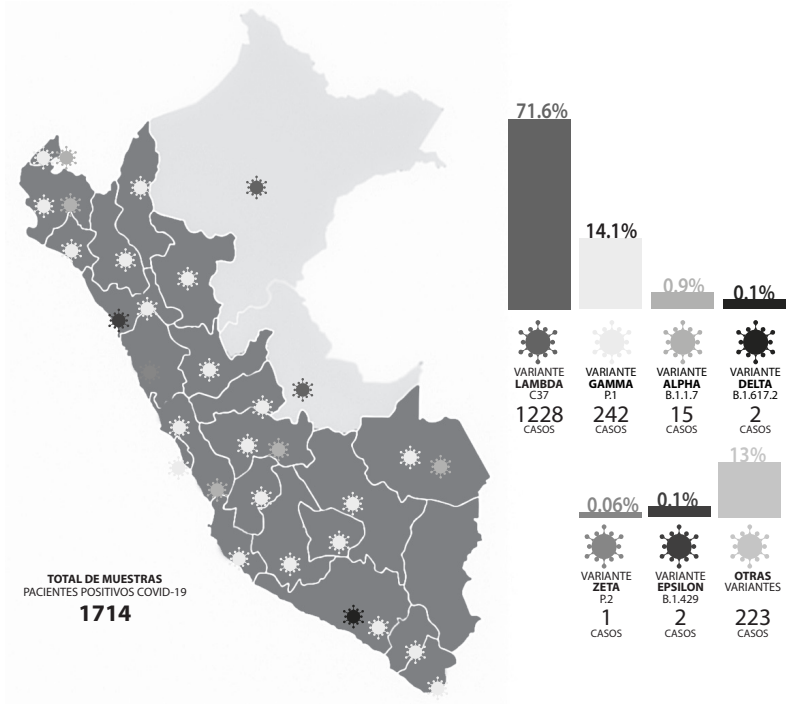
**Cuadro n° 1**  
**Variantes de COVID-19 identificadas en el mundo**

Nombre	Linaje	Fecha de primer registro
Alpha	B.1.1.7	Reino Unido. Setiembre 2020
Beta	B.1.351	Sudáfrica. Mayo 2020
Gamma	P.1	Brasil. Noviembre 2020
Delta	B.1.617.2	India. Octubre 2020
Épsilon	B.1.427/B.1.429	Estados Unidos. Marzo 2020
Zeta	P.2	Brasil. Abril 2020
Eta	B.1.525	Múltiples países. Diciembre 2020
Theta	P.3	Filipinas. Enero 2020
Iota	B.1.526	Estados Unidos. Noviembre 2020
Kappa	B.1.617.1	India. Octubre 2020
Lambda	C.37	Perú. Diciembre 2020

Elaboración propia.

De todas las variantes presentes en el mundo, en el caso peruano tienen especial relevancia la Lambda, Gamma y Alfa, tal y como se puede ver en la imagen n° 1.

*Imagen n° 1*  
*Variantes identificadas en Perú hasta el 25 de junio del 2021*



PERÚ

Ministerio  
de Salud

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

BICENTENARIO  
PERÚ 2021

La importancia de identificar estas variantes no es menor. Cada una de ellas tiene sus particularidades, siendo la más importante su capacidad de contagio. Por ejemplo, la variante Gamma, identificada en el Reino Unido, es 40% más contagiosa que la

original y la variante Delta duplica la anterior. Las características clínicas también son igual de relevantes. En el caso de las variantes Gamma y Lambda, el periodo de aparición de los síntomas después del contagio se acorta. Ambos fenómenos impactan en los servicios de salud toda vez que aumenta el número de personas que requieren de estos, produciendo, eventualmente, su colapso.

Otro aspecto relevante en el caso de América Latina y el Caribe, en general, y del Perú, en particular, es el impacto de la obesidad, producto de la transición epidemiológica ocurrida durante los últimos 20 años. Según un reporte de las Naciones Unidas del 2019<sup>20</sup>, «la obesidad en adultos en Latinoamérica y el Caribe se ha triplicado desde 1975 y actualmente afecta a uno de cada cuatro adultos en la región», siendo similar la tendencia de la prevalencia del sobrepeso, que pasó de 30% a 60% entre 1975 y el 2016. En ambos casos, las cifras superan el promedio mundial.

En el caso peruano, según el Centro Nacional de Alimentación y Nutrición (Cenan) del Instituto Nacional de Salud (INS), en nuestro país el 69.9% de adultos padece de sobrepeso y obesidad. Una revisión extensiva sobre estas condiciones como factor de riesgo llega a siguiente conclusión:

En pacientes con COVID-19, la obesidad es un factor de riesgo para mortalidad. (...) La presencia de obesidad no solo tiene impacto en la mortalidad, sino que también es un factor de riesgo para la presentación de manifestaciones clínicas de severidad como el síndrome de distrés respiratorio agudo, necesidad de ventilación invasiva o ingreso a UCI<sup>21</sup>.

---

<sup>20</sup> Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), Organización Panamericana de la Salud (OPS), Programa Mundial de Alimentos (WFP) y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef). *Panorama de la seguridad alimentaria y nutricional 2019*. Santiago de Chile: FAO - OPS - WFP - Unicef, 2019. En: [bit.ly/2Vw94mQ](https://bit.ly/2Vw94mQ)

<sup>21</sup> Tenorio-Mucha, Janeth y Hurtado-Roca, Yamilée. «Revisión sobre obesidad como factor de riesgo para mortalidad por COVID-19». *Acta Médica Peruana*, vol. 37, n.º 3. Lima: Colegio Médico del Perú, 2020, pp. 324-329.

Los sistemas de salud, por su lado, juegan un rol crucial en tratar de reducir el impacto de la pandemia y lo hacen con cinco acciones. La primera es alertar, informar y promover conductas que permitan defenderse del contagio; la segunda es identificar tempranamente los casos y aislarlos para cercarlos de forma tal que se corte la transmisión entre humanos; la tercera es prevenir el desarrollo de las formas graves de la enfermedad con vacunación masiva y rápida; la cuarta es atender a las/los enfermos en sus diferentes niveles de gravedad; y, finalmente, la quinta, tratar y rehabilitar las secuelas que deja la COVID-19, tanto físicas como mentales.

Sobre las medidas no farmacológicas (distanciamiento, lavado de manos, mascarillas y aislamiento), la mayoría de los países de América Latina las implementaron tempranamente. Sin embargo, con algunas pocas salvedades (como la de Uruguay), los resultados no fueron los esperados. De hecho, el observatorio de la respuesta gubernamental de la Universidad de Oxford sostiene que, a diferencia de los países europeos, donde también se establecieron medidas similares:

(...) en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe, en lugar de una rápida disminución en el número de casos y muertes, el contagio se estabilizó en un nivel alto durante varias semanas sin una disminución marcada hasta el mes de septiembre<sup>22</sup>.

Este mismo portal señala que Brasil ha sido uno de los países más reacios en implementar estas medidas y que Colombia y Perú fueron de los que implementaron medidas más severas y prolongadas.

El caso del Perú es emblemático. Desde el 15 de marzo del 2020, nueve días después de identificarse el primer caso confirmado de COVID-19, se estableció la más rápida y rígida cuarentena.

---

<sup>22</sup> Ver: COVID-19 Government Response Tracker, de la Universidad de Oxford. En: [bit.ly/3jkycFf](https://bit.ly/3jkycFf)

Los resultados no fueron los esperados. Como en el resto de los países, y tal y como lo señalamos arriba, la informalidad, las aglomeraciones en bancos y mercados, así como el hacinamiento en los hogares, además de la ausencia de métodos diagnósticos que permitiesen implementar cercos epidemiológicos efectivos, jugaron en contra de los resultados del país.

La promoción o uso obligatorio de las mascarillas también fue una medida implementada en todos los países sudamericanos, con la sola excepción de Brasil, donde se minimizó su utilidad. En el caso del Perú, aunque su implementación enfrentó limitaciones del mercado (interno y externo), su uso fue generalizado.

En cuanto a la estrategia de rastreo de contactos y aislamiento, los resultados en América del Sur no han sido los que se esperaban al inicio de la pandemia, con la sola excepción de Uruguay, en donde su sistema funcionó de manera óptima. Esta estrategia supone la existencia de una infraestructura sanitaria (para la realización del diagnóstico preciso y oportuno), de una infraestructura tecnológica (para el óptimo rastreo), una infraestructura logística que garantice el aislamiento (especialmente para garantizar la seguridad alimentaria), una infraestructura social de soporte (que permita una efectiva acción de la comunidad organizada), un alto nivel de confianza en las estructuras gubernamentales en el manejo de datos (la mayoría de ellos sensibles) y, no menos importante, una ciudadanía comprometida.

En el caso del Perú, el limitado nivel de desarrollo de todas estas esferas no ha permitido implementar durante toda la pandemia una operación de escala nacional que permita, de forma efectiva, contener la rápida diseminación del virus entre su población. Uno de estos elementos depende del sistema de salud pública: el diagnóstico. Sin un sistema de colección y procesamiento de pruebas diagnósticas de laboratorio confiable y robusto, es imposible realizar el diagnóstico oportuno; información indispensable para que el resto de los componentes se ponga en

marcha. Los sistemas de diagnóstico, sin embargo, no funcionan de forma aislada, son parte constituyente de los sistemas de salud.

Los sistemas de salud de América Latina y el Caribe son construcciones sociales y como tal son el reflejo del desarrollo histórico de la sociedad, el Estado y el valor relativo de la salud en la agenda pública.

A pesar de los grandes avances ya resaltados en materia de extender la expectativa de vida (y otros indicadores de salud y bienestar), los sistemas de salud de América Latina reflejan las enormes desigualdades económicas y sociales existentes en la región. Estos sistemas se caracterizan por ser fragmentados (diferentes subsistemas atendiendo a diferentes estratos de la población) y segmentados (diferentes mecanismos para financiar estos servicios).

La fragmentación y la segmentación segrega a la sociedad en diferentes grupos de ciudadanos y ciudadanas con derecho a la salud diferenciado según su pertenencia a un subsistema, tipo de trabajo, capacidad de pago o lugar de residencia.

Así, aunque con diferentes niveles de tamaño, en América Latina existen dos bloques claramente diferenciados de sistemas de salud: por un lado, los del sector público y, por otro, los del sector privado. En el caso del primero, también existen dos bloques separados: una seguridad social con recursos suficientes para los trabajadores asalariados y sus familias, y un Ministerio de Salud que atiende a personas pobres y vulnerables con bajos estándares de calidad, y que necesitan un pago frecuentemente empobrecedor en el punto de servicio<sup>23,24</sup>.

---

<sup>23</sup> Cotlear, Daniel; Gómez-Dantés, Octavio; Knaul, Felicia; Atun, Rifaf; Barreto, Ivana C. H. C.; Cetrángolo, Oscar; *et al.* «Overcoming social segregation in health care in Latin America». *The Lancet*, n.º 385, vol. 9974. Londres: The Lancet Publishing Group, 2015, pp. 1248-1259.

<sup>24</sup> Atun, Rifaf; de Andrade, Luiz Odorico Monteiro; Almeida, Gisele; Cotlear, Daniel; Dmytraczenko, T.; Frensz, Patricia; *et al.* «Health-system reform and universal

Otra característica de los sistemas de salud regional es su precariedad. La mayoría de ellos tienen una capacidad significativamente menor que, por ejemplo, el promedio de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), lo que se expresa en menor financiamiento de la salud, menor número de camas y profesionales de la salud por cada 1000 habitantes, y peores sistemas de vigilancia y trazado de contactos, tal y como lo señala el reporte preparado por la mencionada organización a fines del año pasado<sup>25</sup> (ver el gráfico n° 4).

Dentro de esta precariedad, resalta el Perú como uno de los países con menor inversión pública en salud de la región: 3.5% del Producto Bruto Interno (PBI), lo que, a su vez, se refleja en la precariedad de sus servicios. Esta situación no mejora sustancialmente si se le agrega el sector privado, que suma dos puntos porcentuales. La suma de ambos arroja un gasto promedio *per cápita* de US\$ 680<sup>26</sup>, siendo el promedio latinoamericano US\$ 1026 (ver el gráfico n° 4)

Otra característica relevante para tomar en cuenta es que uno de cada tres soles (28.7%) de lo que se invierte en el sector proviene directamente del gasto de bolsillo, superando así el límite recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que es 20%. Cabe recalcar que la mayor parte de este gasto se orienta a la compra de medicamentos y al pago de exámenes auxiliares. Paradójicamente, según los reportes de la Superintendencia Nacional de Salud (Susalud), el 97.5% de la población tiene un seguro de salud que debiera servir para evitar el gasto de bolsillo. Esta situación no es reciente, arrastrándose desde hace décadas.

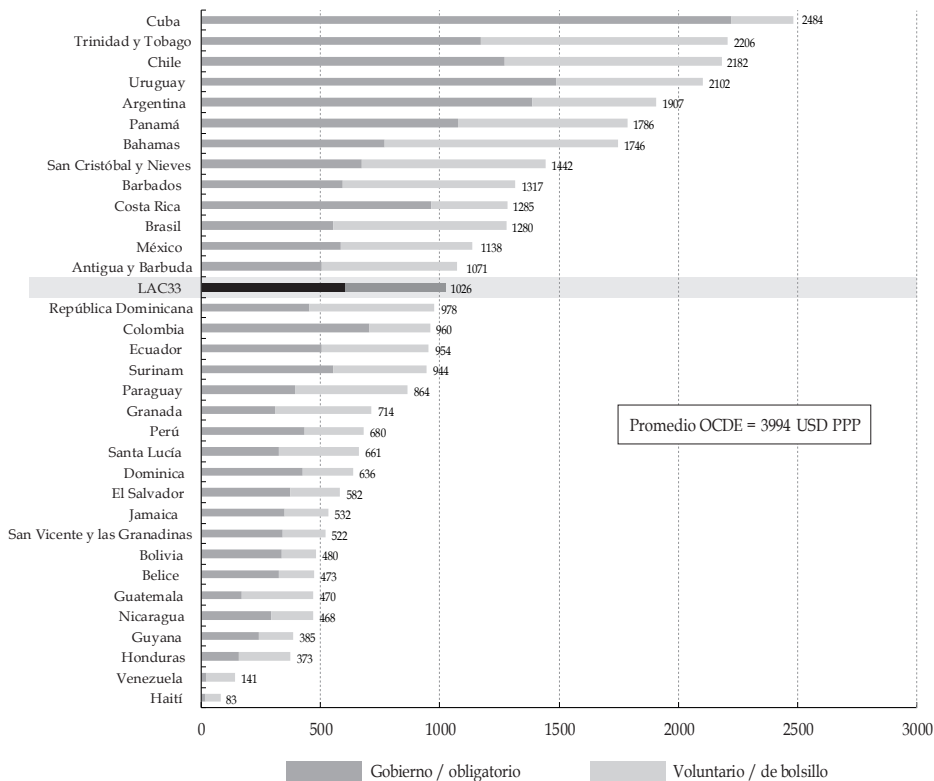
---

health coverage in Latin America». *The Lancet*, n.º 385, vol. 9974. Londres: The Lancet Publishing Group, 2015, pp. 1230-1247.

<sup>25</sup> Ver: «COVID-19 in Latin America and the Caribbean: An overview of government responses to the crisis». *oecd.org*, París, 11 de noviembre del 2020. En: [bit.ly/3ip6FDv](https://bit.ly/3ip6FDv)

<sup>26</sup> Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) y Banco Mundial (BM). *Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe 2020*. París: OCDE, 2020.

**Gráfico n° 4**  
**Gasto en salud en Latinoamérica y el Caribe**  
**(Gasto total en salud per cápita, público y privado,**  
**2017 o último año disponible)**



Base de datos global de gasto en salud OMS 2020.

Estadísticas de Salud OCDE 2019 para Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica y México. OCDE.

El financiamiento precario se refleja también en la infraestructura sanitaria y en su equipamiento, así como en el retraso en la construcción de nueva infraestructura. Según un informe de la Contraloría General de la República publicado en enero del 2020,



las deficiencias de infraestructura y equipamiento de nuestro sistema de salud superan el 50% (ver el cuadro n° 2).

**Cuadro n° 2**  
**Déficit de infraestructura y equipamiento sanitario**  
**por niveles y función**

Tipo de establecimiento	Déficit de infraestructura y equipamiento
Primer nivel de atención	77.78%
Hospitales	51.00%
Institutos especializados	60.00%
Laboratorios de salud pública	95.00%

Elaboración propia.

Una característica adicional de los centros hospitalarios o especializados es que el 97% de ellos se encuentra ubicado en las grandes ciudades. Se calcula, además, que el déficit de infraestructura hospitalaria es de 172 y de establecimientos de primer nivel de 281.

Sumado a todo ello, la pandemia encuentra al país con limitadas capacidades para realizar su diagnóstico y manejo, tanto a nivel primario como especializado. Según los informes oficiales del Ministerio de Salud (Minsa) y del INS, la pandemia encontró al país con un solo laboratorio de salud pública, ubicado en la ciudad de Lima, con capacidad para realizar solo 500 pruebas moleculares por día.

Por las limitaciones de infraestructura, equipamiento y, también, de recursos humanos (solo el 50% de los establecimientos de primer nivel contaba con un profesional médico), el primer nivel de atención redujo sus operaciones o cerraron la atención.

En la fase temprana de este fenómeno, en el país teníamos 0.8 camas por cada mil habitantes, es decir, una cuarta parte del estándar latinoamericano de 2.5, y solo 100 camas de cuidados

intensivos destinadas para el manejo de formas graves de COVID-19.

Tal y como lo reporta el Fondo Monetario Internacional (FMI), las capacidades instaladas del país para enfrentar un fenómeno de estas características eran (y continúan siendo) de las más deficitarias de la región de las Américas<sup>27</sup>.

El problema de los recursos humanos no es menor. El Observatorio de Recursos Humanos de Salud del Minsa reporta que antes de la pandemia el sector Salud tenía un déficit de cerca de 70 000 profesionales de la salud, entre ellos 20 000 médicos. La situación se agrava por la disposición de que cerca del 40% del personal tiene que ser replegado a sus domicilios por su condición de vulnerabilidad (mayores de 60 años y/o con comorbilidades).

Tal y como lo señala un análisis realizado por Oscar Ugarte, ministro de Salud hasta julio de este año:

(...) el déficit se hace más evidente cuando se analiza la cantidad y distribución de los profesionales de la salud. Según las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud se necesitaría tener 454 profesionales de la salud por cada 10,000 habitantes, que es lo que tienen varios de nuestros países vecinos e incluso más. En el año 2012, teníamos 21; en el año 2016 subimos a 31; y desde el año 2018 estamos en 34.5 por cada 10,000 habitantes. Sin duda hemos avanzado, pero aún la brecha es de 38% para alcanzar una cantidad óptima.

Nuevamente, la distribución inequitativa de estos recursos, como los anteriores, sitúa a las regiones fuera de la ciudad de Lima en condición de mayor vulnerabilidad.

La situación del sistema de salud se agrava en el país por su excesiva fragmentación, sumado a una descentralización disfuncional, que limita su gobernanza y rectoría. Se calcula que

---

<sup>27</sup> Ver: Fondo Monetario Internacional (FMI). *Peru: 2021 Article IV Consultation-Press Release; Staff Report; and Statement by the Executive Director for Peru*. Washington D.C.: FMI, 2021. En: [bit.ly/37gs5w4](https://bit.ly/37gs5w4)

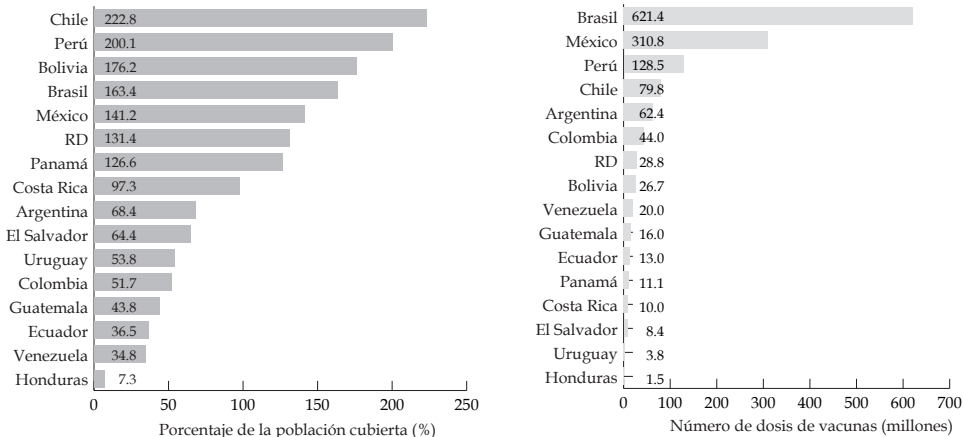
en el Perú se tienen siete sistemas de salud nacionales (Ministerio de Salud, EsSalud, Sanidad de la Policía Nacional de Perú, Sanidad Militar, Sanidad Naval, Sanidad Aérea, Instituto Nacional Penitenciario y sector privado) y 25 subsistemas públicos regionales semiautónomos.

La precariedad, la fragmentación, la segmentación y la débil gobernanza, sumado a los altos niveles de corrupción y a la fragilidad de la gestión con altos niveles de rotación de funcionarios, afectó el adecuado aprovisionamiento de insumos esenciales, como el oxígeno. El Perú, junto con Brasil, México y Argentina, han sido duramente golpeados por crisis agudas de abastecimiento de este medicamento esencial, cuyo déficit ha contribuido por sí mismo en la cifra de muertes y de incremento de la pobreza.

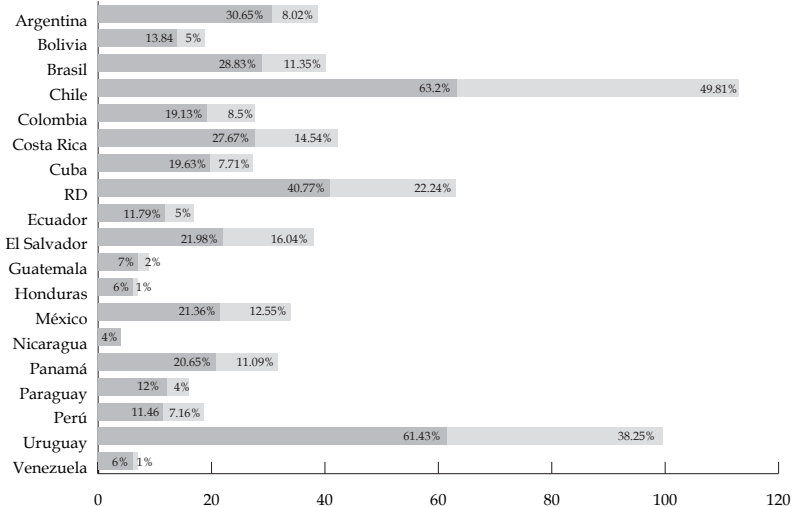
En los últimos meses, nuevas tecnologías de inmunogenética y biología molecular llevaron al desarrollo de vacunas efectivas y seguras a una velocidad sin precedentes en la historia de la humanidad. Sin embargo, los países que se han beneficiado primero son los más ricos, los que desarrollaron la tecnología, los que tienen las capacidades para producirla y distribuirla de forma masiva, dejando al resto de países del mundo atrás, incluyendo a la mayoría de los países de América Latina.

Bajo la premisa de ejercer la solidaridad global se plantearon estrategias que pudiesen cubrir las necesidades de las poblaciones de más de 200 países afectados, entre los cuales destaca la creación de un mecanismo de negociación colectiva: el mecanismo COVAX. Sin embargo, factores varios han limitado su efectividad, prevaleciendo los mecanismos de negociación bilateral entre países e industrias productoras de las vacunas y resto de insumos (jeringas, sistemas de refrigeración, aplicaciones informáticas, etc.). Cada país ha negociado volúmenes, precios y plazos diferentes con la finalidad de poder tener vacunaciones universales, gratuitas, ordenadas, seguras y, sobre todo, que empezara por los más vulnerables.

**Gráfico n° 5**  
**Adquisición de vacunas y cobertura vacunal, COVID-19 en América Latina**



\* Dosis opcionales forman parte de acuerdos pero los países no están comprometidos a compartirlas.



■ Parte de la población al menos parcialmente vacunada    ■ Parte de la población completamente vacunada

Fuente: Americas Society / Council of the Americas, en: [bit.ly/3rQ3Myu](https://bit.ly/3rQ3Myu)

Esto no siempre ha sido posible, producto de problemas políticos, dificultades en las negociaciones de los contratos (atravesados por cuestionamientos técnicos y de corrupción), limitaciones en la producción, sistemas logísticos poco desarrollados, desorganización en la entrega y campañas de desinformación, lo que ha impedido que todos los países de América Latina puedan acceder a la vacuna y ofrecerla a sus ciudadanos y ciudadanas con la misma eficacia.

Como se puede observar en el gráfico n° 5 (a junio 2021), siete países de América Latina, incluyendo el Perú, han logrado negociar un abastecimiento que supera sus necesidades poblacionales (en el caso del Perú es el doble). Sin embargo, son solo tres países (Brasil, México y Perú) los que han logrado convertir estas negociaciones en contratos por volúmenes, lo que permite tener márgenes de maniobra suficientes entre varios proveedores.

Es de hacer notar que, a pesar de los volúmenes contratados, son Uruguay y Chile los que han logrado superar el 60% de su población objetivo con, al menos, una vacuna, y en el caso de Chile haya llegado al 50% de su población objetivo con las dos dosis completas.

No es el caso del Perú, que solo tiene al 7% de su población objetivo vacunada con dos dosis. Aunque los avances en los últimos dos meses han sido notables, las demoras producidas por la profunda crisis política que tuvo el país en el mes de noviembre, mes en el cual tuvimos tres presidentes consecutivos, hizo que la campaña de vacunación se iniciara, igualmente, de forma tardía.

A modo de conclusión. Como se puede ver, las enormes inequidades que marcan las sociedades latinoamericanas, las malas condiciones de vida y la inexistencia de mecanismos de protección social, sumado a Estados con débil presencia, especialmente en salud, han servido como catalizadores de la pandemia en esta parte del mundo, llegando a convertirla hoy en el epicentro de la devastación.