



INEQUIDADES SOCIOECONÓMICAS EN LA EVOLUCIÓN DEL COVID-19 EN LA REGIÓN DE PUNO

SOCIOECONOMIC INEQUITIES IN THE EVOLUTION OF COVID-19 IN THE PUNO REGIÓN

Mirian Ibañez; David Rojas Pacho; Amparo Arizaca Sacaca; Edwin Calla Parillo; Bettsabe Coila Monje

Universidad Nacional del Altiplano, Escuela de Posgrado, Av. Floral 1153, Puno, Perú. mizibanez29@gmail.com

RESUMEN

Este artículo aborda el tema Inequidades socioeconómicas en Distritos focalizados de la Región Puno, debido a la pandemia (COVID-19), la capacidad hospitalaria ha colapsado y por consiguiente la atención de los servicios médicos. El objetivo principal del artículo fue determinar la existencia de Inequidades socioeconómicas en la evolución del COVID-19 en la Región de Puno, y describir la letalidad de la población focalizada. Se planteó una metodología con enfoque cuantitativo, con nivel de investigación descriptivo, diseño no experimental. El desarrollo de la perspectiva teórica se analizó en la revisión de documentos de artículos científicos, publicaciones de SINADEF, MINSA, INEI, y repositorio único Nacional de Información en Salud. El análisis se limitó en los distritos focalizados, se analizaron los datos registrados en MINSA, SINADEF, INEI, alcanzando la mayor tasa de letalidad el distrito de Ilave 3.3%, y la menor Azángaro 0.80% y en estratos socioeconómicos la letalidad en estrato alto 35.20%, estrato medio alto 3.30 %, estrato medio 1.80%, estrato medio bajo 0.40 % y estrato bajo 59.30%. Las inequidades socioeconómicas a afectado la letalidad en la evolución del COVID-19, en los estratos socioeconómicos alto 35.20% y bajo 59,30 %, y en las localidades focalizadas se ha presentado con mayor incidencia en los distritos de, Ilave 3.30%, Juliaca 2.0%, Puno 1.67 %. La mayor incidencia alcanzada es por limitado infraestructura (centros de salud) y limitado de servicios médicos.

Palabras Clave: Evolución COVID-19, inequidad socioeconómica, letalidad, servicios médicos.

ABSTRACT

This article addresses the issue of Socioeconomic Inequities in Targeted Districts of the Puno Region, due to the pandemic (COVID-19), hospital capacity has collapsed and consequently the attention of medical services. The main objective of the article was to determine the existence of socioeconomic inequities in the evolution of COVID-19 in the Puno Region, and to describe the lethality of the targeted population. A methodology with a quantitative approach was proposed, with a descriptive research level, non-experimental design. The development of the theoretical perspective was analyzed in the review of documents of scientific articles, publications of SINADEF, MINSA, INEI, and the single National Health Information repository. The analysis was limited to the targeted districts, the data registered in MINSA, SINADEF, INEI were analyzed, reaching the highest fatality rate in the district of Ilave 3.3%, and the lowest Azángaro 0.80% and in socioeconomic strata the fatality in high stratum 35.20 %, medium-high stratum 3.30%, middle stratum 1.80%, medium-low stratum 0.40% and low stratum 59.30%. Socioeconomic inequities have affected the lethality in the evolution of COVID-19, in the socioeconomic strata high 35.20% and low 59.30%, and in the targeted localities it has been presented with a higher incidence in the districts of, Ilave 3.30%, Juliaca 2.0%, Puno 1.67%. The highest incidence achieved is due to limited infrastructure (health centers) and limited medical services.

Keywords: COVID-19 evolution, socioeconomic inequity, fatality, medical services.





INTRODUCCIÓN

A principios de diciembre del 2019, se detectó una neumonía de origen desconocido en la ciudad de Wuhan, China (Guan et al., 2020). En un principio se pensó que el brote epidémico podría ser controlado a nivel local en China: “El 11 de marzo del 2020, ante la rápida y progresiva expansión de la epidemia a nivel internacional, la OMS decretó el estado de pandemia” (Organización Mundial de la Salud, 2020). El primer caso del Perú se reportó en Lima el 6 de marzo del mismo año; trece días después, con 234 casos reportados en todo el país según el Ministerio de Salud, ocurrió el primer fallecimiento (Cáceres, et al., 2020). Siendo reportado el primer caso positivo en la región Puno el 7 de abril del mismo año (Gobierno Regional Puno, 2020)

El Perú fue uno de los primeros países de América Latina en decretar el estado de emergencia, cerrar fronteras, e implementar una cuarentena para controlar la expansión del virus SARS-coV-2 (Siles, 2017). Desde el 15 de marzo, la economía nacional se ha visto reducida a actividades esenciales: “La gran debilidad y fragmentación del sistema de salud peruano es la principal razón por la que se tomaron tempranas acciones de urgencia” (Delgado, 2020)

Principales dimensiones de inequidad

La sociedad peruana, es pronunciadamente desigual: “Si bien ha crecido económicamente de forma estable durante los últimos 30 años, la pobreza no ha sido superada” (Alarcon et al., 2019). Según el último informe del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), 6 millones 593 mil de peruanos se encuentra en situación de pobreza, es decir, el 20,5% de la población del país, a pesar que la incidencia de pobreza en la sierra rural se redujo de 48.7% a 46.1%, se observó un ligero incremento en la sierra urbana al pasar de 16.3 % a 16.7% con respecto al año 2017 (INEI, 2019)

Los ingresos estimados de los hogares, permite distinguir al interior de la ciudad, zonas con mayor o menor niveles de ingresos. Para ello, se han clasificado los niveles de ingresos estimados de los hogares en cinco estratos: Alto, Medio Alto, Medio, Medio Bajo y Bajo (Bonett, 2020)

Es muy significativo que el segmento más grande de la población (40,1%) sea considerado parte de la llamada “clase media emergente” o “no pobres”, se trata de peruanos y peruanas cuyo ingreso diario está por encima de los S/ 12.00 soles y debajo de los S/ 30.00 soles (Oxfam, 2014). Esta población es particularmente vulnerable a choques económicos, su vulnerabilidad se hace más evidente cuando se observa la distribución del empleo: “El 25% de los hogares tienen trabajos en el sector formal. Es decir, el 75% de los puestos de trabajo no están protegidos por derechos laborales básicos. La mayor parte de los hogares depende de fuentes de trabajos informales y temporales” (Delgado, 2020)

El sistema de salud es uno de los más débiles y desiguales de la región, está segmentado en dos subsistemas, el sistema privado y el público, si bien la tasa de personas cubiertas es alta, el sistema público es extremadamente precario y en sus manos está el manejo del grueso de pacientes: “Como consecuencia de la falta de inversión, la cobertura de servicios es deficiente, y el personal sanitario trabaja en malas condiciones laborales y de bioseguridad, a esto se aúna una crónica burocracia disfuncional del sector”(CONVOCA, 2020)

La falta de acceso a servicios esenciales como el agua y una vivienda adecuada han exacerbado el desafío de responder eficazmente a la COVID-19, esto hace que las órdenes de confinamiento sean imposibles de cumplir para muchos (Delgado, 2020). Según la Organización de Naciones Unidas (ONU), las poblaciones que se encuentran por debajo de 1.700 m³ de agua por persona al año se sitúan en estado de escasez hídrica. En la capital peruana, la disponibilidad de agua es de 125 m³ por habitante al año (Naciones Unidas, 2009)

Según González & Di Pietro (2020), un primer escenario se presenta con dos o tres vacunas aprobadas con una seguridad y eficacia relativas, lo suficiente para reducir la mortalidad, los contagios y la





necesidad de hospitalización. Algunos centros esperan producir 100 millones de vacunas anuales, mientras que la alianza entre distintas organizaciones internacionales habla de conseguir 2.000 millones de dosis cada año. A pesar de todos estos esfuerzos por ampliar la producción, lo cierto es que, en un primer momento, no habrá vacunas para todos y los gobiernos tendrán que decidir a quién vacunar de manera prioritaria (p. 2)

Ante la falta de disponibilidad de recursos sanitarios, en este caso de vacunas, no se puede aplicar el principio de igualdad, aparece el principio de equidad: "La equidad es la justicia distributiva entendida no como el reparto igualitario de recursos, sino como la justicia en relación con las necesidades, sobre todo, en la distribución de riesgos y beneficios en la sociedad" (González Melado & Di Pietro, 2020).

Siguiendo este principio, aparecen dos grupos que deberían ser los destinatarios del primer grupo de vacunas disponibles: los profesionales de la salud y los usuarios del sistema de salud mayores de 60 años: "Teniendo en cuenta la situación epidemiológica y la prioridad sanitaria, se estima vacunar 22,219,037 personas, según la disponibilidad de vacunas, con la siguiente priorización" (Ministerio de Salud MINSa, 2020)

Fase I:

Personal de salud (sector público, privado), personal de las fuerzas armadas y policiales, bomberos, cruz roja, personal de seguridad, serenazgo, brigadistas y personal de limpieza, estudiantes de salud, miembros de las mesas electorales.

Fase II

Adultos mayores de 60 años a más, personas con comorbilidad, poblaciones de comunidades nativas o indígenas, personal del Instituto Nacional Penitenciario (INPE) y personas privadas de la libertad.

Fase III

Personas 18 a 59 años.

Puno ha sido una de las últimas regiones a nivel nacional que ha sido azotado y que ha ocasionado el colapso del sistema de salud tan precario y olvidado por década por el Estado Peruano. Al 28 de octubre reporta 16.288 casos con 327 muertes. Después de la primera oleada del COVID-19, la incidencia ha disminuido notoriamente y se estima que la población de la región de Puno está infectada en un 40% aproximadamente lo que significa que hay un 60% que aún no se ha infectado que potencialmente si bajan la guardia se van a infectar y conformarán la segunda oleada¹

Estudios en epidemias anteriores han revelado una profunda y amplia gama de consecuencias psicosociales a nivel individual y comunitario durante los brotes: "son múltiples las alteraciones psicológicas asociadas que van desde síntomas aislados hasta trastornos complejos con un deterioro marcado de la funcionalidad, tales como insomnio, ansiedad, depresión y trastorno por estrés postraumático" (Ramírez et al., 2020).

A medida que pasaron los días y las semanas, el estrés y las tensiones se extendieron a las relaciones familiares y las preocupaciones (Surian, 2020)

En este contexto, el objetivo de estudio es determinar la existencia de inequidades asociadas a la estratificación socioeconómicas y los servicios médicos en la evolución del covid-19 en la persona infectada por Covid -19 de la región Puno.

¹ <https://g.co/kgs/nHtLvV>





MÉTODOS

Se realizó un estudio estadístico descriptivo, diseño no experimental, desarrollado en la región de Puno, en 6 distritos focalizados, tomando en cuenta la población, área geográfica y representación socioeconómica, la base de datos contiene información de los casos reportados ante las autoridades, incluye los estratos socioeconómicos y pacientes fallecidos con resultado positivo a infección por SARS-CoV-2 hasta el mes de setiembre 2020 (Tello, 2020)

Se incluyó al total de pacientes fallecidos de los distritos focalizados con resultado positivo a infección por SARS-CoV-2 (mediante RT-PCR) correspondiente a los meses de marzo a setiembre del 2020 (Castillo, 2019)

Se identificaron a pacientes con diagnóstico positivo de COVID-19 que fallecieron dentro del Hospital (EsSalud y MINSA). Una vez identificados los datos fueron codificados y procesados en Microsoft Excel 2013. Los datos tomados para el artículo permitan la identificación de los pacientes infectados y fallecidos con COVID-19 y su relación con los estratos socioeconómicos (Bonett & Precios, 2020)

El servicio de análisis de información, estudios de tendencia, el desarrollo de aplicaciones y sistemas para el seguimiento, control y estudio prospectivo de la pandemia en Cuba le han facilitado a los científicos y a los investigadores consultar la información más reciente publicada a nivel internacional (Sánchez et al., 2020).

RESULTADOS

Tabla 1. Comparación de fallecidos vs positivos según distritos focalizados de Puno (Abril – Setiembre 2020)

EVOLUCION	MESES												TOTAL POSITIVO	TOTAL MUERTES	TOTAL LETALIDAD
	ABR		MAY		JUN		JUL		AGO		SET				
DISTRITOS	POSIT	FALLEC	POSIT	FALLEC	POSIT	FALLEC	POSIT	FALLEC	POSIT	FALLEC	POSIT	FALLEC			
AZANGARO	2		4		11		30		206	3	124		377	3	0.80%
AZANGARO	2		4		11		30		206	3	124		377	3	0.80%
EL COLLAO	6		24		5		54	3	148	5	96	3	333	11	3.30%
ILAVE	6		24		5		54	3	148	5	96	3	333	11	3.30%
MELGAR	2		5		4		27	2	196	2	169	4	403	8	1.99%
AYAVIRI	2		5		4		27	2	196	2	169	4	403	8	1.99%
PUNO	108		79	1	65	4	574	5	1962	60	1992	10	4780	80	1.67%
PUNO	108		79	1	65	4	574	5	1962	60	1992	10	4780	80	1.67%
SAN ROMAN	31	2	139	1	230	9	521	28	2893	50	1676	20	5490	110	2.00%
JULIACA	31	2	137	1	227	9	506	27	2794	49	1628	18	5323	106	1.99%
SAN MIGUEL			2		3		15	1	99	1	48	2	167	4	2.40%
TOTAL	149	2	251	2	315	13	1206	38	5405	120	4057	37	11383	212	1.86%

Fuente: Repositorio MINSAs – SINADef

De acuerdo a la tabla 1, se determina que en los distritos de Puno y Juliaca han mostrado los mayores casos con 4,780 y 5,323 positivos de COVID-19, con una tasa de letalidad de 1.67% y 1.99% respectivamente, sin embargo se observa que en el distrito de Ilave muestra mayor tasa de letalidad (3.30%), dicho distrito se caracteriza por tener población de bajos recursos, considerando a su población a nivel socioeconómico como media baja (pobreza) y baja (extrema pobreza), que residen en mayor proporción en la zona rural; lo que ha conllevado a que su capacidad hospitalaria colapse (contando con 01 Hospital COVID con 5 camas hospitalarias y no posee camas UCI), diferente realidad se ha observado en el distrito de Puno, donde la tasa de letalidad ha sido la más bajas (1.67%), porque a nivel socioeconómico y por la ubicación geográfica la población en mayor proporción son los sectores medio, medio alto y alto, adicionalmente debemos considerar que se han equipado 02 hospitales COVID (ESSALUD y MINSA) para minimizar la mortalidad de la pandemia. Finalmente se observa que el distrito de Azángaro muestra mayores casos positivos en comparación al distrito de Ilave, sin embargo la tasa de letalidad es menor (0.80%), debido a que no reporta fallecidos en los meses de abril a julio y





setiembre, pese a que su población a nivel socioeconómico son de características similares al mencionado distrito.

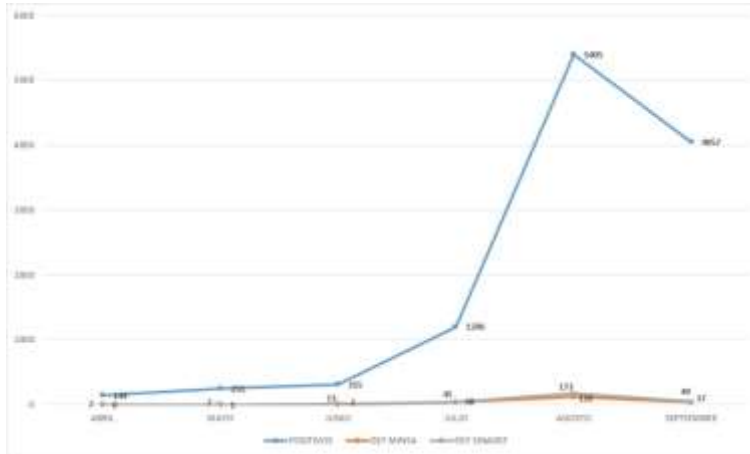


Figura 1. Evolución de positivos y fallecidos (Repositorio MINSA – SINAEDEF), Puno (Abril – Setiembre 2020)

La figura 1 se muestra que la evolución de COVID-19 en Puno y los distritos focalizados están en descenso, teniendo en el mes de Agosto el pico más alto con 5,405 casos positivos, sin embargo esta información no muestra coherencia con la cantidad de fallecidos, de acuerdo al reporte del MINSA, en ella figura 120 casos, en comparación con la data de SINAEDEF muestra 173 casos por causas de COVID-19, hecho preocupante porque la información es irreal frente a los oficiales y se sospecha que la cantidad real estaría triplicando este número, de lo que brinda del Gobierno Peruano.

TABLA 2. Estratos socioeconómicos versus fallecidos por COVID-19 según distritos focalizados de Puno (Mayo – Setiembre 2020)

ESTRATO	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	TOTAL	TOTAL
ALTO	0	0	9	77	10	96	35.20%
MEDIO ALTO	0	0	0	7	2	9	3.30%
MEDIO	0	0	0	4	1	5	1.80%
MEDIO BAJO	1	0	0	0	0	1	0.40%
BAJO	1	2	36	86	37	162	59.30%
TOTAL	2	2	45	174	50	273	100.00%

La tabla 2 muestra la determinación de la incidencia de los efectos de la pandemia COVID-19 por estratos socioeconómicos. De acuerdo al Censo Nacional del INEI del 2017 en la Región Puno se ha clasificado los siguientes estratos socioeconómicos de acuerdo al nivel de ingresos: BAJO (S/ 554.00 a menos) MEDIO BAJO (S/ 554.00 – S/ 678.00) MEDIO (S/ 678.00 – S/ 839.00) MEDIO ALTO (S/ 839.00 – S/ 1,106.00) ALTO (S/ 1,106.00 a mas), asimismo se ha focalizado los 6 distritos de Puno, Juliaca, Azangaro, Ayaviri, Ilave y San Miguel que poseen similares características socioeconómicas a nivel del sur y norte de la Region Puno.



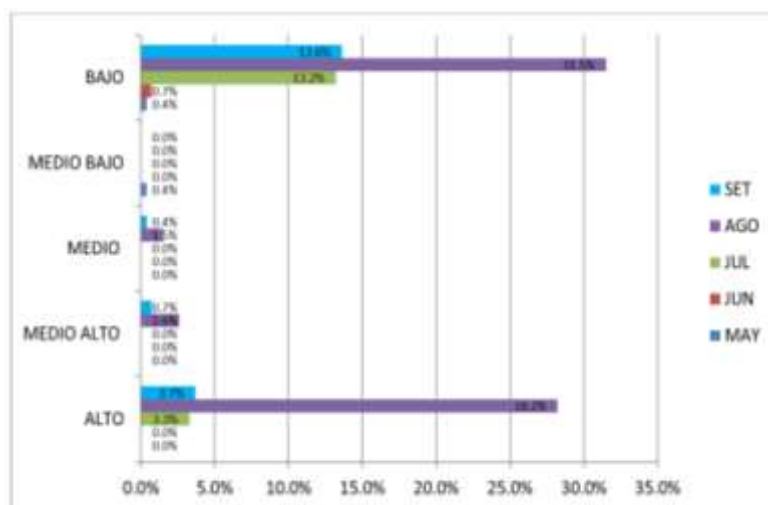


Figura 2. Evolución por estrato socioeconómico con relación al número de fallecidos de los distritos focalizados de Puno (Mayo – Setiembre 2020)

La figura 2 muestra de acuerdo al análisis se ha determinado que la pandemia COVID-19 ha tenido mayores efectos negativos en el sector socioeconómico BAJO alcanzando su pico más alto en el mes de Agosto con un 31.5% y también posee niveles altos de mortalidad en los meses de Julio y Setiembre con 13.2% y 13.6% respectivamente. Otros de los resultados muy relevantes es la alta mortalidad de la pandemia en el sector socioeconómico ALTO con una tasa del 28.2% en el mes de Agosto, pese a tener mayores niveles de ingresos no les ha permitido minimizar los efectos negativos de la pandemia, esto principalmente a causa de la falta de capacidad hospitalaria en camas UCI en diferentes clínicas privadas o públicas en el mes mas alto y critico en la Región Puno.

DISCUSIÓN

Las personas de los estratos socioeconómico alto que utilizaron servicios privados tuvieron menor riesgo de muerte, pero mayor probabilidad de requerir camas UCI, este menor riesgo de progresión de la COVID-19 en los servicios privados podría atribuirse a su mayor calidad (y consecuente mayor costo). Es decir, es posible que el mayor soporte de vida utilizado en los servicios privados explique la menor mortalidad por COVID-19 (Ortiz & Pérez, 2020) Sin embargo en la región Puno no se posee la suficiente oferta de servicios médicos especializados hecho que ha conllevado que en los meses altos de contagio dichos establecimientos privados de salud se han saturado y consecuentemente el riesgo de muerte ha incrementado. En contrapartida, históricamente los recursos con que cuentan los servicios públicos han sido menores a los requeridos dada su demanda de atención de los estratos socioeconómicos medio y bajo. En el contexto de la epidemia de COVID-19, esto ha implicado que los servicios públicos también han llegado a saturarse a pesar de los esfuerzos gubernamentales en incrementar presupuesto y mayores gastos económicos (Ortiz & Pérez, 2020) Un hecho alarmante es que se ha detectado que los servicios privados se ha mercantilizado y eso implica que pocos tienen acceso a servicios de calidad, pues el acceso a ellos depende de la capacidad adquisitiva de las personas (Ortiz & Pérez, 2020) El gobierno de México y Perú ha propuesto la integración de un sistema de salud y precio único para reducir las barreras para el acceso a todos los estratos socioeconómicos sin embargo dicha estrategia no tuvo resultados favorables debido a que en Puno sólo existe 01 clínica que está medianamente equipada (Clínica Americana).

La pandemia tuvo efectos negativos en el sector empresarial casi a nivel mundial, creando una situación de recesión económica el cual es completamente adverso para los sectores empresariales, consumidores e ingresos fiscales del estado y así hacemos una referencia a la realidad cubana, donde: el “covid-19 agudizó los problemas económicos ya presentes, fundamentalmente en el crecimiento económico por la





disminución de producciones importantes para el sector agropecuario y la industria alimentaria; el plan de exportaciones y de sustitución de importaciones y la actividad comercial. Esto debe repercutir en los ingresos al presupuesto en el corto plazo y mediano plazo y al incremento del gasto público” (González et al., 2020)

De acuerdo con los resultados obtenidos y asimismo en concordancia con el artículo científico Ortiz & Pérez (2020), se obtiene que grupos socioeconómicos muy bajos (pobreza extrema) tienen desventaja frente a la epidemia y presentan mayor riesgo de enfermar y morir, ya que por las características de su entorno tienen mayor exposición a factores de riesgo al tiempo que tienen menos factores protectores o recursos para hacer frente a las enfermedades (Vergara, 2020) Siguiendo este planteamiento, el hallazgo central de este estudio es que la marginación o estratos socioeconómicos bajos es un predictor de presentar formas graves de COVID-19 y esta asociación fue independiente de otros predictores bien establecidos como la edad y las enfermedades asociadas (p. 5)

Según Ortiz & Pérez (2020), de acuerdo a la evolución de casos positivos por COVID-19 en la región Puno o de infección por SARS-CoV-2 en México se observa que conforme la marginación municipal o habitar en la zona rural mayor es la probabilidad de contagio y también en recibir atención médica adecuada. Eso implica que existen disparidades socioeconómicas en la progresión de la COVID-19 y principalmente están vinculadas con la desigualdad socioeconómica y la localización geográfica debido a que estratos considerados como muy bajos o extrema pobreza donde generalmente residen la población indígena o rural carecen de acceso a los servicios médicos que conlleva a que se agrave y la pandemia tenga mayores efectos nocivos frente a esta población. (p. 5)

CONCLUSIONES

Según a los estratos socioeconómicos la clase social baja con 59% de la población se vio afectada con la pandemia, por lo que ellos cuentan con un salario básico de 553 soles que solo cubre la canasta básica familiar y no poseen economía para acudir a servicios médicos, por lo que no todos cuentan con seguro integral de salud. El Covid -19 en la Región Puno fue evolucionando desde mes de abril con 149 casos positivos, en setiembre se incrementó 4,057 casos. En cuanto a fallecidos en el mes de abril se tuvo 2 casos y en el mes de setiembre alcanzó los 37 fallecidos.

En los distritos focalizados (Azángaro, Ilave, Ayaviri, Puno, Juliaca y San Miguel), se reportó 11,383 casos positivos de covid-19, y 232 fallecidos. Los hospitales colapsaron debido a limitado infraestructura e insuficiente equipamiento apropiado para combatir el Covid-19.

Debido a la existencia de inequidades socioeconómicas el estrato bajo presentó una tasa de letalidad de 59.30 %, los ingresos reportados por INEI muestran un ingreso aproximado de S/ 553 soles que solo cubre la canasta básica familiar, la población se vio afectada por la pandemia por no poseer economía para acudir a servicios médicos de necesidad básica puesto que no todos cuentan con seguro integral de salud.

La pandemia trajo consecuencias psicológicas a nivel individual y comunitario, donde fueron múltiples las alteraciones que van desde síntomas aislados hasta trastornos complejos.

CONFLICTO DE INTERÉS

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.





BIBLIOGRAFÍA

- Alarcon, G., Castillo, C., & Leiva, F. (2019). Riqueza y desigualdad en el Perú: visión panorámica (Oxfam America INC (ed.)). https://oi-files-cng-prod.s3.amazonaws.com/peru.oxfam.org/s3fs-public/file_attachments/Riqueza-y-desigualdad-en-el-Peru-vision-panoramica.pdf
- Bonett, D. C. (2020). Planos estratificados por ingreso a nivel de manzanas de las grandes ciudades 2020.
- Bonett, D. C., & Precios, I. Í. De. (2020). Créditos Variación de los Índices de Precios Setiembre 2020. 1–30.
- Cáceres, Ursula- Becerra, Claudia - Tuchía, Sabina- Ravelo, J. (2020). First deceased by covid-19 in Peru. *An Fac Med.*, 81(1), 1–4.
- Castillo, L. (2019). Dinámica regional de la desigualdad de ingresos en Perú. *Bcrp*, 1–34.
- CONVOCA. (2020). COVID-19: Un camino incierto para enfrentar la pandemia. <https://convoca.pe/covid-19-peru-enfrenta-coronavirus>
- Delgado Pugley, D. (2020). La COVID-19 en el Perú: una pequeña tecnocracia enfrentándose a las consecuencias de la desigualdad. *Análisis Carolina*, 1–16. https://doi.org/10.33960/ac_26.2020
- Gobierno Regional Puno. (2020). Informan sobre primer caso positivo de coronavirus COVID-19 en la región Puno. <https://www.regionpuno.gob.pe/informan-sobre-primer-caso-positivo-de-coronavirus-covid-19-en-region-puno/#:~:text=Según se informó%2C se trata,de esta ciudad de Puno.>
- González, I., Collado, E., Torres, I., & Quiroga, Z. (2020). Efecto económico parcial de la covid-19 y sus resultados en Camagüey , Cuba Covid-19 : partial economic effect and its results in Camagüey , Cuba Resumen Objetivo : Evaluar los resultados parciales epidemiológicos de la covid-19 , su efecto económico inme. *Revista Scielo*, 0(0), 1–22.
- González Melado, F. J., & Di Pietro, M. L. (2020). The vaccine against COVID-19 and institutional trust. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, xx, 2. <https://doi.org/10.1016/j.eimc.2020.08.001>
- Guan, W., Ni, Z., Hu, Y., Liang, W., Ou, C., He, J., Liu, L., Shan, H., Lei, C., Hui, D. S. C., Du, B., Li, L., Zeng, G., Yuen, K.-Y., Chen, R., Tang, C., Wang, T., Chen, P., Xiang, J., ... Zhong, N. (2020). Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. *New England Journal of Medicine*, 382(18), 1708–1720. <https://doi.org/10.1056/nejmoa2002032>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática INEI. (2019). Pobreza monetaria disminuyó en 1,2 puntos porcentuales durante el año 2018. <http://m.inei.gob.pe/prensa/noticias/pobreza-monetariadisminuyo-en-12-puntosporcentuales-durante-el-ano-2018-11492/>.
- Ministerio de Salud (MINSA). (n.d.). Plan nacional de vacunación contra el COVID-19. https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1394145/RM_Nº848-2020-MINSA.PDF.PDF
- Naciones Unidas ONU. (2009). Viene de las alturas: disponibilidad y usos del agua. https://www.undp.org/content/dam/peru/docs/Publicaciones_pobreza/Desarrollo_Humano_2009/parte2-cap3.pdf





- Organización Mundial de la Salud. (2020). Palabras de apertura del Director General de la OMS en la rueda de prensa sobre COVID-19 - 11 de marzo de 2020. <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>
- Ortiz-Hernández, L., & Pérez-Sastré, M. A. (2020). Inequidades sociales en la progresión de la COVID-19 en población mexicana. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 44, 1. <https://doi.org/10.26633/rpsp.2020.106>
- Oxfam. (2014). Pobreza y Desigualdad en el Perú : 4.
- Ramírez Ortiz, J., Castro Quintero, D., Lerma Córdoba, C., Yela Ceballos, F., & Escobar Córdoba, F. (2020). Consequences of the Covid-19 Pandemic in Mental Health Associated With Social Isolation Tt - Consecuencias De La Pandemia Covid 19 En La Salud Mental Asociadas Al Aislamiento Social. *Revista Scielo Preprints*. <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.303>
- Sánchez, I. R. A., Galbán, P. A., & Pamias, T. I. (2020). Aportes del Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas frente a Contributions of the National Medical Sciences Information Center to the fight against COVID-19 Introducción. 31(3), 1–18.
- Siles, A. (2017). Problemática Constitucional Del Estado De Emergencia En Perú: Algunas Cuestiones Fundamentales. *Estudios Constitucionales*, 15(2), 123–166. <https://doi.org/10.4067/s0718-52002017000200123>
- Surian, A. (2020). Educación, salud pública y gestión de las epidemias. 1–5.
- Tello-Ayllón, C. A. (2020). Evolución de la pandemia COVID19 en las regiones andinas del Perú. In *Anales de la Facultad de Medicina* (Vol. 81, Issue 2). <https://doi.org/10.15381/anales.v81i2.17774>
- Vergara, A. (2020). La crisis del COVID-19 como Aleph peruano. Centro de Investigación de La Universidad Del Pacífico.

