

**SEGUIMIENTO CONCERTADO ENTRE  
ESTADO Y SOCIEDAD CIVIL A LAS POLÍTICAS DE SALUD**



**INFORME NACIONAL SOBRE EL IMPACTO DEL COVID-19 EN LAS  
DIMENSIONES ECONÓMICA, SOCIAL Y EN SALUD EN EL PERÚ  
(al mes de mayo, 2020)  
-INCLUYE HALLAZGOS DE 16 MESAS REGIONALES<sup>1</sup>-**

**REPORTE N° 1-2020-SC/Grupo de Salud-MCLCP**

**-Versión aprobada por el CEN de la MCLCP  
Martes 07 de julio del 2020-**

---

<sup>1</sup> Se Incluyó información cualitativa regional sobre el “Impacto de la Pandemia de COVID-19” remitido por 16 MCLCP Regionales: Apurímac, Arequipa, Ayacucho, Huancavelica, Ica, Junín, Lima Metropolitana, Loreto, Madre de Dios, Moquegua, Pasco, Puno, Tumbes, Ucayali, Piura y Lambayeque.

**Participaron los integrantes del Grupo de Trabajo de Seguimiento Concertado a las Políticas de Salud de la Mesa de Concertación para la Lucha contra la Lucha contra la Pobreza-MCLCP:**

<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ministerio de Salud-MINSA.</li> <li>2. Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social-MIDIS.</li> <li>3. Secretaria Ejecutiva del Organismo Andino de Salud –Convenio Hipólito Unanue.</li> <li>4. Instituto Nacional de Salud del Niño-INSN.</li> <li>5. COPERA Infancia: Fundación Baltazar y Nicolás/United Way.</li> <li>6. PRISMA.</li> <li>7. INPPARES.</li> <li>8. Instituto de Investigación Nutricional-IIN.</li> <li>9. Sociedad Peruana de Pediatría.</li> <li>10. Sociedad Peruana de Adolescencia y Juventud.</li> <li>11. GIZ-Programa de Buena Gobernanza</li> <li>12. WAWA FOOD.</li> <li>13. Future Generations</li> <li>14. Defensoría del Pueblo-Adjuntía de la Niñez y Adolescencia.</li> <li>15. Centro de Estudios y Publicaciones-CEP</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>16. Voces Ciudadanas.</li> <li>17. Colegio de Obstetras del Perú.</li> <li>18. CMP-Flora Tristán.</li> <li>19. Plan International.</li> <li>20. Acción contra el Hambre.</li> <li>21. CMMB Perú.</li> <li>22. PROMSEX.</li> <li>23. Universidad Nacional Mayor de San Marcos-Escuela de Nutrición</li> <li>24. Universidad Peruana Cayetano Heredia.</li> <li>25. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia-UNICEF.</li> <li>26. Fondo de Población de las Naciones Unidas-UNFPA.</li> <li>27. Programa Mundial de Alimentos-PMA.</li> <li>28. OPS/OMS.</li> <li>29. Municipalidad Metropolitana de Lima.</li> <li>30. CARE Perú</li> <li>31. ONG Equidad.</li> <li>32. FORO SALUD.</li> <li>33. Equipo Técnico de la Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza-Sede Nacional.</li> </ol>
--	---

Documento elaborado por el Grupo de Seguimiento Concertado a las Políticas de Salud de la Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza (MCLCP)

Coordinación y redacción del documento: Wendy Albán Márquez – MCLCP Nacional

Colaboración: Liz Inga y Dirka Varea – MCLCP Nacional

@Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza

Calle Las Palomas N° 430, Surquillo

[www.mesadeconcertacion.org.pe](http://www.mesadeconcertacion.org.pe)

## CONTENIDOS

	Presentación	Pág. 4
CAPÍTULO I	Presencia de la Pandemia COVID 19 en el Perú.	Pág. 5
CAPÍTULO II	Medidas implementadas desde el Estado peruano en la lucha contra la pandemia COVID -19:	Pág.12
	2.1. Avances y nudos críticos identificados en las medidas implementadas en la dimensión económica.	Pág.14
	2.2. Avances y nudos críticos identificados en las medidas implementadas en la dimensión social.	Pág.18.
	2.3. Avances y nudos críticos identificados en las medidas implementadas en salud.	Pág. 24
CAPÍTULO III	Propuestas concertadas para contribuir a una mejor implementación de las estrategias de lucha contra la pandemia de COVID-19 y para la protección integral de la población en el Perú.	Pág. 34
ANEXOS	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Hallazgos Regionales.</li><li>2. Cuadros de Gasto Público MIDIS-COVID-19, Gasto Público Canastas-COVID-19 y Gasto Público MINTRA-Bono Independiente-Gasto COVID-19.</li><li>3. Cuadro Normas Aprobadas en el contexto COVID.</li></ol>	Pág. 39.

## PRESENTACIÓN

Este documento ofrece un balance sobre la situación actual marcada por de los impactos del COVID-19, que sigue afectándonos como personas y como estado y sociedad. Recoge el trabajo del Grupo de Salud con sus distintos subgrupos, y los aportes de las Mesas regionales y va acompañado de recomendaciones construidas colegiadamente.

Un primer consenso es el reconocimiento del esfuerzo que hombres y mujeres vinculados a los servicios de salud, así como a la policía nacional, el personal de servicios municipales como limpieza, serenazgo, saneamiento, al cuerpo de bomberos, entre otros que comparten la primera línea de defensa frente a la pandemia. A ellas y ellos nuestro agradecimiento, así como a los cientos de miles de personas que ponen día a día todo lo que está de su parte para no contagiar o contagiarse con este virus.

También está el consenso respecto a que la pandemia ha puesto sobre el tapete problemas estructurales de los servicios de salud. Teniendo en cuenta ello, reconocemos el esfuerzo que se está poniendo desde el Gobierno y en especial desde el Sector Salud para superar las deficiencias inmediatas más significativas que arrastra nuestro sistema sanitario para enfrentar esta pandemia.

Somos conscientes que los problemas estructurales evidenciados para garantizar el derecho de todas las personas a una vida digna y plena van más allá de los servicios de salud, pero es necesario reiterarlo hasta que efectivamente hayamos anclado en la conciencia de todas y todos nosotros que ese es el tema y para eso hay que echar a andar efectivos cambios para resolverlos.

El horizonte es el derecho de todas las personas a una *Vida Digna*. Es largo el camino que tenemos por delante porque las bases del problema no están en el virus y en la necesidad de la vacuna, los cuales por supuesto requerimos y con urgencia. Si nos quedamos en eso estaremos en la de siempre: de incendio en incendio; resolveremos una pandemia y vendrá otra y volveremos a encontrarnos en el mismo lugar.

La apuesta no es solo superar la crisis, es salir de la situación de vulnerabilidad permanente, un aspecto de lo cual es lograr un servicio de salud universal y de calidad, que previene la enfermedad y con alta capacidad de respuesta en caso que ella se presente. La apuesta es dirigarnos a ser una población sana, saludable. Alcanzarlo requiere del esfuerzo conjunto del sector público y la sociedad civil.

Federico Arnillas Lafert

Presidente de la Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza

## **CAPÍTULO I. PRESENCIA DE LA PANDEMIA DE COVID-19 EN EL PERÚ.**

Los primeros casos de Covid-19 a nivel mundial se reportaron el 31 de diciembre del 2019 en Wuhan-China; el 30 de enero del 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declara al Covid-19 como una emergencia en salud pública de preocupación internacional; el 06 de marzo del 2020 se da el primer caso de Covid-19 en Perú, y el 11 de marzo del 2020, la OMS caracteriza al Covid-19 como una pandemia que impacta a los servicios de salud, obliga a la cuarentena y al cierre de actividades en todos los niveles. En Perú se declara el estado de emergencia nacional por el brote del Covid-19, el 15 de marzo del 2020 mediante el Decreto Supremo N° 044-2020-PCM, y el 16 de marzo empieza la cuarentena en todo el país.

***Al 31 de mayo del 2020, la pandemia de Covid-19 ha afectado a 212 países del mundo, y se han reportado 6.112.353 casos confirmados y 372.329 muertes, la tasa de mortalidad es baja, pero varía según los países, afecta principalmente a la población adulta mayor o aquellas personas con condiciones de salud preexistentes.***

***La principal característica del Covid -19 es la rapidez de su transmisión entre las personas, ya que puede propagarse a través de las gotículas procedentes de la nariz o la boca que salen despedidas cuando una persona inhala o exhala el oxígeno del aire, por lo cual las medidas de distanciamiento físico y social son importantes. Así como el lavado de manos con agua y jabón y el uso de mascarillas en la población.***

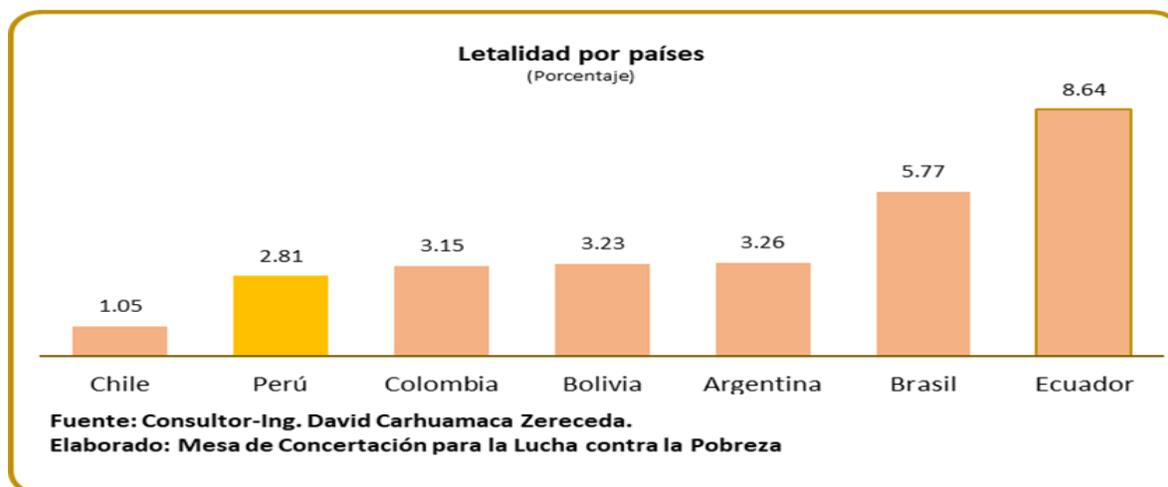
En América del Sur, Perú ocupa el segundo lugar, con más casos confirmados de Covid-19, después de Brasil. Ver Cuadro 1.

## AMERICA DEL SUR

PAISES	MUERTES	NUEVAS	CASOS
BRASIL	28,849	1,204	499,966
PERU	4,371	206	155,671
CHILE	997	53	94,858
ECUADOR	3,334	0	38,571
COLOMBIA	890	32	28,236
ARGENTINA	528	8	16,214
BOLIVIA	310	10	9,592
VENEZUELA	14	0	1,459
PARAGUAY	11	0	964
URUGUAY	22	0	821
GUYANA FRANCESA	1	0	477
GUYANA	12	0	152
SURINAM	1	0	14
<b>TOTAL</b>	<b>39,340</b>	<b>1,513</b>	<b>846,995</b>

Elaboración. Ing. David Carhuamaca Zereceda. Cifras al 31 de mayo del 2020, 8:00 am.

No obstante, la información al 31 de mayo del 2020 sobre porcentaje (%) de letalidad por países de América del Sur, evidencia que, en el Perú, el porcentaje (%) de letalidad se mantiene baja (en 2.8%), y ocupa el segundo lugar entre los países de América del Sur con más bajo porcentaje (%) de letalidad, lo cual es positivo a pesar del número elevado de casos confirmados Covid-19 que tiene el Perú. Ver Gráfico 1.

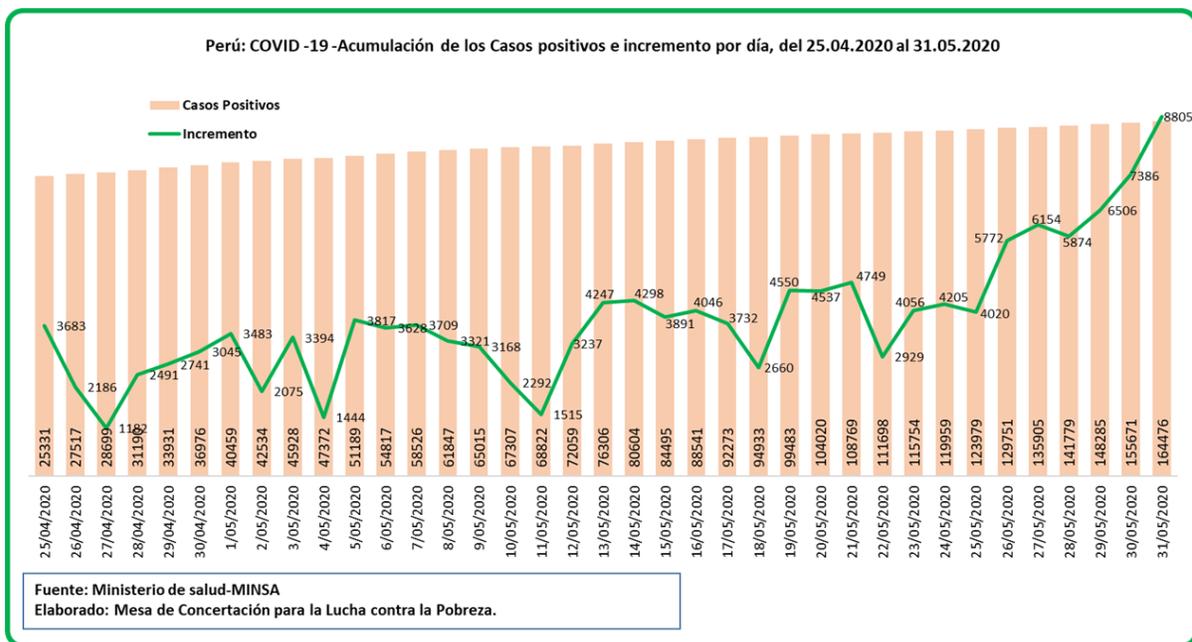


El impacto de Covid-19 en los países del mundo y, en particular, en los países de América del Sur es catastrófica y sin precedentes. Como lo mencionó el Ministro de Salud en el Perú, Víctor Zamora, en la sesión del Grupo de Salud de la Mesa de Concertación para la Lucha

contra la Pobreza-MCLCP del martes 19 de mayo del 2020, la “pandemia por Covid-19” sería la segunda más devastadora en las Américas.

**Hasta el 31 de mayo del 2020 se han reportado 164 476 casos confirmados y 4 506 fallecidos de Covid-19 en el Perú. Con estas cifras hemos superado el número de fallecidos por la epidemia del Cólera en el Perú (1991) en donde enfermaron 322 562 personas y 2 909 fallecieron (tasa de mortalidad 9 por 100 000). La epidemia del Cólera se extendió, en ese entonces, a catorce países de América Latina y del Caribe, siendo el Perú, el país que agrupó al 83% de total de casos presentados en América<sup>2</sup>.**

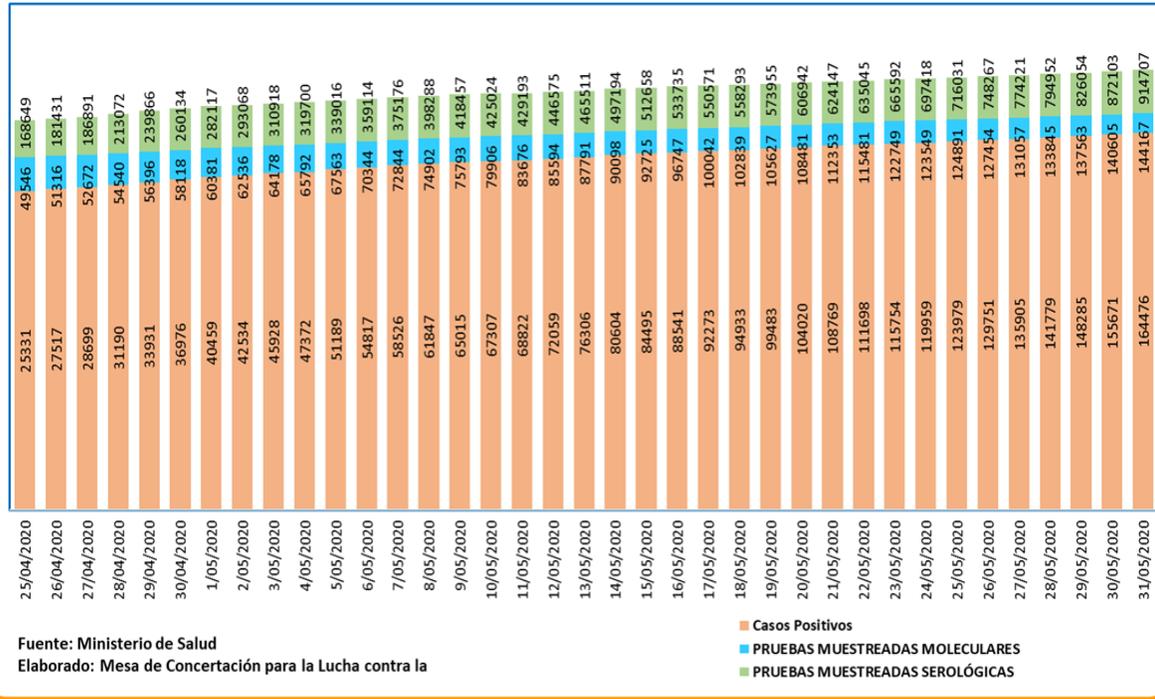
En Perú, desde el 15 de marzo del 2020 en que se declara el estado de emergencia nacional por el brote del Covid-19 mediante el Decreto Supremo N° 044-2020-PCM, ha pasado ya 11 semanas (2 meses y medio) al 31 de mayo del 2020. Al respecto, el Ejecutivo mencionó en señal abierta que habíamos entrado a una meseta, sin embargo, los casos positivos Covid-19 siguen en aumento. El 31 de mayo del 2020, se reportaron 8,805 casos positivos Covid-19 más, la cifra más alta con respecto a días anteriores. No obstante, es importante mirar la evolución en las regiones del país, la cual es heterogénea. Ver Gráfico 2.



Por otro lado, un aspecto a revisar es la correlación entre el incremento de aplicación de pruebas rápidas y moleculares en la población, y el mayor reporte de casos positivos Covid-19. Ver Gráfico 3.

<sup>2</sup> Ciro Maguiña Vargas, Carlos Seas Ramos, Edén Galán Rodas, Jimmy Jesús Santana Canchanya. Historia del cólera en el Perú en 1991. Artículo histórico. Acta méd. peruana v.27 n.3 Lima jul./set. 2010

Perú: Casos positivos de COVID-19, según la cantidad de Pruebas Muestradas Moleculares y Pruebas Muestradas Serológicas del 25.04.2020 al 31.05.2020



Asimismo, es importante mirar el avance en la aplicación de pruebas moleculares y serológicas en el Perú, en comparación a otros países de Sudamérica. Según la información del Organismo Andino de Salud-ORAS-CONHU, el Perú ocupa el primer lugar en Sudamérica de pruebas realizadas y, el segundo lugar en Sudamérica, con más pruebas de diagnóstico Covid-19 aplicadas por millón de habitantes. Ver Cuadro 2.



**Pruebas diagnósticas por millón de habitantes en 10 países con mayor cantidad de casos de COVID-19 en Suramérica 28-05-2020 20:00**

N°	Países	Pruebas/millón hab	Total pruebas
	South América	7,953	3,861,670
1	Chile	28,582	530,173
2	Perú	27,409	929,797
3	Venezuela	26,463	897,695
4	Uruguay	11,585	40,229
5	Ecuador	6,328	110,812
6	Colombia	6,625	283,346
7	Brazil	4,104	871,839
8	Paraguay	3,850	27,425
9	Argentina	3,213	145,081
10	Bolivia	1,916	22,294
	Top 10	8,889	3,858,691

<https://www.worldometers.info/coronavirus/> consolidado por medico Luis Beingolea

A nivel departamental, el impacto del Covid-19 ha sido desigual y desnuda las diferencias existentes en la capacidad de respuesta institucional al interior de salud. Al 03 de junio del 2020, Ica, Lambayeque, Piura, Ancash, Loreto y Tumbes presentan un porcentaje (%) de letalidad por encima del 5%, siendo el porcentaje (%) de letalidad del país de 2.75%. Ver Cuadro 3.

**Letalidad COVID-19 según departamentos en el Perú**

REGION	CASOS	MUERTES	LETALIDAD(%)
AMAZONAS	680	27	3.97
ANCASH	5048	292	5.78
APURIMAC	221	3	1.36
AREQUIPA	3961	56	1.41
AYACUCHO	862	7	0.81
CAJAMARCA	882	8	0.91
CALLAO	13291	360	2.71
CUSCO	1174	4	0.34
HUANCAVELICA	487	2	0.41
HUANUCO	1068	13	1.22
ICA	3919	272	6.94
JUNIN	2089	20	0.96
LA LIBERTAD	5392	220	4.08
LAMBAYEQUE	9440	621	6.58
LIMA	108680	2019	1.86
LORETO	5757	300	5.21
MADRE DE DIOS	600	8	1.33
MOQUEGUA	561	2	0.36
PASCO	512	11	2.15
PIURA	9510	548	5.76
PUNO	422	8	1.90
SAN MARTIN	1662	30	1.81
TACNA	468	5	1.07
TUMBES	1489	82	5.51
UCAYALI	5023	113	2.25
<b>TOTAL</b>	<b>183198</b>	<b>5031</b>	<b>2.75</b>

**5,031 defunciones de un total de 183,198 casos confirmados desde la detección del primer caso.**

**La letalidad es del 2,75%.**

Fuente: Sistema de Vigilancia Noti – Sistema de Defunciones SINAEF - MINSA

Fuente: MINSA. Situación actual del Covid-19, al 03 de junio del 2020.

Estas diferencias entre regiones, requiere de respuestas diferenciadas desde un enfoque territorial. El MINSA, en ese contexto ha priorizado escenarios según necesidades de fortalecimiento y apoyo a la respuesta ante el Covid- 19. Ver Cuadro 4.

**Priorización de escenarios según necesidades de fortalecimiento y apoyo a la respuesta ante COVID-19 , Perú 2030**

Nro	Region	Valor z	Prioridad
1	LORETO	7	I
2	LAMBAYEQUE	7	
3	UCAYALI	5	
4	TUMBES	5	
5	PIURA	4	
6	CALLAO	4	
7	LIMA	4	
8	ANCASH	3	
9	ICA	2	
10	LA LIBERTAD	1	II
11	JUNIN	1	
12	HUANUCO	0	
13	AMAZONAS	-1	
14	SAN MARTIN	-1	
15	AREQUIPA	-1	
16	CUSCO	-2	III
17	MADRE DE DIOS	-2	
18	AYACUCHO	-2	
19	TACNA	-3	
20	PASCO	-3	
21	CAJAMARCA	-3	
22	PUNO	-4	IV
23	MOQUEGUA	-4	
24	HUANCAVELICA	-4	
25	APURIMAC	-4	

Actualmente además de Lima y Callao, las regiones de **Loreto, Lambayeque, Ucayali, Tumbes, Piura, Ancash** e requieren junior soporte y apoyo urgente para la atención de casos y control en COVID-19



**Criterios:**

- **Tasa de Incidencia:** Propagación de la enfermedad, **% Positividad:** Proporción de población afectada
- **Tasa de Mortalidad:** Severidad de la enfermedad, **Letalidad:** Capacidad resolutoria de los servicios
- **% Mortalidad domiciliaria:** Disponibilidad de los servicios para la atención de COVID-19

Técnica de Análisis Índice de necesidades (usando valores Z)

Fuente: MINSA. Situación actual del COVID-19, al 03 de junio del 2020.

Otro aspecto importante a seguir, es el número de fallecidos Covid-19 reportados por el MINSA. Al respecto, diversos medios y analistas han mencionado la existencia de un sub registro, teniendo en cuenta además que no todos acceden a la prueba de Covid-19 y fallecen antes de saber que fue por ese motivo. En el siguiente cuadro 5, se puede ver los casos confirmados Covid-19 y los casos sospechosos, al 03 de junio del 2020 que recoge el MINSA.

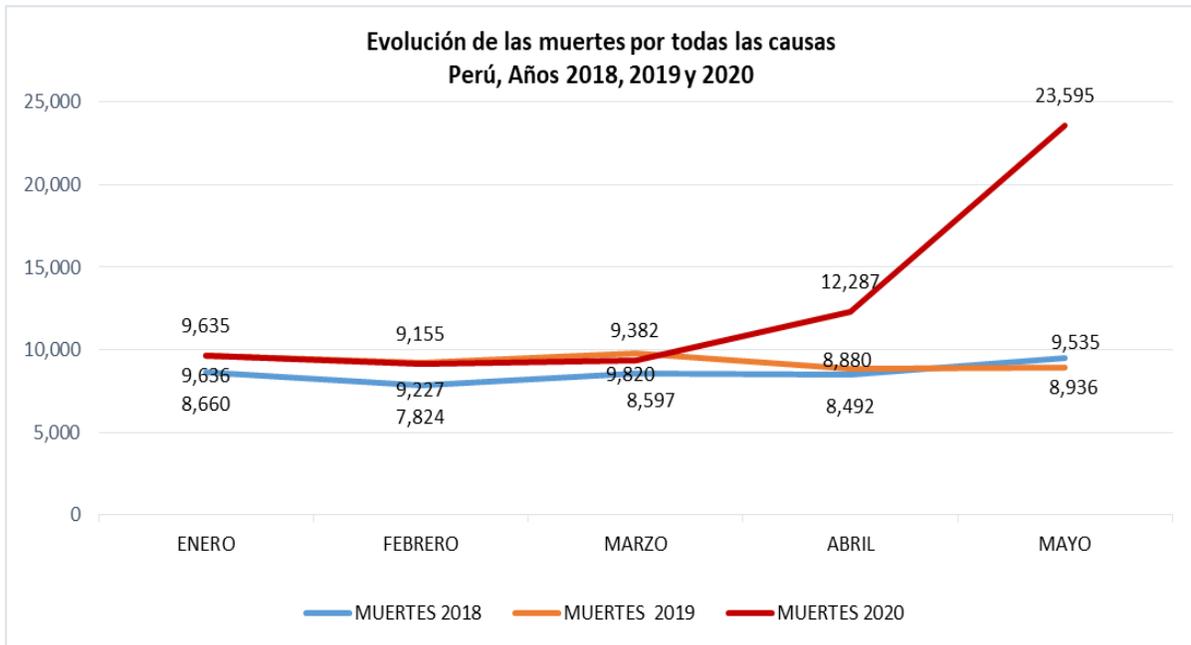
**Defunciones según la vigilancia de COVID-19 y defunciones Sistema Nacional de Defunciones en Línea (SINADEF)**

Departamentos	Confirmadas	Sospechosas	Total Vigilancia	SINADEF
Amazonas	27	7	34	27
Ancash	292	101	393	658
Apurímac	3	2	5	36
Arequipa	56	1	57	188
Ayacucho	7	1	8	78
Cajamarca	8	1	9	81
Callao	360	204	564	1462
Cusco	4	3	7	30
Huancavelica	2	1	3	38
Huánuco	13	4	17	86
Ica	272	25	297	533
Junín	20	9	29	192
La Libertad	220	90	310	441
Lambayeque	621	76	697	903
Lima	2019	847	2866	9658
Loreto	300	1190	1490	941
Madre de Dios	8	0	8	20
Moquegua	2	0	2	6
Pasco	11	1	12	42
Piura	548	921	1469	1622
Puno	8	2	10	34
San Martín	30	17	47	82
Tacna	5	2	7	12
Tumbes	82	65	147	197
Ucayali	113	446	559	604
<b>T O T A L</b>	<b>5031</b>	<b>4016</b>	<b>9047</b>	<b>17971</b>

Fuente: Sistema de Vigilancia Noti – Sistema de Defunciones SINADEF - MINSA

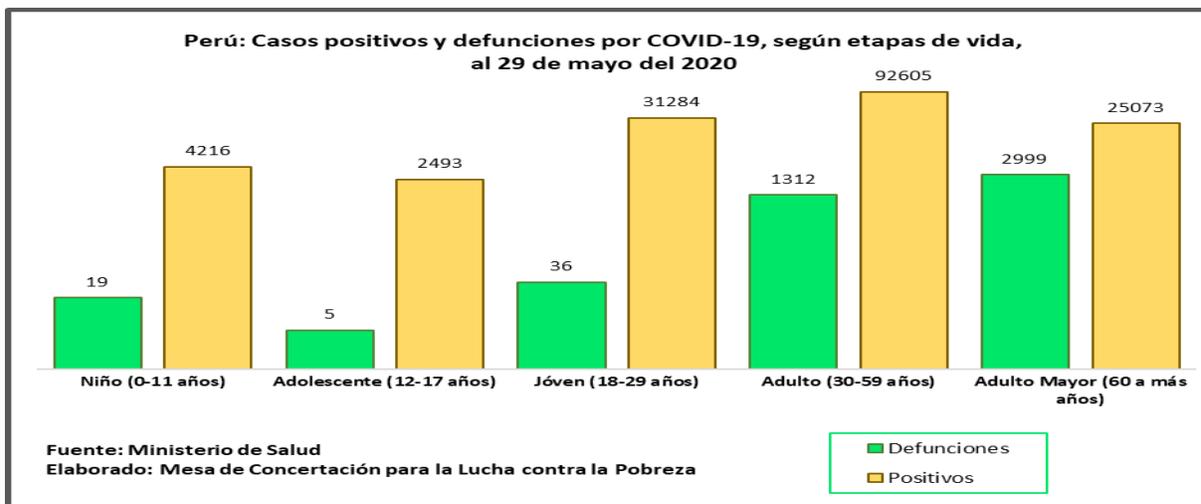
SINADEF: incluye confirmados y sospechosos

Un dato preocupante, no sólo en Perú sino en todos los países afectados con el Covid-19, es el incremento de muertes por todas las causas, no sólo por Covid-19. Esto último, porque en el contexto de pandemia por Covid-19 se ha dado prioridad a estas atenciones en salud. A partir del Registro Nacional de Defunciones del MINSA, ya se ha podido observar un incremento importante de muertes por todas las causas entre los meses de abril y mayo del 2020. Ver Gráfico 4.



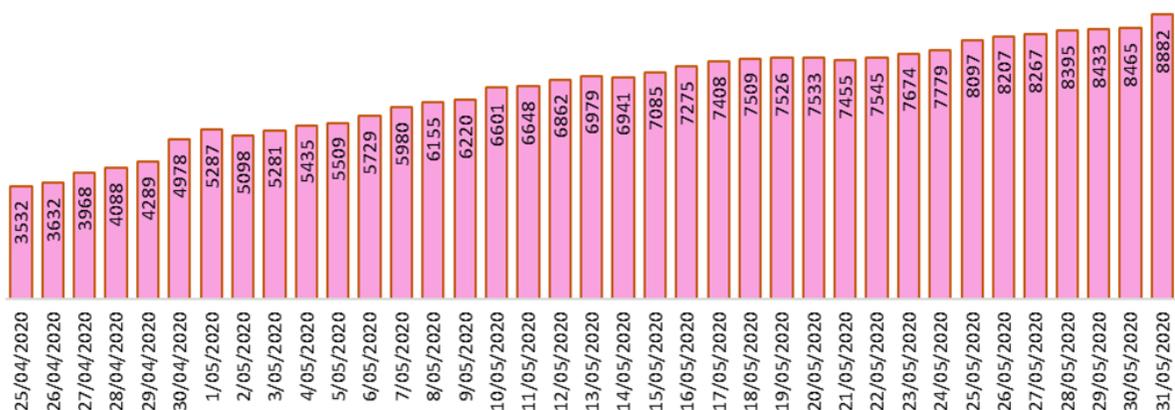
Fuente: MINSA-SINADEF/REUNIS. Fecha de consulta: 07.06.2020. Elaboración: MCLCP.

En relación a los casos positivos y defunciones por Covid-19, según etapas de vida, se confirma el mayor riesgo de muertes por Covid-19 en las personas adultas mayores, seguido de las personas adultas. Llama la atención las defunciones registradas en niños/as y jóvenes. Ver Gráfico 5.



En relación a la capacidad instalada en los principales hospitales del país para atender los casos positivos Covid-19, se ha observado un incremento en hospitalizados por día. Asimismo, un incremento de pacientes hospitalizados en UCI con ventilación mecánica. Ver Gráficos 6 y 7.

Perú-COVID-19: Acumulación de Personas hospitalizadas por día, del 25.04.2020 al 31.05.2020



Fuente: Ministerio de Salud

Elaborado: Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza

Perú-COVID-19: Acumulación de pacientes hospitalizados que se encuentran en UCI con ventilación mecánica, del 25.04.2020 al 31.05.2020



Fuente: Ministerio de Salud

Elaborado: Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza

Finalmente, en el siguiente Gráfico 8, se puede ver la disponibilidad de camas UCI con ventilador al 07 de junio del 2020. Lamentablemente, esta información no se puede seguir por región en los sistemas de información del MINSA sobre Covid-19.

**Perú: Disponibilidad de camas UCI con ventiladores en zona COVID-19 según las Instituciones a las que pertenecen las IPRESS durante el estado de emergencia sanitaria, al 07 de Junio del 2020**



Nota:

Al 7 de junio del 2020, el Perú tiene disponible 176 camas UCI con ventilador y en uso 1062 camas UCI con ventilador.

Fuente: Ministerio de Salud - Sala Situacional COVID-19 Perú.

Elaborado: Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza

## **CAPÍTULO II. MEDIDAS IMPLEMENTADAS DESDE EL ESTADO PERUANO EN LA LUCHA CONTRA LA PANDEMIA COVID 19:**

En Perú, el 15 de marzo del 2020 se declara el estado de emergencia nacional por el brote del Covid-19 mediante el Decreto Supremo N° 044-2020-PCM. A partir de entonces, la cuarentena se estableció en todo el territorio nacional y ha ido extendiéndose de 15 en 15 días y, recientemente, se amplió hasta el 30 de junio del 2020 por las graves circunstancias que afectan la vida de la Nación a consecuencia del Covid-19 mediante el Decreto Supremo N° 094-2020-PCM.

No obstante, el estado de emergencia dejó en suspensión varios derechos fundamentales (libertad, seguridad personal, inviolabilidad de domicilio, tránsito y reunión). Se suspenden, además, las actividades en los centros laborales públicos y privados y se transita hacia el teletrabajo paulatinamente. Sólo se mantuvieron las actividades esenciales como salud, producción y venta de productos farmacéuticos, producción y provisión de alimentos, servicios bancarios y financieros, servicio de agua y luz, centros telefónicos, entre otros, y se restringe el tránsito sólo para algunas actividades básicas como compra de alimentos, medicamentos, asistencia a centros médicos sólo para emergencias y urgencias y atención de personas con Covid- 19 en Hospitales. A su vez, se ordena el cierre de fronteras y se suspenden los servicios de transporte terrestre, fluvial y aéreo en el país.

Desde la declaratoria de emergencia nacional se han aprobado e implementado un conjunto de medidas desde el Estado Peruano buscando reducir drásticamente la propagación del virus del Covid-19 y para resguardar la salud y la vida de las personas que habitan en el territorio nacional. Según el discurso del Presidente del Consejo de Ministros realizado el día 28 de mayo del 2020 en el Congreso de la República, se han aprobado 70 decretos de

urgencia, que pueden desagregarse por sectores de la siguiente manera: 21 decretos de urgencia en materia económica; 8 de contenido educativo; 7 vinculados con las competencias de la Presidencia del Consejo de Ministros (integridad, reconstrucción, gobierno digital); 6 referidos a transporte; 4 para promover una mayor protección de las mujeres contra la violencia; 3 vinculados con temas laborales; 3 con el sector justicia; 3 relacionados a vivienda, construcción y saneamiento; 2 sobre cultura; 2 de energía y minas; 2 de ambiente; y uno de cada uno de los sectores de interior, relaciones exteriores y agricultura. En el Sector Salud, son 4 que disponen la universalización del derecho a la salud; la comercialización obligatoria de medicamentos genéricos y las acciones frente al Covid-19 (con medidas urgentes y excepcionales para reforzar la vigilancia y respuesta sanitaria, y con medidas excepcionales y temporales para prevenir la propagación del virus).

La pandemia de Covid-19 en el Perú tiene connotaciones sanitarias, económicas y sociales. El nivel de afectación, sufrimiento, y pérdidas vidas se relaciona mucho con los niveles de desigualdad socioeconómica en el Perú. La población en situación de pobreza y vulnerabilidad son los más afectados, asimismo, la población históricamente excluida (población indígena, afrodescendiente, LGTBI, entre otros), sobre estas últimas no tenemos información estadística sobre la real dimensión de afectación en el Perú. Bajo esas circunstancias mencionadas, reforzamos la idea de que el impacto de la pandemia por Covid-19 en el Perú no afecta a todos por igual, y no sólo es sanitario sino también económico y social e incluso ambiental. Su efecto es multidimensional.

El Estado Peruano se ha visto sobrepasado con esta epidemia en donde las principales dificultades han sido: la debilidad de su presencia y distribución en el territorio, la descentralización sin capacidades y competencias claras, los diversos niveles de corrupción en el país y las dificultades en el diálogo, articulación y coordinación en el territorio. En salud, las principales dificultades están relacionadas fundamentalmente a tres aspectos: i) la fragmentación del sistema de salud, ii) la insuficiente inversión en salud y, por tanto, la débil capacidad de respuesta en el territorio nacional unido a los problemas pre existentes en la asignación y ejecución presupuestal en salud, y iii) la debilidad de implementación del modelo de atención primaria de la salud, aún no superamos los modelos biomédicos, centrados en la enfermedad que privilegian servicios curativos, caros, basados en establecimientos de segundo y tercer nivel. A su vez, el primer nivel de atención ha estado abandonado por muchos años a pesar de ser el más cercano a la población.

A pesar de estos problemas que anteceden a la pandemia por Covid-19, hay un gran esfuerzo del Estado Peruano por implementar diversas medidas para contrarrestar el impacto del Covid-19 en el Perú; nosotros en este capítulo nos centraremos en las medidas económicas, sociales y sanitarias, sus principales avances y nudos críticos identificados.

## **2.1. AVANCES Y NUDOS CRÍTICOS IDENTIFICADOS EN LAS MEDIDAS IMPLEMENTADAS EN LA DIMENSIÓN ECONÓMICA:**

#### a.- AVANCES IDENTIFICADOS EN LA DIMENSIÓN ECONÓMICA:

El Presidente del Consejo de Ministros en su discurso realizado el día 28 de mayo del 2020 en el Congreso de la República, informó que para el plan de emergencia por Covid-19 se ha considerado, 128 mil 900 millones, que equivalen al 17% del PBI. De esta manera, para la contención de la emergencia se destinó 30 mil millones de soles que equivalen al 4% del PBI, para las medidas de apoyo a las empresas, se ha destinado 60 mil 800 millones que equivalen al 8% del PBI y para la reactivación económica se destinó 38 mil 100 millones, que equivalen al 5% del PBI.

Asimismo, el Estado Peruano ha destinado un presupuesto específico para el “*Fortalecimiento de acciones de prevención, control, vigilancia y respuesta sanitaria ante el Covid-19*”. A partir de la información del Portal de Transparencia Económica del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), sobre los recursos para el Covid-19, se observa que se ha destinado hasta el 29 de mayo del 2020, S/. 8 mil 67 millones de soles (S/. 8,067,815, 466) para la lucha contra el Covid-19 en el Perú, y se ha ejecutado el 63% del presupuesto total. El mayor peso del presupuesto está en el gobierno nacional. En cuanto a la ejecución del presupuesto se observa un atraso en los Gobiernos Regionales (33.5% de avance). Ver cuadro 6.

<b>Año de Ejecución: 2020</b>				
<b>Incluye: Actividades y Proyectos</b>				
<b>TOTAL</b>	<b>0</b>	<b>8,067,815,466</b>	<b>5,101,715,465</b>	<b>63.2</b>
<b>Nivel de Gobierno</b>	<b>PIA 2020</b>	<b>PIM 2020</b>	<b>Ejecutado Devengado</b>	<b>Avance %</b>
E: GOBIERNO NACIONAL	0	7,272,025,441	4,724,324,229	65.0
M: GOBIERNOS LOCALES	0	385,649,515	240,143,435	62.3
R: GOBIERNOS REGIONALES	0	410,140,510	137,247,801	33.5

Fuente: MEF-Consulta Amigable. Recursos COVID-19. Fecha de consulta: 29 de mayo del 2020

En las medidas económicas y financieras de prevención y respuesta ante el Covid-19, no sólo se han destinado recursos para salud, sino también para otras áreas, sabiendo además que al ser un problema multidimensional se requiere desde el Estado respuestas integrales.

A partir de la información de recursos Covid-19 del Portal del MEF (al 29 de mayo 2020), se observa los recursos asignados por funciones del Estado Peruano. Al respecto, existe un mayor peso en el presupuesto asignado a protección social (47% del total asignado), salud (22.6% del total asignado) y trabajo (14.8% del total asignado). Ver cuadro 7.

Cuadro 7.

Año de Ejecución: 2020					
Incluye: Actividades y Proyectos					
TOTAL	0	8,067,815,466	100%	5,101,715,465	63.2
Función	PIA 2020	PIM 2020	Equilibrio	Ejecución 2020	Avance %
				Devengado	
02: RELACIONES EXTERIORES	0	31,247,500	0.4%	18,945,795	60.6
03: PLANEAMIENTO, GESTION Y RESERVA DE CONTINGENCIA	0	295,917,807	3.7%	14,905,991	5.0
04: DEFENSA Y SEGURIDAD NACIONAL	0	169,448,725	2.1%	44,044,333	26.0
05: ORDEN PUBLICO Y SEGURIDAD	0	369,597,091	4.6%	272,867,139	73.8
06: JUSTICIA	0	22,492,467	0.3%	5,117,474	22.8
07: TRABAJO	0	1,192,424,376	14.8%	1,181,279,196	99.1
08: COMERCIO	0	12,108,175	0.2%	165,192	1.4
09: TURISMO	0	69,337,770	0.9%	12,124,012	17.5
10: AGROPECUARIA	0	2,229,966	0.0%	91,376	4.1
11: PESCA	0	20,281,454	0.3%	6,276,517	30.9
12: ENERGIA	0	30,000	0.0%	20,000	66.7
14: INDUSTRIA	0	1,032,040	0.0%	0	0.0
15: TRANSPORTE	0	66,028,640	0.8%	224,509	0.3
16: COMUNICACIONES	0	40,500	0.0%	0	0.0
17: AMBIENTE	0	32,050,124	0.4%	150,474	0.5
18: SANEAMIENTO	0	2,068,279	0.0%	366,854	17.7
19: VIVIENDA Y DESARROLLO URBANO	0	2,128,500	0.0%	130,841	6.1
20: SALUD	0	1,819,803,790	22.6%	452,303,367	24.9
21: CULTURA Y DEPORTE	0	5,996,289	0.1%	468,549	7.8
22: EDUCACION	0	157,279,448	1.9%	43,128	0.0
23: PROTECCION SOCIAL	0	3,794,918,450	47.0%	3,091,610,489	81.5
24: PREVISION SOCIAL	0	1,354,075	0.0%	580,229	42.9

Fuente: MEF-Consulta Amigable. Recursos COVID-19. Fecha de Consulta: 29 de mayo del 2020.

#### **b.-NUDOS CRÍTICOS IDENTIFICADOS EN LA DIMENSIÓN ECONÓMICA:**

**GOBIERNOS REGIONALES CON BAJA EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DE LOS RECURSOS COVID-19.** A partir de la información del Portal del MEF al 31 de mayo del 2020, se observa un avance en la ejecución global de los Gobiernos Regionales de un 35.2%. 12 Gobiernos Regionales tienen un avance en la ejecución presupuestal entre 40% y 59%, y 4 Gobiernos Regionales tienen la más baja ejecución presupuestal, por debajo del 20%. Ver Cuadro 8.

Cuadro 8.

Año de Ejecución: 2020. Incluye Actividades y Proyectos			
TOTAL	422,322,324	148,863,796	35.2%
GOBIERNO REGIONAL	PIM 2020	Ejecución (Devengado)	Avance %
07:CALLAO	22,159,563	13,145,098	59.3
13: LA LIBERTAD	25,983,231	13,838,720	53.3
12: JUNIN	16,776,979	8,907,833	53.1
23: TACNA	5,379,101	2,549,238	47.4
25: UCAYALI	11,299,932	5,223,403	46.2
04: AREQUIPA	13,117,548	6,008,819	45.8
21: PUNO	13,017,523	5,806,096	44.6
15: LIMA	16,962,128	7,418,997	43.7
02: ANCASH	19,721,546	8,404,640	42.6
14: LAMBAYEQUE	20,143,681	8,241,802	40.9
16: LORETO	24,912,907	10,048,130	40.3
20: PIURA	37,749,220	15,101,110	40.0
17: MADRE DE DIOS	4,391,148	1,660,072	37.8
06: CAJAMARCA	14,433,483	5,107,258	35.4
11: ICA	14,024,997	4,931,864	35.2
24: TUMBES	8,257,029	2,584,916	31.3
10: HUANUCO	11,224,838	3,179,538	28.3
05: AYACUCHO	9,401,319	2,555,001	27.2
09: HUANCVELICA	21,723,902	5,047,971	23.2
08: CUSCO	23,460,666	5,373,401	22.9
01: AMAZONAS	9,606,633	2,127,875	22.2
03: APURIMAC	13,166,784	2,273,979	17.3
19: PASCO	16,822,730	2,819,325	16.8
18: MOQUEGUA	12,540,104	1,932,013	15.4
22: SAN MARTIN	36,045,332	4,576,697	12.7

Fuente: Consulta Amigable-MEF. Gasto COVID-19, Fecha de Consulta: 31 de mayo del 2020

Al revisar el “Tablero de control de seguimiento del Presupuesto Covid-19”<sup>3</sup> del MEF se observa que el presupuesto asignado a los Gobiernos Regionales se destina principalmente a los siguientes objetivos de gasto: materiales, insumos, instrumental y accesorios médicos, contratos administrativos de servicios, adquisición de mobiliario, equipos y aparatos médicos, otros servicios, instalaciones médicas, aseo, limpieza y cocina, infraestructura vial, adquisición de maquinaria y equipos diversos, productos farmacéuticos, edificaciones, oficinas y estructuras, repuestos y accesorios, alquiler de muebles e inmuebles, compra de otros bienes, adquisición de vehículos, combustibles y afines, alimentos y bebidas, formación y capacitación, entre otros.

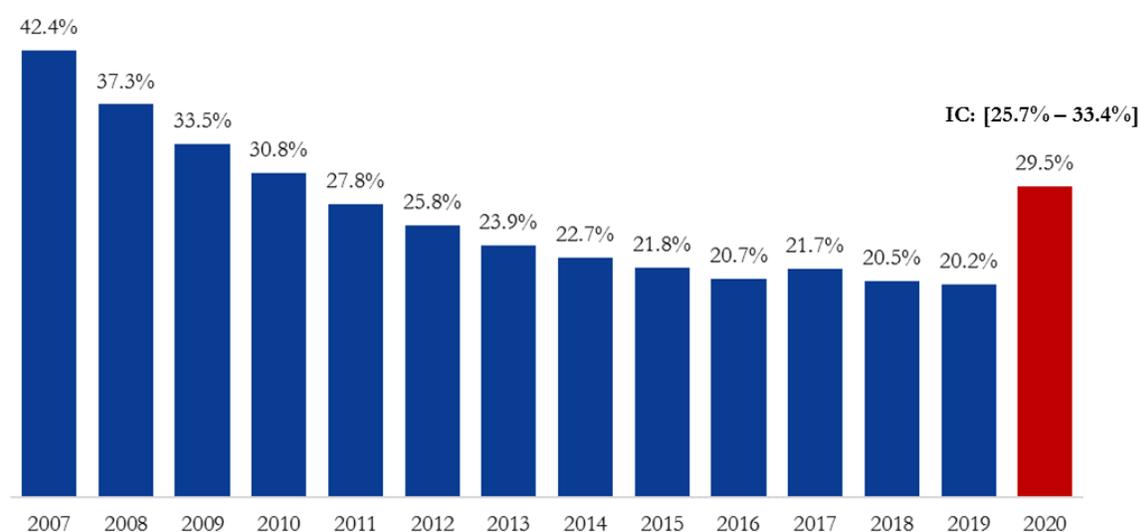
**INCREMENTO DE LA POBREZA EN LA POBLACIÓN DEL PAÍS.** Según el Informe de Pobreza Monetaria del INEI –ENAHO 2018-2019, el 20,2% de la población del país se

<sup>3</sup> <https://www.mef.gob.pe/es/informacion-presupuestal-covid-19/tablero-de-control-de-seguimiento-del-presupuesto-covid-19>

encontraría en situación de pobreza, con lo cual mantiene prácticamente los mismos niveles del año 2018. Según área de residencia, existe una desigual afectación, siendo más alta la incidencia de la pobreza en el área rural (40.8% de la población) y menos en el área urbana (14.6% de la población). Con la pandemia de Covid-19, se proyecta un incremento de la incidencia de la pobreza en la población del país.

Las estimaciones realizadas recientemente por Pablo Lavado y César Liendo (29.05.2020) sobre “Covid 19, Pobreza Monetaria y Desigualdad”<sup>4</sup>, sugieren que el nivel de pobreza en el 2020 en el Perú aumentará a 29.5%. Esto último generaría que el país regrese a los niveles de pobreza similares a los años 2010-2011. Es decir, 10 años de retroceso estimado en los niveles de pobreza. Ver Gráfico 9.

### Evolución de la pobreza monetaria (2007-2019)



Fuente: INEI- ENAHO 2007-19. Elaboración: Pablo Lavado y César Liendo.

Al respecto, es importante evaluar hacia adelante los impactos que tendrán en el país las medidas de reactivación económica y, a su vez, las subvenciones financieras realizadas a la población en situación de pobreza y vulnerabilidad.

**EL IMPACTO DE LA SUSPENSIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS AFECTA MÁS A LA POBLACIÓN CON TRABAJO INFORMAL E INDEPENDIENTE, EN ESPECIAL A LOS QUE YA SE ENCONTRABAN EN SITUACIÓN DE POBREZA.** Con la pandemia del COVID-19 en el Perú, se reveló nuevamente el problema de la informalidad en el país, se calcula que el 70% de la población se encuentra en esta situación. En relación a las actividades económicas más afectadas por las medidas de confinamiento y distanciamiento social, las 14 MCLCP Regionales reportan en orden de importancia, el sector turismo que abarca la cadena de hoteles, restaurantes, transporte marítimo, terrestre y aéreo; además

<sup>4</sup> PUBLICADO EN FORO ECONÓMICO. BLOG LATINOAMERICANO DE ECONOMÍA Y POLÍTICA

del comercio-pequeños empresarios, la ganadería, y agricultura. La mayoría trabajadores independientes y algunos en situación de informalidad.

Por otro lado, un dato preocupante es la caída de la población económicamente activa (PEA) en Lima Metropolitana. En el periodo febrero-marzo-abril del año 2020, la PEA representó el 50,9% (4 millones 15 mil 600 personas) de la población en edad de trabajar, comparada con similar trimestre del año anterior disminuyó en 23,6%, que equivale a 1 millón 241 mil 300 personas menos en la PEA. El 49,1% (3 millones 870 mil 300 personas) de la población en edad de trabajar, es población inactiva, comparado con similar trimestre del año anterior, aumentó en 53,3% (1 millón 346 mil 300 personas) (Fuente: INEI; Informe Técnico sobre Mercado Laboral en Lima Metropolitana, periodo febrero-marzo-abril 2020).

## **2.2. AVANCES Y NUDOS CRÍTICOS IDENTIFICADOS EN LAS MEDIDAS IMPLEMENTADAS EN LA DIMENSIÓN SOCIAL:**

La pandemia por Covid-19 en el Perú, ha desnudado la desigualdad existente en el país, este ha sido el principal nudo crítico para controlar la expansión del Covid-19 en el Perú y en donde la población en situación de pobreza y vulnerabilidad se encuentra más afectada.

Algunos datos claves de esta desigualdad estructural son:

- En el país el 70% de la población tiene un trabajo informal y, en población en condición de pobreza, este porcentaje se eleva a 94.7%; de este porcentaje, el 61,1% es independiente y el 38,9% se desempeñó como dependiente (empleados, obreros y trabajadoras del hogar)<sup>5</sup>. En el área urbana el 43,6% de la población con empleo en situación de pobreza se desempeña en ocupaciones como vendedores ambulantes y afines, limpiabotas, personal doméstico, conserje, peones agropecuarios y forestales, peones de la minería, peones de transporte y; el 23,9% es artesano u operadores de maquinarias. Este es un hecho que sin duda ha influido en el desacato en las medidas de confinamiento y distanciamiento social sobre todo en la población en situación de pobreza que requiere salir a trabajar para sobrevivir y en donde el contagio de Covid-19 puede ser más alta.
- Otro dato preocupante son los niveles de sub-registro en los sistemas de información del Estado, de la población que es informal, que no tiene cuentas y/o tarjetas en los sistemas financieros del país, que no aparece como beneficiarios de los programas sociales o que no aparecen en otros registros específicos como grupos vulnerables, es el caso de las personas con discapacidad, poblaciones indígenas, población afrodescendiente, personas en situación de calle, migrantes internos y externos en el país (entre ellos un importante grupo de venezolanos), entre otros. Esto salió a la luz cuando se aprobaron las subvenciones económicas en el marco del Covid-19.
- En relación al perfil de la población en pobreza, el INEI-ENAO 2018-2019, informó que el 74,7% de los hogares en condición de pobreza contaba con cocina a gas, el 65,9% con radio o equipo de sonido, el 60,4% con televisor y el 21,9% contaba con refrigeradora. Con relación al acceso a las Tecnologías de Información y Comunicación

---

<sup>5</sup> Fuente: INEI-ENAO 2018-2019.

(TIC), el 84,4% de los hogares pobres contaba con celular, el 13,9% tenía Tv cable y el 7,1% accedía a Internet. Sin duda esta desigualdad hace que, por ejemplo, las familias en situación de pobreza tengan que salir con más frecuencia a las calles para las compras día a día y, por otro, hace también que el acceso a la educación virtual sea menor en esta población.

- Una de las estrategias preventivas-promocionales claves para salvaguardar la salud y la vida de la población es el lavado de manos con agua y jabón, no obstante, actualmente no todas las familias tienen acceso al agua y menos a los servicios de saneamiento. Según la información del INEI-ENAPRES 2019, en el área urbana el 94.9% tiene acceso al agua por red pública y en el área rural sólo alcanza el 75.6%. En relación a saneamiento (alcantarillado) en las áreas urbanas el 90.4% tiene acceso a saneamiento y en el área rural sólo el 28.3%. Si miramos cobertura en la Amazonía, según el CENSO del 2017, el 88.5% no dispone de agua potable y 93% no cuenta con desagüe dentro del hogar.
- Otra área casi minimizada es la desigualdad de género en el país y las características de la afectación particular de las mujeres, en donde lamentablemente las medidas de confinamiento domiciliario y el distanciamiento social las pone en un mayor riesgo frente a situaciones de violencia intrafamiliar física, psicológica y sexual. Asimismo, revela los mayores niveles de carga que tienen las mujeres en las tareas domésticas y la crianza en el hogar y en las que recae en muchos casos el implementar las medidas preventivas y el cuidado de la familia frente a la enfermedad. A ello se agrega, las características particulares de los hogares en el Perú, en donde las mujeres en muchos casos son jefas del hogar (34,7 % —un tercio— de los hogares están encabezados por mujeres según el censo de 2017)<sup>6</sup>. Algunas de ellas, realizando teletrabajo desde el hogar y en condiciones de desigualdad frente a los hombres.

#### **a.-AVANCES IDENTIFICADOS EN LA DIMENSIÓN SOCIAL:**

En la dimensión social un importante referente lo constituye el Decreto de Urgencia 033-2020 que tiene por objeto establecer medidas extraordinarias, en materia económica y financiera, para minimizar los efectos de las disposiciones de prevención dispuestas en la declaratoria de Estado de Emergencia Nacional, aprobada mediante Decreto Supremo N° 044-2020-PCM, en hogares vulnerables con bajos ingresos, así como en personas naturales y jurídicas cuyas actividades cotidianas han tenido que suspenderse.

Este comprende algunas las siguientes medidas y otras mencionadas por el Presidente del Consejo de Ministros en la sesión del Congreso de la República del 28 de mayo del 2020:

**SUBVENCIONES ECONÓMICAS:** Según lo informado por el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social-MIDIS, a fines de mayo del 2020<sup>7</sup>, **4.7** millones de hogares ya han cobrado

---

<sup>6</sup> María Emma Mannarelli, Angélica Motta, Carmen Yon, Erika Figueroa y Katherine Soto. Mujeres, Género y Pandemia (Página 57), Por una nueva convivencia. La Sociedad Peruana en tiempos de COVID-19. Grupo Temático de Ciencias Sociales-MINSA. Mayo, 2020.

<sup>7</sup><https://www.gob.pe/institucion/midis/noticias/179010-alrededor-de-4-7-millones-de-hogares-ya-cobraron-el-bono-de-s-760>

el bono de S/760 soles, la meta es llegar a **6.8** millones de hogares (incluye bono urbano-yo me quedo en casa, bono rural, bono independiente y familiar universal).

**Bono “Yo me quedo en casa”:** La pandemia ha vulnerado la economía de miles de peruanos, en razón de ello se aprobó un subsidio monetario especial de S/ 380 a favor de los hogares en condición de pobreza o pobreza extrema. Este bono utilizó como padrón el Sistema de Focalización de Hogares que identifica las familias más pobres en los ámbitos geográficos con mayor vulnerabilidad sanitaria. Posteriormente, se autorizó la entrega de un monto similar a este mismo grupo de familias llegando a recibir un monto de S/ 760. Este bono a beneficiado a 2.5 millones de hogares y tiene un avance de 90%. Se comenzó la entrega el 26 de marzo.

**Bono para los trabajadores independientes,** a cargo del Ministerio de Trabajo, asciende a S/. 760 y está dirigido a más de 773 mil hogares de trabajadores independientes. Ha sido transferido a más de 600 mil hogares y tiene un avance del 86%. Comenzó el 8 de abril.

**Bono a favor de los hogares en condición de pobreza o pobreza extrema en el ámbito rural** de S/760. Incluye a las familias que no han sido beneficiarias de los subsidios monetarios anteriores y que residían en el ámbito rural (Decreto de Urgencia N° 042-2020, publicado el 19 de abril). La meta es beneficiar a 980 138 hogares en pobreza o pobreza extrema el ámbito rural. Ha beneficiado a más de 384 mil hogares y representa un avance del 39.8% en su proceso de pago, iniciado el 13 de mayo del 2020.

**Bono Universal por el mismo monto de 760 soles a cada familia,** el cual debería llegar a todas las familias que no habían accedido a los bonos anteriores. En lo que corresponde al ámbito rural de ese subsidio -gestionado por el MIDIS-, dirigido a 258 151 hogares, se tiene un avance de pago del 44%. En el área urbana, la entrega de dicho bono es responsabilidad del MTPE y ya cobró el 70% de los 594 mil hogares a los que está dirigido.

**PROGRAMAS SOCIALES:** Se dispuso el adelanto de la transferencia a usuarios de Pensión 65, Contigo y JUNTOS. Permitiendo que 403,645 usuarios de Pensión 65 reciban la transferencia de 500 soles por el Programa; 28,021 usuarios del Programa CONTIGO recibieron una transferencia de 600 soles de pensión no contributiva; así como también se pagó a 698,080 usuarios del Programa Nacional de Apoyo Directo a los Más Pobres Juntos.

**APOYO EN ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN:** El Decreto de Urgencia N° 033-2020 autoriza a los gobiernos locales a distribuir canastas alimenticias a fin de que la población en situación de pobreza y vulnerabilidad pueda acceder a alimentos básicos y de primera necesidad. Según la información del Portal de Transparencia del MEF al 29 de mayo del 2020 se han destinado S/ 234, 813, 096 millones de soles a los gobiernos locales, y se ha ejecutado S/. 204,424, 838 millones de soles (92.3% de avance).

En esa misma línea, el Programa Nacional QALI WARMA viene distribuyendo más de 20 mil toneladas de alimentos a más de 4 millones de estudiantes en escuelas públicas del país.

Asimismo, el Ministerio de Cultura aprobó mediante el Decreto Supremo N° 008-2020 los lineamientos para el traslado y entrega de bienes y/o alimentos a pueblos indígenas u originarios, por parte de entidades públicas, personas naturales y/o jurídicas de derecho privado, en el marco de la emergencia sanitaria por Covid-19.

Recientemente, se ha dispuesto desde el Gobierno el fortalecimiento de los comedores populares, las primeras semanas del mes de junio deben entrar en operatividad<sup>8</sup>.

**RED DE SOPORTE PARA EL ADULTO MAYOR CON ALTO RIESGO Y LA PERSONA CON DISCAPACIDAD SEVERA** (mediante Decreto de Urgencia N° 026-2020 publicado el 15-mar-20). Esta Red de Soporte para la persona adulta mayor con alto riesgo y la persona con discapacidad severa está conformada por todas las instituciones que trabajan directa o indirectamente con el adulto mayor y se está construyendo un padrón de la población objetivo utilizando múltiples fuentes de datos y los Programas Sociales.

**LUCHA CONTRA LA VIOLENCIA HACIA LAS MUJERES, NIÑAS, NIÑOS, ADOLESCENTES Y PERSONAS ADULTAS MAYORES:** Se instaló la Línea 100 funciona las 24 horas, los 7 días de la semana. A través de esta Línea, se ha recibido llamadas por violencia contra mujeres, niñas, niños, adolescentes, y adultos mayores. Asimismo, a través del Decreto Legislativo N° 1470, se establecen medidas para garantizar la atención y protección de las víctimas de violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar durante la Emergencia Sanitaria declarada por el Covid-19. Los Centros de Emergencia Mujer-CEM se han convertido en “Equipos Itinerantes de Urgencia” (EIU), que van al hogar de la víctima cuando es necesario para brindarles protección.

**EDUCACIÓN:** El 12 de marzo se decidió suspender las clases presenciales en todos los establecimientos educativos. Luego, se implementó las clases virtuales, a través del programa “**Aprendo en casa**”, y se aprobaron directivas para el desarrollo de educación remota y la entrega de material educativo. Paralelamente, se dispuso la compra de dispositivos informáticos o electrónicos, para la población en zonas de menor conectividad y/o situación de pobreza, según los criterios de focalización establecidos por el MINEDU.

**POBLACIONES INDÍGENAS:** Se aprobó el Decreto Legislativo 1489, que establece acciones para garantizar el derecho a la vida, la salud y seguridad de los pueblos indígenas de la Amazonía frente al COVID-19. Comprende los siguientes ejes: 1) fortalecimiento de la respuesta sanitaria, (2) el control territorial preventivo, (3) el abastecimiento de bienes de primera necesidad, (4) la información y alerta temprana (con mecanismos de monitoreo y alerta de la situación sanitaria entre las localidades indígenas) y (5) la protección de los pueblos indígenas en situación de aislamiento y contacto inicial (PIACI).

---

<sup>8</sup> **Resolución Ministerial N° 087-2020-MIDIS**, que aprueba la Guía N° 001-2020-MIDIS, “Lineamientos de Gestión para el Almacenamiento y Atención de Comedores del PCA, durante y después de la emergencia sanitaria para prevenir la propagación del COVID -19. Asimismo, **Decreto de Urgencia N° 057-2020**, mediante el cual el Estado peruano aprueba la transferencia de presupuesto a 230 gobiernos locales a nivel nacional para que adquieran y distribuyan los kits básicos de limpieza, desinfección y seguridad a los 13,664 comedores del Programa de Complementación Alimentaria –PCA.

Recientemente, el Ministerio de Salud ha aprobado el “Plan de Intervención para Comunidades Indígenas y Centros Poblados Rurales de la Amazonía mediante la emergencia del COVID-19”, por el cual se ha destinado casi 90 millones de soles (88,426,254.22 millones) para reducir los efectos adversos de la pandemia en las comunidades indígenas y centros rurales, tanto en la prevención como en la capacidad de respuesta.

**AGUA Y SANEAMIENTO:** Según lo informado por el representante del Ministerio de Vivienda, Construcción y Saneamiento, en la reunión del 06 de mayo del 2020 del Grupo de Trabajo de “Agua y Saneamiento Rural” de la MCLCP, se han aprobado medidas específicas del sector saneamiento en el marco de la emergencia por COVID-19, entre ellas el Decreto de Urgencia N° 036-2020 y que tiene tres objetivos: reducir el impacto en los hogares, garantizar la continuidad de la prestación de los servicios de saneamiento y abastecer con agua gratuita para el consumo humano a la población de zonas vulnerables. Ello incluye el fraccionamiento de pago de los servicios de saneamiento y la contratación de camiones cisternas para la distribución de agua a la población de zonas vulnerables. Asimismo, con el Decreto de Urgencia N° 047-2020, se aprueba una transferencia de S/ 311 millones a las Municipalidades para garantizar la continuidad de los servicios para atender la emergencia sanitaria, incluye gastos operativos para saneamiento rural.

#### **b.- NUDOS CRÍTICOS IDENTIFICADOS EN LA DIMENSIÓN SOCIAL:**

**EN EL BONO UNIVERSAL.** Hasta el momento se han tomado medidas de corto plazo en el marco de la emergencia para proteger a la población en situación de pobreza y vulnerabilidad. Estas medidas, no ha llegado a todos los que lo necesitaban, por los niveles de desigualdad en el país, la informalidad, y por la existencia de un sector de la población históricamente excluida. Asimismo, porque los programas sociales tenían poca llegada a la población urbana-periurbana, y allí los registros del SISFHO son más débiles.

A pesar de ello, el Estado ha tratado de dar respuesta a esta problemática a través de diversos bonos aprobados. No obstante, se requerirán medidas de mediano y largo plazo para atender a la población que ya se encontraba en situación de pobreza y aquella que estaría ingresando a la condición de pobreza en el contexto de la pandemia por Covid-19.

Asimismo, se requerirá fortalecer el registro de la población en situación de pobreza y vulnerabilidad, en especial población que se encuentra aún invisible en los registros del Estado, tales como población con discapacidad, personas adultas mayores, personas en situación de calle, migrantes extranjeros, retornantes, poblaciones indígenas, mujeres jefas de hogar, etc.

**LA EDUCACIÓN VIRTUAL NO ES ACCESIBLE PARA TODOS:** al respecto, el INEI-ENAH0 2018-2019, informó que, en las familias de situación de pobreza, el 65,9% contaba con radio o equipo de sonido, el 60,4% con televisor, el 84,4% con celular, el 13,9% tenía Tv cable y el 7,1% accedía a Internet. Esto evidencia que la desigualdad en el acceso a servicios de telecomunicación hace que este grupo en su mayoría se encuentre excluido del acceso a la educación virtual. Al respecto, la MCLCP Moquegua informó que 268 niñas,

niños de nivel inicial, 531 de nivel primario y 377 de nivel secundario, en total 1,176 niñas, niños y adolescentes en la Región Moquegua no tendrían acceso a una señal de internet, televisión y/o radio para seguir la estrategia de educación a distancia “Aprendo en Casa”. Los distritos y sus comunidades rurales, de mayor altitud no están recibiendo conectividad de internet, TV y/o radio.

Por otro lado, la mayor parte de docentes tampoco estaba preparado para la enseñanza virtual, muchos no tienen habilidades para este tipo de entorno y algunos también con dificultad para tener equipos o conectividad.

**INCREMENTO DE LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER:** Del 16 de marzo al 26 de mayo del 2020, el MIMP ha reportado 4,773 casos de violencia atendidos por los servicios Aurora, en el 84% (4,025) de los casos las víctimas son mujeres y en el 16% (749) de los casos las víctimas son hombres. Según grupo de edad, los adultos/as son los más afectados 2,731 (57% del total de casos), sigue el grupo de niñas, niños y adolescentes con 1,844 víctimas de violencia (39% del total de casos) y los adultos mayores (198 víctimas de violencia, 4% del total de casos). De esta manera, las medidas de confinamiento y distanciamiento social afectan de manera particular a las mujeres. Un dato preocupante es reportado por PROMSEX, que menciona la débil articulación del MIMP y el MINSA para la aplicación de Kits para casos de violencia sexual.

**SE LLEGÓ TARDE Y POCO A LAS POBLACIONES RURALES E INDÍGENAS:** en esta población es importante trabajar la noción de enfermedad en relación a la epidemia del Covid-19. Asimismo, se requiere entender su lógica desde su perspectiva cultural. En la Amazonía, es donde se tiene un menor acceso a servicios de salud y de agua y saneamiento, y esto se relaciona con un menor avance en los indicadores de salud.

Asimismo, no se tiene información del Estado que dé cuenta de la real dimensión del impacto del Covid-19 en la población indígena. Según el informe periodístico de “Ojo Público” denominado “La pandemia avanza en la Amazonía más rápido que el Estado”, que recoge información de las direcciones regionales de salud de la Amazonía peruana, solo hasta el 04 de junio, se registraron 684 indígenas con Covid-19: 288 en Loreto, 279 en Ucayali, 89 en Amazonas, y 28 en Madre de Dios. Los pueblos con más casos detectados son los Shipibo-Konibo, seguidos de los Achuar, Kichwa, Wampis y Awajún. Son los lugares donde más pruebas se han realizado. A su vez, Convoca.pe, en su informe periodístico del 09 de junio en base a información MINSA, reporta 1124 indígenas contagiados por Covid-19, de los cuales 833 son de la etnia shipibo quienes están ubicados en la región Ucayali y también en Lima Metropolitana, donde viven un promedio de 250 familias shipibo en la comunidad de Cantagallo del distrito del Rímac. En ese mismo informe periodístico, se menciona que falta la inclusión de la variable étnica en los registros de casos COVID-19 de 3 regiones, Pasco, San Martín y Huánuco. En el portal del MINSA no se puede encontrar esta información.

**SE OBSERVA UN RETROCESO EN EL ACCESO A LA IDENTIDAD,** con la declaración del Estado de Emergencia por Covid-19, la RENIEC ha suspendido sus atenciones en todas sus oficinas y agencias, incluido la expedición del DNI en los establecimientos de salud

donde ocurren los nacimientos<sup>9</sup>. Esto significa un retroceso en el acceso a la identidad, en especial en el nacimiento, ya que actualmente los niños y niñas que nacieron en el contexto de la emergencia por Covid-19 sólo contarían con el Certificado de Nacido Vivo hasta que se reinicie la expedición de la RENIEC de los DNI.

### **2.3. AVANCES Y NUDOS CRÍTICOS IDENTIFICADOS EN LAS MEDIDAS IMPLEMENTADAS EN SALUD:**

#### **a.-AVANCES IDENTIFICADOS EN LAS MEDIDAS IMPLEMENTADAS EN SALUD:**

El sector salud en la lucha contra el Covid-19, se planteó tres estrategias claves: una estrategia social, basada en promoción y prevención (aislamiento, distanciamiento social, uso de mascarillas y lavado de manos); una segunda estrategia que buscaba fortalecer y ampliar la atención especializada (inmovilización y seguimiento epidemiológico, ampliar hospitalización y cuidados intensivos), y una tercera de constitución de un equipo humanitario de manejo de cadáveres, ante las personas fallecidas.

Una estrategia que recién está empezando es la estrategia para fortalecer la atención de salud en el primer nivel (tele orientación, equipos de respuesta rápida y red de laboratorios).

Entre los principales avances en salud se tiene los siguientes:

**INSTALACIÓN DEL COMANDO COVID-19**, encargado de dirigir la gestión del Covid-19 en todo el territorio nacional, constituido por representantes de todas las instituciones que prestan servicios de salud. Este espacio dirige la parte operativa de la atención y coordinan con las direcciones regionales de salud. Además, esto ha ido acompañado con la norma que facilita el intercambio prestacional entre establecimientos de salud públicos y privados, y el fortalecimiento de la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD), para que verifique la adecuada prestación de los servicios de salud.

En las regiones se han instalado 23 COMANDOS COVID-19. Al respecto, 5 de 14 MCLCP Regionales que enviaron sus “Informes Regionales Covid-19” mencionaron que forman parte de los COMANDO COVID-19 regionales (Ucayali, Puno, Ayacucho, Huancavelica, y Junín)

**CONSTITUCIÓN DE EQUIPOS DE EXPERTOS (7)<sup>10</sup>** que han estado dando seguimiento a cada una de las acciones tomadas. Estos equipos reúnen a ex ministros de salud, ex vice ministros, ex directores, científicos y expertos de diversas áreas.

**AMPLIACIÓN DE CAMAS HOSPITALARIAS Y CAMAS UCI:** Cuando se produjo el primer caso de Covid-19 en el Perú, el 6 de marzo del 2020, teníamos a nivel nacional menos de 2,000 camas hospitalarias que se podían usar para el Covid y 100 camas UCI disponibles.

---

<sup>9</sup> Resolución Jefatural 043-2020 de RENIEC del 17 de marzo del 2020.

<sup>10</sup> 7 grupos de trabajo: Comité de atención y manejo Covid-19, Comité de prospectiva de la pandemia, Comité de salud ocupacional y ambiental, Comité de innovación de tecnologías sanitarias, Comité de fabricación digital en salud, Comité de ética y Comité de ciencias sociales.

Al 28 de mayo del 2020, se informó que se tiene 1,090 camas UCI, de las cuales 926 se encuentran con ventilador ocupado; y tenemos 10,965 camas hospitalarias disponibles, de las cuales están ocupadas 8,627 camas.

**INFRAESTRUCTURA:** Se habilitó la Villa Panamericana como un Centro de Atención y Aislamiento contra el Covid-19. Hoy se tiene habilitado allí, 4 torres que permiten la atención de 1,800 pacientes. Adicionalmente, se ha instalado allí un Hospital de campaña con 100 camas para emergencias y se tiene un sistema de seguimiento y comunicación diario de reporte de estado de salud a los familiares de los pacientes. De otro lado, se ha reforzado la infraestructura hospitalaria (Hospital de Ate Vitarte, del Hospital de Essalud San Isidro Labrador y Octavio Mongrut) para brindar mayor cobertura de calidad en los establecimientos de salud (con mayor atención hospitalaria, incluidas las camas UCI).

**AMPLIACIÓN DE PRUEBAS MOLECULARES y RÁPIDAS:** Cuando recién se inició la pandemia de Covid-19 en el Perú, teníamos un laboratorio funcionando, el del Instituto Nacional de Salud en Lima, y se comenzaron a tomar pruebas moleculares a un ritmo de 200 pruebas diarias. A partir de la segunda semana, se tomaban 500 pruebas diarias a nivel nacional. Con esa cantidad de pruebas por día y con un solo laboratorio en Lima, resultaba muy limitado, por ello se decidió por una segunda herramienta de medición mucho más versátil y rápida, la llamada prueba serológica (rápida). Actualmente, se realiza un promedio de 25 mil pruebas diarias.

Hasta la fecha se ha adquirido 1´733,883 pruebas rápidas, a las cuales se agregan 500 mil más donadas por la empresa privada, lo cual permitirá crecer en el control y en la realización de tamizajes a grupos poblacionales.

Paralelamente, se acompañó la acreditación de nuevos laboratorios regionales. Hoy tenemos 15 laboratorios ubicados en 13 regiones: Arequipa, Ayacucho, Cajamarca, Cusco, Huánuco, La Libertad, Lima, Lambayeque, Loreto, Piura, San Martín, Tacna y Tumbes.

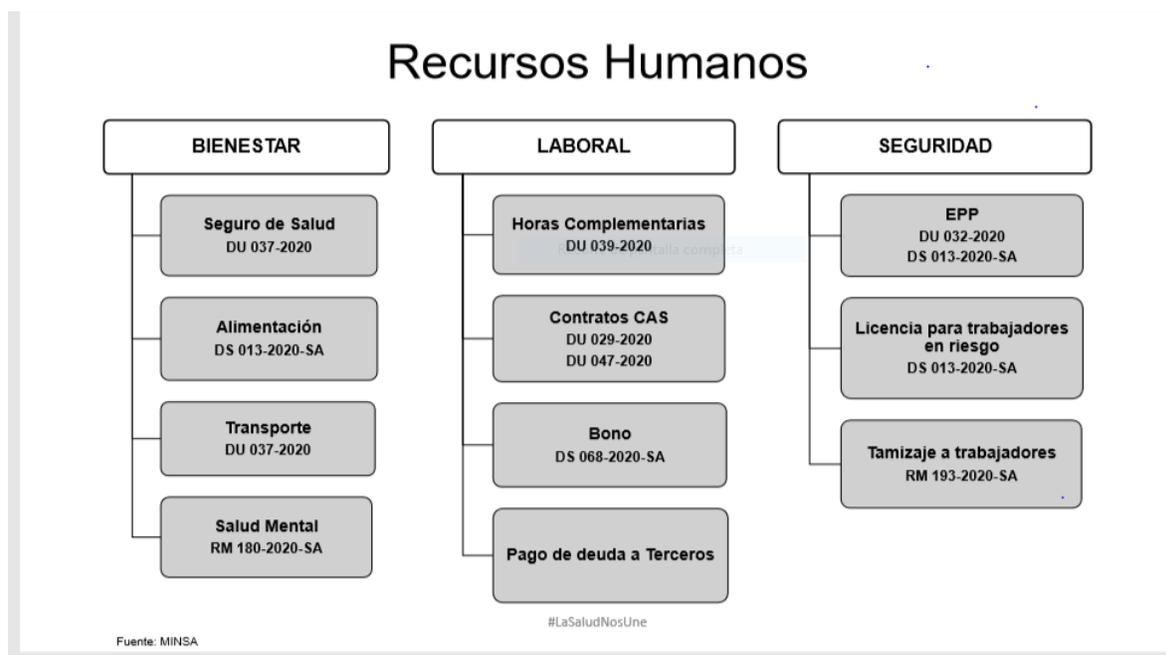
**FORMACIÓN DE EQUIPOS DE RESPUESTA RÁPIDA:** Se ha constituido 250 equipos de respuesta rápida, acompañados de un sistema de monitoreo y seguimiento médico telefónicos. Estos equipos no solo tomarán pruebas, sino tendrán médicos que permitirán que se disponga inmediatamente el inicio del tratamiento y la entrega de medicinas necesarias cuando consideren que así lo amerita el caso. Asimismo, se dispuso la habilitación de 200 millones de soles para que se adquieran kits de tratamiento para atender a 200 mil pacientes.

**EQUIPAMIENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP).** La falta de EPP ha sido y sigue siendo un problema. Se ha informado que se ha distribuido 32 millones 868 mil 434 piezas de diferentes implementos. Se va seguir adquiriendo más EPP, para que se distribuyan en todos los centros de salud, incluyendo los centros de atención primaria, servicios que han estado cerrados y que ahora empezarán a reabrirse para que puedan contribuir a la atención del conjunto de la población.

**DISPONIBILIDAD OXÍGENO:** Actualmente, 112 Instituciones prestadoras de los servicios de salud tienen fuentes de oxígeno (18 tienen tanque, 5 tienen planta y 108 se abastecen

a través de cilindros), las cuales abastecen la demanda en una época normal. Sin embargo, la demanda de oxígeno para atender casos Covid-19, asciende a 217,404 m<sup>3</sup> (21,740 balones), lo cual representa aproximadamente 40% más del consumo regular. Esta demanda inusitada excede la disponibilidad regular que teníamos y excede incluso la capacidad de producción de oxígeno existente. Al respecto, se está elaborando una propuesta que va permitir abastecer de oxígeno inmediatamente que se comience a detectar un consumo mayor al habitual.

**RECURSOS HUMANOS EN SALUD:** Se han dictado diversas medidas dirigidas al personal de salud, que son la primera línea que actúa de manera directa frente a la enfermedad (mejores condiciones de contratación, seguro de vida, bonificaciones, medidas para su salud mental). Además, se ha creado un servicio Covid-19 especial, que también pueden integrar profesionales extranjeros que cumplan con las habilitaciones establecidas. El objetivo que se busca es incrementar el número de profesionales y asistentes de salud para poder dar atención a todas las personas contagiadas que requieren atención, hospitalaria. Algunas medidas se resumen en lo siguiente:



Fuente: MINSAs. PLAN DE ACCIÓN COVID-19. Fecha: 28 de abril 2020.

**DATOS ABIERTOS:** se tiene una “Sala situacional Covid-19” en donde se coloca diariamente los datos que marcan la evolución de la pandemia en el Perú y el uso de los recursos públicos.

**SE APROBARON NORMAS PARA DAR CONTINUIDAD A LOS SERVICIOS DE SALUD CON ENFASIS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN EL CONTEXTO DE COVID-19:** entre ellas destacan la Directiva Sanitaria N° 094 – 2020/MINSAs (23.04.2020) para garantizar la atención de la salud de las gestantes y la continuidad de la atención en planificación familiar ante la infección por Covid-19 y la Directiva Sanitaria N° 097-

2020/MINSA (30.04.2020) para la Prevención y Atención de la Gestante y del Recién Nacido con Riesgo o Infección por Covid-19, sobre las cuales las y los integrantes del Grupo de Salud de la MCLCP hicieron una incidencia para su aprobación e implementación en los servicios de salud. Asimismo, la aprobación de la Directiva Sanitaria N° 099-2020/MINSA (08.05.2020) que establece las disposiciones para garantizar las prestaciones de prevención y control de la anemia en el contexto del Covid-19; la Norma Técnica de Salud N° 306-2020/MINSA (21.05.2020) para la Adecuación de la Organización de los Servicios de Salud con énfasis en el Primer Nivel de Atención de Salud frente a la pandemia por Covid-19 en el Perú, y la Directiva Sanitaria 093- 2020/MINSA (21.04.2020), referida a las disposiciones y medidas para operativizar las inmunizaciones en Perú en el contexto del Covid-19.

**SE APROBARON NORMAS EN SALUD MENTAL EN EL CONTEXTO DE COVID-19:** Las principales: la Guía Técnica para el Cuidado de la Salud Mental del Personal de la Salud en el contexto del Covid-19 con Resolución Ministerial 180-2020/MINSA (06.04.2020), y la Guía Técnica para el Cuidado de la Salud Mental de la Población Afectada, Familias y Comunidad, en el contexto de Covid-19 con Resolución Ministerial 186-2020/MINSA (10.04.2020). Recientemente, se aprobó el Documento Técnico: Plan de Salud Mental en el Contexto de Covid-19, Perú 2020-2021 con Resolución Ministerial 363-2020/MINSA (06.06.2020).

**TELESALUD:** Uno de los aspectos que se está implementando es el fortalecimiento de los servicios de tele salud, incluyendo la posibilidad de emitir recetas telefónicas o a través de medios digitales.

#### **b.- NUDOS CRÍTICOS IDENTIFICADOS EN LAS MEDIDAS IMPLEMENTADAS EN SALUD:**

**LA RESPUESTA DE SALUD EN EL CONTEXTO DE PANDEMIA POR COVID SE CONCENTRÓ EN LAS ZONAS URBANAS,** en los Hospitales y en su capacidad instalada (camas hospitalarias y camas UCI). No se tuvo una estrategia desde el inicio para zonas rurales y se detuvieron las prestaciones en el primer nivel de atención. Sobre este último, se anunció la semana del 25 de mayo el reinicio de las atenciones en el primer nivel de atención, uno de los limitantes es no tener equipos de protección suficientes para todo el personal de salud y los niveles de seguridad necesarias.

**SATURACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN HOSPITALES, EN ZONAS URBANAS E INSUFICIENTE CAPACIDAD DE RESPUESTA:** esto se ha evidenciado, por los casos denunciados en medios de comunicación en el que los pacientes con Covid-19, en su mayoría se les deriva a sus hogares, y sólo los casos de riesgo son atendidos en UCI; otra preocupación son las declaraciones de los médicos de que por la falta de camas UCI se está priorizando casos en relación a la capacidad de recuperación del paciente. El personal de salud que atiende casos Covid-19 también se encuentra desbordado física y psicológicamente. Por otro lado, hay un número importante de médicos que están por encima de 60 años y están en el grupo de riesgo por comorbilidad y que no están en los servicios de salud, aproximadamente entre 30 a 40%. En ese sentido el personal de salud

en los servicios de salud se ha visto disminuido, en cantidad y calidad, lo que está ocasionando un agotamiento en el personal de salud, ya que realizan turnos de 24 horas y en algunos casos ya no se pueden cubrir los turnos de atención.

**NO SE TUVO EN CUENTA EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN**, hace una semana recién se está abordando, se dejaron alrededor de 2 meses y medio sin atención a muchos pacientes con enfermedades leves y cuando se complicaban recién los atendían. Asimismo, disminuyó la capacidad de atención de pacientes “No Covid 19” por día en los establecimientos de salud, por la alta concentración en los pacientes “Covid-19”.

**DÉBIL INCLUSIÓN DE LA PARTICIPACIÓN SOCIAL Y COMUNITARIA.** Entre las medidas para la lucha contra el Covid-19, se dio la suspensión de los mecanismos de participación por el riesgo de contagio, además, porque se debía evitar la movilización y concentración de personas en espacios públicos. Es así que se debilita la participación en especial de agentes comunitarios, promotores de salud, organizaciones de base, entre otros actores sociales. No obstante, en el espacio local, las autoridades con participación de la comunidad han realizado cercos epidemiológicos y han protegido a su población. Lo mismo ocurre con los pueblos indígenas que como estrategia de sobrevivencia se han auto aislado. Asimismo, las Iglesias han tenido un rol importante para proteger a la población, destaca el caso de Loreto, donde la Vicaría ha liderado la instalación de una planta de oxígeno en la región.

**AGRAVACIÓN DE LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN LA POBLACIÓN:** la situación de confinamiento y distanciamiento físico y social, ya tiene efectos en la salud mental de las personas, en especial en el personal de salud que se encuentra en la primera línea de atención en los establecimientos de salud en el contexto de emergencia por Covid-19. La situación crítica que vive el país, unido a la pérdida de familiares y amigos, y las noticias que se emiten por los diversos medios de comunicación que alertan de la situación sobre personas contagiadas con Covid-19 y muertes ocurridas, día a día, incrementan los problemas de ansiedad, incertidumbre, depresión, entre otros, durante la cuarentena, en la población de niñas, niños, adolescentes, jóvenes, adultos y adultos mayores. Asimismo, en el contexto de Covid-19 se han cerrado muchos servicios de salud mental por considerarse no prioritario, afectando a la población que recibía tratamiento con regularidad.

**HA FALTADO UNA ESTRATEGIA COMUNICACIONAL BIEN PLANIFICADA** para el cambio de comportamiento, por áreas, estratos, por regiones para llegar hasta al último habitante del país.

**LA PANDEMIA DEL COVID-19, YA TIENE EFECTOS NEGATIVOS EN LA SALUD Y NUTRICIÓN DE LAS MUJERES, GESTANTES, RECIÉN NACIDOS, NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES:** de la observación de indicadores nacionales que se sigue en el Grupo de Salud de la MCLCP, preocupa el retroceso que puede haber de los avances logrados en los principales indicadores de salud como vacunación, salud materna, salud neonatal, salud sexual y reproductiva, DCI y anemia, entre otros, a consecuencia de la concentración de los servicios de salud en la respuesta a la emergencia por Covid-19 y la suspensión de los servicios “No Covid”, en aproximadamente 2 meses y medio.

En el contexto de emergencia por la pandemia de Covid-19, el MINSA aprobó varias normas para dar continuidad de los servicios de salud. En la atención materna y salud sexual y reproductiva se aprobó la Directiva Sanitario N° 094-MINSA/2020, para garantizar la salud de las gestantes y la continuidad de la atención en planificación familiar en el contexto de Covid-19 con fecha del 23 de abril del 2020, pero aún es débil su implementación, acompañado de la insuficiente oferta de servicios, entre ellos, dotación de anticonceptivos y el retraso en el ingreso de obstetras al servicio de salud para atender gestantes. El Colegio de Obstetras del Perú a partir de la información del MINSA, reporta un incremento de muertes maternas. Asimismo, el UNFPA ha expresado su preocupación por que se pudieran revertir los logros registrados en los últimos años en la disminución de la mortalidad materna, por la reducción de sesiones de consejería/orientación en planificación familiar, el descenso de controles prenatales y las atenciones durante el puerperio en el primer trimestre del año 2020, en comparación al primer trimestre del año 2019.

En el caso de la vacunación, se aprobó el 20 de abril la Directiva Sanitaria 093-MINSA/2020, que establece las disposiciones y medidas para operativizar las inmunizaciones en el Perú en el contexto de Covid-19, ya se tiene dos meses y medio de suspensión de la vacunación, y a pesar de los esfuerzos del MINSA va ser difícil de recuperar las coberturas en vacunación, en cuanto no se cuenta con personal suficiente y se tiene enfermeras con Covid-19.

La vacunación, es la segunda intervención más costo - efectiva para prevenir enfermedades, después del agua, y no debemos bajar la guardia, debido a su importancia también para prevenir muertes. Cada mes el porcentaje de vacunación debe llegar a 8% para llegar al 100% de cobertura al cierre del año, vamos a llegar a 3 meses sin que la vacunación regular esté marchando de manera habitual, y es probable que tengamos un 25% de niños y niñas sin vacunas. En el 2019 estábamos en una cobertura de 80-85% y significa un riesgo disminuir tales coberturas alcanzadas. Otro tema preocupante es en relación a los recién nacidos, es un riesgo que salgan sin tamizaje, sin vacuna de BCG y Hepatitis "B" en las primeras 12 a 24 horas de nacidos, y además no se está siguiendo a los niños de alto riesgo, y se está retrocediendo en la promoción de la lactancia materna.

En nutrición, en el año 2019 se lograron avances con la implementación de la Meta 4 (anemia) del Programa de Incentivos Municipal, y la reducción de la anemia; pero este año 2020, se corre el riesgo que se incremente la anemia y la desnutrición crónica infantil. Muchas de las familias, sobre todo, en situación de pobreza y vulnerabilidad, no han podido acceder al suplemento de hierro y están pasando situaciones de hambre, unido a ello está el problema de asegurar la cadena de producción y distribución de alimentos en medio de la pandemia por Covid-19. Ver cuadro 9.

INDICADORES DE SALUD EN EL CONTEXTO DE COVID-19	AÑO 2019	AÑO 2020	Variación
<b>SOBRE SALUD MATERNA NEONATAL</b>	<b>Hasta el 30 de Mayo</b>	<b>Hasta el 30 de Mayo</b>	
Mortalidad Materna (N° de MM) (Centro Nacional de Epidemiología-MINSA)	152 MM	158 MM	(+) 6 MM (+4%)
Mortalidad Neonatal (N° de MN) (Centro Nacional de Epidemiología-MINSA)	1396 MN	757 MN	(-) 639 MN (-46%)
Nacidos vivos (CNV-MINSA)	208, 204	199, 917	(-) 8,287 (-4%)
Nacimientos por cesárea (CNV-MINSA)	77,866	74,991	(-)2,875 (-4%)
Nacimientos de madres adolescentes de 10 a 19 años de edad (CNV-MINSA)	20,392	18,534	(-)1,858 (-9%)
Nacimientos de madres adolescentes de 10 a 14 años de edad (CNV-MINSA)	323	304	(-19) (-6%)
<b>SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA</b>			
Acceso a Métodos Modernos de PF (%). Fuente: INEI-ENDES PPR	Año 2019: 55.6 %	Año 2020: Sin datos	
Sesiones de consejería en PF. Fuente: data administrativa del MINS/Elaboración: UNFPA	Primer trimestre 2019: 949.789	Primer trimestre 2020: 715.630	-234.159 (-24.6%)
Control pre-natal. Fuente: data administrativa del MINS/Elaboración: UNFPA	Primer trimestre 2019: 62.421 (I trim), 36.935 (II trim), y 11.035 (III trim)	Primer trimestre 2020: 53.956 (I trim), 27.516 (II trim), y 7.672 (III trim)	-8.465 (-13,5%) -9.419 (-25,5%) -3.363 (-30.4%)
Atenciones de puerperio. Fuente: data administrativa del MINS/Elaboración: UNFPA	Primer trimestre 2019: 68.125	Primer trimestre 2020: 61.068	-7.057 (-10.3%)
Atención de partos (CNV). Fuente: data administrativa del MINS/Elaboración: UNFPA	Primer trimestre 2019: 5 (<12) 5.240 (12 – 17) 66.034 (18 – 29) 52.070 (30 – 59)	Primer trimestre 2020: 4 (<12) 4.111 (12 – 17) 64.761 (18 – 29) 54.614 (30 – 59)	-1 (<12) -1.129 (12 – 17) -1.273 (18 – 29) +2.544 (30 – 59)
<b>NUTRICIÓN Y ANEMIA</b>			
ANEMIA (%). Fuente: INEI-ENDES PPR	Año 2019: 40.1	Año 2020: Sin datos	
DCI %(OMS). Fuente: INEI-ENDES PPR	Año 2019: 12.2	Año 2020: Sin datos	
Lactancia (%). Fuente: INEI-ENDES PPR	Año 2019: 65.7	Año 2020: Sin datos	
<b>DENGUE</b>			
Dengue (N°) (Centro Nacional de Epidemiología-MINSA)	Año 2019; Hasta el 30 de Mayo 15,296 casos y 37 defunciones	Año 2020; Hasta el 30 de Mayo 26, 543 casos y 33 fallecidos	(+) 11,247 (+74%)
<b>VIOLENCIA CONTRA LA MUJER</b>			
Violencia contra la mujer (N°) (Fuente: MIMP)-Del 16 de marzo al 26.05.2020		4,773 casos de violencia atendidos por el MIMP 84% (4,024) son mujeres Según grupo de edad: 1,844 casos de NNA (39%), 2,731 casos de adultos (57%), y 198 casos de adultos mayores (4%)	
<b>INMUNIZACIONES EN NIÑAS y NIÑOS</b>			
PORCENTAJE DE MENORES DE 36 MESES CON VACUNAS BÁSICAS PARA SU EDAD (1)	AÑO 2019 78.6	AÑO 2020 2020: Sin datos	
PORCENTAJE DE MENORES DE 36 MESES CON VACUNAS DE ACUERDO SU EDAD (2)	60.7	2020: Sin datos	
PORCENTAJE DE MENORES DE 12 MESES CON VACUNAS BÁSICAS PARA SU EDAD (3)	82.4	2020: Sin datos	
PORCENTAJE DE MENORES DE 12 MESES CON VACUNAS DE ACUERDO A SU EDAD (4)	76.7	2020: Sin datos	
(*) Fuente: INEI-ENDES PPR 2019			
(1) Vacunas Básicas Completas incluye 1 dosis de BCG, tres dosis de PENTAVALENTE, tres dosis contra la Poliomiéltis y una dosis contra el Sarampión.			
(2) Vacunas de acuerdo a su edad incluye 1 dosis de BCG, 3 dosis de Pentavalente, 3 dosis de Polio, 2 dosis de Rotavirus, 3 dosis de Neumococo, 2 dosis de SPR, 1 dosis de refuerzo de DPT y 1 dosis de refuerzo de Polio; según el Esquema Nacional de Vacunación con Resolución Ministerial N°719-2018/MINSA, que aprueba la NTS N°141-MINSA/2018/DGIESP.			
(3) Vacunas Básicas Completas incluye una dosis de BCG, tres dosis de PENTAVALENTE y tres dosis contra la Poliomiéltis.			
(4) Vacunas de acuerdo a su edad incluye 1 dosis de BCG, 3 dosis de Pentavalente, 3 dosis de Polio, 2 dosis de Rotavirus y 2 dosis de Neumococo; según el Esquema Nacional de Vacunación con Resolución Ministerial N°719-2018/MINSA, que aprueba la NTS N°141-MINSA/2018/DGIESP.			

**SE HA PUESTO EN RIESGO OTRAS INTERVENCIONES DE SALUD CLAVES COMO LA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE DENGUE, VIH, TBC, CÁNCER, ENFERMEDADES CRÓNICAS, ENTRE OTROS:** por la concentración de los servicios en la atención de pacientes con Covid-19, y la suspensión de la atención a pacientes “No Covid 19”, no se ha tenido una suficiente atención y seguimiento a los pacientes “No Covid” con enfermedades crónicas, complicadas y de alto riesgo. Asimismo, disminuyó, la capacidad de atención de pacientes “No Covid” por día en los Hospitales e Institutos Especializados, y el acceso a medicamento y tratamientos. En el caso del cáncer la situación es dramática, afecta a más de 66 mil personas al año, y hasta el año 2019, era la primera causa de muerte. El Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), recibe el mayor número de pacientes: 13 mil por año, el 12,5% de toda la población oncológica en el país<sup>11</sup>. Por ello, siempre está abarrotado y es muy difícil conseguir cita: las personas tardan un mes para lograr que un médico los examine. En este contexto de pandemia de Covid-19, se ha agravado una situación que ya era crítica desde mucho tiempo atrás. Según declaraciones del Sub Jefe del INEN, Gustavo Saravia “...la capacidad de atención se ha reducido, de 10 operaciones diarias, pasamos a realizar 3, de 180 quimioterapias, ahora hacemos 8, y de 360 radioterapias solo podemos hacer 150...”

**INSUFICIENTE INFORMACIÓN ESTADÍSTICA DESAGREGADA DE REGIONES Y POR CARACTERÍSTICAS PARTICULARES DE LA POBLACIÓN.** No se cuenta con información desagregada de disponibilidad de camas UCI con ventilador mecánico distribuido por departamentos en el país. Asimismo, no se cuenta con información de personas con COVID positivo, desagregado por características particulares, pobres, no pobres, indígenas, afrodescendientes, migrantes, etc.

**INCREMENTO DE MUERTES POR TODAS LAS CAUSAS EN EL AÑO 2020.** La información del registro de defunciones del portal del MINSA, reporta ya un incremento de muertes en el país este año, en relación a las muertes ocurridas el año pasado, que no se explica suficientemente con las cifras reportadas de fallecidos por Covid-19 en el Perú, lo que puede indicar que pueda existir además de las muertes por Covid-19, un incremento de muertes por otras causas.

**EN EL CONTEXTO DE PANDEMIA POR COVID-19, SE INTENSIFICAN LAS DIVERSAS VULNERABILIDADES,** ambiental, económica, laboral, alimentaria, hídrica, etc.

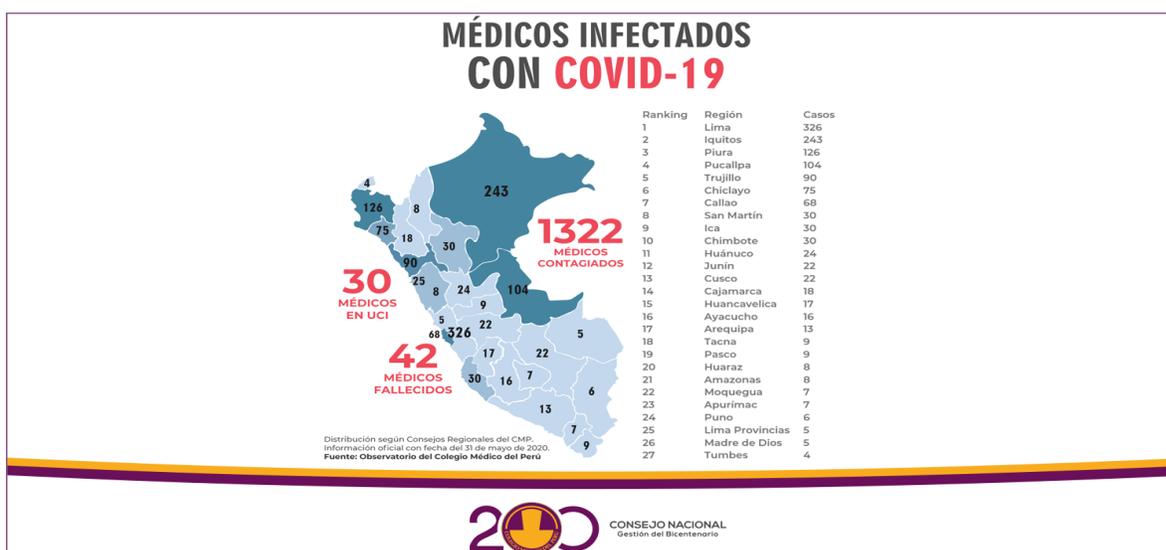
**LA PROTECCIÓN DE LOS TRABAJADORES DE SALUD AÚN ES INSUFICIENTE:** A pesar de la compra de equipos de protección personal del Ministerio de Salud, este ha sido insuficiente frente a una creciente saturación de Hospitales por incremento casos Covid-19, poca rotación de personal de salud, que a su vez no cambia sus EPP con la frecuencia necesaria o que aún no recibe los EPP completos, y por insuficiente personal de salud en

---

<sup>11</sup> En nuestro territorio solo hay cuatro locales del INEN: en Lima, Huancayo, Trujillo y Arequipa. Las zonas alejadas no tienen acceso a servicios de salud especializados y mucho menos a programas de prevención. También se tiene pocos médicos especialistas, 2 por cada 100 mil habitantes

los servicios<sup>12</sup>. A esto se suma, el hecho que no se use y/o no se distribuya adecuadamente los EPP, en algunos casos se han identificado robo de EPP. Lamentablemente, a fines de mayo, el Colegio Médico del Perú ya ha reportado 1322 médicos con Covid-19, 30 médicos en UCI, y 42 médicos fallecidos. A su vez, la Decana del Colegio de Obstetras del Perú, informó sobre 400 obstetras con Covid-19, 3 en UCI y 2 obstetras fallecidas.

Frente a esta situación las organizaciones de sociedad civil y cooperación han reorientado sus recursos a la compra de EPP e insumos para el personal de salud, sabemos de los caos de PROMSEX, UNICEF, Plan Internacional, Acción con el Hambre, Voces Ciudadanas, CMMB, PMA, entre otros. Incluso han colaborado las escuelas de egresados de Medicina de la Universidad Cayetano Heredia y San Marcos. Los Colegios de Profesiones de Salud están juntando recursos para apoyar a los profesionales de salud que se encuentran en primera línea en la lucha contra el Covid-19. El Colegio Médico a apoyado con vuelos humanitarios para el traslado y la atención oportuna de los profesionales de salud con COVID-19.



Reporte al 31 de mayo del 2020. Colegio Médico del Perú.

## DOS NUDOS CRÍTICOS ADICIONALES E HISTÓRICOS SON:

**INSUFICIENTE PRESUPUESTO DESTINADO A SALUD:** Desde la formulación del Presupuesto Público Nacional se aspiró a un acceso universal y de calidad de los servicios de salud en el país, sin embargo, quedó en un enunciado al observarse los problemas en el acceso y en la capacidad de respuesta que se ha tenido al inicio de la pandemia por Covid-19 en el Perú.

<sup>12</sup> Sobre esto último se informó que un porcentaje importante de trabajadores de salud se encontraba dentro de la población en riesgo por edad o por enfermedades pre existentes, los cual han dejado de ir a prestar servicios a los establecimientos de salud en el contexto de COVID-19.

En relación al presupuesto, entre los años 2011, 2016 y 2020, el presupuesto público en salud ha mantenido una tendencia hacia el incremento, se incrementó de 7.780 mil millones de soles en el 2011 (1.6% del PBI) a 13. 471 mil millones de soles en el 2016 (3.3% del PBI según cifras del Banco Mundial), y a 18.495 mil millones de soles en el 2020.

*Hacia el año 2016, Perú continuaba entre los países con un gasto público en sanidad bajo en comparación de otros países de América Latina. El Perú es el octavo país de América del Sur, con menor gasto público per cápita. Noveno es Bolivia y décimo Venezuela. En los países de América Latina y el Caribe, el Perú ocupa el puesto 13 de 20 países (Fuente: Banco Mundial, 2016).*

Este insuficiente presupuesto destinado a salud, también se vio afectado por los problemas en la calidad de la asignación y ejecución presupuestal de la función salud relacionado a la debilidad en las capacidades de gestión, regulación y alta rotación de funcionarios en los tres niveles de gobierno (nacional, regional y local), ya que además la transferencia de presupuesto en muchos casos no estuvo acompañada de transferencia de capacidades y asistencia técnica frecuente. En el año 2019, se llegó a ejecutar el 88.6% del presupuesto de salud, y en relación a los tres niveles de gobierno, se observó un menor porcentaje de ejecución presupuestal a nivel de gobiernos regionales y locales, 84.3% y 69.7% respectivamente.

Existe, además, cuellos de botellas en la gestión, en relación al presupuesto asignado y ejecutado en recursos humanos, infraestructura, medicamentos e insumos, y equipamiento, vinculado a los problemas de articulación entre los equipos de salud por ejemplo entre el área técnica, el área presupuestal y el área logística; y entre los mismos profesionales de la salud en los EESS del país.

**FRAGMENTACIÓN Y DESARTICULACIÓN DE LOS DIVERSOS PRESTADORES EN SALUD:** Desde el seguimiento que se ha realizado a través del Grupo de Trabajo de Salud de la MCLCP, uno de los grandes problemas ha sido la fragmentación y desarticulación de los diversos prestadores de salud pública en el país, entre ellos MINSA, ESSALUD, FFAA, y PNP y Gobiernos Regionales, sin sumar los diversos prestadores del sector privado. Actualmente, el acceso de la población a servicios de calidad en salud es desigual en cuanto a los diversos prestadores existentes de salud pública.

En relación al sector público, una respuesta ha sido la creación del “COMANDO COVID-19”, como mecanismo de articulación nacional y regional durante la pandemia por Covid-19, sin embargo, se requiere medidas a largo plazo que permitan la articulación y cogestión de la salud pública.

Un gran problema surgido en relación al sector privado, es la especulación y el incremento excesivo del costo de la atención de pacientes Covid-19. Hoy una medida que se está implementado es el intercambio prestacional entre público y privado en el marco de la emergencia por Covid-19. No obstante, es urgente una regulación y fiscalización.

### **CAPÍTULO III. PROPUESTAS CONCERTADAS PARA CONTRIBUIR A UNA MEJOR IMPLEMENTACIÓN DE LAS ESTRATEGIAS DE LUCHA CONTRA LA PANDEMIA DE COVID-19 Y PARA LA PROTECCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN EN EL PERÚ.**

La formulación de las siguientes propuestas, se da en un contexto en que la pandemia de Covid-19, ha evidenciado la desigualdad en el acceso, en la disponibilidad, y capacidad de respuesta, entre los diferentes prestadores del sistema de salud pública en el Perú. Nos llama a seguir o vigilar los presupuestos públicos asignados y su ejecución en los tres niveles de gobierno (nacional, regional y local), con una mayor participación de la sociedad civil. Asimismo, hace indispensable el abordaje de los determinantes sociales en la salud, con énfasis en las distintas vulnerabilidades que afectan a la población, como el impacto del medio ambiente, el acceso al agua y saneamiento, el acceso a la alimentación y a la seguridad alimentaria, y el acceso a un trabajo digno y seguro.

Que vamos hacer después, no es la única pandemia, llegaran otras, y en ese contexto necesitamos ser más fuertes y unidos como Región Andina, desde el punto de vista de la investigación, de nuestras tecnologías, desde la cooperación entre países y con la participación de todos.

A continuación, las y los integrantes del Grupo de Trabajo de Salud de la MCLCP, planteamos las siguientes propuestas en tres áreas: a.-) en relación a las intervenciones Covid-19; b.-) en relación a las intervenciones no Covid-19; y c.-) en relación al fortalecimiento del sistema de salud y la protección social y en salud de la población.

#### **a.-) PROPUESTAS EN RELACIÓN A LAS INTERVENCIONES COVID-19:**

En Perú es urgente no bajar la guardia ante la pandemia de Covid-19, y entender que regresar a la normalidad supondrá lo siguiente: 1) haber bajado el índice de casos con al menos 14 días seguidos, 2) tener capacidad de seguimiento a los casos confirmados Covid-19 y a sus contactos, fortaleciendo su monitoreo; y 3) que los servicios estén preparados para el 5 % que se va poner mal. Por último, en un proceso cercano al desconfinamiento, es importante incrementar el acceso a pruebas moleculares y rápidas, implementar con rapidez el rastreo de los contactos y su aislamiento selectivo y sostenible por al menos 14 días, en coordinación con las autoridades regionales y locales. Finalmente, seguir impulsando actividades de prevención y promoción de la salud, acompañado de estrategias y herramientas comunicacionales adaptadas a cada realidad con participación de las organizaciones locales. En ese contexto, planteamos las siguientes propuestas:

- 1. A PCM, MINSA, MINCU y MINEDU:** Reforzar las actividades de prevención y promoción de la salud en la población, referidas al distanciamiento social y físico, al lavado de manos con agua y jabón, y uso de mascarillas, mediante campañas masivas adaptadas a cada realidad en costa, sierra y sierra, incorporando el enfoque intercultural. Al respecto, se recomienda implementar campañas de educación masiva propositivas y menos prohibitivas con participación de las organizaciones locales y pensando en los contextos diferenciados desde lo social y cultural. En segundo lugar,

fortalecer las estrategias y el uso de la diversidad de herramientas comunicacionales como radio, tv, mensajes de texto y redes sociales. En tercer y último lugar, es importante educar en el riesgo de la automedicación en la población.

2. **AL MINSA y MEF:** Avanzar en la cooperación entre países de la región andina para la investigación, para las compras de EPP, ventiladores, pruebas, etc., para compartir y fortalecer estrategias, y posteriormente para tener la vacuna del Covid-19. La integración andina puede ayudar a la generación de recursos para el país para enfrentar esta pandemia y otras que vengan.
3. **A PCM y MEF:** Es de suma importancia incrementar los fondos para la investigación en CONCYTEC, en este escenario de pandemia de Covid-19 y de posible surgimiento de otras pandemias.
4. **AL MINSA:** fortalecer los sistemas de información y la transparencia de Covid-19, en especial en: la disponibilidad de camas UCI con ventiladores en Lima y regiones; en el registro de defunciones Covid-19 y No Covid-19, ya que hay un incremento observado de defunciones en el país en este periodo 2020; y, en tercer lugar, incluir en el registro de la información Covid-19 las siguientes características: pobre, no pobre, indígena, migrante, afrodescendiente, rural y urbano, entre otras; en todas las regiones del país.
5. **AL MINSA:** abordar de manera urgente los Hospitales del país que reportan ya una saturación y/o desborde por casos Covid-19 e implementar de manera coordinada con los “COMANDO COVID” y Gobiernos Regionales, estrategias diferenciadas de contención y respuesta a la emergencia. Asimismo, fortalecer los sistemas de atención, y de referencia en Lima y regiones, de casos Covid-19. Finalmente, monitorear la disponibilidad de insumos, medicamentos, equipamiento, y personal de salud, así como de equipos de protección personal a nivel nacional.
6. **AL MINSA:** implementar medidas para regular el acceso al oxígeno medicinal, los costos de atención de pacientes Covid-19 en las clínicas privadas y hospitales públicos, y, a su vez, fortalecer el rol de SUSALUD como organismo de regulación y fiscalización de las entidades prestadoras de salud.
7. **AL MINSA:** fortalecer la implementación del Plan de Salud Mental 2020-2021, en el contexto de Covid-19, con una asignación presupuestal que permita atender los impactos de la pandemia de Covid-19 en la salud mental del personal de salud que se encuentra en la primera línea de atención, y, para el cuidado de la salud mental de la población afectada, familias y comunidad, en el contexto de covid-19.
8. **A PCM, MINSA, MINCU, MINEDU, MIDIS, GOBIERNOS REGIONALES Y LOCALES:** implementar de manera urgente una plataforma multisectorial con participación de los representantes de los pueblos indígenas de la Amazonía y organizaciones que tienen varios años trabajando en esas zonas, a fin de garantizar los derechos y la atención integral de las necesidades y prioridades de las poblaciones indígenas.
9. **AL MINSA, DIREAS y GOBIERNOS REGIONALES y LOCALES:** Fortalecer e incentivar la participación/colaboración de la sociedad civil y cooperación en la lucha contra el Covid-19, y en especial, en la recuperación del primer nivel de atención de la salud. La pandemia de Covid-19 ha resaltado en algunos casos la solidaridad u cooperación, esto debe ir acompañado de facilidades en la suscripción de convenios de ayuda mutua a nivel nacional, regional y local.

## **b.-) PROPUESTAS EN RELACIÓN A LAS INTERVENCIONES NO COVID-19:**

- 10. AL MINSA:** Es urgente fortalecer y recuperar el primer nivel de atención en salud en el país, con mejores condiciones de infraestructura, equipamiento y recursos humanos, incrementado su capacidad resolutive desde el nivel local-comunitario. Esto supone en primer lugar, resguardar el cumplimiento de las medidas de protección y prevención en los establecimientos de salud, la disponibilidad de equipos de protección para la personal de salud y, a su vez, el entrenamiento en su uso; en segundo lugar, contar con una base de datos de pacientes y un mecanismo de registro de citas y atenciones realizadas, ya sea en el establecimiento de salud como en las visitas domiciliarias; en tercer lugar, implementar las estrategias de monitoreo a través del contacto telefónico o video llamadas; en cuarto lugar, realizar una estimación de las atenciones programadas que se dejaron de realizar en el contexto de emergencia por Covid-19, e implementar un Plan de recuperación paulatina; y en quinto lugar, incorporar la participación de agentes comunitarios y promotores de salud y otros actores sociales en el territorio en el primer nivel de atención con la debida protección y medidas de seguridad.
- 11. AL MINSA:** implementar un mapa en tiempo real para la micro planificación a nivel de redes de salud que permita alcanzar la mayor cobertura de atención de la población en el nivel local.
- 12. AL MINSA:** Fortalecer la implementación y la capacitación en las normas aprobadas por el sector para garantizar la continuidad de la atención de gestantes, el acceso y disponibilidad de métodos anticonceptivos, la atención de los recién nacidos, el acceso a vacunas, la implementación de programas de nutrición y anemia, entre otros. Asimismo, trabajar en estrategias para recuperar a las usuarias y los usuarios que dejaron de ir a los servicios de salud por temor al Covid-19. Un tema de preocupación adicional, es el retroceso observado en la promoción de la lactancia, el nacimiento de prematuros y su seguimiento, y el seguimiento de gestantes y recién nacidos con Covid-19 y No Covid-19. Asimismo, no debemos bajar la guardia en las inmunizaciones, es importante que los recién nacidos sean vacunados en las primeras 12 a 24 horas de nacidos contra BCG y Hepatitis B, a su vez, debemos prevenir el riesgo de brotes de sarampión, tos ferina, influenza, polio, entre otras enfermedades.
- 13. AL MINSA:** Implementar y reforzar medidas sanitarias diferenciadas, en especial en grupos vulnerables y población en riesgo, tales como adultos mayores, mujeres gestantes, recién nacidos, poblaciones indígenas, personas con discapacidad, poblaciones afrodescendientes, personas con enfermedades crónicas, personas con VIH, personas con TBC, personas con cáncer, y el abordaje de las enfermedades endémicas como el dengue. Esto supone también garantizar la entrega de medicamentos en sus domicilios y/o el acceso a la atención y tratamiento para estos grupos.
- 14. AL MINSA e INEN:** Fortalecer la atención de los pacientes con cáncer por ser un grupo de alto riesgo, mediante el incremento de tele-consultas, tele-seguimiento para las quimioterapias orales, y, en el caso de infusiones (quimio endovenosa) optar por formas

subcutáneas u orales, que podrían aplicarse en los domicilios; y/o separar una instalación sólo para infusiones. Asimismo, garantizar la entrega de medicamentos en sus domicilios.

- 15. AL MINAGRI, MINAM, MIDIS y MTC:** Fortalecer los mecanismos para garantizar la distribución y acceso a los alimentos, incrementando la seguridad alimentaria y la adecuada nutrición en el contexto de pandemia por Covid-19, involucrando a los productores y agricultores locales.
- 16. AL MIMP y MINSA:** Fortalecer su articulación para la disponibilidad y aplicación de Kits para los casos de violencia sexual<sup>13</sup>. La cual es obligatoria para todos los establecimientos del MINSA desde el año 2019. Esto es importante, en la medida que se han incrementado los casos de violencia sexual.
- 17. RENIEC:** es urgente que se reabran las oficinas y agencias para la expedición del DNI, en especial en los establecimientos de salud donde se venía brindando este servicio, para no retroceder en las coberturas alcanzadas en el acceso de la población a la identidad.
- 18. A LOS GOBIERNOS REGIONALES Y LOCALES:** Fortalecer la articulación local para el acceso del paquete básico en salud y la protección social, incluyendo a los diferentes programas sociales y servicios de salud con énfasis en la atención de la primera infancia. Las instancias de articulación local lideradas por el Alcalde o el Gobernador Regional son un buen espacio para impulsar nuevamente el desarrollo de acciones conjuntas y el seguimiento para recuperar las principales intervenciones en salud y en la protección social.

### **C.-PROPUESTAS PARA FORTALECER EL SISTEMA DE SALUD Y LA PROTECCIÓN SOCIAL Y EN SALUD DE LA POBLACIÓN:**

- 19. AL MEF, MIDIS, MINSA, y GOBIERNOS REGIONALES Y LOCALES:** Avanzar en fortalecer el sistema de salud y la protección en salud y en lo social. Esta medida implica en primer lugar, incrementar el porcentaje de gasto del PBI en salud, y cerrar las brechas de capacidad de resolutive entre los diferentes niveles de atención y prestadores de salud. En segundo lugar, avanzar hacia un efectivo aseguramiento universal, con presupuesto, acceso oportuno y de calidad a la salud, que incluya la protección en salud de la población actualmente excluida y que no es visible en las bases de datos del Estado, tales como personas adultas mayores, personas con discapacidad, población indígena, población afrodescendiente, población migrante, personas en situación de calle, trabajadores independientes e informales, entre otros. En tercer lugar; tal como recomienda la CEPAL, avanzar hacia un ingreso básico universal para ayudar a la población más vulnerable a superar los efectos del coronavirus, por ser un tema urgente de sobrevivencia, fortaleciendo los bonos y ampliando su temporalidad. En cuarto lugar, avanzar junto a los Gobiernos Regionales y Locales, en actualizar y articular los sistemas de registro de personas en pobreza y vulnerabilidad para alcanzar la protección necesaria de la población a través de las diferentes subvenciones

---

<sup>13</sup> Directiva Sanitaria 083-MINSA/2019/DGIESP, para facilitar que los EESS a nivel nacional dispongan y usen los KITS para la atención de casos de violencia contra la mujer. Es de aplicación y cumplimiento obligatorio en todos los establecimientos de salud del Ministerio de Salud.

económicas del Estado y otros mecanismos de protección. Es clave que MIDIS evalúe, en primer lugar, el alcance de la protección social discutiendo la necesidad de universalizar la protección con sistemas escalonados de subsidio, en lugar de la focalización. Asimismo, es clave que MIDIS implemente las estrategias de atención adaptativa ante emergencias para una mejor respuesta del sistema de protección de social.

- 20. AI MINSA Y MEF:** Avanzar en la reforma del sistema de salud mediante: el fortalecimiento del liderazgo y rectoría del MINSA y la articulación de los diversos prestadores de salud (MINSA, ESSALUD, FFAA, FFPP, y sector privado); la generación de recursos y la adecuada planificación, ejecución y seguimiento del presupuesto de salud, en especial en infraestructura, equipamiento, insumos, medicamentos y recursos humanos; la modificación de la ley de trabajo médico y la generación de incentivos para incremento de profesionales de salud, con énfasis en médicos especialistas.
- 21. AI MINSA:** Fortalecer la implementación de la estrategia de atención primaria de la salud en todos los niveles de atención, con énfasis en el primer nivel de atención, implementando y ampliando las acciones de prevención y promoción de la salud. Debemos aprovechar esta oportunidad para superar el enfoque de salud basado en enfermedad y enfocado en los Hospitales y tener servicios de salud más cercanos a la población desde el espacio local.
- 22. AI MINSA:** En urgente cerrar la brecha de recursos humanos en salud en el país. necesitamos todo tipo de médicos para los tres niveles de atención, médicos generales, médicos de familia y especialistas, y otro tipo de profesionales de salud, a su vez, se debe fortalecer la articulación entre academia, MINSA y todos los prestadores de salud pública y privada.
- 23. AL MINSA:** Fortalecer el enfoque territorial y la articulación para las intervenciones en salud, las regiones tienen distintas realidades y requieren de diferentes estrategias. Se requiere vincular las acciones de abajo hacia arriba y viceversa. Para ello, es importante el fortalecimiento de los Consejos de Salud, nacional, regional y local, y otros mecanismos existentes de diálogo y participación en salud, incorporando el enfoque de derechos, de género, territorialidad y el derecho a un trato digno.
- 24. A PCM:** es crucial un abordaje multisectorial de los determinantes sociales en salud, como la vulnerabilidad hídrica, alimentaria, económica, de trabajo y ambiental, entre otras que afectan la salud de las personas.

***Comité Ejecutivo Nacional***

***Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza***

***Lima, 07 de julio del 2020***

## **ANEXOS:**

1. Hallazgos Regionales. Informes COVID-19-MCLCP Regionales.
2. Cuadros de Gasto Público MIDIS-COVID-19, Gasto Público Canastas-COVID-19 y Gasto Público MINTRA-Bono Independiente-Gasto COVID-19.
3. Cuadro Normas Aprobadas en el contexto COVID.