

Pandemia y disparidades regionales de salud en el Perú: 1997-2020

Pandemic and regional health disparities in Peru: 1997-2020

Saúl Darío Díaz Maraví¹  

Cómo citar

Díaz Maraví, S. D. (2021). Pandemia y disparidades regionales de salud en el Perú: 1997-2020. *Socialium*, 6(1), e939.
<https://doi.org/10.26490/uncp.sl.2022.6.1.939>

¹ Magister en Desarrollo Rural, Economista, Universidad Nacional del Centro del Perú. Huancayo, Perú. sdiaz@uncp.edu.pe

RESUMEN

El presente artículo tuvo como objetivo mostrar la causalidad entre las desigualdades regionales y la mortalidad de la pandemia por COVID-19. Esto se debe a la presencia de las disparidades regionales que generó ausencia de políticas para reducir dichas desigualdades regionales. Para ello se analizó el sector salud por regiones en términos de presupuesto, número de médicos, número de enfermeras y número de hospitales. Estas disparidades se reflejan en la mortalidad causada por la pandemia. En la investigación, se utilizó el enfoque de investigación cuantitativa y el método hipotético deductivo, con diseño no experimental ex post facto de retrospectiva simple con datos de fuentes secundarias. Y se encontró que existe una alta significancia estadística entre desigualdades regionales y mortalidad por COVID-19, donde Lima es 17 veces el tamaño promedio de los sistemas de salud del resto de las regiones. Asimismo, se ha encontrado una reducción de la desigualdad presupuestaria medido con el índice de GINI donde de 0.30 en 1997 se pasó a 0.16 en el 2018. Igualmente se aumentó significativamente el presupuesto per cápita por regiones donde en términos promedio creció en un 78% desde 1997 a 2018. Pero, todo esto no ha sido suficiente para afrontar la pandemia con éxito, sino todo lo contrario. En conclusión, el modelo económico no generó una infraestructura adecuada para enfrentar la pandemia de la COVID-19 y existe mucha disparidad en la cobertura de salud entre regiones.

Palabras clave: *disparidades; regiones; COVID-19 y salud.*

ABSTRACT

This article aimed to show the causality between regional inequalities and mortality from the COVID-19 pandemic. This is due to the presence of regional disparities that generated the absence of policies to reduce said regional inequalities. For this, the health sector was analyzed by region in terms of budget, number of doctors, number of nurses and number of hospitals. These disparities are reflected in the mortality caused by the pandemic. In the research, the quantitative research approach and the hypothetical-deductive method were used, with a simple retrospective ex post facto non-experimental design with data from secondary sources. And it was found that there is a high statistical significance between regional inequalities and mortality from COVID-19, where Lima is 17 times the average size of the health systems of the rest of the regions. Likewise, a reduction in budget inequality has been found, measured with the GINI index, where it went from 0.30 in 1997 to 0.16 in 2018. Likewise, the budget per capita by region increased significantly, where in average terms it grew by 78% from 1997 to 2018. But, all this has not been enough to successfully face the pandemic, quite the contrary. In conclusion, the economic model did not generate an adequate infrastructure to face the COVID-19 pandemic and there is a great disparity in health coverage between regions.

Keywords: *disparities; regions; COVID-19 and health.*

Arbitrado por pares ciegos

Recibido: 10/05/2021

Aceptado: 22/12/2021



Introducción

En el Perú la lucha contra la pandemia de la COVID-19 fue un fracaso total. En 1993 se iniciaba el periodo neoliberal más profundo y radical que se haya implantado en el Mundo. Bajo el Consenso de Washington se desarrolló desde 1994 hasta la fecha el modelo neoliberal más exitoso de todo el Planeta según sus defensores. Pero, llegó la pandemia y nos mostró crudamente que no había éxitos y los hechos actuales nos plantean la siguiente pregunta ¿cuál fue la relación entre el modelo neoliberal y el sector salud en el Perú entre 1997-2020? Para los defensores del modelo significa que el problema es el presidente y su entorno corrupto, el modelo no es el problema, sino la corrupción dentro de este modelo neoliberal criollo (Díaz, 2020). Para otros el neoliberalismo es lo que permitió salir del subdesarrollo y cualquier intervención del Estado es populismo e ineficiencia. La clave es dejar todo al libre mercado, incluyendo los servicios de educación y salud (Acurio y Dolmos, 2020)

Pero, la relación entre pandemia, salud y modelo neoliberal se destaca lo siguiente: “Antes de la pandemia la situación de la salud ya era crítica. El sistema de salud está desarticulado, disperso y con una deficiente coordinación” (Guerra y Cercado, 2020, p. 44). Durante la pandemia el modelo, el Estado y el gobierno hicieron agua. Esto debido a que el modelo neoliberal no es una buena alternativa, ya que durante 30 o más años (si consideramos al 2° gobierno de Belaunde como el inicio del neoliberalismo) no se atendió los servicios básicos, especialmente el sector salud. Otro autor se refiere a la persona donde la pandemia puso en riesgo al “sujeto neoliberal” revelando la desigualdad y diferencias sociales que existe en este mundo globalizado (López y Herrera, 2021, p. 57). Igualmente, en esa línea se dice que la pandemia hizo notar las deficiencias del Estado peruano en los sectores de salud y educación que, junto a la pobreza, discriminación, inseguridad, burocratismo, corrupción y las profundas brechas sociales y económicas. (Vigo, 2020). También se lee que la pandemia puso en evidencia la desarticulación de los servicios de salud de los distintos organismos del Estado, así como su desvinculación con la investigación, el desarrollo tecnológico, aunado a la ineficiencia de las autoridades regionales y locales. (Llerena y Sánchez, 2020).

Igualmente dicen que después de cuarenta años de neoliberalismo nada se ha avanzado en términos de desarrollo de gestión de la salud y educación. Aparte de las brechas en infraestructura social los sistemas de salud son totalmente deficientes y caóticos. (Fernández, et al., 2020). Por otro lado, existe un estudio un tanto espurio donde se establece que el aumento de casos COVID-19 está relacionado con la ejecución presupuestal en los gobiernos regionales. “la ejecución presupuestal tiene una relación parcial con el manejo de la epidemia y su real injerencia sólo es en las pruebas tomadas a pesar de que se esboza que podría existir una relación inversa con los casos positivos” (Medina, 2020).

Asimismo, se cuestiona al mercado y su libertad, ya que dicen que el libre mercado no es natural y el estado debe tener un rol mínimo donde se pide un nuevo contrato social. (Campodónico, 2020) También

se pide un gobierno estadista que evite el colapso del sistema de salud y no como el actual donde el mercado neo mercantilista hizo fracasar la lucha contra la pandemia. (Gonzales et al., 2020).

Incluso en el ámbito filosófico incluso se trató la pandemia de la COVID-19, donde se dice que la pandemia paralizó la economía, aumentó el desempleo y se exige la reinención del mercado ya que el actual sólo trajo desigualdades y exclusiones (Mansilla, 2021). Otro aspecto importante es el impacto de las medidas como la “cuarentena” sobre la economía. Para el caso de Colombia se tiene el siguiente escenario: “La rama económica de servicios aparece como la más afectada, donde se destacan las actividades de alojamiento y servicios de comida, servicios inmobiliarios, servicios administrativos, actividades profesionales y técnicas, construcción y comercio” (Bonet et al., 2020).

A nivel de regiones en Puno se hizo un estudio que dice que la condición geográfica provocó el nivel de contagios, junto a la ineficiencia del Estado para enfrentar la pandemia (Apaza et al., 2021).

Igualmente, el neoliberalismo es la causa más importante para que la pandemia se propague en forma rápida y la lucha contra la misma sea al mismo tiempo ineficaz ya que este neoliberalismo produce un nivel de fatalidad peor que el fascismo europeo o la Segunda Guerra Mundial (Herrera, 2020). Pero, al mismo tiempo, la pandemia trajo consigo la recuperación y revaloración de costumbres colectivas andinas olvidadas como el ayni y la minka para enfrentar la pandemia dado que el Estado resultó ser ausente, ineficaz y sólo promotor de la de la desigualdad (Emmanuelle y Arenas, 2021).

También se puede observar que la pandemia tuvo sus efectos en el aparato industrial como es el caso mexicano donde se revela la fragilidad estructural para enfrentar la pandemia incidiendo en el aparato industrial con eslabonamientos hacia atrás y hacia adelante y esto no pudo soportar la crisis por la pandemia haciendo que todo lo avanzado se redujera a un contexto de pre pandemia (Landa et al., 2020).

Y uno de los estudios que más se centra en nuestra línea de investigación dice que la pandemia tuvo un impacto más regional que nacional. Dicho impacto es heterogéneo, ya que en algunas ciudades por su densidad poblacional fueron las más afectadas, en tanto en otras zonas pequeñas rurales europeas sufrió más que la zona urbana. Este impacto incrementa las desigualdades individuales y sectoriales, así como en las desigualdades regionales (Niembro y Calá, 2020).

A nivel global la pandemia pone en jaque al modelo neoliberal, de la cual este modelo tendrá los siguientes escenarios post pandemia: el sistema se recicla con medidas de corte keynesiano; se realizan reformas y se genera una revolución que cambie todas las cosas (León, 2020).

Por otro lado, se dice que en el Perú las personas se excluyen de los servicios de salud por las siguientes causas: “Déficit de infraestructura adecuada, fallas en la asignación y/o gestión de los recursos, entrega o disponibilidad de los bienes/servicios de salud, Problemas relacionados con la calidad de los servicios

otorgados, Barreras que impiden el acceso a las atenciones de salud” (Ministerio de Salud: Dirección General de Epidemiología, 2019, p. 35). Igualmente, el Ministerio de salud realiza un análisis de desigualdades en tres variables que son: “esperanza de vida al nacer, desnutrición crónica y mortalidad en menores de 5 años, en todos los departamentos del Perú a lo largo varios años, utilizando como estratificador social la pobreza monetaria en dichos departamentos” (MINISTERIO DE SALUD PERÚ, 2018, P. 107). Finalmente, existe un estudio donde se utiliza las desigualdades absoluta y relativa de Kuznets, así como la curva de Lorenz, donde se establece que la medición de la desigualdad en salud tiene bases axiológicas (criterios valorativos), donde se defiende la primacía de la equidad como valor social para “no dejar a nadie atrás” (Mujica y Moreno, 2019, p. 6).

Esta investigación se justifica en términos prácticos, ya que información servirá para reorientar el gasto público por departamentos y disminuir las disparidades regionales en cuanto a su cobertura y enfrentar la lucha contra la Pandemia. Precisamente, el objetivo principal fue obtener esas disparidades en la cobertura de salud y su relación con el modelo económico imperante en el país.

Método

Tipo de estudio. En la investigación, se utilizó el enfoque de investigación cuantitativa y el método hipotético deductivo, con diseño no experimental ex post facto de retrospectiva simple.

Población y muestra. La población es la población por regiones. Se usó metadatos, motivo por el cual no es necesario usar una muestra y tampoco describir a la población y los criterios de inclusión o exclusión.

Instrumentos de recolección de datos. Se usó las fichas de datos y las tablas de frecuencia para organizar y resumir los datos.

Análisis de datos. El análisis de datos fue realizado con la medición de las desigualdades relativas, la curva de Lorenz, el índice de Gini, la regresión simple y análisis estadístico descriptivo.

Resultado

Para la investigación, se calculó las disparidades regionales por departamento en las variables de número de médicos, enfermeras, hospitales por región; así como se usó el presupuesto en gastos corrientes y presupuesto en gasto de capital también por región. Se utilizó las desigualdades relativas para medir las disparidades regionales y el índice de GINI con su correspondiente curva de Lorenz. También se usó de manera descriptiva el presupuesto per cápita por regiones para evidenciar dichas disparidades. Los datos son los siguientes:

Tabla 1*Personal médico, hospitales y presupuesto por región entre 1997-2018 por región (promedios)*

	N° MÉDICOS ^a	N° ENFERMERAS ^a	N° HOSPITALES ^a	PRESUPUESTO DE GASTOS CORRIENTES ^b (soles de 2007)	PRESUPUESTO DE GASTOS EN CAPITAL ^b (soles de 2007)	POBLACIÓN ^a (en miles)	MORTALIDAD POR COVID-19 ^c
Amazonas	235	804	9	17728404	13507076	404	470
Áncash	1318	2315	23	47847819	38214435	1099	2736
Apurímac	409	1393	9	21615184	13573832	439	509
Arequipa	5099	5478	20	51898169	26199282	1185	2535
Ayacucho	414	1407	11	31209349	19092504	632	757
Cajamarca	764	1997	21	46944487	24536069	1467	1310
Callao	2253	2582	11	34535878	13897419	899	3285
Cusco	2111	3032	17	49087546	41351976	1245	1242
Huancavelica	281	803	4	21127132	14403977	465	386
Huánuco	625	2080	7	27646236	12670416	803	975
Ica	1962	2539	21	33359890	11690499	723	2853
Junín	1722	3107	24	47721538	19193630	1275	2227
La Libertad	4473	3939	45	56317153	22561648	1689	3859
Lambayeque	2383	3243	23	39260640	13417815	1171	2574
Lima	39703	29027	180	635963994	126058366	8801	27839
Loreto	920	1127	16	40522546	17333817	942	1388
Madre de Dios	165	226	4	6802869	8539622	113	231
Moquegua	313	533	5	10955537	11706809	166	546
Pasco	230	722	7	13878956	12266597	286	381
Piura	1907	1879	28	51901334	26492022	1725	3066
Puno	1220	2733	22	47074204	21713529	1321	864
San Martín	480	722	17	27431552	19681432	750	1214
Tacna	938	953	5	16835052	15354146	305	766
Tumbes	205	474	5	11897270	8248319	211	568
Ucayali	420	777	5	15951163	13303192	442	938

Nota. a/ INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA (INEI)

b/ MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS (MEF)

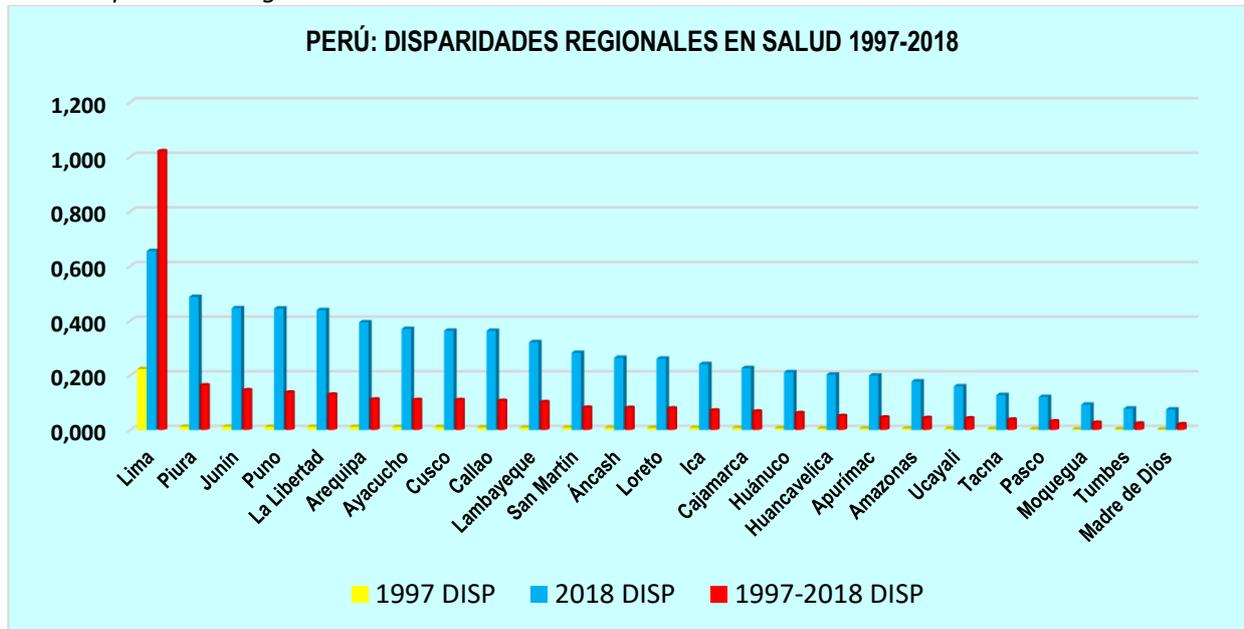
c) MINISTERIO DE SALUD (cantidades absolutas).

En la investigación, se utilizó el enfoque de investigación cuantitativa paramétrica y el método hipotético deductivo; donde se analizó los presupuestos para salud por regiones en dos componentes que son gastos corrientes en el sector salud, es decir aquellos gastos para que funcione el aparato administrativo de las entidades de salud y los gastos en capital que significa la creación de factor fijo o bienes de capital (creación de hospitales, compra de equipos y herramientas, compra de reactivos y medicamentos). También el número de médicos y enfermeras que son los profesionales en última instancia los responsables que una persona se salve o no por la COVID-19. También se analizó el número de hospitales donde los enfermos por la COVID-19 sólo se atienden en hospitales, incluso existe una normativa legal al respecto. Y esta situación generó enormes dificultades a la hora de enfrentar la pandemia, ya que muchos hospitales no tenían ni habían hecho el equipamiento necesario para afrontar la pandemia.

Los resultados que se obtuvieron son los siguientes:

Figura 1

Perú: Disparidades regionales en el sector Salud 1997-2018

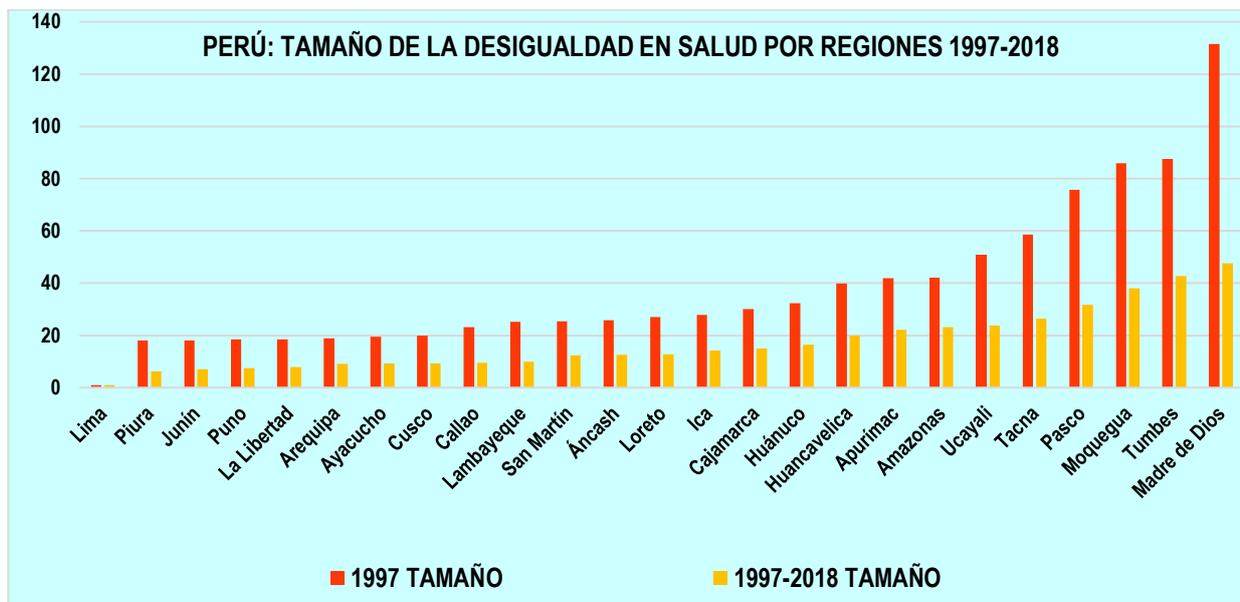


Como se puede observar en la figura 1 las disparidades o desigualdades han aumentado a lo largo de los años. Lima concentra casi todos los recursos tanto presupuestarios como el recurso humano. La región que menos posee recursos para afrontar la pandemia es la región de Madre de Dios, pero la región Junín es la tercera región que más recursos posee, después de Piura y es mayor al caso de Arequipa.

Entre 1997 y 2018 el valor presupuesto del sector salud de la región Lima fue 48 veces que del valor del presupuesto del sector salud de Madre de Dios. Igualmente, el valor de presupuesto del sector salud de la región Lima, fue 7 veces que el valor del presupuesto del sector salud de la región Junín. En promedio, el valor del presupuesto del sector salud de la región Lima fue 17 veces que el valor del presupuesto del sector salud de todas las regiones. Si medimos por tamaño faltante, es decir la cantidad de recursos presupuestales, infraestructura hospitalaria y personal médico, eso se observa en la siguiente figura:

Figura 2

Tamaño de las disparidades regionales en el sector Salud en el Perú 1997-2018



En la figura precedente, el tamaño se puede leer de abajo hacia arriba, es decir si Lima representa 1, Madre de Dios representa 132 en tamaño faltante. O sea, para que Madre de Dios para que sea igual a Lima necesita aumentar sus recursos en 132 veces. O al revés: Lima es 132 más veces que Madre de Dios para el 1997 y durante los años 1997-2018 Lima fue 48 veces el tamaño de Madre de Dios. En consecuencia, esto es producto del modelo económico implantado desde 1993 con la Constitución neoliberal impuesta en ese entonces.

Realizando una regresión simple con las cifras de disparidades y mortalidad por COVID-19 se ha obtenido los siguientes resultados: Existe una correlación alta entre mortalidad por regiones y desigualdades regionales en Salud, siendo el r^2 igual a 99.7% y el coeficiente de correlación de 0.998; cuyo modelo funcional es el siguiente: $Y = f(X)$, donde Y representa la mortalidad por COVID-19 en términos absolutos, mientras que X representa las disparidades regionales. Es decir: $Mort = f(DispReg)$, cuya ecuación es la siguiente:

$$Y = -703.805381 + 27853.3X$$

($p < 0.05$; $p = 0.00017$), que dice que hay una alta significancia estadística en dicha regresión. Como se podrá observar también existe una relación directa entre disparidades y mortalidad por la COVID-19.

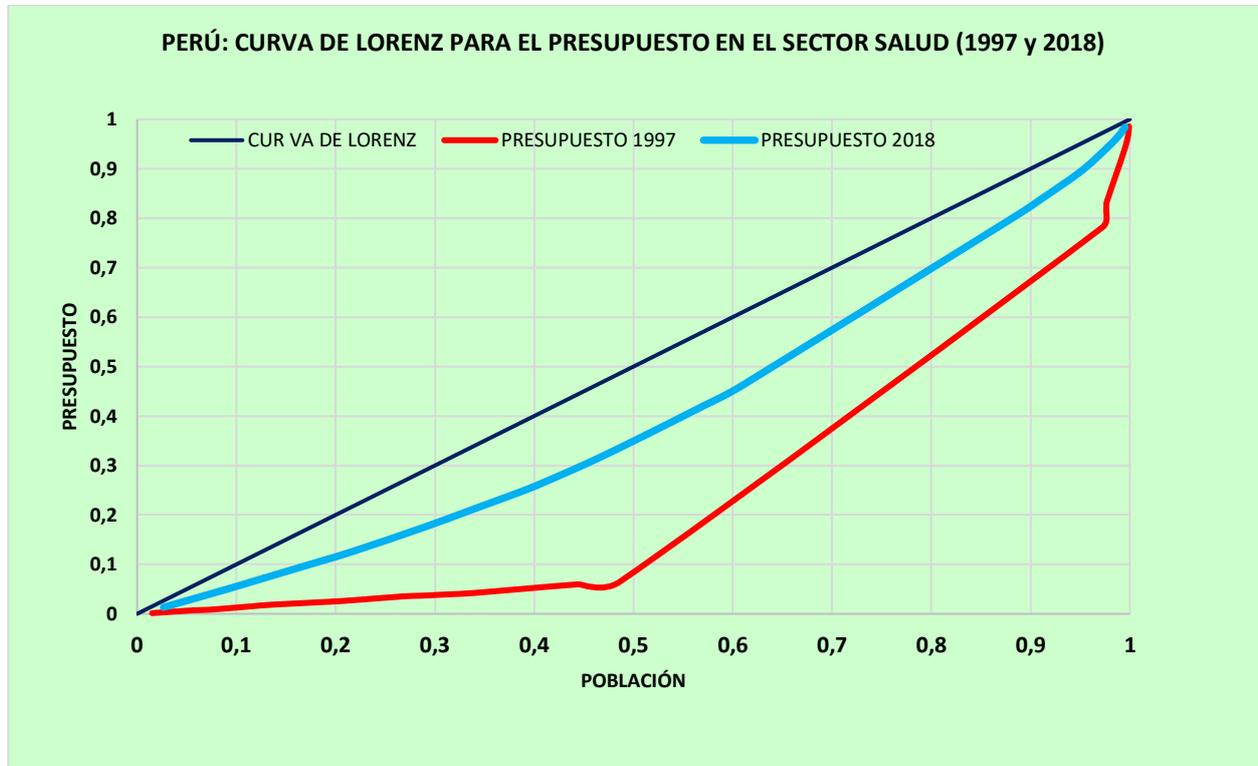
Por otro lado, entre 1997-2018 los gastos de capital representaban apenas un 37% del total de presupuesto. Es decir, los gastos corrientes tienen mayor peso en el presupuesto que los gastos destinados a generar infraestructura, aspecto que es clave para la lucha contra la pandemia. De allí que la

tasa de muertos por millón por COVID-19 en el Perú sea una de las más alta del Mundo, esto debido a que se carece de la infraestructura necesaria.

Pero si hallamos el nivel de desigualdad medido por el Índice de GINI y graficado con la curva de Lorenz los resultados son los siguientes:

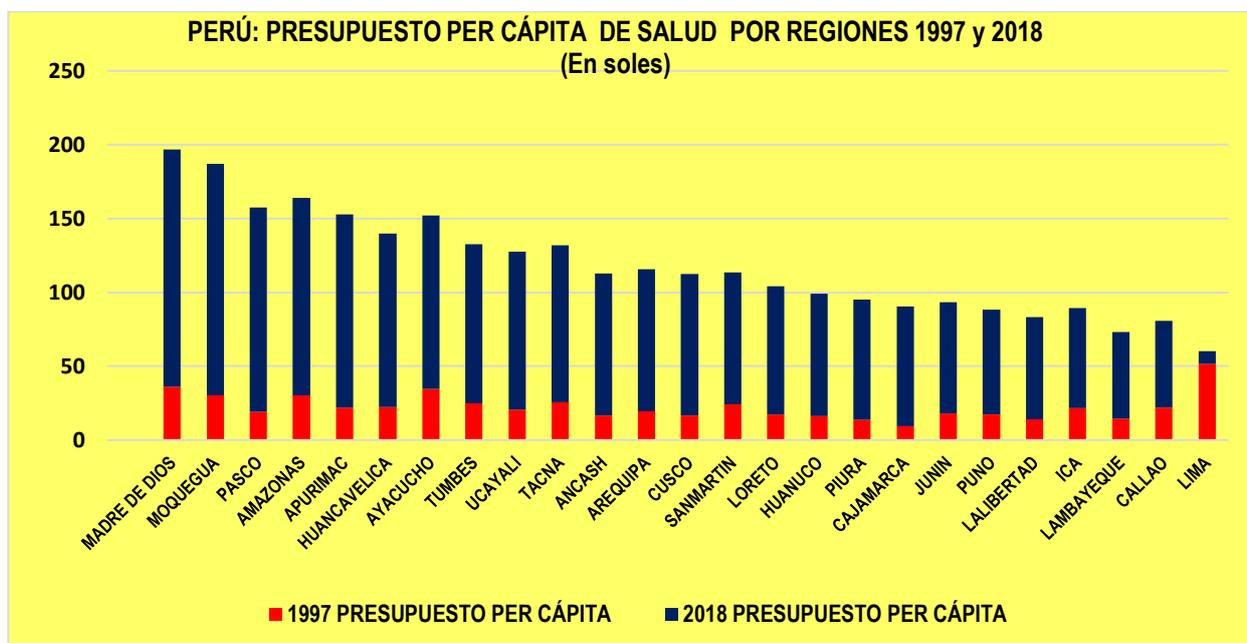
Figura 3

Concentración del Presupuesto Regional en el sector Salud 1997 y 2018



La figura anterior nos muestra que en 1997 había mayor desigualdad en el presupuesto del sector Salud a nivel de regiones donde se tiene un Índice de GINI igual a 0.30; en tanto que para el año 2018 se tiene un Índice de GINI igual a 0.16. Es decir, la desigualdad disminuyó a nivel de presupuesto en el sector Salud por regiones. Esto no quiere decir que haya más cobertura de salud, sino simplemente los presupuesto se han tratado de homogenizar a lo largo del tiempo en los últimos 25 años de modelo neoliberal que da en el Perú.

En relación al presupuesto per cápita, también deja evidencia empírica de las disparidades regionales que se dan en el país:

Figura 4*Presupuesto Per cápita Regional en el sector Salud 1997 y 2018*

Cómo se puede observar el que mayor presupuesto ha obtenido a lo largo de los años es la región de Madre de Dios y en los últimos años la región que menos presupuesto ha recibido es la región de Lima. Si bien es cierto es un intento para reducir las disparidades, esto no ha sido suficiente. Ya que como una suerte de compensación se fue revirtiendo el presupuesto per cápita en el sector salud en favor de las regiones que en 1997 tenían magros presupuestos.

Discusión

Todos los autores coinciden que el sistema de Salud en el Perú es ineficiente, caótico, con enormes déficits tanto en infraestructura y personal. La mayor cobertura de salud está concentrada en Lima Metropolitana. (Fernández et al. 2020). Después de cuarto de siglo de modelo neoliberal las desigualdades regionales persisten y los sistemas de salud no han podido afrontar la pandemia del COVID-19. Por estas disparidades regionales, el Perú es uno de los peores países en gestionar la lucha contra la pandemia.

También se evidencia que el modelo neoliberal es incapaz de reducir las disparidades. Más bien las potencia, ya que con la cosmovisión de que el mercado es un buen asignador de recursos se deja que los agentes económicos resuelvan sus problemas de salud y esto trae como consecuencia la fatalidad de las disparidades (Herrera, 2020).

De igual modo el manejo del presupuesto no resuelve el problema ya que las disparidades regionales en el sector salud entre 1997-2020 es un problema estructural y no de mercado y lo que se requiere es un cambio de paradigma y un nuevo contrato social (Campodónico, 2020).

Para otros autores el fracaso también se debe a la poca cultura científica de la población, ya que hasta la fecha no entiende que es portador asintomático, aunque la principal causa dice que es la precariedad del sistema de salud pública, aspecto que coincide con nuestros resultados (Lossio, 2021) Otros dicen que el Estado peruano tuvo un buen manejo macroeconómico pero un mal gestor público. El Estado no manda y por eso fracasó la cuarentena y todas las medidas de lucha contra la pandemia, donde también se dice que la plata no compra eficacia gubernamental (Vergara, 2020). Finalmente, también se habla de un desborde inverso o migración en sentido contrario al tradicional y un posible proceso de acondicionamiento territorial (Zolezzi, 2020).

Conclusión

De manera concluyente se puede decir que las disparidades regionales en el sector SALUD del Perú impidió una lucha eficaz contra la pandemia de la COVID-19. Existe una alta determinación entre mortalidad por COVID-19 y desigualdades regionales en términos de número de hospitales, número de médicos, número de enfermeras, presupuesto en gastos corrientes y gastos de capital.

En consecuencia, el modelo neoliberal no ha podido resolver las disparidades a nivel regional en el Perú, donde el país no solamente es desigual en Salud, sino en todos los aspectos de la vida nacional, desde el geográfico hasta el nivel cultural, pasando por los aspectos económicos, educativos, oportunidades, etc.

Todo lo anterior ha conllevado a que la lucha contra la pandemia a nivel regional sea un fracaso como se evidenció en todo momento y se sigue en esa dinámica. Con excepción del aumento del presupuesto per cápita en salud que se traduce sólo en mayores gastos corrientes y no hay una reducción significativa de las disparidades.

Referencias

- Apaza-Aquino, H., Espetia-Turpo, F. y Villanueva-Quispe, S. G. (2021). La pandemia del COVID-19 en el altiplano peruano. *Revista científica Waynarroque*, 16 (13).
<http://revistacientificawaynarroque.com/index.php/rcsaw/article/view/16/13>
- Acurio, L. R. y Dolmos, B. (2020). El neoliberalismo y su carácter de clase en tiempos de pandemia. *Nueva Hegemonía* (1), 97-119.

- https://nuevahegemonia.centropatria.pe/public/uploads/articulos/2020-10-02-02-43-31_Acurio-Dolmos.pdf
- Bonet-Morón, J., Ricciulli-Marín, D., Pérez-Valbuena, G. J., Galvis-Aponte, L. A., Haddad, E. A., Araújo, I. F. y Perobelli, F. S. (2020). Impacto económico regional del Covid-19 en Colombia: un análisis insumo-producto. *Economía Regional y Urbana*, (288), 1-33.
https://repositorio.banrep.gov.co/bitstream/handle/20.500.12134/9843/DTSERU_288.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Campodónico, H. (2020, de abril). La pandemia, el neoliberalismo y el mundo que ya fue. *Otra Mirada*.
<http://www.otramirada.pe/la-pandemia-el-neoliberalismo-y-el-mundo-que-ya-fue>
- Díaz- Albertini, J. (2020). *La esquizofrenia neoliberal* [Archivo PDF]. Universidad de Lima.
https://repositorio.ulima.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12724/11099/Diaz_esquizofrenia_neoliberal.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Emmanuelle , P. y Arenas Sotelo, E. (setiembre, 2021). *Estrategias familiares y comunitarias ante la crisis de salud de la pandemia de COVID-19 en la región de Cusco (Perú)* [Presentación de paper]. Crisis global, desigualdades y centralidad de la vida, Vancouver, Canadá.
<https://dial.uclouvain.be/pr/boreal/object/boreal:240254>
- Fernández Rojas, G., Mamani Larico, J. B., Pérez Suarez, J., Apaza Roque, M., Cajma Mamani, N. J. y Mamani Terrazas, J. (2020). Neoliberalismo y Covid – 19 y efectos en los Gobiernos Municipales. *Revista Didáctica de las Ciencias Naturales*, 1(2), 108-114.
<http://revistas.unap.edu.pe/journal/index.php/RIC/article/view/420/368>
- Gonzales-Castillo, J. R., Varona-Castillo, L., Domínguez-Morante, M. G. y Ocaña-Gutiérrez, V. R. (2020). Pandemia de la COVID-19 y las Políticas de Salud Pública en el Perú: marzo-mayo 2020. *Revista de Salud Pública*, 22(2), 1-9. <https://doi.org/10.15446/rsap.V22n2.87373>
- Guerra, F. y Cercado, M. (2020). Pandemia COVID-19 y crisis del modelo: una oportunidad para repensar el país. *Nueva Hegemonía* (1), 15-44.
https://nuevahegemonia.centropatria.pe/public/uploads/articulos/2020-09-27-09-25-04_Guerra-Cercado.pdf
- Herrera Montero, L. (2020, 28 de octubre). Ecuador, pandemia y crisis: contribuciones de crítica. *Clacso*.
<https://www.clacso.org/ecuador-pandemia-y-crisis-contribuciones-de-critica-y-formulacion-de-reforma-y-revolucion-como-elementos-interdependientes-de-lucha-antineoliberal/>

- Hubeňak, F. (1995). *Seréis como bestias o la sociedad del futuro según Fukuyama* [Archivo PDF]. Universidad Católica de Argentina. <https://repositorio.uca.edu.ar/bitstream/123456789/3156/1/sereis-como-bestias-sociedad-futuro.pdf>
- Landa Díaz, H. O., Cerezo García, V. y Perrotini Hernández, I. (2020). La vulnerabilidad estructural de la economía mexicana ante la crisis derivada de la pandemia COVID-19. *Contaduría y administración*, 65(4), 1-14. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7590705>
- León Navarro, E. (2020, 5 de agosto). Pandemia, crisis del capitalismo y revolución. *CEPA*. <https://revistacepa.net/ojs/index.php/cepa/article/view/12>
- Llerena Lanza, R. A. y Sánchez Narváez, C. A. (2020). Emergencia, gestión, vulnerabilidad y respuestas frente al impacto de la pandemia COVID-19 en el Perú. *Scielo Preprints*. <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.94>
- López González, D. A. y Herrera Sanclemente, E. (2021). Pandemia y crisis del sujeto neoliberal. *Middle Atlantic Review of Latin American Studies*, 4 (3), 49-57. <https://www.marlasjournal.com/articles/abstract/10.23870/marlas.336/>
- Lossio, J. (2021). Covid-19 en el Perú: respuestas estatales y sociales. *História, Ciências, Saude Manguinhos*, 28(2) <https://doi.org/10.1590/S0104-59702021005000001>
- Mansilla Torres, K. I. (2021). Cuerpos en pandemia en el Perú. Reflexiones desde la fenomenología de Merleau-Ponty. *Devenires*, 22(43), 217-242. <http://devenires.umich.mx/devenires/index.php/devenires/article/view/739/632>
- Medina Castillo, V. O. (2020). *La ejecución presupuestal y su relación en el manejo de la COVID-19* [Tesis de maestría, Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa]. Repositorio institucional UNSA. <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12773/12085/UPmecaov.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Mújica, Ó. J. y Moreno, C. M. (2019). De la retórica a la acción: medir desigualdades en salud para “no dejar a nadie atrás”. *Revista Panamericana de Salud Pública*, (43), e12. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2019.12>
- Ministerio de Salud Perú. (2018). *Análisis de Situación salud 2019* [Archivo PDF]. Minsa. https://www.dge.gob.pe/portal/docs/asis/Asis_peru19.pdf
- Ministerio de Salud: Dirección General de Epidemiología. (2019). *Análisis de la situación de salud 2019* [Archivo PDF]. Minsa. https://www.dge.gob.pe/portal/docs/asis/Asis_peru19.pdf

- Niembro, A. y Calá, C. D. (Setiembre de 2020). *Impacto económico regional de la pandemia de COVID-19* [Archivo PDF]. Nulan. <http://nulan.mdpu.edu.ar/3389/1/niembro-cala-covid19.pdf>
- Ramonet, I. (2020). La pandemia y el sistema mundo. *Comunicación*, (9), 190-191. http://comunicacion.gumilla.org/wp-content/uploads/2020/09/COM_2020_190-191_95-124.pdf
- Vergara, A. (2020). *La crisis del COVID-19 como Aleph peruano* [Archivo PDF]. http://sisisemail.up.edu.pe/sisisemail/_data/2020/16472/AlephFinal.pdf
- Vigo Castilla, M. K. (2021). Crisis mundial sanitaria: oportunidad para pensar al ciudadano dentro del sistema neoliberal peruano. *Investigaciones Sociales*, (44), 311–322. <https://doi.org/10.15381/is.v0i44.19574>
- Zolezzi Chocano, M. (2020). La ciudad, la COVID-19 y “el desborde inverso”. *Revista de Sociología*, (30), 119–138. <https://doi.org/10.15381/rsoc.v0i30.18909>

Fuentes de financiamiento.

La investigación fue realizada con recursos propios.

Conflictos de interés

Ejemplo: No presenta conflicto de intereses.

Correspondencia

sdiaz@unp.edu.pe