

Las epidemias COVID-19 en perspectiva regional

ADRIANA URRUTIA

NORMA CORREA

RICARDO CUENCA

Lima, 29 de junio de 20

CONTENIDO

| | |
|--|----|
| Índice de Gráficos | 2 |
| Índice de Ilustraciones | 3 |
| Índice de Tablas..... | 3 |
| Resumen Ejecutivo | 4 |
| Introducción..... | 8 |
| 1. Arequipa | 11 |
| 1.1 Determinantes sociales de la epidemia | 13 |
| 1.2 Gobernanza: la acción del Estado..... | 15 |
| 1.3 Movilización: el factor social..... | 22 |
| 2. Loreto..... | 27 |
| 2.1 Determinantes sociales de la epidemia | 29 |
| 2.2 Gobernanza: la acción del Estado..... | 31 |
| 2.3 Movilización: el factor social..... | 36 |
| 3. Lima y El Callao | 43 |
| 3.1 Determinantes sociales de la epidemia | 47 |
| 3.2 Gobernanza: la acción del Estado..... | 49 |
| 3.3 Movilización: el facto social | 52 |
| 4. El Corredor Sur | 55 |
| 5. El Corredor Este | 59 |
| 6. Síntesis | 64 |
| 7. Recomendaciones..... | 66 |
| Bibliografía..... | 70 |
| Anexos..... | 70 |

ÍNDICE DE GRÁFICOS

| | |
|--|----|
| Gráfico 1. Curva epidémica Arequipa | 11 |
| Gráfico 2. Número de defunciones Arequipa | 12 |
| Gráfico 3. Número Reproductivo Efectivo (R) Arequipa..... | 12 |
| Gráfico 4. Población de Arequipa por grupos de edades | 13 |
| Gráfico 5. Distribución de la población por condición de pobreza Arequipa..... | 13 |
| Gráfico 6. Características de la vivienda Arequipa | 14 |
| Gráfico 7. Curva epidémica Loreto..... | 28 |
| Gráfico 8. Número de defunciones Loreto | 28 |
| Gráfico 9. Número Reproductivo Efectivo (R) Loreto..... | 29 |
| Gráfico 10. Población de Loreto por grupos de edades | 29 |
| Gráfico 11. Distribución de la población por condición de pobreza Loreto | 30 |
| Gráfico 12. Características de la vivienda Loreto..... | 31 |
| Gráfico 13. Curva epidémica Lima..... | 44 |
| Gráfico 14. Curva epidémica Callao..... | 44 |
| Gráfico 15. Número de defunciones Lima | 45 |
| Gráfico 16. Número de defunciones Callao | 45 |
| Gráfico 17. Número Reproductivo Efectivo (R) Lima..... | 46 |
| Gráfico 18. Número Reproductivo Efectivo (R) Callao..... | 46 |
| Gráfico 19. Población de Lima y el Callao por grupos de edades | 47 |
| Gráfico 20. Distribución de la población por condición de pobreza Lima/Callao..... | 47 |
| Gráfico 21. Características de la vivienda Lima/Callao | 49 |

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

| | |
|---|----|
| Ilustración 1. Distribución espacial de contagios Arequipa | 11 |
| Ilustración 2. Distribución espacial de contagios Loreto..... | 27 |
| Ilustración 3. Distribución espacial de contagios Lima/Callao | 43 |
| Ilustración 4. Número de personas empleadas en actividades agroindustriales | 55 |
| Ilustración 5. Número de personas empleadas en actividades agroindustriales | 59 |

ÍNDICE DE TABLAS

| | |
|--|----|
| Tabla 1. Características del empleo Arequipa..... | 14 |
| Tabla 2. Características del empleo Loreto | 30 |
| Tabla 3. Características del empleo Lima/Callao..... | 48 |

RESUMEN EJECUTIVO

El objetivo de este informe es aportar a una interpretación sobre la evolución de las epidemias en las regiones del país, que permita orientar las respuestas del Estado en la mitigación de los efectos provocados por el COVID-19. Para ello, se analizó en una muestra de territorios la situación e interacción de los determinantes sociales de la epidemia, la acción estatal y el factor social.

El informe estudia cinco territorios, tres regiones políticas y dos corredores económicos, que debido a su condición epidemiológica permiten ilustrar la evolución de la epidemia y las dinámicas sociales asociadas en dicha evolución. Las regiones seleccionadas son Arequipa (en aumento), Loreto (en descenso) y Lima Metropolitana y el Callao (mayor concentración de contagios). Los corredores seleccionados fueron el eje sur compuesto por las ciudades de Chilca – Cañete – Chincha – Ica y el eje este conformado entre las ciudades de Huancayo y Satipo.

Los territorios analizados presentan dinámicas propias que explican las maneras particulares sobre la evolución de la epidemia. Por ejemplo, Arequipa empezó más tarde los niveles masivos de contagio que Loreto debido a las mejores condiciones de las familias, quienes lograron acatar el confinamiento debido a los *stocks* con los que contaban. También ilustra esta heterogeneidad el caso de Chincha que, en el corazón del Corredor Sur, siguió desarrollando actividades laborales y comerciales relacionadas al agro, que impidió, junto a otros factores, el cumplimiento de la cuarentena. En todo caso, el análisis rápido de los territorios confirma que estamos ante un conjunto diferenciado de epidemias, así como de sus causas y sus consecuencias.

No obstante, es posible identificar aspectos comunes asociados a las dinámicas estatales y sociales en el contexto de la emergencia sanitaria y las medidas tomadas para atenderla.

Las **desigualdades** sociales son el factor común que mejor explica la situación epidemiológica en los territorios. Estas desigualdades territorializadas muestran problemas estructurales como las brechas de pobreza y cobertura de servicios, así como de asuntos más coyunturales asociados a la situación económica del territorio antes de la emergencia sanitaria.

Un segundo punto son las consecuencias del **centralismo** nacional, pero también regional que impidió un diagnóstico y una atención más pertinente a los contextos locales. A excepción de Lima, los reportes de todos los demás territorios coinciden en que la evolución de las epidemias es, en buena medida, una expresión de los procesos fallidos de descentralización.

Como tercer elemento destacan los problemas asociados al **sector salud**, tanto en sus condiciones operativas, como en la gobernanza multinivel en los territorios. La confluencia de las limitadas capacidades del sistema, expresadas en insuficiencia de infraestructura, equipamiento y personal, y la débil coordinación entre las diferentes instancias estatales en los territorios hicieron más compleja la atención sanitaria a las epidemias.

Las características de los **liderazgos políticos** en las regiones han jugado un papel fundamental en la atención a la emergencia sanitaria. Allí donde estos son más claros ha sido posible un mejor manejo de la crisis. Sin embargo, asociado a esto, la evidencia de un **tejido social** fragmentado ha dificultado la conducción, en alianzas, de los gobiernos subnacionales. La gobernanza de los territorios ha mostrado límites como producto de la debilidad de las los actores estatales y sociales, así como en sus niveles de coordinación.

El último aspecto, la **presencia del Estado**, ha sido, junto con las desigualdades sociales, un factor fundamental en la evolución de las epidemias territoriales. Sea esta por ausencia, como en el caso de algunas fuerzas del orden, o por presencia, como en el caso del otorgamiento de bonos y ayudas, la presencia del Estado ha marcado de alguna manera el comportamiento social que, en momentos de emergencia, suele solicitar mayor presencia de este y mayor y mejor comunicación sobre lo que se debe hacer; punto último que no ha logrado ser totalmente efectivos en los territorios analizados.

Lima y el Callao merecen un acápite particular debido a la complejidad del territorio y el tamaño de su población. Dos son los factores que, además de todo lo producido, pueden complementar la comprensión de la evolución de la epidemia en este territorio. Por un lado, el altísimo nivel de movilidad para el trabajo, conocido como “**trabajo golondrino**” y la evidente **fragmentación administrativa** del territorio.

En tal sentido, se recomienda transitar de una **infraestructura social del contagio** hacia una **infraestructura social del cuidado**, a partir de dos tipos de acciones. Por un lado, desarrollar investigaciones interdisciplinarias que habiliten diálogos entre epidemiología, arquitectura y las ciencias sociales y diseñar intervenciones epidemiológicas, sociales y arquitectónicas.

Específicamente, se recomienda:

- Generar estadística con enfoque intercultural para diagnosticar las condiciones de comorbilidad según pertenencia étnica
- Generar estrategias de intervención con enfoque intercultural e implementar estrategias ya existentes (en Chincha se reporta la existencia de un plan de Salud intercultural).
- Analizar la pertinencia del refuerzo de atención en el primer nivel como mecanismo para aminorar el colapso de hospitales.
- Diseñar e implementar un plan de trabajo a nivel subnacional para atención post cuarentena.
- Diseñar e implementar campañas de comunicación agresivas y pertinentes culturalmente para educar a la población en los riesgos y precauciones a tomar.
- Contar con información sobre tejidos económicos locales a nivel nacional de manera a incorporar esa información en la estrategia de reactivación que se está pensando a nivel nacional.
- Determinar el liderazgo claro en la gestión de los centros de abasto y nodos logísticos. Diseñar una estrategia de deslocalización de los centros para evitar concentraciones masivas a futuro.
- Contemplar la formalización como un eje que compone la estrategia de reactivación.
- Evaluar la pertinencia de los mecanismos de articulación ya existentes de manera a generar una plataforma para discutir la situación presupuestal subnacional que se avizora como un punto crítico.
- Generar una plataforma de seguimiento por región en el sector salud que dependa del comando COVID y permita diagnosticar de manera pertinente y gestionar los problemas de manera eficiente de cara a fortalecer la gobernanza del sector salud.

- Apoyar las redes de ayuda colectiva que han funcionado durante la cuarentena para brindar apoyo social y facilitar la permanencia en el entorno distrital (ollas comunes, compra de agua y víveres, juntas vecinales, etc).
- Implementar campañas de comunicación para asegurar la comprensión adecuada de las medidas que ordenarán la vida económica y social en los próximos meses.
- Reorganización de los espacios de comercio para implementar medidas de prevención sanitaria. Procurar generar canales de cooperación con el tejido social existente (asociaciones de comerciantes, mototaxistas, cooperativas, etc.)
- Ampliar la atención sanitaria disponible para la población en situación de calle, así como en los nuevos asentamientos humanos.
- Reforzar las estrategias para identificar y controlar la propagación del virus en las zonas de frontera.
- Mapear a los actores transgresores que pueden resistir o, incluso, impedir la implementación de medidas sanitarias que atentan contra sus intereses económicos.
- Diseñar una estrategia de respuesta a la pobreza generada por el COVID-19, la cual además de transferencias monetarias, incorpore programas de empleo temporal y desarrollo productivo.

Las acciones tomadas por los gobiernos subnacionales y las dinámicas sociales en cada uno de los territorios analizados como consecuencia de la emergencia sanitaria son especialmente heterogéneas. Expresan, de alguna manera, que las especificidades regionales son variables determinantes en la evolución de la epidemia, así como la atención a ella.

INTRODUCCIÓN

En el marco del trabajo del “Grupo Temático de Ciencias Sociales” convocado por el Ministerio de Salud (MINSA), se conformó una comisión, integrada por Adriana Urrutia, Norma Correa y Ricardo Cuenca, con la finalidad de comprender las dinámicas sociales en las regiones del país, en el contexto de la emergencia sanitaria provocada por el COVID-19.

Este informe es el resultado del trabajo de esta comisión y tiene el objetivo de aportar a una interpretación de la evolución de la epidemia que permita orientar las respuestas del Estado en la mitigación de los efectos provocados por el COVID-19. Para ello, realizamos un análisis de una muestra de territorios, seleccionados a partir de la situación epidemiológica de cada una de ellos, considerando las determinantes sociales de la epidemia (características socioeconómicas de los territorios antes de la emergencia sanitaria), la acción estatal y social en cada una de los territorios.

Las perspectivas conceptuales del informe recogen un conjunto de nociones desarrolladas por las ciencias sociales en los últimos años. Estas han servido de marco de referencia para la organización del informe. En primer lugar, hemos considerado un **enfoque territorial** para el análisis de los casos. Nos servimos del enfoque desarrollo territorial rural desarrollado por Schejtman y Berdegué (2004), quienes proponen entender el territorio como una construcción social; es decir, como un conjunto de relaciones sociales de actores públicos y privados, expresadas en identidades y propósito compartidos, es espacios geográficos específicos. En esta misma línea consideramos el concepto de **corredor** que, aun cuando remite a actividades económicas, es posible comprender en términos de flujos y subsistemas urbanos articulados por un centro (Vergara, 2000), que incluyen, a lo largo de los ejes viales, vinculación de mercados de bienes y servicios; y por lo tanto, como un alternativa para el desarrollo (Vilela y Novoa, 2013), en franca relación con “lo rural” (Remy, 2013). De esta manera, una región o un corredor serán considerados territorios pues dependen de factores endógenos asociados a dinámicas económicas, políticas, culturales y sociales (Barrantes, Cuenca y Morel, 2012).

También desde la perspectiva conceptual, usamos la noción de **gobernanza** entendida como la manera en que se gestionan las reglas, formales e informales, del juego político en las instituciones, estatales y privadas, que persiguen objetivos públicos (Hyden, Court y Mease

2004) y el concepto de **movilización** de Mudde, Rovira Kaltwasser (2019), quienes la definen como un compromiso colectivo para alterar la realidad de una problemática determinada. Con ello, realizamos los análisis acerca del comportamiento estatal y social en los territorios. Finalmente, el concepto de **infraestructura pública**; es decir, las redes construidas que facilitan el flujo de bienes, personas, o ideas y permiten su intercambio a través del espacio (Larkin, 2013), nos sirve como organizador de las propuestas y recomendaciones finales.

Metodológicamente, hicimos una selección de territorios a partir de información oficial del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades del MINSA. Esta muestra está compuesta por cinco territorios, tres regiones y dos corredores. Las regiones seleccionadas ilustran a territorios que han iniciado el descenso de la epidemia y el incremento de contagios. En tal sentido, las regiones seleccionadas son Arequipa (en aumento), Loreto (en descenso) y Lima Metropolitana y el Callao (mayor concentración de contagios). Los corredores seleccionados fueron el eje sur compuesto por las ciudades de Chilca – Cañete – Chincha – Ica y el eje este conformado entre las ciudades de Huancayo y Satipo.

Para cada uno de los territorios analizados se realizaron entrevistas con actores sociales¹ en cada región (académicos, líderes de opinión y gestores públicos) sobre las dinámicas sociales y la respuesta estatal a la emergencia sanitaria. Algunas de las entrevistas² fueron hechas por los autores y otras encargadas a coordinadores regionales, como en el caso de Arequipa.

El informe está organizado en cinco secciones. Las tres primeras se ocupan del análisis de las regiones seleccionadas. Para cada una de ellas se desarrolla brevemente la situación epidemiológica, a manera introducción, para luego describir los principales indicadores asociados al comportamiento social durante la epidemia. Cierra el análisis de cada región una descripción sobre la gobernanza y la movilización, para comprender la acción estatal y el factor social, respectivamente. Las siguientes secciones describen la situación de los corredores incluidos en este informe. Para cada uno de ellos, se muestra información sobre la situación epidemiológica y una descripción de la naturaleza del territorio. El informe cierra con un conjunto de recomendaciones.

¹ Ver anexo I

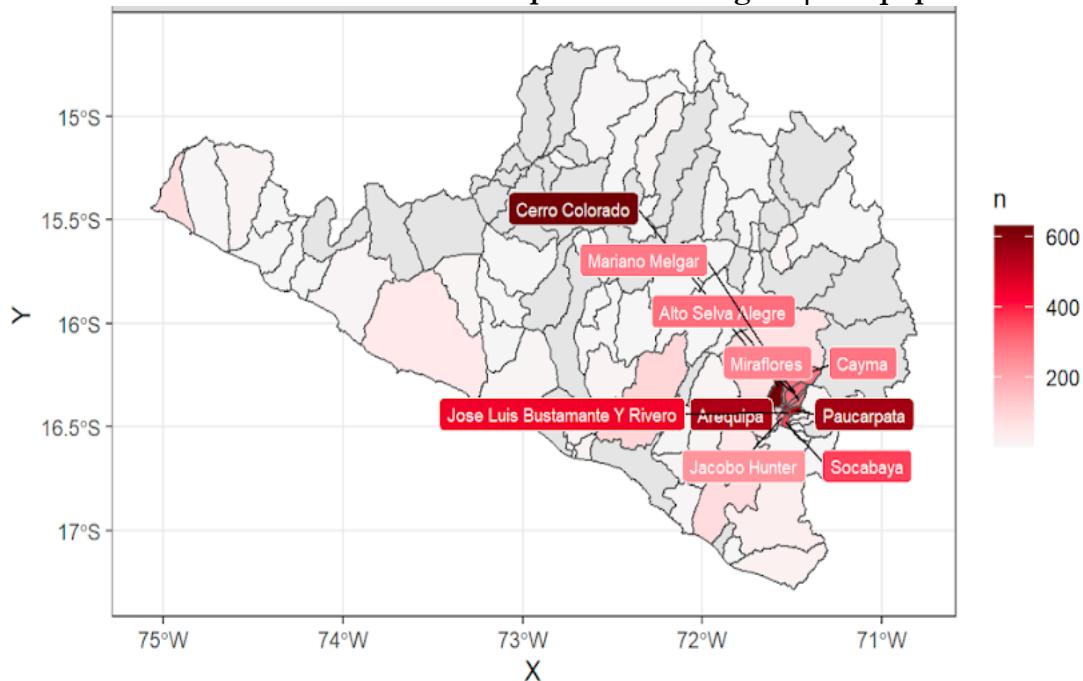
² Ver anexo II

Las acciones tomadas por los gobiernos subnacionales y las dinámicas sociales en cada uno de los territorios analizados como consecuencia de la emergencia sanitaria son especialmente heterogéneas. Expresan, de alguna manera, que las especificidades regionales son variables determinantes en la evolución de la epidemia, así como la atención a ella.

1. AREQUIPA

Arequipa es considerada una región con un crecimiento acelerado de la pandemia. La concentración de contagios está en la ciudad de Arequipa y los distritos de Cerro Colorado, Paucarpata y Arequipa centro; de forma tal que se trata de una focalización urbana.

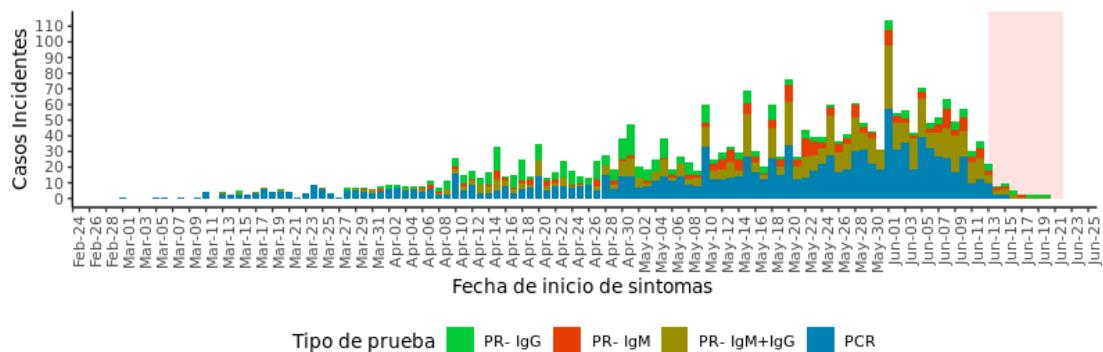
Ilustración 1. Distribución espacial de contagios | Arequipa



Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades

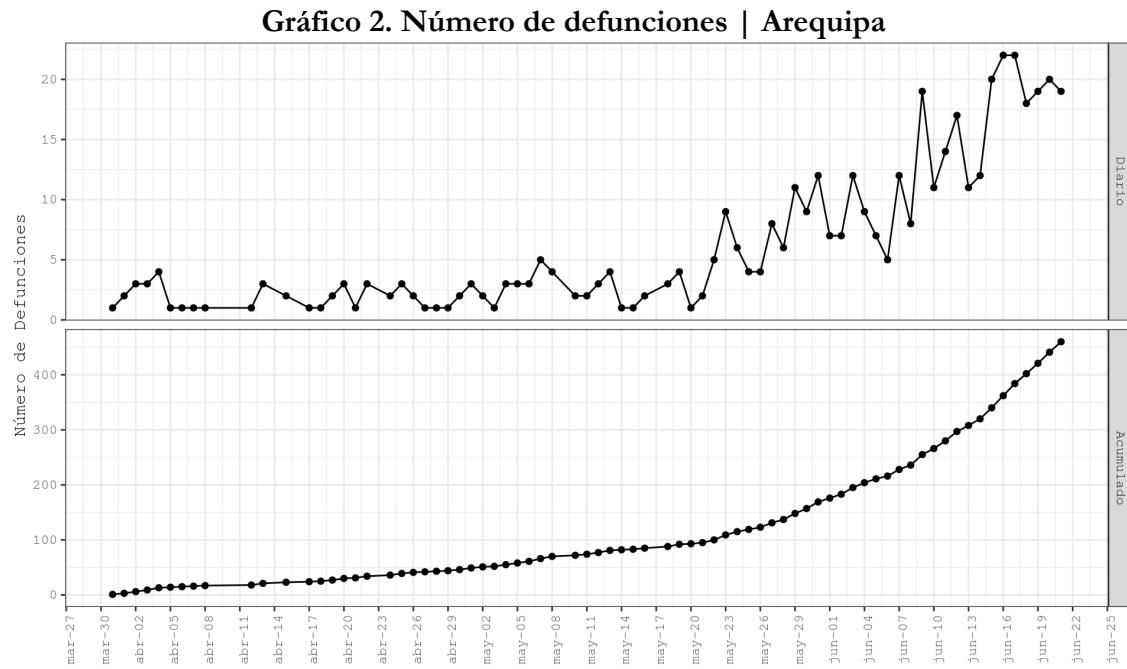
La evolución de los contagios en Arequipa es acelerada, independientemente del tipo de prueba aplicada.

Gráfico 1. Curva epidémica | Arequipa



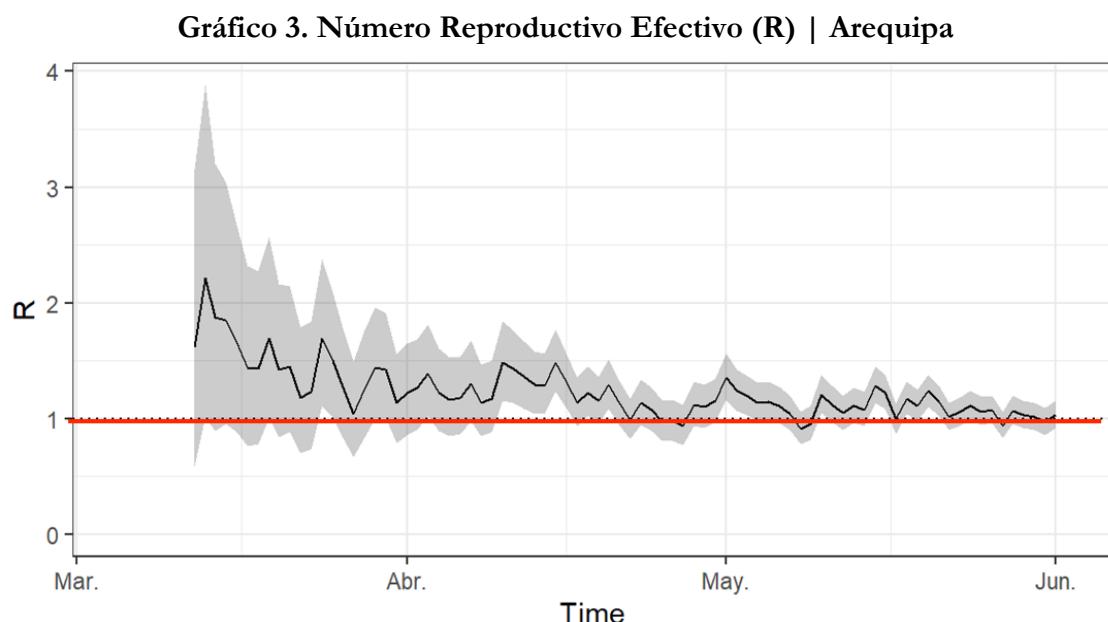
Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades

El gráfico 3 muestra una curva de fallecimientos en ascenso. Este aumento se produce a partir de la última semana de mayo. La curva inferior muestra el acumulado de fallecimientos, cuya tendencia es al aumento.



Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades

Finalmente, el número reproductivo efectivo (R) del virus está por encima de los valores esperados. Esto supone niveles de contagio activos en el territorio.

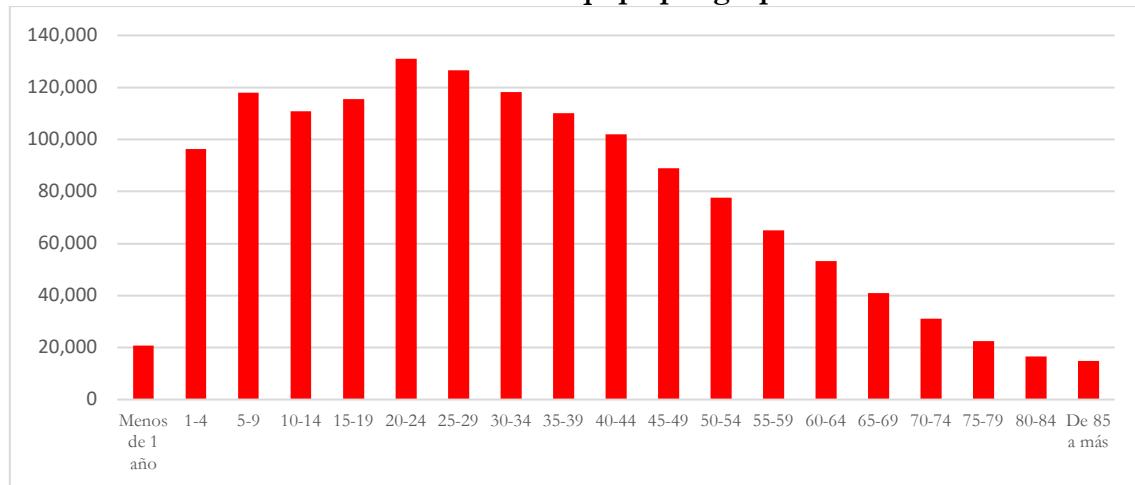


Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades

1.1 Determinantes sociales de la epidemia

Arequipa es la cuarta región del país en tamaño de población. Según el censo del año 2017, la población es de 1,460,433 habitantes. La población es mayoritariamente población joven, concentrándose entre 20 y 34 años.

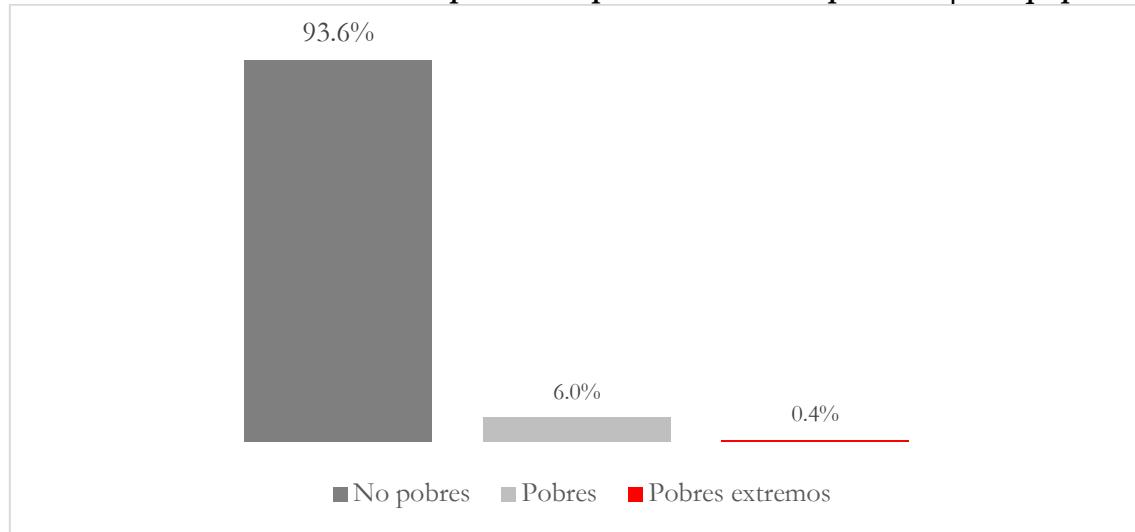
Gráfico 4. Población de Arequipa por grupos de edades



Fuente: XII Censo de Población 2017

La información sobre las condiciones de pobreza de la región da cuenta de un porcentaje pequeño de pobres y una proporción marginal de pobres extremos.

Gráfico 5. Distribución de la población por condición de pobreza | Arequipa



Fuente: INEI – ENAHO 2019

La siguiente tabla muestra las características del empleo en Arequipa. Según la información disponible, el 84% de la PEA en la región está empleada. Sin embargo, seis de cada 10 personas empleadas son informales.

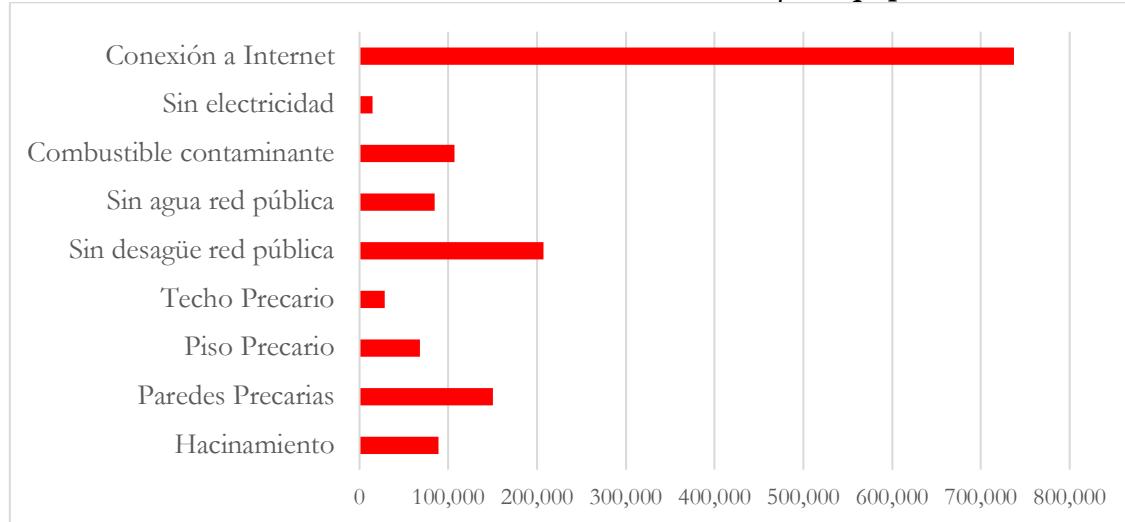
Tabla 1. Características del empleo | Arequipa

| Categoría | Absolutos | Porcentaje |
|--------------------------------|-----------|------------|
| Ocupado | 708,631 | 93.9 |
| Desocupado | 45,955 | 0.6 |
| PEA | 754,586 | |
| Empleo informal | 468,974 | 66.2 |
| Empleo formal | 239,657 | 33.8 |
| Agropecuario | 96,340 | 13.3 |
| Pesca | 3,558 | 0.5 |
| Minería | 26,215 | 3.6 |
| Manufactura | 66,507 | 9.2 |
| Construcción | 68,785 | 9.5 |
| Comercio | 207,460 | 28.6 |
| Electricidad, gas y agua | 3,570 | 0.5 |
| Transporte y almacenamiento | 60,998 | 8.4 |
| Telecomunicaciones | 3,236 | 0.4 |
| Servicios prestados a empresas | 43,495 | 6.0 |
| Servicios gubernamentales | 29,093 | 4.0 |
| Otros servicios | 116,706 | 16.1 |
| Total | 725,962 | |

Fuente: INEI – ENAHO 2019

Como se aprecia en la tabla 1, el principal rubro laboral son las actividades comerciales y de servicios que concentra alrededor de la mitad del total.

Gráfico 6. Características de la vivienda | Arequipa



Fuente: INEI – ENAHO 2019

Finalmente, las condiciones de vivienda en la región son aceptables. No obstante, alrededor de un millón de familias no cuenta con conexiones públicas de agua o desagüe. Cabe resaltar que la mitad de los hogares en Arequipa tiene conexión a internet.

1.2 Gobernanza: la acción del Estado

Para entender la capacidad de respuesta del Estado en la región, analizaremos los recursos existentes tanto en términos materiales como en términos políticos. En el primer caso, RENIPRESS registraba, en marzo del 2020, que Arequipa contaba con 16.2 camas hospitalarias por cada 10 mil habitantes³. En el segundo caso, se puede señalar que el movimiento regional *Unidos por el Gran Cambio* que ganó la presidencia regional de Arequipa también ganó dos de 8 alcaldías provinciales, pero solo el 10% de las distritales. Esto nos lleva a identificar 3 situaciones sociales que influenciaron en la expansión de los contagios y en la subida tardía de la curva de contagios. La primera, es la difícil gobernanza de la región, que ahonda el centralismo regional y dificulta la reducción de las desigualdades territoriales. La segunda, es la difícil articulación entre los diferentes niveles de gobierno para implementar una estrategia coordinada de lucha contra el virus. Finalmente, es la pérdida del monopolio coercitivo de la violencia estatal al surgir actores movilizados en torno a actividades económicas específicas.

Por otro lado, la gobernanza regional antes de la pandemia estuvo caracterizado por un conjunto de problemas, tanto externos como internos del sector salud. Los informantes regionales caracterizan el sistema de salud preexistente como “precario”, “sobrepasado”, “desorganizado”, “en crisis”.

Existen dos variables que permiten, a la luz de lo señalado por los informantes regionales, entender esa situación: la situación de la infraestructura de la salud, que permite dar cuenta de la limitada capacidad instalada para atender a los pacientes y una compleja gobernanza en salud que da cuenta de las restricciones en la capacidad operativa para resolver problemas de salud pública.

³ No son camas UCI son camas de internamiento.

- **Poca capacidad de renovación de la infraestructura en salud**

Existe una brecha multidimensional en infraestructura de salud en la región⁴. En primer lugar, en términos de distribución. Las desigualdades territoriales en la Región Arequipa son un factor condicionante para la capacidad de respuesta del Estado en sus diferentes niveles de gobierno⁵. El Área Metropolitana concentra la actividad económica y la infraestructura pública, en particular, la infraestructura sanitaria.

En segundo lugar, la infraestructura existente no es suficiente para responder a las demandas de atención de salud durante la crisis del COVID-19. Los hospitales presentaban deficiencias materiales: tres hospitales en construcción que estaban paralizados por problemas que se asocian a la corrupción y al incumplimiento del contrato por una de las partes y dos hospitales antiguos en condiciones no óptimas: el Hospital Goyeneche y el Hospital Honorio Delgado. El principal déficit es el déficit de mantenimiento: en este mismo hospital la situación, las tuberías de desagüe del segundo piso se rompieron, causando que los pacientes de dicho Hospital se queden sin oxígeno debido a que en dicha sección se encontraban los puntos de conexión. A esto se suman, déficits de equipamiento (en particular de camas de hospital y de tomógrafos), de medicamentos y de capital humano (“personal desmotivado y dividido”).

La poca capacidad de gasto a nivel subnacional es otra razón que limita las posibilidades de renovar la infraestructura. Esto conlleva a una saturación en el primer nivel de atención que ha sido resuelta por una atención en espacios acomodados en la intemperie, anexos a los edificios hospitalarios.

⁴ Actualmente, la región Arequipa cuenta con cuatro Hospitales MINSA, dos de ellos ubicados en Arequipa Metropolitana (Honorio Delgado y Goyeneche), mientras que los otros dos están en las ciudades de Camaná y de Aplao (Provincia de Castilla). El resto de la región Arequipa está cubierta a través de Postas y Centros de Salud dentro de cuatro redes: Arequipa-Caylloma, Camaná, Castilla-Condesuyos-La Unión e Islay. Asimismo, a nivel de EsSalud existen cinco hospitales (Hospital Nacional Carlos Según Escobedo, Hospital III Yanahuara, Hospital II Manuel de Torres Muñoz, Hospital I Edmundo Escomel y Hospital I Samuel Pastor de Camaná), así como el Policlínico Metropolitano de Arequipa, seis centros de atención primaria (CAP), catorce postas médicas y un centro médico distribuidos a lo largo de la región.

⁵ Según el Censo Nacional del 2017, la Provincia de Arequipa posee una población de 1,080,635 habitantes, mientras que el resto de provincias juntas (Camaná, Caravelí, Castilla, Caylloma, Condesuyos, Islay y La Unión) poseen poco más de 302,365 habitantes.

- **Gobernanza de la salud**

El segundo factor que afecta la capacidad de atención en salud es la gobernanza multinivel de la salud en la Región. La Gerencia Regional de Salud (GERESA) lidera, a nivel regional, la provisión de los servicios de salud. En un sistema dual, público-privado, y con dos ejecutores públicos, se observa una diferencia en la calidad del servicio.

Asimismo, se observan dificultades para contar con redes operativas necesarias para gestionar el territorio: el escaso involucramiento de otros actores sociales, las limitaciones de los CLAS (comités locales de atención en salud) o las capacidades limitadas de las microrredes. En ese nivel, las líneas estratégicas han favorecido prestaciones recuperativas antes que acciones de promoción de la salud.

Por otro lado, los referentes regionales señalan que existe una politización del cuerpo médico: los cuerpos médicos de los hospitales son espacios de confrontación de grupos, que genera fracturas en el gremio y multiplica las vocerías.

La gobernanza tiene un impacto directo en la provisión del servicio. Hace algún tiempo, se iniciaron un conjunto de medidas específicas cuyo efecto no amplió la capacidad de atención en salud: atenciones itinerantes en zonas urbanas (bus salud), inicio de construcción de hospitales que no se encuentran culminados, entre otros.

A lo que se suma las desigualdades en el acceso a la salud: brechas entre la oferta y la demanda, brechas en el servicio de salud (poco oportuno, dificultades para el seguimiento posterior a la atención médica (ya sea cita u operación), un débil sistema de referencia y contrarreferencia), brechas en el acceso a medicamentos, y dificultades para el reembolso de los gastos de atención.

También se observa desigualdad en la distribución de los recursos humanos según provincias (se concentran, como otros recursos, en el área Metropolitana) y el déficit creciente de médicos en la región. Según los referentes regionales, el personal médico se ha reducido a la mitad en los últimos años (ha pasado de 4.945 profesionales en el año 2014 a 2,195 personas en el año 2018). Esta reducción se explicaría debido a la migración en busca de mejores ingresos económicos, ya que existe evidencia que sostiene que los ingresos económicos son

mayores en regiones con menor densidad de médicos⁶. Arequipa es una región de densidad alta de médicos frente a regiones como Tacna y Moquegua, que tienen una densidad intermedia, y frente a Puno, de densidad baja.

- **Problemas de gobernanza regional externos al sector salud**

La gobernanza de la región Arequipa, antes del COVID-19 se caracteriza por tres rasgos que permiten entender la actual capacidad de respuesta desde elementos de más largo plazo:

Ausencia de liderazgo a nivel regional: Desde el cambio de autoridad regional en enero 2019, se reconoce la ausencia de un liderazgo en la Gobernación que plantee una agenda y defina acciones específicas para implementarla. Esta gestión se ha caracterizado por ser reactiva, consolidando una agenda basada en temas externos a los definidos por el gobierno regional como la atención a desastres naturales.

Poca capacidad estatal descentralizada: El centralismo regional genera desigualdades en varios niveles. La poca capacidad de articulación entre los diferentes niveles de gobierno deja entrever una frágil capacidad de respuesta desde el Estado a los diferentes problemas de la agenda pública.

Actividades económicas: el modelo de desarrollo económico, anclado en la gran minería, no ha generado desarrollo por igual en todas las provincias. Esto ha conllevado a la generación de movilizaciones sociales en contra de la gran minería, como en el caso de Tía María. Además de la gran minería, se resaltan actividades económicas de servicios: turísticos, comercial, etc. Se constata un escenario económico basado en mediana y pequeña empresa con muy altos grados de informalidad, gran parte del empleo está en el comercio y servicios de baja productividad, al lado de una clase media que logra articularse a la minería y un aparato industrial prácticamente reducido a un par de fábricas textiles y tres o cuatro de alimentos.

⁶ <https://rpkesp.ins.gob.pe/index.php/rpkesp/article/view/2517/2759>

Las dificultades en la gobernanza generan imposibilidad de resolver problemas públicos de larga data como: transporte, comercio ambulatorio e informalidad, comercialización de alimentos, expansión en las zonas urbanas.

- **Gestion de la crisis del COVID-19**

La respuesta regional a la crisis del COVID-19 evidencia la dificultad de articulación entre los diferentes niveles de gobierno; es decir, entre el gobierno regional y los gobiernos locales (provincial y distritales). Esta dificultad se constituyó en la principal dificultad para implementar una estrategia en situación de crisis.

Como ejemplo de ello, el Gobernador Regional, Elmer Cáceres Llica, propuso la creación de un protocolo de atención a los pacientes infectados con Sars-CoV-2, diferente del protocolo establecido para atención a nivel nacional. Esto quedó sin efecto, tras una sentencia de la Corte Superior de Justicia de Arequipa. Se suma a esto, la desinformación que generó en cuanto al virus, señalando que la población altoandina no se vería afectada.

A pesar de la descoordinación, la estrategia ha sido replicar políticas nacionales en el diseño de políticas regionales y demuestran que, para generar capacidad de respuesta, se adoptan medidas excepcionales.

Por otro lado, el 08 de abril, se crea un comando COVID-19 liderado por el General EP Edward Grately Silva, tras la visita de Pilar Mazzetti, jefa del comando de operaciones COVID-19 a nivel nacional.

Las medidas tomadas por el comando COVID-19 han sido las siguientes: Dado que las plataformas para abastecer la ciudad, tienen un rol importante se priorizó su atención: la Feria del Altiplano, el Mercado Río Seco y la Plataforma Andrés Avelino Cáceres (la más importante de la ciudad), el 2 de mayo, tras una inspección el Comando COVID-19 detectó 15 casos en dichos mercados, a la vez que informó que, en el caso particular de la Plataforma Avelino, sólo 8 de los 55 mercados que la conforman han implementado debidamente el protocolo de seguridad contra el virus.

Por ello, la primera semana de mayo, se cerraron los mercados principales y se suspendió el sistema de transporte (aunque después se reanudó, para posteriormente suspenderse nuevamente).

A inicios del mes de mayo, empieza a funcionar el Centro COVID-19 en la Región. Este centro fue diseñado para atender alrededor de 100 pacientes de la enfermedad, con un personal de 18 médicos, 18 enfermeras y personal técnico de acompañamiento; con el objetivo de aislar por 14 días a aquellos que den positivo a la prueba.

A los pocos días de funcionamiento, la Contraloría señaló que la obra se realizó con escasa supervisión, además de indicar que el Gobierno Regional no habría reportado a SEACE la contratación directa de la obra; y que, a nivel de infraestructura, el centro de aislamiento carece de un área de triaje apropiada, así como de un sistema de provisión de agua potable y de manejo de residuos sólidos hospitalarios. El Gobierno Regional ha aumentado la inversión en el proyecto, buscando aumentar la capacidad del centro a 200 camas e iniciando una ronda de visitas domiciliarias a partir de la segunda semana de junio para identificar a potenciales pacientes que requieran aislamiento.

El Gobierno Regional, decidió la creación del cementerio Culebrillas para víctimas de COVID-19 en la zona de Uchumayo, proyecto que viene ejecutándose desde el mes de abril. Contraloría ha señalado que la obra no cuenta con un expediente técnico con validez formal y se advierte de la ausencia de transparencia en su ejecución.

Las intervenciones en este nivel se ven afectadas por observaciones en la transparencia del uso de recursos y en la presentación de requisitos técnicos para la ejecución de obras de infraestructura en particular.

Desde la Municipalidad Provincial de Arequipa, se muestra una mejor capacidad de respuesta que los otros niveles de gobierno a pesar de que la gestión está debilitada. Por un lado, el alcalde provincial fue acusado y sentenciado por el delito de colusión agravada, en su primer año de gestión. Por otro, varios trabajadores del Municipio, se encuentran infectados. Entre esos casos, se cuenta al gerente de la Municipalidad Provincial quien falleció por causa del COVID-19.

Al inicio de la cuarentena, la Municipalidad Provincial crea un grupo de apoyo: compuesto por representantes de diversas instituciones. Posteriormente, ha desplegado un conjunto de acciones específicas, que ciertos referentes califican como “esencialmente distributivas”: la limpieza frecuente de calles y mercados, la entrega de canastas, el control del transporte y ahora último, el trabajo en ciclovías. A fines de mayo, la Municipalidad decide también suspender el transporte público.

Por otro lado, las municipalidades locales han actuado a tres niveles: coercitivo, sanitario y distributivo. La **capacidad coercitiva** de los municipios locales existió, pero no en todos los distritos, ni a nivel de todo el distrito. Se intentó controlar el transporte, pero las medidas no fueron constantes. Se priorizaron las campañas de detención de personas que circulaban sin autorización y las multas como mecanismo coercitivo.

La **capacidad sanitaria** para las respuestas es desigual según los municipios. En algunos municipios se ha requerido apoyo de la Municipalidad Provincial. Una de las características que destaca en la capacidad sanitaria es el establecimiento de lineamientos claros para frenar el contagio. En ciertos municipios, se cerraron mercados de abastos y mayoristas por la aparición de casos positivos, pero no se tocaron los supermercados, siendo que grandes empresas como Makro o Tottus han reportado trabajadores infectados, obligando a cerrar sus locales temporalmente.

Finalmente, la **capacidad distributiva** de los municipios ha estado a cargo de la entrega de canastas. Sin embargo, hay indicios de deficiente gestión en el manejo de estas (demoras, padrones mal elaborados, duplicidad de beneficiarios, entre otros). A pesar de que distritos como Alto Selva Alegre, Cayma o Yura han destinado más de S/. 200,000 soles de presupuesto para la distribución de canastas, se han presentado los siguientes problemas: problemas de focalización (subcobertura y filtración), problemas logísticos (transporte, entrega o adquisición de canastas) y ausencia de transparencia (hacia fines de abril sólo dos Municipalidades habían rendido cuentas a la OSCE sobre sus compras, venta de canastas, distribución entre funcionarios públicos, entre otros).

Una variable adicional es la escasa capacidad de gasto a nivel local que ha operado aquí de manera particular para gestionar las transferencias realizadas desde el gobierno central.

Las dificultades de articulación entre los diferentes niveles de gobierno aparecen como una de las dificultades principales para intervenir en el territorio. A lo que se suma la creación y definición de intervenciones que no recogen la institucionalidad existente en la región. Por ejemplo, uno de los referentes señala que, en las etapas preparatorias a la aparición de casos en Arequipa, hubo el intento por desarrollar una preparación organizada desde el Centro de Operaciones de Emergencia Regional (COER). Sin embargo, se terminó priorizando la creación de un nuevo órgano de gestión: el comando COVID-19 que opera sin tomar en cuenta la capacidad instalada a nivel regional para la atención de emergencias.

1.3 Movilización: el factor social

Respecto a los factores sociales que influyen en el acatamiento de la cuarentena, los informantes refieren dos tiempos en el cumplimiento de la cuarentena en la región: un momento de acatamiento inicial y, posteriormente, un momento de incumplimiento. Es preciso analizar qué factores influyen en el acatamiento de la cuarentena.

Dentro de los factores que permiten acatar la cuarentena se encuentran:

- **Presencia de las fuerzas del orden:** La presencia de las fuerzas armadas en la calle es uno de los factores que los referentes regionales identifican como incentivo a acatar la cuarentena.
- **Situación económica familiar:** Los ahorros existentes en cada familia son considerados una variable importante para permanecer en el hogar sin movilizarse. Así como la existencia de ciertos recursos económicos como sueldos de marzo y abril (disponibilidad de la CTRS, y fondos de las AFP, ONP, entre otros). Por el contrario, la situación de pobreza y pobreza extrema de un sector importante de la población, que no cuenta con recursos suficientes, es un factor determinante para no acatar la cuarentena.

Aquellos factores que han dificultado el acatamiento de la cuarentena son:

- **Factores económicos**

Las necesidades de abastecimiento familiar: Las familias se proveen diariamente de alimentos. La necesidad de buscar víveres cotidianamente es una de las principales razones de no acatamiento de la cuarentena.

La actividad económica que se trabaja: Según la actividad económica en la que se trabaje, se han retomado las actividades. Esto se explicará más adelante. Se habla de la predominancia del sector informal. Son las poblaciones que habitan en las zonas circundantes de la ciudad y que han experimentado un alto crecimiento las últimas décadas. Las actividades de servicios son las que se han reactivado y esos servicios son mayormente informales (pequeño comercio, pequeños talleres, transporte informal, minería informal y mil ocupaciones). Por otro lado, a manera de ejemplo, se señala el rol de los transportistas de servicio urbano, paralizado por momentos y con una cultura de transporte poco seguro en todo el sentido de la palabra.

El sector económico en el que se trabaja: Las posibilidades de acatar la cuarentena son diferentes según se pertenezca al sector formal o informal.

- **Factores asociados a la educación sanitaria:**

La cultura asociada al sector informal: Se asocia a la economía informal, una cultura de no acatamiento a las normas, y una creencia en el desprecio político de autoridades.

La comunicación difusa sobre la cuarentena: falta liderazgo de parte de las autoridades para concientizar a la población sobre los peligros, riesgos, reactivación económica segura. Así como mensaje difuso del gobierno central sobre las fechas de la cuarentena.

El desconocimiento de medidas de seguridad: Se señala que no se tenía información suficiente sobre cómo protegerse al salir a la calle y que eso causa riesgo.

La percepción del nivel de riesgo: Según los referentes regionales, un grueso de la población aún no interioriza la situación real del problema, principalmente lo relacionado al distanciamiento social. Por ejemplo, el transporte público aún representa un espacio de muy alto riesgo de contagio y sigue siendo usado con frecuencia.

- **Factores asociados a la infraestructura de los servicios básicos**

La poca oferta de servicios básicos como bancos, centros de abastos y mercados, farmacias: La poca oferta de servicios básicos como bancos, mercados y farmacias generó aglomeración en torno a estos centros de abastecimiento vital y, por ende, contagio. Asimismo, se forman colas en torno a las farmacias y otros negocios formales en los que se observa cierto respeto a las medidas de seguridad.

- **La consecuencia de la cuarentena en determinados sectores: la movilización laboral como principal vector de contagio**

El reporte realizado por diferentes informantes señala la desarticulación del tejido social en la región. El retroceso de la presencia de las ONG, de los partidos políticos y sindicatos, de plataformas de articulación como las mesas regionales de concertación, hacen inexistente un capital social que pueda permitir combatir el virus de manera articulada. Se señala el rol de algunos actores como los vecinos organizados que, en cuadrillas, limpian y desinfectan sus calles y pistas; los párrocos, la Defensoría del Pueblo, la organización CEPAZ, Ciudadanía Activa o Médicos Solidarios. Sin embargo, la inexistencia de una red que permita la implementación de políticas de salud pública, dificulta la gestión de la crisis. El sector empresarial es también un sector ausente en las dinámicas de enfrentamiento de la crisis, según reportan ciertos informantes, salvo acciones específicas llevadas a cabo por ciertas empresas.

Progresivamente, se fue observando la presión del sector empresarial (principalmente grande y mediano, también el pequeño y micro empresarial), que demandaba la apertura de mercados y el funcionamiento sus actividades productivas y de servicios. La suspensión perfecta, como incremento de inseguridad económica, para salir a las calles en búsqueda de ingresos económicos para las familias

Esas necesidades económicas de los actores a escala local han llevado a la configuración de dinámicas de movilización asociadas a las actividades laborales. Es la movilización laboral, entendida como la acción de protesta en contra del orden para ejercer el trabajo la que debe ser entendida como una necesidad imperativa de determinados sectores sociales en un país profundamente desigual.

La movilización laboral del emprendimiento: Un primer tipo de reconfiguración de las dinámicas laborales son aquellos trabajadores que, teniendo ahorros, decidieron invertir en emprendimientos como el servicio *delivery*, de corte informal según los referentes.

La movilización laboral de vendedores ambulantes: Ante la falta de ingresos diarios, se observa una movilización laboral de vendedores ambulantes que salen a la calle para vender algo.

La movilización laboral de vendedores de productos de primera necesidad: Con el cierre de las plataformas de abasto, de los mercados, el Comando COVID-19-19 ha planteado potenciar los mercados distritales y las ferias itinerantes. Desde la quincena de abril la Gerencia Regional de Agricultura viene promoviendo ferias itinerantes que circulan a lo largo de varios distritos de la ciudad y distribuyen la producción generada en los valles de Majes, Camaná, Tambo, Acarí y Caravelí, los cuales atienden en fechas específicas en el horario de 8am a 1pm. Sin embargo, se observa también un desplazamiento de esos mercados de manera espontánea y sin lineamientos sanitarios claros. Muchos negocios de Menús, de venta de golosinas, se convierten en pequeños mercados, y en las calles se encuentran camionetas ofreciendo fruta, huevos, leche o lo que sea. Muchos se han venido reubicando sin permiso en las zonas aledañas al Cementerio de la Apacheta (distrito de José Luis Bustamante y Rivero), Cerro Juli y al Terminal Terrestre; generando espacios para nuevos casos de COVID-19-19. Porque, si bien se evitan, de alguna manera, aglomeraciones masivas, pero no necesariamente reduciendo la posibilidad del contagio, debido a las condiciones precarias en que estos productores trasladan y manipulan los productos.

La movilización laboral asociada a determinados sectores productivos:

Agricultores. Las razones por las cuales este sector informal no se incorporó a las ferias itinerantes organizadas por la Gerencia de Agricultura serían de un lado, el grave daño a su economía por el cierre de las plataformas, lo que hace difícil para muchos comerciantes asumir los costos de la formalidad, y del otro una racionalidad de corto plazo que históricamente ha visto con desconfianza al Estado.

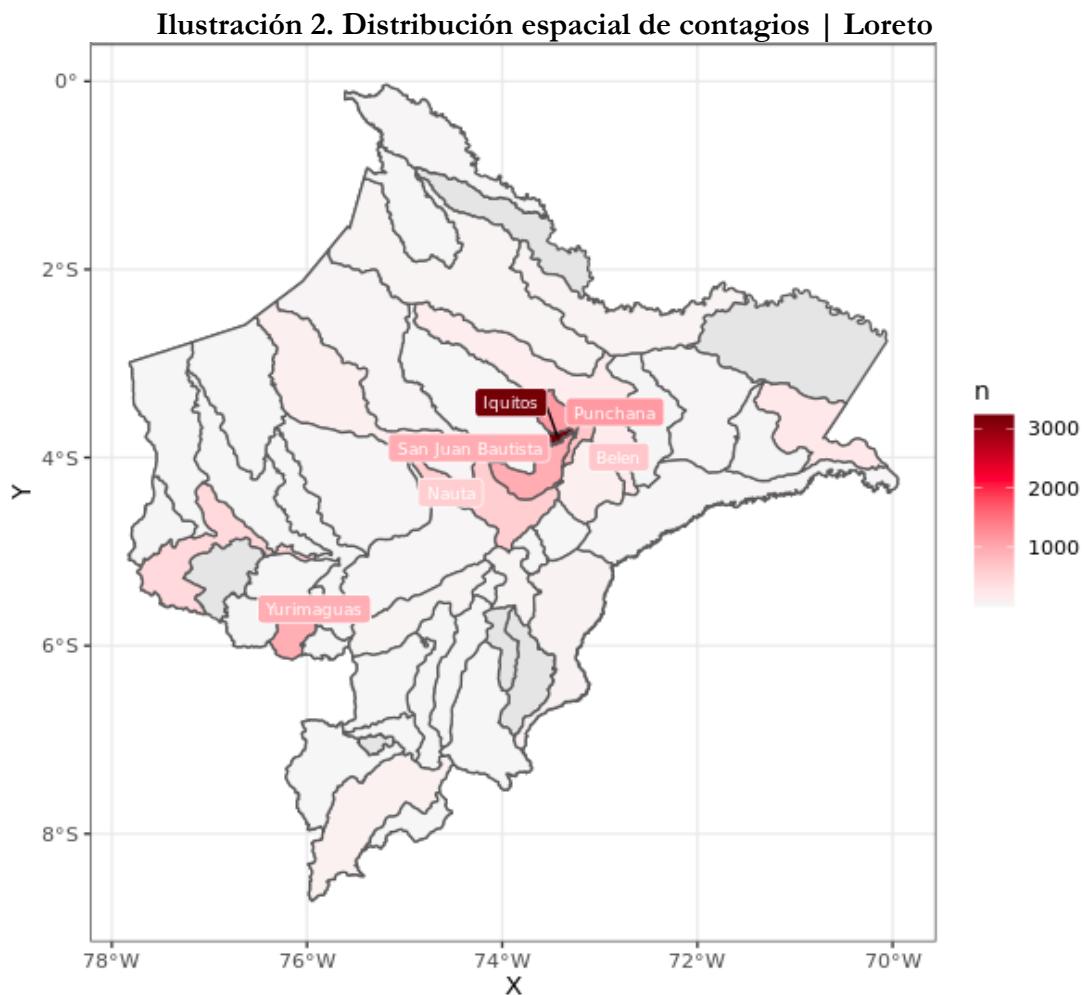
Pesca artesanal. Al igual que la agricultura, la pesca artesanal es otra fuente de empleo importante en la región Arequipa, principalmente en la caleta de Quilca y el Puerto de

Matarani. Los pescadores de dichas zonas afirman haber sido totalmente abandonados por el gobierno, ya que a pesar de ser pequeños empresarios no pueden acceder a ningún tipo de bonos o préstamos del gobierno debido a que en su mayoría no poseen documentos que sustenten la actividad que realizan, a pesar de haber paralizado en cumplimiento de las disposiciones del gobierno. La falta de apoyo económico, así como la competencia de la pesca industrial está llevando a este sector a la precarización de su situación. Mientras tanto, el descontento de la población de Matarani con la empresa portuaria TISUR viene generando bloqueos de carreteras debido a la aparición de infectados con Sars-CoV-2 en el puerto, el cual a la fecha sigue operando de manera normal. La razón por la cual el puerto de Matarani ha seguido operando durante la cuarentena no tiene mucha relación con la pesca, sino con otra actividad económica: la minería.

Actividad portuaria. Efectivamente, a pesar de la cuarentena decretada por el gobierno, el 25 de mayo se reiniciaron las obras de modernización del puerto de Matarani con el objetivo de crear una cadena de carga y descarga de camiones que transportan concentrado de mineral (el objetivo es procesar 600,000 toneladas anualmente). Esto está conectado al hecho de que la minería ha sido una de las pocas actividades que no fueron prohibidas al inicio de la cuarentena debido a la creencia de que, al ser grandes empresas formales, éstas cumplirían los protocolos de bioseguridad; lo cual resultó no ser cierto, ya que para fines de abril se reportaron alrededor de 250 trabajadores mineros positivos a COVID-19-19, de un total de 29,341 trabajadores mineros existentes en la región Arequipa. Debido a que sigue siendo un tema controvertido, con posiciones muy divididas entre Estado, Empresa y Comunidad, el Gobierno Regional de Arequipa ha rechazado la idea de relanzar el proyecto minero Tía María durante esta coyuntura. Con endeble intentos de hacer presencia por parte de la Compañía *Southern Copper Corporation* con su maquinaria de desinfección en diferentes puntos de la región, articulando con el Gobierno Provincial.

2. LORETO

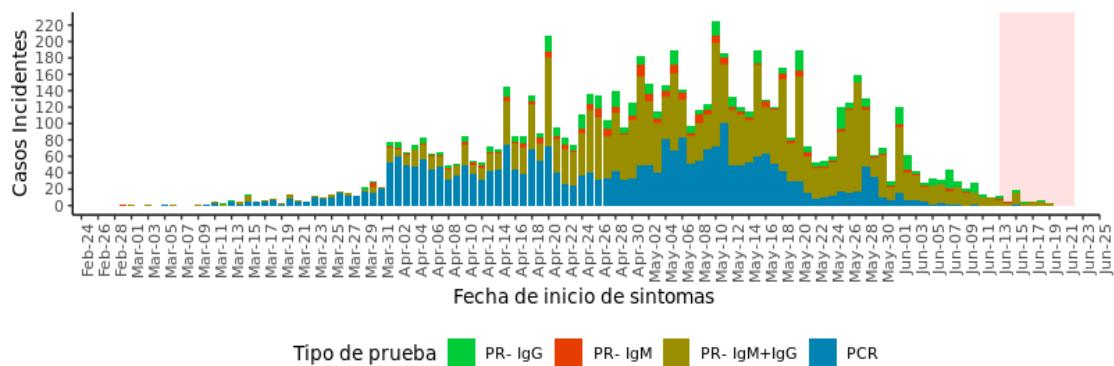
Loreto es una región que viene mostrando un descrecimiento de la pandemia. Aun cuando Iquitos y las zonas urbanas aledañas siguen concentrando la mayor cantidad de contagios, Yurimaguas, una zona relativamente distante de la capital, presenta un importante número de contagios.



Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades

La evolución de los contagios decrece, particularmente luego de la segunda semana de junio. Los casos incidentes son menores que 20 por día, tal como se aprecia en el siguiente gráfico.

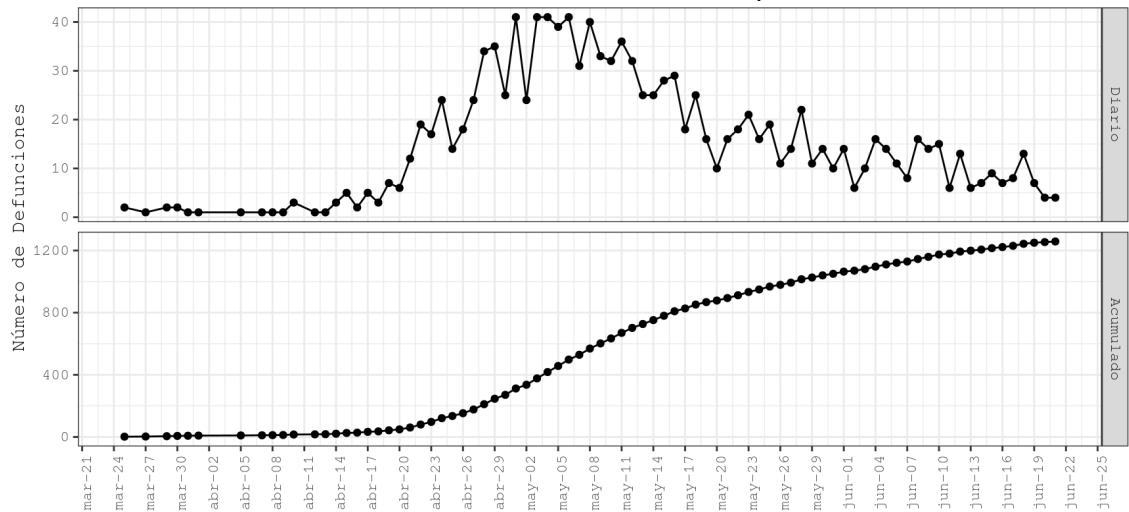
Gráfico 7. Curva epidémica | Loreto



Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades

El gráfico 8 muestra una curva de fallecimientos en descenso. Este descenso se expresa en una tendencia constante a la baja desde la última semana de mayo. La curva inferior muestra el acumulado de fallecimientos.

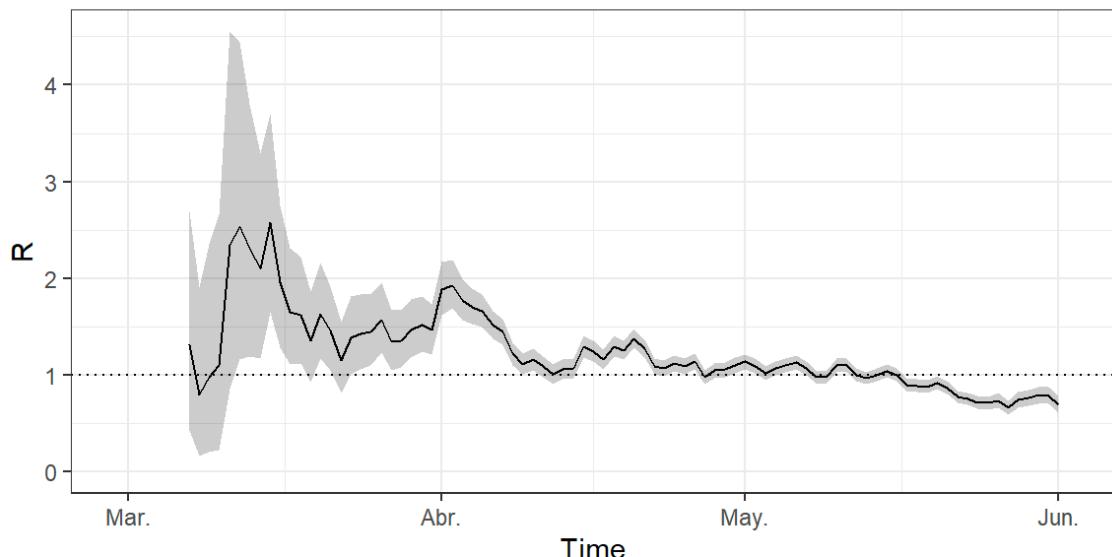
Gráfico 8. Número de defunciones | Loreto



Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades

Finalmente, el número reproductivo efectivo (R) del virus está por debajo del valor 1, con lo cual la reproducción del virus por contagios decae.

Gráfico 9. Número Reproductivo Efectivo (R) | Loreto



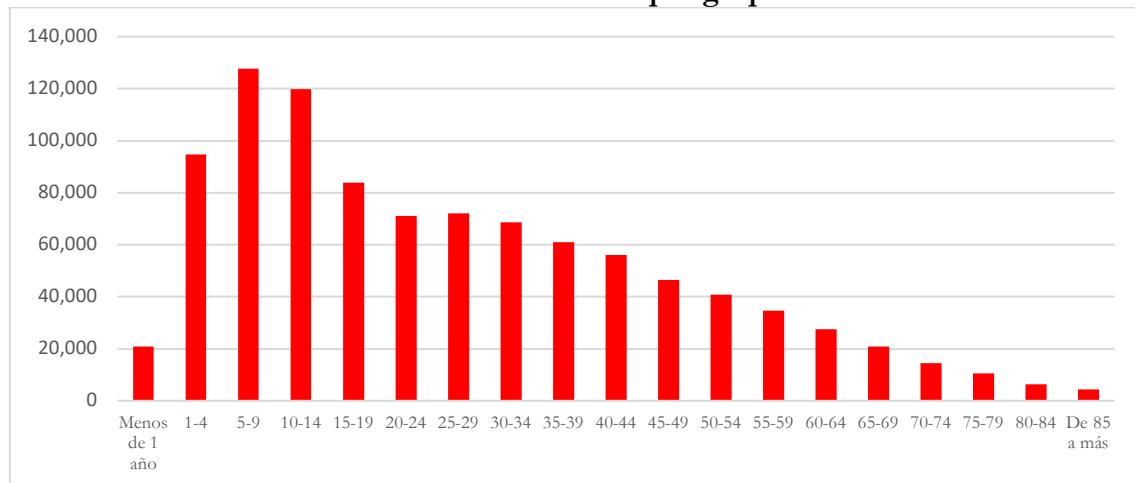
Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades

En síntesis, desde una perspectiva epidemiológica, Loreto muestra el fin del ciclo de expansión de la epidemia en la región. Esto no significa la desaparición de la epidemia, sino un avance lento que permite una acción sanitaria eficiente.

2.1 Determinantes sociales de la epidemia

Loreto tiene una población de 983,510, de los cuales casi el 50% corresponde a niños, niñas, adolescentes y jóvenes, entre los 5 y 29 años de edad. Registra, además, según el Censo de Población 2017, alrededor de 70,000 personas pertenecientes a comunidades indígenas.

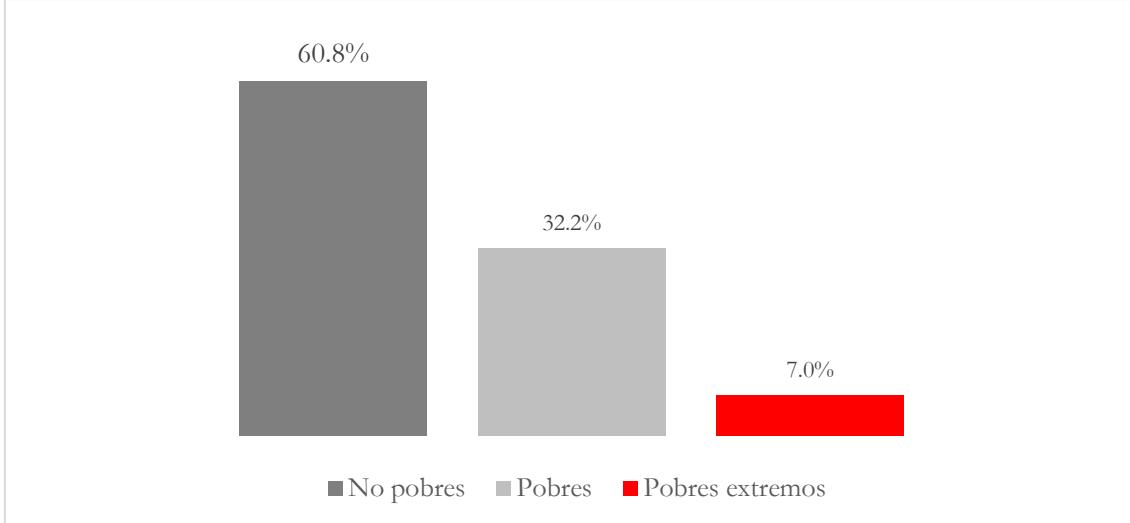
Gráfico 10. Población de Loreto por grupos de edades



Fuente: XII Censo de Población 2017

Tal como se muestra en el siguiente gráfico, cuatro de cada 10 personas viven en condición de pobreza. Esta situación se expresa, por ejemplo, en que el 25% niños menores de 5 años presente desnutrición crónica (ENDES, 2019).

Gráfico 11. Distribución de la población por condición de pobreza | Loreto



Fuente: INEI – ENAHO 2019

La tabla 2 muestra las características del empleo en la región. El 96% de la PEA está ocupada, aunque caso el 80% lo esté en la informalidad. La actividad agropecuaria, seguida por el comercio y los servicios concentran el 80% de los empleos.

Tabla 2. Características del empleo | Loreto

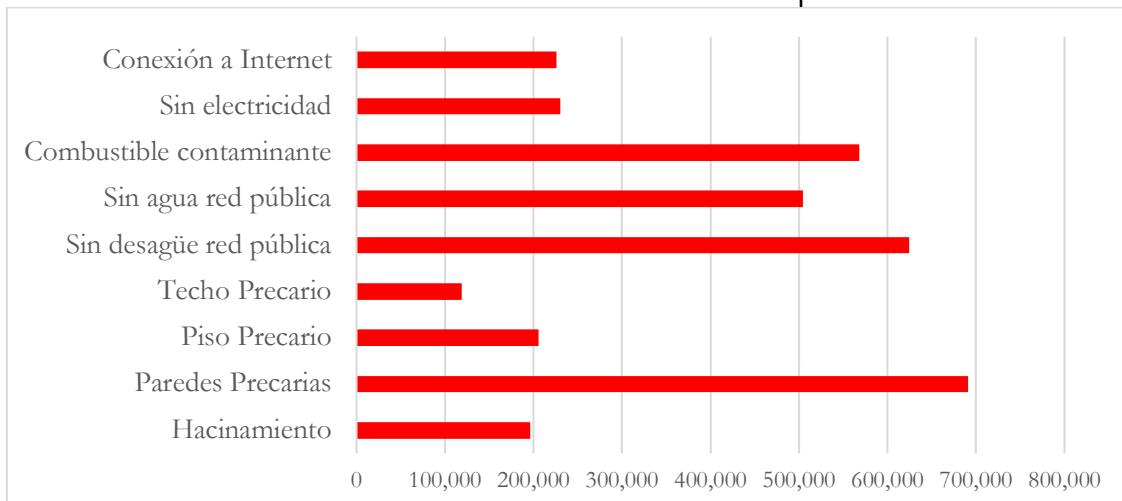
| Categoría | Absoluto | Porcentaje |
|--------------------------------|----------|------------|
| Ocupado | 514,903 | 95.6 |
| Desocupado | 23,794 | 4.4 |
| PEA | 538,698 | |
| Empleo informal | 407,964 | 79.2 |
| Empleo formal | 106,939 | 20.8 |
| Agropecuario | 174,515 | 30.5 |
| Pesca | 16,864 | 3.0 |
| Minería | 1,364 | 0.2 |
| Manufactura | 28,906 | 5.1 |
| Construcción | 23,324 | 4.1 |
| Comercio | 141,949 | 24.8 |
| Electricidad, gas y agua | 1,665 | 0.3 |
| Transporte y almacenamiento | 50,878 | 8.9 |
| Telecomunicaciones | 3,546 | 0.6 |
| Servicios prestados a empresas | 18,905 | 3.3 |
| Servicios gubernamentales | 24,482 | 4.3 |
| Otros servicios | 85,035 | 14.9 |

| | |
|-------|---------|
| Total | 571,432 |
|-------|---------|

Fuente: INEI – ENAHO 2019

La situación mostrada en el gráfico es desventajosa en la región, respecto a la vivienda. De manera general, la mitad de los hogares de la región no tiene conexión a una red pública de agua y desagüe, y usan combustible contaminante. Uno de cada cinco vive en hacinamiento y solo el 20% de hogares tiene una conexión a internet.

Gráfico 12. Características de la vivienda | Loreto



Fuente: INEI – ENAHO 2019

En síntesis, Loreto es una región que presenta un nivel de desarrollo relativo bajo. Muchos de sus indicadores muestran contextos de precariedad económica y social.

2.2 Gobernanza: la acción del Estado

Para abril 2020, Loreto -el departamento más extenso del Perú- era el segundo epicentro de contagios a nivel nacional. La rápida expansión del virus en la región fue facilitada por las siguientes condiciones preexistentes a la pandemia:

La persistencia de brechas multidimensionales que configuran una “trampa de desigualdad” (Mondrego y Berdegué, 2016). A lo largo de la historia republicana se han acentuado patrones de desigualdad territorial que han afectado especialmente a la Amazonía y a los pueblos indígenas (Thorp y Paredes, 2011). Esta problemática es claramente reflejada en los resultados del último Índice de Densidad del Estado (PNUD 2019), el cual analiza la presencia y la distribución de servicios claves para el desarrollo humano en el territorio

nacional. De las 10 provincias con menor Índice de Densidad del Estado a nivel nacional, la mitad se ubican en la región Loreto: Mariscal Castilla, Requena, Dátem del Marañón, Loreto y Putumayo. Estos resultados no sólo reflejan la precariedad de servicios básicos como salud, educación o agua, sino también son indicativos de la postergación histórica que ha afectado a la Amazonía.

La pandemia encontró a la región Loreto con un sistema de salud ya colapsado y con una epidemia de dengue que aún no había sido controlada. Desde la perspectiva de los referentes regionales consultados, esta situación se evidenciaba en la saturación de los hospitales y de los centros de salud, los cuales no podían cubrir la demanda de habitaciones o de atención especializada. De acuerdo a RENIPRESS, a marzo 2020 Loreto contaba con 8 camas de internamiento por cada 10 mil habitantes. Empero, la capacidad hospitalaria de la región se encontraba particularmente limitada porque dos de los tres hospitales públicos de la ciudad de Iquitos estaban en refacción al inicio del estado de emergencia (Hospital Iquitos y Hospital ESSALUD). En el ámbito rural, el nivel de atención primario (postas y centros de salud) era insuficiente y usualmente estaban desabastecidos. Adicionalmente, el desabastecimiento de medicamentos en los establecimientos de salud ya era un problema recurrente, así como la falta de equipos y reactivos necesarios para análisis especializados.

Esta situación no sólo se atribuye a problemas de logística o a insuficiente inversión en salud, sino también a la corrupción enquistada dentro del propio sistema de salud regional, expresada en sobreprecios, robo de insumos médicos para ser vendidos de manera informal, etc. Finalmente, las condiciones de higiene de los establecimientos de salud eran precarias. Todos estos elementos grafican un sistema de salud regional en crisis. A pesar de ello, el gobierno regional sólo ejecutó el 62% del presupuesto asignado a salud en el año 2019.

La región carece de liderazgos políticos consolidados y los gobiernos subnacionales muestran severas debilidades para diseñar, gestionar e implementar políticas. La política local está marcada por el surgimiento de movimientos regionales que, en su mayoría, no logran consolidarse en partidos y no cuentan con una oferta programática clara y coherente. Existen amplios indicios de infiltración de mafias en la vida política regional (madera, narcotráfico, etc). Por otro lado, la coordinación entre distintos niveles de gobierno subnacional (distrito, provincia, región) es limitada e ineficiente, a pesar que un mismo partido tiene una posición de dominio en las estructuras de gobierno: el partido Restauración

Nacional fue elegido para el Gobierno Regional de Loreto (GOREL), pero también ganó 5 de las 8 alcaldías provinciales y casi el 50% de las alcaldías distritales.

La economía regional se encontraba en crisis debido a la falta de empleo y su dependencia a los ingresos del canon petrolero. La relación entre el Estado y la Amazonía ha estado marcada por una agenda extractiva orientada al mercado global (desde el caucho en el S. XIX al petróleo y gas en la actualidad), la cual ha incidido en el modelo de desarrollo regional. De acuerdo a los referentes consultados, la pandemia encontró una economía regional en estado crítico debido a la caída del precio del petróleo, lo cual se tradujo en pérdidas de puestos de trabajo y en una reducción de recursos del canon. Como explica uno de los entrevistados: “Antes de la pandemia, Loreto ya se había asfixiado económicamente”. Por otro lado, el mercado laboral en Loreto es predominantemente informal (80% de la PEA). El poco empleo formal disponible es generado por el propio estado (funcionarios, fuerzas armadas, docentes, personal de salud), la industria petrolera y algunas empresas del rubro de exportación. La falta de empleo es un problema recurrente en la región y ha motivado la migración hacia la costa o hacia polos económicos emergentes en la Amazonía, como por ejemplo Caballococha, cuyo crecimiento está vinculado al narcotráfico.

- **La gestión de la crisis del COVID-19**

El primer caso oficial de COVID-19 fue reportado el 17 de marzo y el primer deceso el 30 de marzo. Para abril 2020, Loreto ya se había convertido en el segundo epicentro del virus a nivel nacional, sólo superado por Lima. De acuerdo a los referentes regionales consultados, es posible identificar dos momentos en la expansión del virus en la región: a) concentración inicial en la ciudad de Iquitos, el consecuente colapso del sistema sanitario y el incremento de muertes; b) expansión del virus fuera de la ciudad de Iquitos, llegando provincias, distritos y comunidades alejadas donde el Estado tiene menor capacidad de detectarlo y detenerlo.

La capacidad de respuesta del Estado en la región Loreto fue rápidamente sobrepasada poco después de haberse iniciado el estado de emergencia nacional. Hacia el mes de mayo la ciudad de Iquitos recibió una atención prioritaria por parte del gobierno central, expresada en el envío de brigadas de médicos, medicinas, equipos y pruebas. Sin embargo, persisten

enormes carencias fuera de Iquitos que limitan la capacidad de respuesta sanitaria y social en las periferias, zonas rurales y zonas de frontera.

Desde la perspectiva de los referentes regionales consultados, la gestión de la crisis sanitaria en Loreto fue tardía e insuficiente, lo cual es explicado por tres razones: a) centralismo capitalino y regional, b) ausencia de liderazgo político, deficiente capacidad de gestión y politización de la agenda del COVID-19, c) desborde del sistema sanitario y limitada capacidad de articulación entre los niveles de gobierno.

Centralismo capitalino y regional. La Amazonía ha sido y sigue siendo una región largamente incomprendida por la gestión pública, la cual se sigue decidiendo y diseñando desde Lima. Asimismo, existe un fuerte centralismo regional, el cual coloca a Iquitos como el centro de las prioridades de la región Loreto. En palabras de uno de los expertos consultados: “Si pasa algo en Iquitos, las autoridades nacionales y regionales lo tratan como si fuera todo Loreto. Cuando sucede algo fuera de Iquitos, muchas veces ni es considerado por las propias autoridades regionales. Para evaluar la gestión de la crisis en Loreto, es importante entender que no sólo enfrentamos brechas de recursos o de servicios, sino también una brecha de miradas que impidieron una comprensión acertada de la evolución de la pandemia en la región”

Ausencia de liderazgo político, deficiente capacidad de gestión y politización de la agenda del COVID-19. La capacidad de respuesta del gobierno regional fue largamente superada por las demandas de la crisis. Como consecuencia, varios sectores de la sociedad loretana solicitaron la intervención del gobierno central ante la inacción del gobierno regional. De acuerdo a los referentes consultados, el GOREL demostró incapacidad para actuar oportunamente y no tuvo una visión integral de la crisis. Durante las primeras semanas del estado de emergencia no hubo sentido de urgencia y se perdió tiempo valioso. Hasta finales de marzo se creía que el virus no iba a golpear fuerte a la Amazonía debido a su clima cálido, lo cual retrasó acciones preventivas tanto desde los gobiernos locales como desde la propia población. Luego del inicio de brote epidémico en Loreto, el gobierno regional mostró insuficiente liderazgo y mucha dificultad para articular acciones con el gobierno central, gobiernos provinciales y distritales, así como con organizaciones civiles de la región. Cabe precisar que la capacidad de respuesta del gobierno regional también se vio limitada porque se presentaron casos de COVID-19 entre el personal de la alta dirección, así como en

personal que realizaba labores esenciales, como policía nacional, serenazgo y limpieza pública. Por otro lado, la entrega de canastas de alimentos enfrentó muchas dificultades de implementación debido a que los municipios no tenían las capacidades para garantizar entregas oportunas y cumplir protocolos sanitarios, tanto en ámbitos urbanos y rurales. Desde la perspectiva de los referentes regionales consultados, el gobierno regional y los gobiernos provinciales debieron mostrar mayor apertura, solicitar el apoyo de instituciones civiles dentro y fuera de la región y delegar responsabilidades para generar una respuesta conjunta a la crisis. Sin embargo, esto no se habría dado por celo político. Conforme fue transcurriendo el estado de emergencia nacional, el gobierno regional y varios gobiernos locales han ido perdiendo credibilidad y legitimidad frente a la población. Esta situación ha empezado a ser aprovechada con fines políticos, tanto por sus rivales como por políticos en funciones, quienes buscan posicionar a sus partidos y movimientos de cara a las elecciones nacionales del próximo año. Como consecuencia, la agenda del COVID-19 se ha empezado a politizar, lo cual puede tener implicancias en la generación de coaliciones para responder a los efectos de la pandemia en Loreto.

Desborde del sistema sanitario y limitada capacidad de articulación entre niveles de gobierno. El débil sistema de salud de la región Loreto fue rápidamente superado por la pandemia. A inicios de mayo, el aumento de casos en Iquitos provocó el colapso del Hospital COVID-19, del Hospital de EsSalud y de los hospitales de campaña. El personal sanitario (médicos, enfermería) empezó a contagiarse y hubo un fuerte desabastecimiento de oxígeno, camas y ventiladores. El rápido incremento de muertes y contagios, la escasez e incremento de los precios de medicinas y oxígeno generó desesperación en la sociedad loretana (el balón de oxígeno llegó a costar entre 4000 a 5000 soles). Frente a esta situación, el gobierno regional, EsSalud y las Fuerzas Armadas instalaron centros prehospitalarios en Iquitos y desde Lima se enviaron brigadas con personal sanitario. Por otro lado, la capacidad de respuesta sanitaria fue debilitada por la corrupción dentro del propio sector salud. De acuerdo a los referentes regionales consultados, parte de los medicamentos e insumos sanitarios enviados para responder a la crisis sanitaria fueron robados para ser revendidos en las vías públicas, negocios y mercados. También se ha reportado que la comunicación entre DIRESA y MINSA mostró debilidades, expresada en mensajes cruzados y contradicciones que generaron confusiones tanto entre los funcionarios, tomadores de decisiones y población en general. Un aspecto especialmente sensible fue la pérdida de confianza hacia los datos oficiales de evolución de pandemia (número de muertes, pruebas y contagios) en varios

sectores de la sociedad loretana. Finalmente, los informantes consultados han coincidido que el Estado no ha sabido aprovechar recursos valiosos con los que ya cuenta para responder a la emergencia en Loreto. Por ejemplo, las Plataformas Itinerantes de Acción Social (PIAS), intervención altamente valorada en la región Loreto, no fueron usadas para el traslado de insumos médicos y ayuda social en las cuencas. En esta misma dirección, se considera que la entrega de canastas hubiera sido más efectiva si se promovía una articulación entre los municipios y las Fuerzas Armadas.

- **El rol de los comandos COVID-19 en Loreto**

A la fecha, la región Loreto cuenta con dos comandos COVID-19: a) Comando de operaciones instalado el 08 de abril, b) Comando Indígena, instalado dos meses después. De acuerdo a los referentes locales consultados, la creación de los comandos COVID-19 han sido medidas oportunas y bien recibidas por la sociedad loretana; sin embargo, no cuentan con suficiente reconocimiento de las autoridades políticas ni con capacidad ni recursos para desplazarse, lo cual es crucial en una región tan extensa como Loreto. Por ende, su capacidad de incidir en decisiones y articular acciones realizadas por diferentes instancias del Estado es limitada. Sin embargo, son valorados como espacios de diálogo y coordinación, así como de atención a problemáticas específicas. Por ejemplo, a través de estos comandos se ha coordinado la atención a indígenas varados en Iquitos, brindándoles asistencia alimentaria. En particular, la creación del comando indígena fue muy valorada por las organizaciones indígenas representativas, quienes desde el inicio de la emergencia venían demandando al Estado espacios para contribuir en las respuestas a la crisis.

2.3 Movilización: el factor social

En esta sección analizaremos los factores sociales que han influido en el acatamiento de la cuarentena y en la efectividad de las medidas sanitarias. Desde la perspectiva de los referentes regionales consultados, es clave que se comprendan las razones sociales, culturales y económicas que explican el comportamiento de la población de Loreto durante la cuarentena. En palabras de una entrevistada: “A los loretanos nos han cuestionado a nivel nacional porque decían que éramos irresponsables, nos echaban la culpa de la pandemia, nos decían de todo, nos han juzgado, pero no se ponían a pensar qué había en el fondo. Culpar a la

gente es fácil, pero debe entenderse por qué la gente actúa como actúa y ver que también había responsabilidad por parte de las autoridades”.

- **Factores sociales que favorecieron el acatamiento de la cuarentena y la efectividad de las medidas de prevención sanitaria:**

La pandemia encontró a Loreto con una sociedad civil debilitada y desarticulada. A pesar de ello, surgieron algunas iniciativas con el objetivo de mejorar la respuesta sanitaria y social a la pandemia.

Movilización por el oxígeno y donaciones para facilitar el acatamiento de la cuarentena. La Iglesia Católica, en alianza con organizaciones civiles, realizó una contribución fundamental para mejorar la capacidad de respuesta sanitaria del Estado. En respuesta a la escasez de oxígeno en la región, el 3 de mayo lanzó una campaña de recaudación de fondos para implementar una planta procesadora en Iquitos. Con un total de un millón y medio de soles recaudados en pocos días, se compraron un total de 4 plantas que fueron puestas a disposición de los establecimientos de salud pública. Esta campaña tuvo un impacto muy positivo en la sociedad loretana, pues logró motivar y demostrar el poder de la acción colectiva. En palabras de un entrevistado, “la campaña del oxígeno nos ayudó a recuperar la esperanza en medio de tanta desgracia y demostrar que los loretanos que podemos salir adelante si nos unimos”. Si bien esta campaña no fue bien recibida inicialmente por el gobierno regional, logró un respaldo masivo en Loreto y a nivel nacional. Por otro lado, el Comité "Unidos Contra el COVID-19", integrado por el Vicariato Apostólico de Iquitos, Ministerio Público de Loreto, Rotary Club, Club de Leones Iquitos, Gobierno Regional y Comité de Damas del Gobierno Regional, gestionó donaciones de alimentos y dinero que fueron distribuidos en hogares pobres con el objetivo de facilitar el acatamiento de la cuarentena, aunque ciertamente la necesidad de la población superó largamente la capacidad de respuesta de esta intervención.

Implementación de medidas sanitarias por parte de las organizaciones indígenas en el marco de su autonomía. Loreto concentra el mayor número de población indígena amazónica del Perú. La población indígena urbana reside de manera temporal o permanente en ciudades dentro y fuera de la región, donde acuden en búsqueda de oportunidades de generación de ingresos y estudios. En el ámbito rural, los pueblos indígenas presentan

diferentes patrones de ocupación del territorio. Loreto tiene la mayor concentración de comunidades nativas a nivel nacional, la cual asciende al 43.2% de las comunidades registradas por el último censo (INEI 2018). Asimismo, los pueblos en situación de aislamiento y contacto inicial residen en áreas naturales protegidas y en reservas territoriales existentes o solicitadas. Desde el inicio del estado de emergencia, las organizaciones indígenas de Loreto articuladas a través de la Organización Regional de los Pueblos Indígenas del Oriente (ORPIO) tomaron medidas preventivas, como promover el cierre de territorios para evitar la expansión del virus en sus comunidades, informar a los comuneros sobre los riesgos del COVID-19, desarrollar protocolos sanitarios para la entrada y salida de territorios indígenas, así como la aplicación de la medicina tradicional.

Desde el inicio de la emergencia, las organizaciones indígenas de Loreto mostraron mayor capacidad de reacción y mayor sentido de urgencia que varias instancias del gobierno regional y del gobierno central. Esto puede explicarse por el hecho que la memoria colectiva indígena tiene muy presente los estragos generados por diversas epidemias que diezmaron su población. Es por ello que son conscientes que una epidemia no controlada no sólo puede generar muerte en sus comunidades, sino también etnocidio. Las medidas preventivas aplicadas por las organizaciones indígenas frente al COVID-19 se basan en dichos aprendizajes históricos, pero también deben ser entendidas como una reacción ante el olvido del Estado, expresado en la falta de atención sanitaria y medicinas en sus comunidades. En palabras de un referente consultado: “las organizaciones indígenas son el único actor de la sociedad civil de Loreto que se ha pronunciado tempranamente y ha actuado rápidamente para frenar la expansión del virus”.

Cabe también destacar que la labor de incidencia realizada por las organizaciones indígenas regionales y nacionales ha sido clave para que la agenda pública preste mayor atención a la problemática en la Amazonía. Sin embargo, las organizaciones indígenas no fueron convocadas oportunamente para apoyar el diseño e implementación de las respuestas sanitarias y sociales a la emergencia en la región Loreto. A la fecha, la capacidad de respuesta sanitaria en territorios rurales amazónicos (indígenas, campesinos y ribereños) es muy limitada o inexistente y existe gran preocupación por la expansión del virus en estos territorios.

- **Factores sociales que dificultaron el acatamiento de la cuarentena y la efectividad de las medidas de prevención sanitarias**

Limitado acceso a agua para el lavado de manos: Loreto tiene la cobertura más baja de acceso a agua por red pública a nivel nacional: sólo el 55.2% de la población tiene acceso a agua potable, la cual se ubica principalmente en el ámbito urbano (INEI 2019). Sin embargo, en Loreto tener conexión a la red pública no garantiza el abastecimiento de agua. Incluso en los distritos urbanos más acomodados, como por ejemplo el centro de Iquitos, el agua sólo está disponible por horas. Contar con una cisterna en el domicilio resulta indispensable para disponer de agua de manera regular. Los hogares urbanos que no cuentan con acceso a la red pública en barrios y asentamientos humanos se abastecen con camiones cisternas, pagando un costo elevado: al inicio de la emergencia se pagaba un sol por balde, pero el precio llevó a elevarse hasta 3.5 soles en pleno pico de la epidemia en Iquitos. Los hogares más pobres no pueden asumir estos costos y se abastecen de las aguas del río, las cuales están muy contaminadas. En zonas rurales, la cobertura de agua potable es muy limitada, siendo predominante el abastecimiento con agua de río y cochas.

Distancias culturales y barreras materiales para cumplir con el mandato de “Quedarse en Casa”. Desde la perspectiva de los referentes regionales consultados, la mayoría de la población en Loreto no comprendió por qué debía quedarse dentro de sus viviendas durante la cuarentena. El pueblo amazónico, sea urbano o rural, así como de diferentes estratos económicos, desarrolla la mayor parte de sus actividades fuera de casa. La calle no sólo es un lugar de tránsito, sino es ante todo un espacio de socialización, de descanso, de reunión y de celebración. En palabras de uno de los entrevistados: “Las medidas del gobierno para quedarse en casa no se han tenido en cuenta porque se veían como ajena, no propias. La campaña “Quédate en Casa” no fue diseñada para responder a la idiosincrasia de la selva, sino que se asumió que todo el Perú funcionaba como algunos distritos de Lima”. Por otro lado, las condiciones precarias de la mayoría de viviendas de Loreto supuso barreras adicionales para el acatamiento de la cuarentena. El uso generalizado de techos de calamina puede elevar la temperatura dentro de una casa hasta 40 grados centígrados. Las habitaciones suelen ser pequeñas, sin privacidad, donde viven aglomeradas varias personas. Salir a la vereda, salir a la calle, era entonces una forma alternativa de aplicar el distanciamiento social que era inviable dentro de las casas.

Inestabilidad de los ingresos. La mayoría de la población de Loreto vive de ingresos al día provenientes de empleos precarios y de baja productividad en la agricultura, comercio (distribuidores, ambulantes, etc.), transporte y extracción ilegal de recursos (oro, madera). Por ejemplo, se estima que existen 45,000 motocarros en Iquitos, los cuales serían la fuente de sustento para aproximadamente 40% de su población (Chirif 2020). Adicionalmente, el precio de los alimentos subió incrementos durante el estado de emergencia, generando mayores presiones en las economías domésticas. En el ámbito rural es frecuente que la población indígena y campesina ribereña participe en cadenas de habilitación, a través de las cuales reciben productos en vez de dinero, a cambio de productos cuyo precio es fijado por el empleador (madera, oro, productos agrarios). Este tipo de contrato se ha mantenido a través del tiempo debido a las limitaciones de conectividad y elevados costos de transporte.

Incumplimiento de la inmovilidad social obligatoria. En Loreto no se llegó a implementar la inmovilidad social obligatoria por dos razones. Primero, la gran mayoría de la población expresó resistencia, pues debía trasladarse a bancos, farmacias, mercados y hospitales. Asimismo, también hubo sectores que continuaron realizando actividades sociales, lo cual fue evidente en fechas como el Día de Madre, el Día del Padre y en las fiestas de San Juan. Segundo, la capacidad de las autoridades para hacer efectiva la inmovilidad era muy limitada y se debilitó aún más luego del contagio de efectivos de la Policía Nacional del Perú y de serenazgo. A partir del mes de junio, el control del movimiento de la población disminuyó considerablemente.

Aglomeraciones recurrentes en bancos y farmacias. La red bancaria de Loreto es muy limitada y su capacidad fue largamente superada durante la cuarentena (pago de salarios, transferencias monetarias, bonos COVID-19 y otras gestiones). La reducción del horario de atención de los bancos fue una medida incorrecta que tuvo graves consecuencias, pues incrementó las aglomeraciones. Debido a las largas colas, muchas personas optaron por pernoctar fuera de la agencia bancaria para garantizar su atención o vender su lugar en las colas (llegándose a pagar hasta 40 soles por ello). Las condiciones climáticas, con el excesivo calor o la lluvia, obligaba a la gente a guarecerse, lo cual generaba mayores aglomeraciones. Por otro lado, las farmacias fueron otro punto de aglomeración de la población en la ciudad de Iquitos. La falta de medicinas en los hospitales, así como el interés por abastecer de medicinas cuyo precio empezó a incrementarse (por ejemplo, Paracetamol) generó importantes aglomeraciones.

Focos de contagios en los mercados. Los mercados suelen ser desorganizados e insalubres. El mercado de Belén, el más grande de Iquitos con un aproximado de 2500 puestos, continuó operando con normalidad durante los dos primeros meses de la cuarentena. Luego de una intervención de las autoridades sanitarias, se reveló que casi el 100% de los comerciantes estaban contagiados con COVID-19 (13 de mayo). Este hallazgo motivó una respuesta del alcalde de Belén, Gerson Lecca García, quien intervino el mercado para realizar limpieza con el objetivo de reorganización la distribución de los puestos. El 3 de junio el alcalde Lecca sufrió un intento de asesinato al ingresar a su vivienda. Se presume que este atentado fue encargado por las mafias que controlan el uso de los espacios en el mercado de Belén. Por otro lado, como alternativa para descongestionar los principales centros de abastos, varios gobiernos locales empezaron a implementar mercados itinerantes, aunque sin las medidas sanitarias necesarias (control de temperatura, pruebas rápidas para los vendedores).

El retorno al río y al campo. Desde el inicio de la cuarentena, se dieron dos procesos de regreso a zonas rurales en la región Loreto. En un primer momento, residentes de ciudades amazónicas de origen rural optaron por volver a sus comunidades y caseríos para pasar la cuarentena entre los suyos, así como mitigar el impacto económico generado por la caída de sus ingresos. En un segundo momento, empezaron a llegar los retornantes provenientes de otros puntos del país, quienes buscaban regresar a sus lugares de origen. En varios casos estos retornantes se quedaron varados en las ciudades, dado que las rondas no permitían el ingreso a ciertas zonas rurales para evitar la expansión del virus. Sin embargo, las embarcaciones de carga empezaron a trasladar pasajeros de manera clandestina.

Insuficiente apoyo estatal a las medidas preventivas establecidas por organizaciones rurales. Conforme se fue prolongando la cuarentena, la efectividad de los cercos sanitarias establecidos por las organizaciones indígenas y por comunidades se fue debilitando con la llegada de retornantes y, sobre todo, de comerciantes. Se reportaron choques entre comunidades locales y las fuerzas de orden cuando éstas permitían el ingreso de comerciantes a zonas que se habían mantenido cerradas para prevenir la expansión del virus.

La entrega de canastas de alimentos y el pago de los bonos COVID-19 ha generado riesgos de exposición al virus en zonas rurales e indígenas. La distribución de las canastas a cargo de municipios locales generó una gran movilización de funcionarios y

proveedores en zonas que se encontraban libres del virus. En palabras de un entrevistado: “El estado ha sido el portador del COVID-19 cuando el personal viajó por el río sin tener los controles sanitarios adecuados: funcionarios, alcaldes que distribuían alimentos. Así se fue regando el COVID-19 por los ríos y caseríos”. Por otro lado, los entrevistados coinciden que los pagos de los bonos COVID-19 han incrementado la movilización desde caseríos y comunidades a los puntos de pagos. Dado que existe muy poca información sobre la elegibilidad y cronogramas de pagos, es usual que se realice más de un viaje. Es por ello que los informantes consideran que el pago de bonos no ha sido una medida adecuada para la Amazonía rural y que ha generado un nuevo vector de contagio.

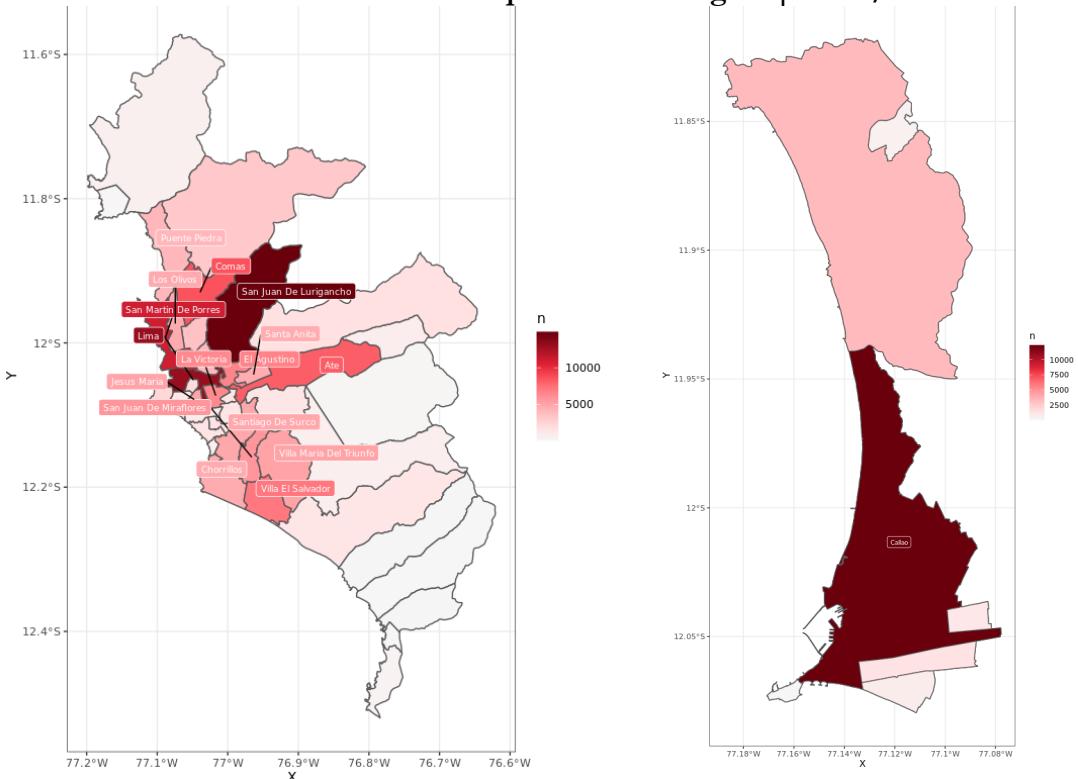
En síntesis, desde la perspectiva de los referentes regionales consultados, si bien es una noticia alentadora que la curva de contagios de Loreto muestre una tendencia a la baja, consideran que esto refleja principalmente los avances alcanzados en Iquitos. Es por ello que manifiestan gran preocupación por el hecho que se genere una sensación de “falsa seguridad” entre los tomadores de decisiones a nivel nacional y regional, corriendo en riesgo de invisibilizar que la pandemia se ha movido a ámbitos donde el Estado tiene menor capacidad para detectarla y detenerla, suponiendo un riesgo elevados para los ciudadanos más pobres y excluidos de la región: pueblos indígenas, comunidades ribereñas, campesinos mestizos que residen en comunidades, caseríos y zonas de frontera.

Existe especial preocupación por la situación en las provincias del Dátem del Marañón (San Lorenzo), Mariscal Ramón Castilla (Caballococha) y Alto Amazonas (Yurimaguas). Por ejemplo, de acuerdo al reporte regional PCM al 18 de junio 2020, 45% de la población de la provincia del Dátem del Marañón se encontraba infectada por el virus. Esta provincia fronteriza es una de las más pobres y excluidas del Perú, cuyo gobierno provincial no cuenta con los recursos ni capacidades para responder a la emergencia.

3. LIMA Y EL CALLAO

Lima Metropolitana y el Callao representan alrededor del 30% de la población nacional y ha sido el territorio con mayor concentración de contagios y defunciones por COVID-19. En Lima, San Juan de Lurigancho ha registrado el mayor número y en el Callao ha sido el centro de la provincia constitucional.

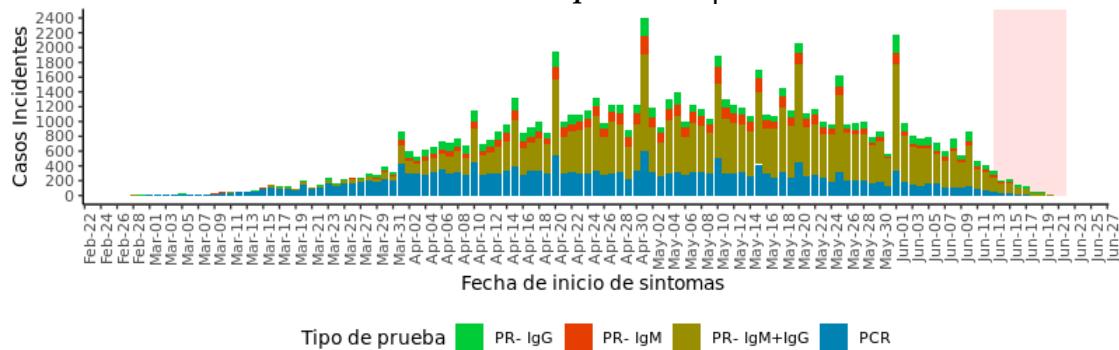
Ilustración 3. Distribución espacial de contagios | Lima/Callao



Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades

La evolución de los contagios al 19 de junio muestra un descenso independientemente del tipo de prueba administrada. Este descenso se inició, con claridad, en la segunda semana de junio. Luego de haber tenido picos de más de 2000 contagios diarios registrados, al cierre de la información el registro alcanza alrededor de 200.

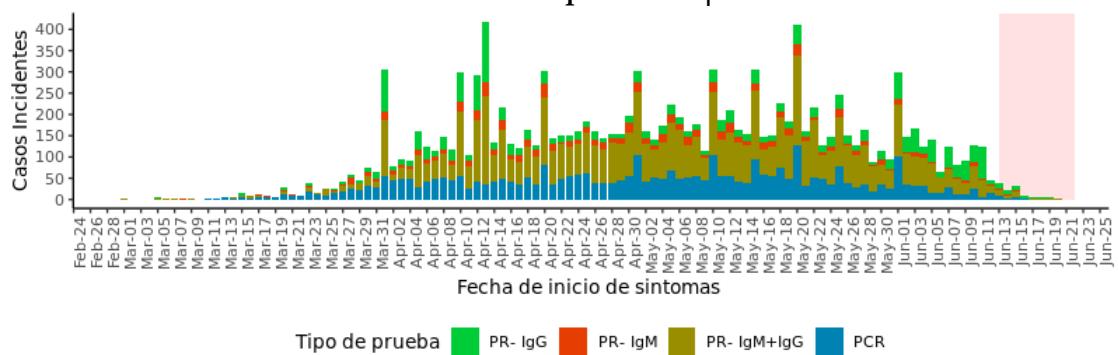
Gráfico 13. Curva epidémica | Lima



Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades

Una situación similar a Lima, aunque con distintas magnitudes, se registra en el Callao. El comportamiento muestra una ligera diferencia con Lima en el número determinado por las pruebas PR-IgC.

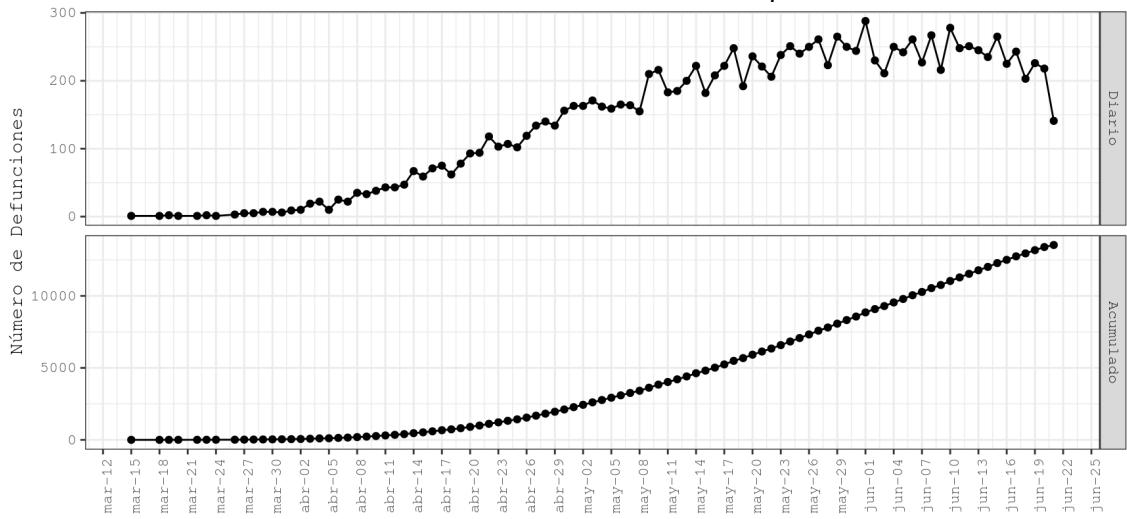
Gráfico 14. Curva epidémica | Callao



Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades

El gráfico 15 muestra una curva de fallecimientos con tendencia a la baja. Esta disminución se produce a partir de la quincena de junio. La curva inferior muestra el acumulado de fallecimientos.

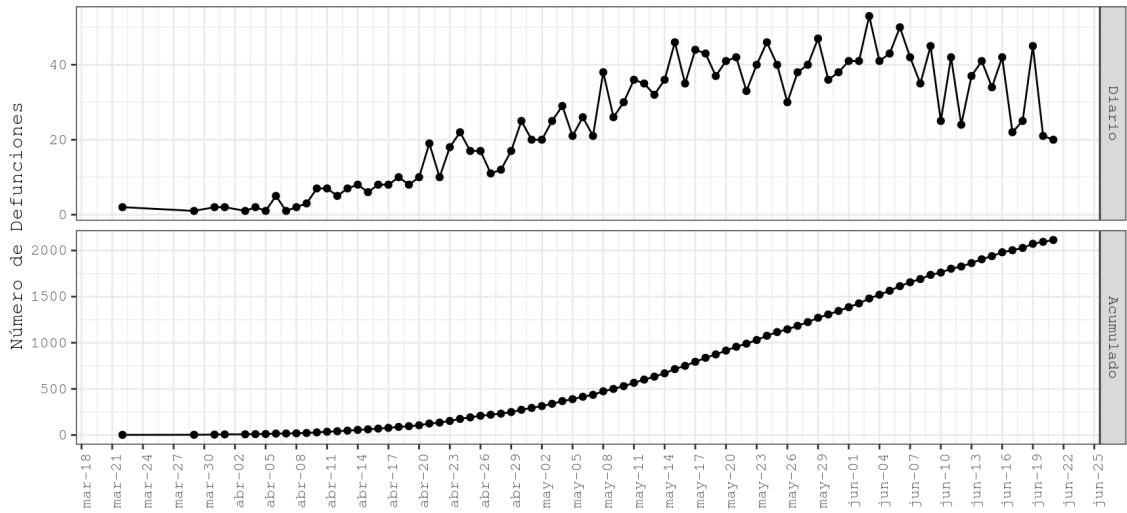
Gráfico 15. Número de defunciones | Lima



Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades

El Callao muestra una progresión de defunciones similar al de Lima. Tal como se aprecia en el gráfico siguiente, la última semana el número de fallecimientos cae marcadamente.

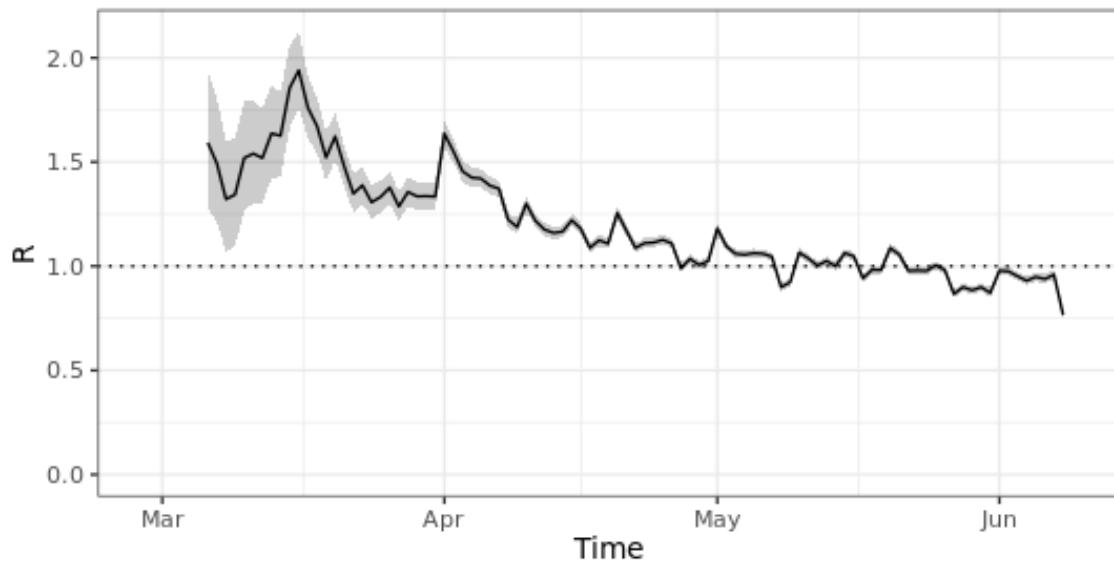
Gráfico 16. Número de defunciones | Callao



Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades

Finalmente, el número reproductivo efectivo (R) del virus, para el caso de Lima, está por debajo de los valores esperados. Esto supone que la magnitud de contagio ha decaído a menos de una persona por contagiado.

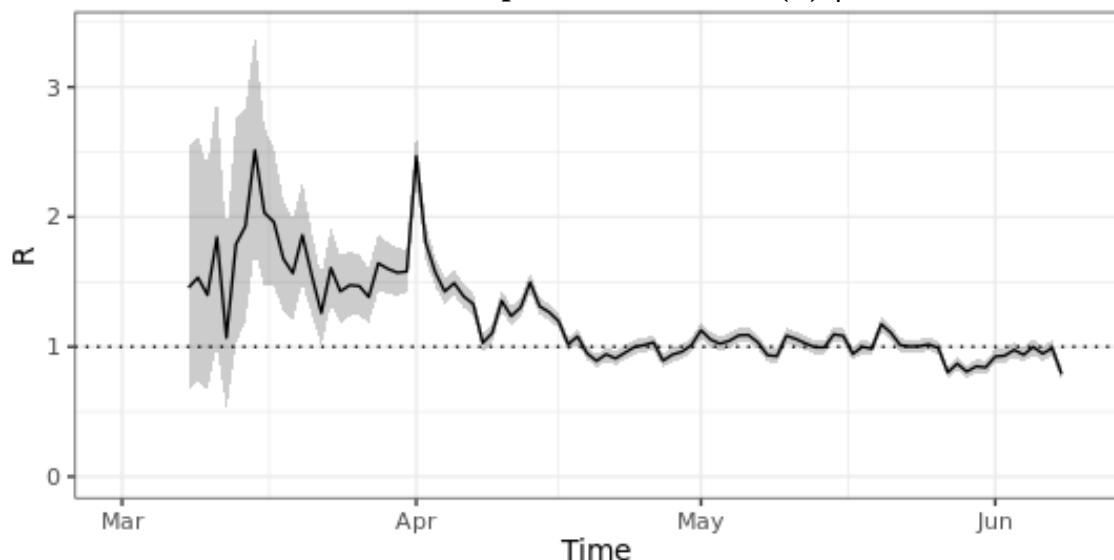
Gráfico 17. Número Reproductivo Efectivo (R) | Lima



Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades

Para el Callao las características son similares a las mostradas en Lima, aunque con menos pronunciación.

Gráfico 18. Número Reproductivo Efectivo (R) | Callao



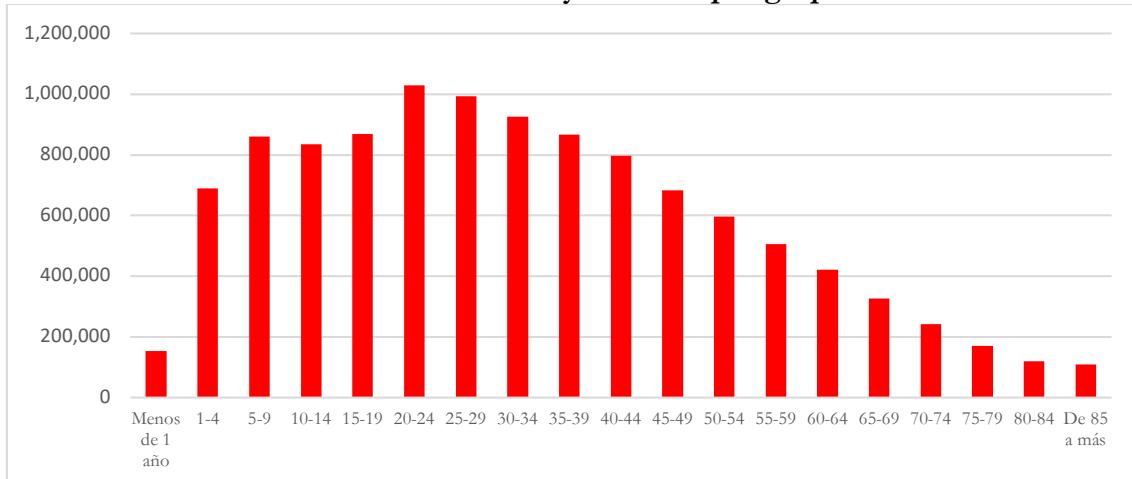
Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades

En síntesis, Lima y el Callao es un territorio que luego de ser intensamente golpeado por el virus ha evolucionado favorablemente. Todos los indicadores muestran el inicio de la salida de la epidemia.

3.1 Determinantes sociales de la epidemia

Tal como se aprecia en el gráfico 19, la población de Lima y el Callao es relativamente joven. La población se concentra en el rango comprendido entre los 20 y los 34 años de edad. Adicionalmente, es uno de los territorios que registra los menores porcentajes de población indígena o afrodescendiente del país.

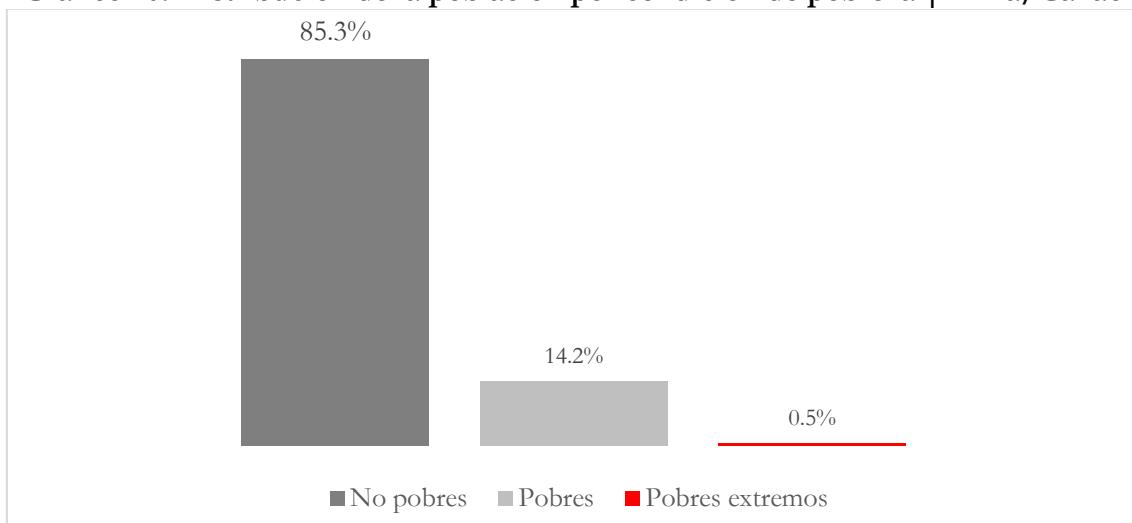
Gráfico 19. Población de Lima y el Callao por grupos de edades



Fuente: XII Censo de Población 2017

Las características de pobreza en Lima y el Callao muestran que alrededor del 15% de la población vive en condición de pobreza y el porcentaje de pobreza extrema es particularmente menor.

Gráfico 20. Distribución de la población por condición de pobreza | Lima/Callao



Fuente: INEI – ENAHO 2019

Las características de empleo en Lima y el Callao muestran un alto porcentaje (93.1%) de PEA ocupada. No obstante, 6 de cada 10 trabajadores están ubicados en el sector informal. El rubro de transporte y almacenamiento concentra el 30% de los empleos, seguido por los servicios y la manufactura con 21% y 12% respectivamente.

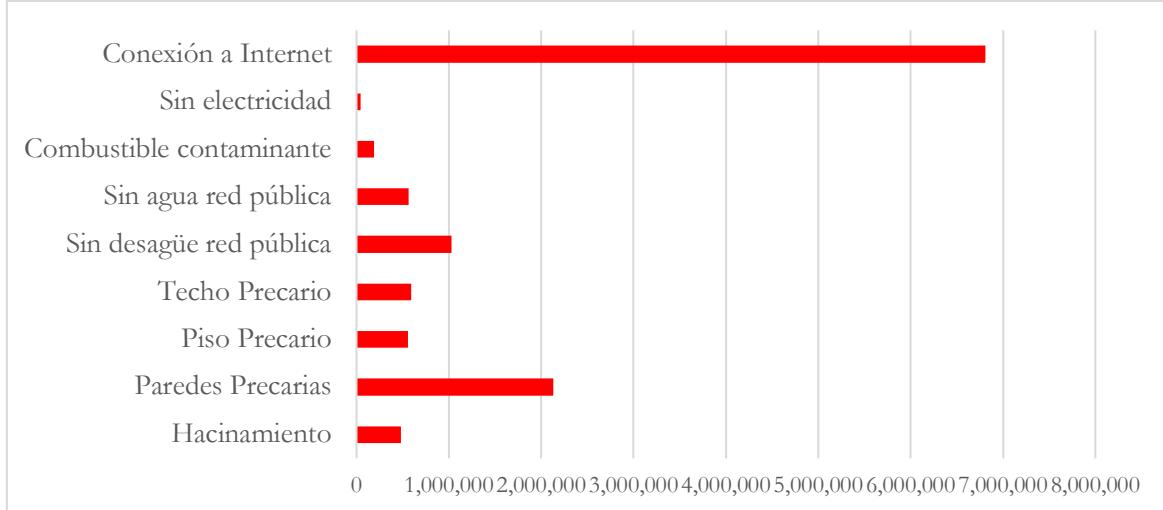
Tabla 3. Características del empleo | Lima/Callao

| Categorías | Absoluto | Porcentaje |
|--------------------------------|-----------|------------|
| Ocupado | 5,891,524 | 93.1 |
| Desocupado | 433,991 | 6.9 |
| PEA | 6,325,515 | |
| Empleo informal | 3,534,153 | 60.0 |
| Empleo formal | 2,357,371 | 40.0 |
| Agropecuario | 197,693 | 3.3 |
| Pesca | 11,494 | 0.2 |
| Minería | 30,143 | 0.5 |
| Manufactura | 722,483 | 12.0 |
| Construcción | 393,570 | 6.6 |
| Comercio | 1,876,332 | 31.3 |
| Electricidad, gas y agua | 54,750 | 0.9 |
| Transporte y almacenamiento | 556,387 | 9.3 |
| Telecomunicaciones | 92,148 | 1.5 |
| Servicios prestados a empresas | 536,649 | 8.9 |
| Servicios gubernamentales | 261,701 | 4.4 |
| Otros servicios | 1,270,090 | 21.2 |
| Total | 6,003,439 | |

Fuente: INEI – ENAHO 2019

Las características de la vivienda en Lima y el Callao muestran una situación relativamente buena en términos de hacinamiento e infraestructura básica. El 60% de los hogares reportan tener conexión a internet.

Gráfico 21. Características de la vivienda | Lima/Callao



Fuente: INEI – ENAHO 2019

En síntesis, Lima y el Callao registran un inicio marcado de salida de la epidemia luego de haber sido el territorio con los registros de contagio y defunciones más alto del país.

3.2 Gobernanza: la acción del Estado

Lima y Callao son el centro del poder político y económico del Perú, donde se ubica la mayor cantidad de población, así como los principales puntos de entrada al país (Aeropuerto Internacional y Puerto del Callao). Desde el inicio del estado de emergencia, Lima y Callao han concentrado el mayor número de casos de COVID-19 a nivel nacional. A pesar de concentrar recursos e infraestructura estatal, la capacidad de respuesta del Estado a la pandemia en Lima y Callao ha sido limitada.

Para comprender el comportamiento de la pandemia en esta región, es preciso situarnos en la evolución y el funcionamiento de la metrópoli. Desde la década de 1980, empezó el explosivo crecimiento de la conurbación Lima-Callao, debido a múltiples factores, entre los que destacan: (i) La migración interna debido a la falta de oportunidades de desarrollo de las otras regiones del Perú, (ii) El conflicto armado y (iii) los desastres naturales. Posteriormente, las migraciones han pasado de ser migraciones de migrantes que buscaban construir ciudad, estableciéndose definitivamente en la capital, a ser migraciones estacionarias de personas que permanecen en la capital el tiempo que dure el trabajo temporal que desarrollan y residen en los denominados “nuevos pueblos jóvenes”. En la última década, el fenómeno del trabajo golondrino se ha expandido en Lima, el cual genera una dinámica de alta movilidad.

De acuerdo a los referentes consultados, es necesario comprender condiciones estructurales que determinan el funcionamiento y comportamiento de la metrópoli. Primero, la hiperfragmentación administrativa y superposición de distintos niveles de gobierno en la ciudad (regional, metropolitano, distrital) limita el rango de acción de los gobiernos locales y dificulta el establecimiento de consensos. Existen 50 municipios locales en Lima (43) y Callao (7). El gobierno metropolitano está liderado por el partido Acción Popular, el cual también lidera la alcaldía provincial y el 31% de las alcaldías distritales. Segundo, la distribución desigual de servicios y equipamiento en el territorio, la cual se concentra el área central de ciudad, concretamente en 12 distritos. Como consecuencia, los ciudadanos residentes en otros puntos de la ciudad deban realizar largos desplazamientos para resolver sus necesidades. Por ejemplo, Lima tiene diez puntos de concentración de empleo (San Isidro, Miraflores, Gamarra, Cercado de Lima, Lima Norte, Mega Plaza, Ciudad de Dios y Zárate). Tercero, el proceso de crecimiento de la ciudad se ha dado en condiciones de precariedad y sin una planificación ordenada, con millones de personas que no acceden a servicios básicos ni cuentan con titularidad. Finalmente, si bien a lo largo de la historia de la ciudad las redes sociales han sido claves para responder a crisis y solucionar problemas de sobrevivencia (p.e alimentación), en los últimos 15 años se han erosionado por varias razones, entre ellas el crecimiento del delito y crimen en zonas periféricas.

- **Gestión de la crisis del COVID-19**

La capacidad instalada del sector salud fue superada durante los picos de contagio. De acuerdo a RENIPRESS, Lima contaba con 13.2 camas de internamiento por cada 10 mil habitantes a marzo 2020. A fines de abril, la Defensoría del Pueblo alertaba sobre la aparición de nuevos conflictos sociales asociados a la emergencia sanitaria del COVID 19, mientras que sectores de médicos y enfermeras denunciaban la falta de infraestructura y equipamiento, así como la mala gestión en varios hospitales. Por ejemplo, los implementos para control sanitario en los centros de salud de los distritos más al sur de la ciudad, se habrían demorado en llegar 90 días después de iniciada la cuarentena.

La limitada articulación y coordinación entre los niveles de gobierno en la ciudad (central, metropolitano, distrital) limitó la efectividad de las respuestas sanitarias y sociales a la emergencia. Desde la perspectiva de los referentes regionales consultados, esto no sólo se explica por insuficientes capacidades de gestión, insuficientes recursos o por

la yuxtaposición de funciones administrativas, sino también por la ausencia de una visión integral de ciudad. A continuación, se analiza esta problemática en los tres niveles de gobierno que confluyen en Lima y Callao: central, metropolitano y distrital.

- A nivel del gobierno central, los referentes consultados consideraron que las medidas de prevención sanitaria, de control social y de reactivación económica evidenciaron una profunda incomprendión sobre las dinámicas económicas, dinámicas sociales y preferencias de consumo en Lima y Callao. En el caso del abastecimiento de alimentos, las medidas tomadas evidenciaron estuvieron orientadas a los centros de abastos y grandes mercados, dejando de lado las dinámicas de otros conglomerados, como por ejemplo las “paraditas” de barrios. Por ejemplo, se priorizó la restricción de fechas y horarios de atención en los centros de abastos y mercados -que terminaron generando mayores aglomeraciones- en vez de promover soluciones articuladas con municipios locales y asociaciones de comerciantes, quienes gestionan la mayor parte de mercados y paraditas en la capital. Por otro lado, los referentes consultados han cuestionado el discurso punitivo dirigido a los ciudadanos que debían salir a comprar o a trabajar. Como explica una referente consultada: “El gobierno compartió mensajes que señalaban a la población como desacatando el orden y la autoridad. Sin embargo, es necesario distinguir una cultural delincuencial de una cultura de abastecimiento cotidiano”. Finalmente, el uso de dos unidades para la gestión del territorio urbano (distrito y cuadrantes) ha generado dificultades operativas, por ejemplo, en la organización de acciones entre la policía nacional y los serenazgos distritales.
- A nivel metropolitano, los referentes consultados consideran la capacidad de respuesta del gobierno metropolitano de Lima a la crisis del COVID-19 ha sido bastante limitada. No se ha percibido iniciativa del gobierno metropolitano para plantear una agenda que ordene la salida de la cuarentena en la metrópoli. En cuanto a las medidas acertadas, los referentes consultados destacaron la creación de albergues para la población en situación de calle, la promoción de la movilidad sostenible, el control de espacios de abastecimientos y comercio, así como las ferias de mercados en parques zonas. En cuanto al tema del transporte, se observa que el gobierno metropolitano ha perdido competencias y recursos luego de la creación de la Autoridad de Transporte Urbano. A pesar que el transporte es crucial para el control de la propagación del virus, los referentes

consultados expresan su preocupación por la falta de medidas orientadas a ordenar la movilidad urbana después de la cuarentena.

- A nivel distrital, es importante destacar que en este nivel de gobierno se ubicaron aspectos críticos para la gestión de la emergencia de cara al ciudadano. En cuanto a la respuesta económica, los municipios otorgan licencias y autorizan cambios de rubro de negocio. En cuanto a la respuesta social, tienen competencias en el Sistema de Focalización de Hogares (SISFOH), articulan con programas sociales y con organizaciones de base (vasos de leche, comedores populares). En cuanto a la respuesta sanitaria, los municipios tienen competencias sobre el control de espacios públicos, mercados y espacios de comercio. Las respuestas a la crisis del COVID-19 en los municipios distritales mostraron gran heterogeneidad, lo cual se explica tanto por sus capacidades de gestión como por los recursos con los que cuentan. Los municipios con mayores recursos (San Isidro, La Molina, Miraflores) implementaron una serie de medidas de prevención sanitaria, seguridad ciudadana y control de los espacios. Los municipios con menos recursos, combinaron el control de espacios de aglomeración como los mercados con la implementación de medidas de asistencia social dirigidas a la población vulnerable (entregas de canastas básicas, víveres, etc.).

Varios municipios han despedido o dado licencia a su personal durante la crisis sanitaria, lo cual ha limitado su capacidad instalada. Los referentes consultados destacaron algunas buenas prácticas de gestión municipal distrital, como por ejemplo las mejoras en el diseño y organización del mercado de Magdalena, los mercados itinerantes en Miraflores, diversas iniciativas para agilizar los trámites de licencias, así como la contribución de los municipios de Carabayllo y Puente Piedra para identificar sectores vulnerables con el objetivo de incluirlos en los padrones de los bonos COVID-19.

3.3 Movilización: el facto social

En esta sección analizaremos los factores sociales que han influido en el acatamiento de la cuarentena y en la efectividad de las medidas sanitarias. En términos generales, la cuarentena fue aceptada y acatada por la mayoría de la población en Lima y Callao, especialmente durante el primer mes. Sin embargo, la efectividad de la cuarentena fue disminuyendo a partir del segundo mes debido a las condiciones económicas de los hogares.

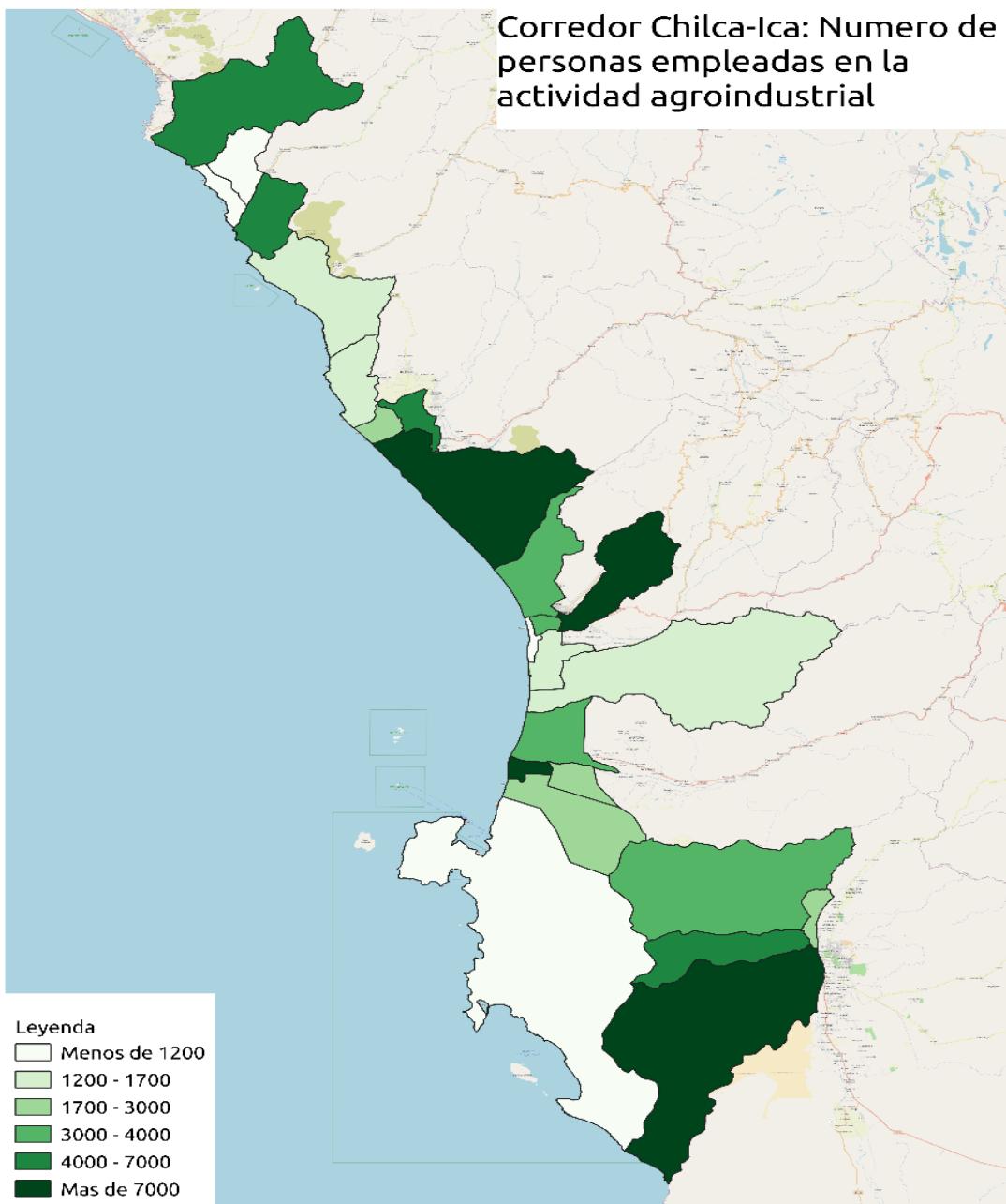
- **Insuficiente orientación para promover cambios de comportamiento.** Las estrategias de comunicación del gobierno central durante la cuarentena han sido muy poco efectivas, tanto para anunciar medidas de interés para los ciudadanos como para generar una cultura de prevención frente al virus. Esto ha afectado el cumplimiento de las medidas sanitarias. Más allá del miedo inicial generado por un virus desconocido, ha sido evidente la falta de información clara para orientar los cambios de comportamiento.
- **Necesidad de generar ingresos para subsistir como factor de movilización social.** 6 de cada 10 personas de Lima trabajan en el sector informal y, por ende, no tiene acceso a ingresos fijos ni seguridad social. Por otro lado, el impacto económico de los dos primeros meses de cuarentena (marzo y abril) generó una caída de muy fuerte en el empleo en la ciudad de Lima, en la que la PEA ocupada se redujo en 25% (INEI 2020). En este contexto, la cantidad de personas que deben generar ingresos para subsistir se ha incrementado notablemente.
- **Las condiciones de la vivienda dificultaron el acatamiento de la cuarentena en los sectores más vulnerables.** Lima tiene casi 800 mil viviendas en condiciones de hacinamiento, sin acceso a servicios básicos y en condiciones de pobreza. Asimismo, Lima y Callao tiene un déficit habitacional que no ha sido atendido por las políticas públicas. La precarización en las condiciones de vivienda es en espacios urbanos auto producidos.
- **La movilización social de los “retornantes”.** Luego de los primeros quince días de cuarentena, miles de trabajadores temporales optaron por volver a pie a sus lugares de origen en distintos puntos del país. Se trata de población con ingresos por día que no podía seguir financiando su estadía en la capital y generaron una importante movilización de personas dentro de la capital y en las principales vías terrestres del país.
- **Patrones de consumo.** La capacidad de los hogares para abastecerse de alimentos durante la cuarentena ha estado determinada por su capacidad económica y condiciones materiales, como por ejemplo la posesión de refrigeradora. Adicionalmente, en Lima y el Callao, como en el resto de regiones del país- existe una preferencia por el abastecimiento diario.

- **Migración venezolana.** Esta población vulnerable ha estado al margen de las respuestas sanitarias y sociales a la emergencia. Su subsistencia se ha basado principalmente en la caridad y en su capacidad de trabajar en condiciones precarias en la cuarentena. Es un grupo para el que cumplir la cuarentena resultó muy difícil.
- **Valoraciones diferenciadas de orden y autoridad:** Según uno de los referentes regionales Lima tiene una cultura asociada a la informalidad, a la cual denomina “el arrastre de la cultura combi”. Bajo esta perspectiva, existe una motivación fuerte en diversos actores transgresores por generarse oportunidades (ya sea en el ámbito de lo ilegal, delincuencial o informal) al margen de las reglas planteadas por los actores institucionales, ya sea en el ámbito de lo ilegal, de los delincuencial o de lo informal. Dichos actores han desarrollado “una coraza” que implica vincularse de manera distinta a la violencia legítima del Estado. Por otro lado, el control social funciona ahí donde hay comunidad. Los espacios colectivos se han debilitado en Lima y Callao, lo cual ha generado dificultades para hacer valer los lineamientos de orden público.

4. EL CORREDOR SUR

El Corredor Sur está construido sobre la base del eje vial de la autopista Panamericana Sur y se han considerado las zonas urbanas ubicadas entre los límites de Chilca y la Ciudad de Ica.

Ilustración 4. Número de personas empleadas en actividades agroindustriales



Fuente: XII Censo de Población 2017

El análisis de los corredores nos permite ver que la expansión del virus se asocia también a la cercanía de ciudades intermedias, espacios clave en las dinámicas económicas regionales, a Lima, principal foco de la epidemia.

En el ámbito del corredor Sur, cabe destacar la dinámica de la pandemia en la ciudad de Chincha, a solo 3 horas de la capital. Dicha expansión creciente puede ser entendida desde 3 factores sociales: dinámicas de producción y transporte agrícola, abastecimiento de la ciudad y gobernanza del virus a nivel local.

Los distritos del corredor sur concentran una importante proporción de su fuerza laboral en las actividades agropecuarias, de transporte y almacenamiento, pero también de venta en comercios y mercados. En estos rubros se concentra casi el 50% de la fuerza laboral remunerada de 24 distritos analizados (en distritos como San Andrés la proporción de trabajadores en estas actividades asciende al 60%). En términos absolutos, se ubican en este corredor alrededor de 100 mil trabajadores, de los cuales la cuarta parte reside en Ica, y cerca del 10% en los distritos de Chincha y de Pisco, respectivamente. Si se considera la movilización de trabajadores entre los distritos del corredor resulta más clara la concentración de los mismos en torno a las ciudades, pues mientras en distritos como Ica, Pisco y Chincha entre el 72% y 79% las personas reportan trabajar en el mismo distrito en el que residen, en zonas como San Juan Bautista, Sunanpe, Tupac Amaru o Tambo de Mora, más de la mitad de personas salen de estos distritos para trabajar. De este modo, los datos refuerzan la idea de corredores con una importante proporción de trabajadores en las actividades mencionadas que, al mismo tiempo, en el caso de las capitales de provincia permanecen en el distrito para trabajar, mientras que en el caso de los demás distritos deben movilizarse como parte de sus labores.

A nivel de provincia, Chincha es según lo señala Morenas, la segunda provincia más poblada de la región Ica, con 217 683 habitantes. Según este autor “La mayor parte de su población se concentra en los distritos costeros de Chincha Alta (63 671), Pueblo Nuevo (61 078), Sunampe (27 496) y Grocio Prado (24 049). Si los distritos de Chincha Alta y Pueblo Nuevo son mayormente urbanos, los otros distritos tienen importantes actividades agrícolas, pesqueras y ganaderas. La provincia tiene además 3 distritos ubicados en la sierra (Chavín, San Juan de Yánac y San Pedro de Huacarpiana), importantes por su actividad agrícola y ganadera, pero también minera. La concentración urbana en la parte costera, y

específicamente en los alrededores de Chincha Alta resultó problemática en la gestión de la crisis del Coronavirus”⁷

La zona agroindustrial cercana a Chincha produce huevo, pimiento piquillo, espárrago en mayor cantidad. Asimismo, hay producciones menores de frutas y verduras como naranja, mandarina y palta. El impacto económico de ambas producciones y cosechas es diferenciado. Esta producción genera diferentes flujos de transporte de mercancía llegando a tener, según uno de nuestros referentes regionales, hasta 200 camiones que salen de esta ciudad diariamente con la producción hacia otras ciudades. En esta zona también hay industrias textiles que generan dinámicas similares.

Finalmente, es necesario analizar la gobernanza del virus a nivel local. Entre los factores que influyen las posibilidades de control social, se observa que no existe noción de comunidad que permita controlar a la población basándose en representaciones de cuidado colectivo. La ausencia de una noción de comunidad se explica porque la población en Chincha, migra mucho hacia Lima, y también porque se ha monopolizado la propiedad de la tierra en ciertos distritos por parte de las agroindustrias, lo que minimiza la existencia de tejidos sociales a nivel local. A esto se suma que la noción de autoridad es diferente. La cercanía con los agentes del orden, como los policías, hacen que se establezcan redes de intercambio de favores que complejizan el control social por parte de las autoridades.

A otro nivel, entre los factores que influyen la gobernanza, se encuentra principalmente la gestión de la informalidad. En Chincha, existe un porcentaje de informalidad importante y de negocios del día a día que ofrecen servicios que son comprados por las grandes industrias. El sector informal no ha dejado de trabajar en la ciudad y puede ser un ejemplo de dinámicas que ocurren en las ciudades intermedias del Perú. El sector informal funciona, esencialmente, alrededor de mercados. En el caso de Chincha, lo que ha favorecido el contagio exponencial, en una ciudad de 170 mil habitantes aproximadamente, es la presencia de sólo dos grandes centros de abastecimiento en Chincha Alta: el mercado principal, mercado de abastos de Chincha, y el “mercadillo”. El mercado de Abastos no dejó de funcionar y, al ser un centro casi único de abastecimiento, representó un foco principal de

⁷ Morenas, Arthur. Las autoridades locales frente al coronavirus: algunas lecciones e ideas para el futuro en <https://ifea.hypotheses.org/4066>

contagio. En él se venden abarrotes y frutas, pero también comida preparada. Las medidas tomadas para frenar el contagio en estos espacios aparecen muy tardíamente y buscan restringir la provisión y la oferta cerrando los espacios de venta, frente a una demanda que permanece. Eso, al igual que en regiones como Arequipa, fomentan la aparición de nuevos espacios de venta informal.

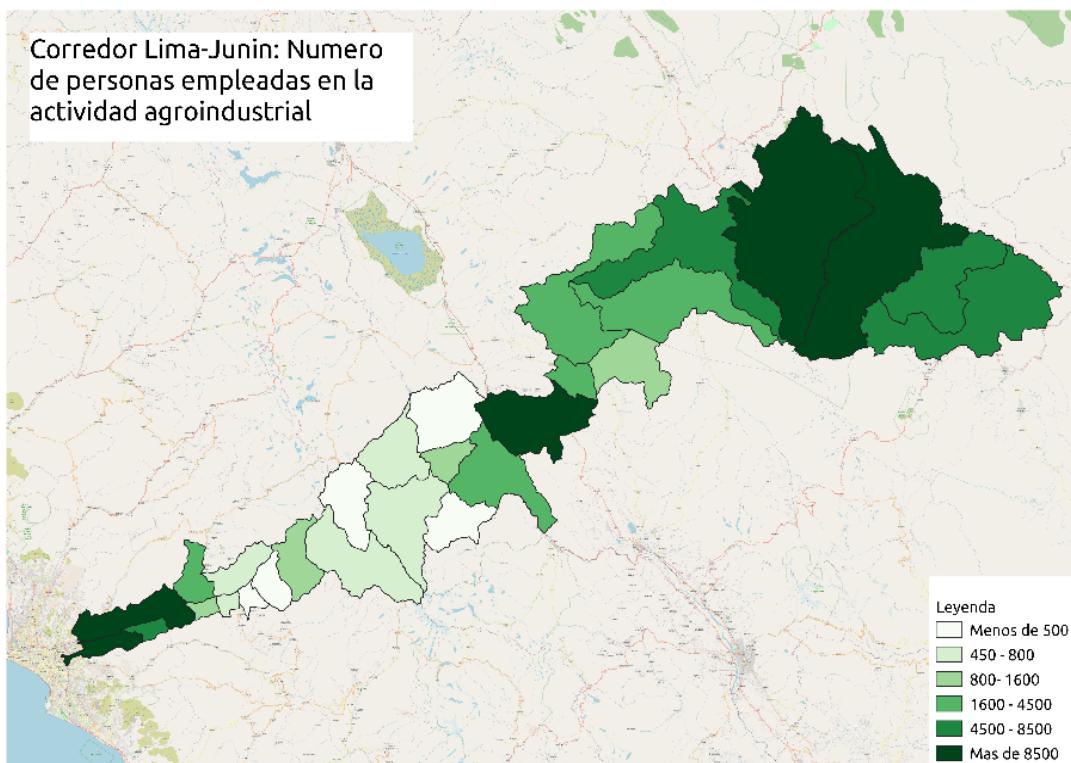
Un segundo espacio de informalidad, es el transporte público. Según los señalan el Decreto Supremo 044-2020 que establece las medidas para la emergencia nacional, serán las autoridades subnacionales las que manejen la gestión del transporte. Sin embargo, en el caso de la ciudad de Chincha, el transporte de mototaxis ha seguido funcionando, siendo una red de contagio importante y el transporte público no ha respetado las medidas de número de pasajeros máximos a transportar.

Finalmente, esto ha operado de manera negativa en la gestión del virus porque se observa que la informalidad es comprendida como un mecanismo de operación que se incorpora a la gestión a nivel local, no que busca ser gestionada de manera diferente para buscar reforzar el control social. En ese sentido, el referente regional observa que la Municipalidad ha organizado sesiones informativas fomentando el uso de la hidroxicloroquina y la ivermectina, generando desinformación, aun cuando no hay acceso a estos medicamentos en la ciudad. Asimismo, la autoridad sugiere hacer pruebas que no están disponibles al público. Estos dos lineamientos han fomentado la aparición de un mercado negro, una nueva dinámica de la informalidad asociada al virus.

5. EL CORREDOR ESTE

El Corredor Este está conformado por tres ciudades: Lima, Huancayo y Satipo, así como de centros urbanos menores que recorren el eje vial de la Carretera Central.

Ilustración 5. Número de personas empleadas en actividades agroindustriales



Fuente: XII Censo de Población 2017

Los distritos del corredor centro concentran una importante proporción de su fuerza laboral en las actividades agropecuarias, de transporte y almacenamiento, pero también de venta en comercios y mercados. En estos rubros se concentra casi el 50% de la fuerza laboral remunerada de 25 distritos analizados (en distritos como San Mateo de Otao, en Huarochirí, la proporción de trabajadores en estas actividades es cercana al 90%). En términos absolutos, se ubican en este corredor alrededor de 75 mil trabajadores en estas ramas de actividad, de los cuales cerca de 12 mil residen en Perené, y alrededor de 9 mil en Pichanaki y en Tarma, respectivamente. Así, la mayor cantidad de trabajadores de los rubros señalados se ubican en distritos al oriente de los Andes. Si se considera la movilización de trabajadores entre los distritos del corredor, se observa que por lo general entre el 90 y el 95% de los mismos trabaja en el mismo distrito en el que residen. De este modo, los datos muestran evidencia en este

caso de un corredor con una importante proporción de trabajadores en las actividades mencionadas, que, al mismo tiempo, los cuales permanecen en el distrito para trabajar.

Sin embargo, es preciso mirar el movimiento de gente asociada al sector informal cuyas dinámicas no se encuentran descrita por la data previamente presentada.

En el corredor centro, el contagio ha estado asociado, como es sabido, al desplazamiento de la gente entre regiones. Este desplazamiento se asocia a dos canales principales: el retorno de los caminantes desde Lima hacia las diferentes ciudades de la provincia de Junín, y la movilidad propia de las dinámicas económicas. En este corredor se produce sobre todo papa, café, cacao y Kion y los movimientos de estos productos generan desplazamientos de personas y, por ende, son vectores de contagio.

En el primer desplazamiento se trata de personas, migrantes temporales, habiendo permanecido en Lima por razones que pueden estar asociadas al empleo o al acceso a infraestructuras diversas. Los retornantes, como se les llamó, fueron alrededor de 200 hacia finales de abril y permanecieron varados en el distrito limeño de Santa Cruz de Cocachacra⁸ para luego retornar a diversas provincias de la región Junín. El alcalde de la provincia de Junín señaló, según un referente regional, que, por encontrarse la provincia atravesada por la carretera Central, principal vía de tránsito en este corredor, era una de las más afectadas. Su llegada representó un momento de contagio importante que inicia en el mes de mayo.

Asimismo, los movimientos se empiezan a percibir a partir del mes de mayo entre las zonas urbanas y las zonas rurales, por la oferta de servicios que concentran las grandes aglomeraciones urbana, en particular Huancayo, como capital de región. Entre los movimientos que están vinculados al acceso a la capital de la región se encuentra el traslado de productos agroalimentarios hacia las plataformas de comercialización y los nodos logísticos. Los productos que no encontraban salida comercial, era una situación que estaba perjudicando a la gran mayoría de productores. Muchas personas y comerciantes se han concentrado cada vez más en los mercados, que no han dejado de atender y donde se observa presencia de personas desde el inicio, especialmente gente de zona rural que ha contraído el

⁸ <https://andina.pe/agencia/noticia-traslado-humanitario-retornaron-mas-200-pobladores-junin-varados-corcorona-795175.aspx>

vínculo en su permanencia en la zona urbana. Productores de las provincias de Concepción, Chupaca, Jauja tenían que movilizar también sus productos a Lima, como a otras provincias, y eso ha generado movilización de personas.

En la ciudad de Huancayo, su cercanía con Lima ha actuado como un factor importante de contagio, así como la cantidad de población que tiene como capital de región y el contacto económico que tiene, el intercambio de productos y de profesionales con las ciudades de Concepción y Chupaca, por ejemplo, ha favorecido la expansión del virus. Según la plataforma regional conformada por el gobernador y los 9 alcaldes provinciales, los transportistas interprovinciales que llevaban y venían desde Lima han desplazado el contagio desde Lima, a Tarma, y a la selva. Se confirma esto cuando se hicieron las pruebas en los mercados donde comerciantes y productores estaban contagiados. Se suman a este movimiento de productores y transportistas, el movimiento de gente que iba a los bancos, gente que iba a cobrar los bonos, que empieza a incrementarse a partir del mes de mayo.

En un tercer espacio de movimientos, asociado al contagio por desplazamiento de personas, es la movilización de indígenas y mestizos, desde la provincia de Satipo hacia otros puntos de la Selva. Particularmente, como señala una referente regional, hacia el distrito de Sepahua en Ucayali y al distrito de Megantoni en la provincia de la convención en Cusco. La oferta laboral en esa zona, se genera tanto por el gas de Camisea, como porque se trata de una zona que es productora de coca y cacao, es un polo que ha atraído mucha mano de obra, que explica gran parte del patrón de migración dentro de la región. Además, Sepahua ha sido hace poco ascendido a distrito y eso genera migración a otros puntos como Pichari, Cusco. Este polo atractivo económico ha sido un imán para trabajadores indígenas como no indígenas y que retornan a sus pueblos, generando un canal fuerte de propagación del virus. A manera de ejemplo, se señalará el caso de la zona de los Ríos Ene y Tambo, en la comunidad de Poyeni, que queda en el Rio Tambo, camino a Atalaya, se han presentado 11 casos. De manera complementaria, han aparecido brotes menores en otras comunidades.

Un cuarto desplazamiento ha sido, en particular en las zonas con presencia indígena, la movilización del propio personal del Estado, técnicos de salud, docentes, funcionarios de los propios programas, que al inicio de la cuarentena estaban guarecidos en las comunidades, pero que, en una fase posterior, han debido desplazarse para abastecerse.

A nivel subnacional, se observa una dinámica presente en diferentes regiones: las dificultades para la articulación de una respuesta articulada entre los diferentes niveles de gobierno.

En primer lugar, la respuesta para permitir el desplazamiento de los retornantes se realizó expedita y sin garantizar la seguridad de los retornantes ni de aquellos que pudieran estar en contacto con ellos.

A nivel regional, el gobierno regional se implementó, en la ciudad de Huancayo, en el distrito de Tambo, una posta que debía funcionar como el centro de atención COVID-19. Una vez habilitada, sin embargo, se contaba con los implementos, pero no había personal de salud. La implementación parcial de estos espacios dificulta la respuesta regional. En la misma línea la respuesta operativa decide ser implementada una vez que los contagios se habían incrementado. Esto viene acompañado de un incremento de espacio en los hospitales, un incremento en la demanda de presupuesto, entre otros.

Un segundo punto que muestra la difícil articulación es que, dado los lineamientos poco claros a nivel nacional en lo referido a las dinámicas de reactivación económica, la región ha actuado según su propio criterio y eso ha permitido la concentración en las plataformas logísticas regionales y, por ende, el contagio expansivo. Las personas han salido más y se respetan menos protocolos de salud que al inicio de la cuarentena.

La dificultad de gobernanza viene ahora por las demandas presupuestales de esos niveles de gobierno. A nivel provincial, en una zona donde la institucionalidad indígena tiene una presencia importante, se observan unas medidas de articulación importantes. Desde la zona de Satipo, en adelante las organizaciones indígenas, en particular la CARE (Central Ashaninka del Río Tambo) fue muy activa en el desarrollo de protocolo y en el trabajo articulado con las entidades provinciales de salud. Gracias a este trabajo se han podido hacer visitas a las comunidades de los Ríos, explicando en idioma lo que es el COVID-19. Este trabajo, articulado en el Comando COVID-19 provincial, ha permitido ayudar a que entre los meses de marzo a mayo se haya tratado de cumplir el aislamiento.

El liderazgo indígena ha permitido acatar las directivas impuestas. Los procesos de pagaduría han generado una reacción mixta. Un sector que no ha querido salir para evitar llevar el virus a sus comunidades. Lo que ha jugado en contra ha sido el tiempo, conforme las medidas se

han ido prolongando, la posibilidad de no salir ha sido cada vez más difícil incluso para las personas que tienen posibilidades económicas han tenido que salir para buscar insumos como aceite, ahí hay un tema que podría generar preocupación siempre y cuando no se controle. Ni la organización indígena, ni las autoridades tienen las capacidades para controlar el flujo de retorno de población que viene de zonas donde han migrado por actividad económica o puntos de gente que viene de regreso de visitar a sus familiares.

Sin embargo, en el último tiempo, la Plataforma Regional, ha anunciado la posibilidad de movilización regional como un mecanismo de acción colectiva institucionalizada de los actores subnacionales. El gobernador y los 9 alcaldes provinciales estaban demandando 21 millones de soles en el sector salud para la región Junín. Han modificado 25 millones de su PIA. Eso para las camas UCI, los respiradores, los traslados humanitarios, la compra de implementos para el personal de salud, mamelucos, mascarillas, alcohol. Esa ha sido la respuesta que se ha visto. Al ver que no había respuesta del gobierno central se pusieron a hablar de manifestación. Por ello, es que se desplazan a la región, el Primer Ministro, el ministro de justicia, y la jefa del comando COVID-19. De la visita hubo dos acuerdos. El primero que, dos semanas después, del domingo 21 se iban a reunir los ministros de estado con los alcaldes de la provincia para ver qué proyectos estaban pendientes, y ver cuáles se podían realizar. El otro acuerdo es que el premier manifestó es que se estaba evaluando una transferencia. Esta iniciativa fue refrendada por el presidente. Se observa entonces una articulación ex post para garantizar la gobernanza subnacional.

6. SÍNTESIS

Los territorios analizados presentan dinámicas propias que explican las maneras particulares sobre la evolución de la epidemia. Por ejemplo, Arequipa empezó más tarde los niveles masivos de contagio que Loreto debido a las mejores condiciones de las familias, quienes lograron acatar el confinamiento debido a los *stocks* con los que contaban. También ilustra esta heterogeneidad el caso de Chincha que, en el corazón del Corredor Sur, siguió desarrollando actividades laborales y comerciales relacionadas al agro, que impidió, junto a otros factores, el cumplimiento de la cuarentena. En todo caso, el análisis rápido de los territorios confirma que estamos ante un conjunto diferenciado de epidemias, así como de sus causas y sus consecuencias.

No obstante, es posible identificar aspectos comunes asociados a las dinámica estatales y sociales en el contexto de la emergencia sanitaria y las medidas tomadas para atenderla.

Las **desigualdades** sociales son el factor común que mejor explica la situación epidemiológica en los territorios. Estas desigualdades territorializadas muestran problemas estructurales como las brechas de pobreza y cobertura de servicios, así como de asuntos más coyunturales asociados a la situación económica del territorio antes de la emergencia sanitaria.

Un segundo punto son las consecuencias del **centralismo** nacional, pero también regional que impidió un diagnóstico y una atención más pertinente a los contextos locales. A excepción de Lima, los reportes de todos los demás territorios coinciden en que la evolución de las epidemias es, en buena medida, una expresión de los procesos fallidos de descentralización.

Como tercer elemento destacan los problemas asociados al **sector salud**, tanto en sus condiciones operativas, como en la gobernanza multinivel en los territorios. La confluencia de las limitadas capacidades del sistema, expresadas en insuficiencia de infraestructura, equipamiento y personal, y la débil coordinación entre las diferentes instancias estatales en los territorios hicieron más compleja la atención sanitaria a las epidemias.

Las características de los **liderazgos políticos** en las regiones han jugado un papel fundamental en la atención a la emergencia sanitaria. Allí donde estos son más claros ha sido

posible un mejor manejo de la crisis. Sin embargo, asociado a esto, la evidencia de un **tejido social** fragmentado ha dificultado la conducción, en alianzas, de los gobiernos subnacionales. La gobernanza de los territorios ha mostrado límites como producto de la debilidad de las los actores estatales y sociales, así como en sus niveles de coordinación.

Finalmente, la **presencia del Estado** ha sido, junto con las desigualdades sociales, un factor fundamental en la evolución de las epidemias territoriales. Sea esta por ausencia, como en el caso de algunas fuerzas del orden, o por presencia, como en el caso del otorgamiento de bonos y ayudas, la presencia del Estado ha marcado de alguna manera el comportamiento social que, en momentos de emergencia, suele solicitar mayor presencia de este y mayor y mejor comunicación sobre lo que se debe hacer; punto último que no ha logrado ser totalmente efectivos en los territorios analizados.

Lima y el Callao merecen un acápite particular debido a la complejidad del territorio y el tamaño de su población. Dos son los factores que, además de todo lo producido, pueden complementar la comprensión de la evolución de la epidemia en este territorio. Por un lado, el altísimo nivel de movilidad para el trabajo, conocido como “**trabajo golondrino**” y la evidente **fragmentación administrativa** del territorio.

7. RECOMENDACIONES

El análisis de las dinámicas sociales asociadas a la epidemia y a las medidas tomadas por el gobierno en el contexto de la emergencia sanitaria en los territorios son una fuente importante para la elaboración de alertas y propuestas susceptibles de ser desarrolladas en múltiples territorios en el país.

De manera general, estas recomendaciones se enmarcan el concepto momento infraestructural (Knox). Con ello, se designan los puntos de contacto que hacen posible la transformación de las infraestructuras públicas, tales como sistemas de transporte, instituciones educativas, puertos, mercados, etc. en vehículos para la diseminación del virus; convirtiéndose de esta manera en infraestructuras para el contagio.

A partir de este concepto, consideramos a las **infraestructuras sociales del contagio** como aquellas articulaciones de personas, configuraciones materiales y eventos que se activan para propiciar la expansión del patógeno. En el caso del Perú existe evidencia preliminar de que infraestructuras públicas de transporte, comercio y aprovisionamiento alimentario han sido focos infecciosos significativos en distintas regiones del país. En este sentido, el entendimiento integral de estas infraestructuras sociales del contagio permite evaluar las articulaciones entre personas y configuraciones materiales que habilitan un medio infeccioso, esto es, la multiplicación de los vehículos (superficies, aire) en los que el virus se moviliza. La desactivación de estos ensamblajes supone la comprensión integral de sus articulaciones para poder intervenir en ellas, y poder así revertir la **infraestructura social del contagio** y transitar hacia una **infraestructura social del cuidado**. De esta manera, se propone la implementación de dos tipos de acciones:

- **Investigaciones interdisciplinarias que habiliten diálogos entre epidemiología, arquitectura y las ciencias sociales.** Las condiciones que activan una infraestructura social del contagio no sólo se explican por las propiedades infecciosas del patógeno, sino por las múltiples formas que toma la conducta individual y colectiva al desplegarse por su hábitat, y las configuraciones materiales que dan forma a ese hábitat y sus funciones de vivienda, trabajo, alimentación, información y viaje. Por ello, es necesaria una comprensión etnográfica y arquitectónica del contagio, que permitan el diseño de

estrategias de intervención óptimas. Proponemos que la información epidemiológica generada en las estrategias de mitigación del Estado, particularmente en lo relacionado al seguimiento de casos que permita rastrear las rutas y eventos de contagio, constituyan bases de datos abiertas para la investigación interdisciplinaria sobre las infraestructuras sociales del contagio que articulen investigadores sociales, arquitectos y epidemiólogos. Algunas preguntas guía de dichas pesquisas serían: ¿Cómo se experimenta socialmente el riesgo de contagio? ¿Qué factores motivan la adopción de conductas más o menos riesgosas dentro de determinadas arquitecturas? ¿Qué prácticas existentes favorecen, por otro lado, el cuidado? ¿Cómo se produce, transmite, almacena e interpreta socialmente la información epidemiológica? ¿Qué condiciones del hábitat favorecen el contagio? ¿Qué modificaciones y usos del hábitat desactivan o disminuyen el contagio?

- **Intervención epidemiológica, social y arquitectónica.** La concepción y confección de intervenciones bajo esta perspectiva deben de buscar el cultivo de una epidemiología social que permita la adopción de conocimientos y conductas comunitarias de prevención, cuidado, detección y gestión del contagio. Esto supone la apertura de procesos de creación colectiva (diseñadores, arquitectos, científicos sociales, médicos, comunicadores, dirigentes de base, etc.) que aborden cambios en el comportamiento y el hábitat. Por ejemplo, la implementación de un esquema de seguimiento de contactos intensivo es costoso en términos de recursos financieros y humanos. Para saldar ello, se pueden emplear los arreglos de convivencia comunal (asociaciones barriales, rondas campesinas, juntas directivas, etc.) para confeccionar mapas y listas que permitan determinar rutas de contagio, y de esa manera habilitar una infraestructura comunitaria de información, articulada con aquella montada por la salud pública. Por otro lado, se pueden estudiar las condiciones de viviendas para producir soluciones de infraestructura ligera (reformas a habitaciones, instalación de filtros de aire, nuevos muebles, apertura de ventilación, provisión de agua, construcción de “puntos de sanitización”, etc.) que no sean costosas y desactiven las condiciones materiales del contagio.

A nivel específico,

- Generar estadística con enfoque intercultural para diagnosticar las condiciones de comorbilidad según pertenencia étnica

- Generar estrategias de intervención con enfoque intercultural e implementar estrategias ya existentes (en Chincha se reporta la existencia de un plan de Salud intercultural).
- Analizar la pertinencia del refuerzo de atención en el primer nivel como mecanismo para aminorar el colapso de hospitales.
- Diseñar e implementar un plan de trabajo a nivel subnacional para atención post cuarentena.
- Diseñar e implementar campañas de comunicación agresivas y pertinentes culturalmente para educar a la población en los riesgos y precauciones a tomar.
- Contar con información sobre tejidos económicos locales a nivel nacional de manera a incorporar esa información en la estrategia de reactivación que se está pensando a nivel nacional.
- Determinar el liderazgo claro en la gestión de los centros de abasto y nodos logísticos. Diseñar una estrategia de deslocalización de los centros para evitar concentraciones masivas a futuro.
- Contemplar la formalización como un eje que compone la estrategia de reactivación.
- Evaluar la pertinencia de los mecanismos de articulación ya existentes de manera a generar una plataforma para discutir la situación presupuestal subnacional que se avizora como un punto crítico.
- Generar mecanismos permanentes de comunicación para establecer mensajes y lineamientos claros en el marco de una estrategia de generación de infraestructura social del cuidado a nivel nacional.
- Generar una plataforma de seguimiento por región en el sector salud que dependa del comando COVID y permita diagnosticar de manera pertinente y gestionar los problemas de manera eficiente de cara a fortalecer la gobernanza del sector salud.
- Apoyar las redes de ayuda colectiva que han funcionado durante la cuarentena para brindar apoyo social y facilitar la permanencia en el entorno distrital (ollas comunes, compra de agua y víveres, juntas vecinales, etc).
- Implementar campañas de comunicación para asegurar la comprensión adecuada de las medidas que ordenarán la vida económica y social en los próximos meses.
- Reorganización de los espacios de comercio para implementar medidas de prevención sanitaria. Procurar generar canales de cooperación con el tejido social existente (asociaciones de comerciantes, mototaxistas, cooperativas, etc.)

- Ampliar la atención sanitaria disponible para la población en situación de calle, así como en los nuevos asentamientos humanos.
- Reforzar las estrategias para identificar y controlar la propagación del virus en las zonas de frontera.
- Mapear a los actores transgresores que pueden resistir o, incluso, impedir la implementación de medidas sanitarias que atentan contra sus intereses económicos.
- Diseñar una estrategia de respuesta a la pobreza generada por el COVID-19, la cual además de transferencias monetarias, incorpore programas de empleo temporal y desarrollo productivo.

BIBLIOGRAFÍA

- Barrantes, R.; Cuenca, R. y Morel, J. (2012). *Las posibilidades del desarrollo inclusivo: dos historias regionales*. Lima: Instituto de Estudios Peruanos.
- Hyden, G., Court, J. & Mease, K. (2004). *Making Sense of Governance: Empirical Evidence from Sixteen Developing Countries*. Boulder: Lynne Rienner Publishers.
- Larkin, B. (2013). The Politics and Poetics of Infrastructure. *Annual Review of Anthropology*, 42, 327–343.
- Mudde, C. y Rovira Kaltwasser, C. (2019). *Populismo. Una breve introducción*. Madrid: Alianza Editorial.
- Remy, M.I. (2013). Reflexiones sobre lo rural (y lo urbano) en el Perú. En, J. Canziani y Schejtman, A. (Eds.), *Ciudades Intermedias y Desarrollo Territorial* (Págs. 71-82). Lima: Fondo Editorial de la PUCP y RIMISP.
- Schejtman, A. y Berdegué, J. (2004). *Desarrollo territorial rural*. Santiago de Chile: RIMISP.
- Vergara, R. (2000). Corredores económicos identificados en el Perú. En, M. Benavides y H. Cárdenas (Eds.), *Seminario Estrategias de Competitividad Regional en el Perú* (Págs.73-104). Lima: Swisscontact.
- Vilela, M. y Novoa, Z. (2013). Redes de ciudades en el valle bajo de Jequetepeque, costa norte del Perú. En, J. Canziani y Schejtman, A. (Eds.), *Ciudades Intermedias y Desarrollo Territorial* (Págs. 139-160). Lima: Fondo Editorial de la PUCP y RIMISP.

ANEXOS

- Anexo I Colaboradores
- Anexo II Guía de preguntas

Anexo I

Participantes, entrevistados y colaboradores

Arequipa

1. Patricia Salas (coordinadora)
2. Eddy Cahuata
3. Julio Álvarez
4. Ximena Rojas
5. Glenn Arce
6. Cesar Hamantuma
7. Nancy Ochoa
8. Andrés Javier
9. Walther Salas
10. José Luis Vargas
11. Ana Rosario Miaury
12. Yaneth Fernandez
13. Edgardo Salas
14. Noelia Huatoco
15. Jorge Turpo
16. Paola Donayre
17. Enrique Zavala
18. Mercedes Neves Murillo
19. Roberto Apaza
20. Yosanira María Corzo Orihuela
21. Carlos Alberto Rivas Sastre
22. Juan Carlos Callacondo
23. Jorge Zegarra López
24. Glenn Arce
25. Rodolfo Marquina
26. Jorge Bedregal La Vera
27. Lucy Muñoz Torres
28. Mario Berrios
29. Javier Tejeda

30. Alejandro Málaga
31. Patricio Quintanilla
32. Patrick O'Brien
33. Mabel Cáceres
34. Anthony Medina

Lima y el Callao

35. Diana Torres
36. Gustavo Riofrío
37. Manuel Dammert Guardia

Loreto

38. Alberto Chirif
39. Maritza Ramírez Tamani
40. Miguel Fuertes Prieto
41. Miguel Angel Cadenas

Corredor Sur

42. Mariana Collada
43. Leonor Córdoba
44. José Alejandro Martínez

Corredor Este

45. Ruth Buendía
46. Daniel Mitma

Equipo de trabajo

47. José Incio
48. Luis Escobedo
49. Jerson Aguilar
50. Rafael Barrio de Mendoza
51. Eduardo Romero
52. Efraín Rodríguez

Especialistas

- 53. César Munayco
- 54. José Manuel Magallanes
- 55. Edgardo Cruzado
- 56. Maximiliano Ruiz
- 57. Oscar Espinosa de Rivero
- 58. Luisa Elvira Belaunde

Agradecimientos

- 59. Manuel Cáceres
- 60. Katherine Mansilla
- 61. Martín Asenjo
- 62. Iliana Carrasco
- 63. Ricardo Morales
- 64. Enrique Felipe
- 65. Cecilia Ramírez
- 66. Robhert Pimentel

Anexo II

Guía de preguntas para expertos

1. ¿Cómo encontró la pandemia a su región?
2. ¿Cómo reaccionó la población a las medidas de emergencia dadas por el gobierno?
3. ¿Qué factores pueden haber influido en la efectividad de la cuarentena en su región? (económicos, sociales, políticos, culturales)
4. ¿Qué puede decir sobre las respuestas y decisiones tomadas por el gobierno regional y los municipios?
5. ¿Qué actores locales considera que son importantes para comprender lo que está sucediendo con la epidemia en su región?
6. ¿Qué recomendaciones haría para enfrentar las consecuencias de la pandemia en su región?