



Mario **ZOLEZZI CHOCANO***

*: Licenciado en Sociología, Pontificia Universidad Católica del Perú. Docente e investigador en temas urbanos, Desco, Centro de Estudios y Promoción del Desarrollo. Ex Secretario de Desarrollo Urbano Municipalidad de Lima, ex alcalde de Barranco. e-mail: mzolezzi@yahoo.com

PRESENTADO: 16.07.21

ACEPTADO: 02.09.21

EL PERÚ NO ES XAUXA: COVID-19 Y CRISIS 2020-2021

35

Resumen

Las peculiaridades de la pandemia COVID-19 en Perú, país excesivamente centralista, cuya población está muy marcada por grandes diferencias sociales y pobreza urbana como rural. En particular por la informalidad económica e institucional con fuerte incidencia en las dimensiones socio sanitarias. Además, se analiza la relación entre el contagio y la morbimortalidad de la pandemia, con la fuerte crisis política e institucional que se han retroalimentado durante este año y medio. Finalmente se revisa la relación entre ciudad, vivienda y salud en un país caracterizado por la informalidad que afectó históricamente la situación económica de su población.

Palabras Clave: Informalidad; Pandemia; Perú; Crisis política.

Summary

The peculiarities of the COVID-19 pandemic development in Peru, a highly centralist country, whose population is deeply characterized by great social differences and urban and rural poverty. In particular due to the economic and institutional informality with strong impact on the social and health dimensions. In addition, analyzes the relationship between infection, morbidity and mortality of the pandemic with the strong political and institutional crisis that has been fed back during the first year and a half. Finally, it reviews the relationship between city, housing and health in a country also characterized by informality that deeply affected the economic situation of its population.

Key words: Informality; pandemic; Peru; political crisis; housing.

INTRODUCCIÓN

El Perú al franquear las puertas del bicentenario de su independencia como república en julio del año 2021 ha sido uno de los países más afectados por la pandemia de COVID-19 en Latinoamérica, llegando a ser el de mayor morbilidad por millón de habitantes en el mundo.

La expresión “¡Eso es Jauja!” surgió a mediados del siglo XVI con el significado de un lugar ideal cuando los españoles llegaron a América. Una utopía de prosperidad y abundancia, lugar ideal para ser felices que creyeron encontrar en el Tawantinsuyo, el reino de los Incas. En contraste, la actualidad muestra que el área metropolitana de Lima, su capital, es un lugar crítico que ha concentrado cerca de la mitad de las infecciones nacionales cuando en agosto del 2020 la magnitud de la pandemia, medida por indicadores de contagio y letalidad, superó la capacidad del sistema de salud y las medidas que trató de imponer el gobierno.

36

A enero de 2021, según el MINSA (2021) Perú registraba oficialmente 1.165.052 casos de COVID-19 y 41.753 fallecimientos provocados por tal enfermedad. Ello representaba un 3,59% de la población infectada y una tasa de mortalidad de 1.305 fallecimientos por millón de habitantes -registro de la tasa de mortalidad por COVID-19 más alta a nivel latinoamericano- habiendo llegado a ocupar el primer puesto el año 2021 como lo señala Euronews (2021). El recuento y ajuste de las cifras de fallecidos ha llevado a que las cifras que se manejan en la actualidad sean muy cercanas a 200 mil personas como lo indica la universidad de medicina Johns Hopkins (2021).

La correlación positiva entre densidad poblacional y los distritos con mayor cantidad de contagiados ha mostrado que la propagación del virus ha sido muy extensa en las grandes ciudades del país, particularmente en la conurbación Lima Callao. En realidad, más que densidad urbana por sí sola, ha sido la suma de varios elementos más, estrechamente asociados, lo que han influido en la propagación del virus. Muy importante es el alto índice de hacinamiento de personas en viviendas sumamente reducidas y de baja calidad constructiva y habitacional, principalmente en barriadas y asentamientos urbanos precarios llamados pueblos jó-

venes, en el entorno de los centros históricos o tradicionales de las ciudades peruanas.

El escenario de cómo se dió el contagio se explica por cómo son las ciudades y que tipo de viviendas poseen. La magnitud urbana de la pandemia es innegable, en tanto las ciudades han sido los primeros espacios de propagación de la COVID-19 (Fernández Salas 2020; Zolezzi 2020). También en cómo las ciudades peruanas y las viviendas de una parte de la nueva clase media han facilitado el contagio.

El hacinamiento y las serias dificultades sanitarias que expresan las viviendas y barrios populares, tanto en Lima como en la totalidad de ciudades del país, en medio de la pandemia constituyen un problema grave siempre desatendido por los gobiernos nacionales y municipales. Es un indicador de esta realidad la casi perpetua desatención a la planificación urbana y la nula oferta de vivienda popular para sectores de menores ingresos en el mercado inmobiliario. Se suma a lo expresado un entorno nacional de ciudades con irrisoria oferta de espacios públicos y de medidas para facilitar la movilidad pública segura de trabajadores y estudiantes. Tal situación ha sobreexponed a la ciudadanía a circular en escenarios de fácil contaminación y propagación de enfermedades contagiosas.

El diagnóstico de la desigualdad de las sociedades latinoamericanas, con enormes bolsones de pobreza engrosados ahora por los millones de nuevos desempleados, tiene a Lima-Callao en uno de los primeros lugares de la lista en esas condiciones.

CARACTERÍSTICAS PARTICULARES DEL PERÚ EN LA CRISIS SOCIO-SANITARIA MUNDIAL

En 2019 las cifras revelaban un registro de establecimientos de salud repartidos en el país (INEI 2021) para la provisión de servicios a una población superior a los treinta y tres millones de personas. Se contaba aparentemente con un número suficiente de hospitales del Ministerio de Salud MINSA, EsSalud, Gobiernos Regionales, Fuerzas Armadas y Policiales, municipalidades

y clínicas privadas distribuidos en las regiones. Pero la mayor parte de este equipamiento sanitario mostró estar deficientemente equipado, falta de medicinas, sin personal adecuado y, en general, reflejó una carencia grave de recursos indispensables para el cuidado regular de la salud.

En marzo del año 2020 la epidemia encontró en el Perú un campo de cultivo propicio: personas debilitadas y un sistema de salud en un contexto de comprometido abandono estructural.¹ En estas condiciones el Perú asumió el reto de enfrentarla, como la expansión más acelerada de un contagio de nuestra historia reciente, por encima de la epidemia del cólera, sufrida en la década de 1990.

El gobierno actuó rápidamente para confinar al país. El 15 de marzo declaró una estricta cuarentena en un intento desesperado por evitar los contagios y el colapso sanitario, sabiendo que es uno de los países de la región con menor disponibilidad de médicos, personal sanitario, camas hospitalarias y Unidades de Terapia Intensiva por habitante.

A tal escenario de riesgo debe sumarse a millones de personas trabajando y viviendo en el sector informal sin ninguna protección, en trabajos de servicios y comercio callejero, haciendo insostenible el cumplimiento de la cuarentena dispuesta. Asimismo, un país poco homogéneo en geografía, climas, etnicidad y culturas que mantiene con muchas limitaciones a gobiernos regionales incompetentes para brindar servicios primarios universales y, menos aún, protección a su población. Igualmente, la administración pública peruana en general está plagada de incompetencia, corrupción y abandono. Opera sin reales sistemas de información, es incompleto, anticuado y plagado de procedimientos burocráticos inútiles (Webb 2013).

Desde el lado de las consecuencias inmediatas de magnitud está la crisis del sistema educativo nacional convertida por la pandemia en un servicio de educación virtual, en el que tan solo un 14,3% de los hogares pobres cuenta con una computadora o laptop (Encuesta Nacional de Hogares, INEI 2019).

Además, indica que solo el 4,5% de los hogares en pobreza extrema poseen este equipo informático y 18,0% y 7,1% correspondientes de hogares en pobreza y extrema pobreza disponen de acceso a una conexión internet (IPE 2020). Esto limitó seriamente el alcance de la plataforma educativa Aprendo en casa que el Estado inició en abril 2020 y comprende la combinación de diferentes dispositivos televisión, radio y, solo luego de ello, internet.

Por último, el país ha soportado la pandemia en medio de una grave crisis política e institucional. Da cuenta de ello la destitución del cargo de dos presidentes de la nación (uno en medio de la pandemia) y la renuncia de otro, en medio del desconcierto ciudadano y arriesgadas manifestaciones públicas de repudio. Conjuntamente, se han llevado dos procesos electorales nacionales (ONPE 2021) para la conformación de un nuevo parlamento -luego de cerrarlo constitucionalmente el Poder Ejecutivo- y una convulsionada elección presidencial el año 2021, que incluyó un ballottage entre candidatos que juntos no alcanzaron el 30% de los votos emitidos.

UN PAÍS BASTANTE URBANO, HIPER CENTRALISTA Y EXCESIVAMENTE DESIGUAL

La letalidad del virus ha tenido como escenario principal zonas urbanas de un país excesivamente desigual y de un fuerte centralismo. Con una población urbana de algo más de 23 millones 300 mil habitantes (INEI 2018) 79,3% de la población nacional y Lima el departamento poseedor del 45% de la población urbana del país, el perfil del país aparece como definidamente urbano.

Sin embargo, es pertinente recordar que el Banco Mundial (World Bank 2005) advirtió que, de utilizarse el criterio de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico OCDE, el número de las jurisdicciones consideradas rurales duplicaría el número de población respecto a las que consideran oficialmente. Esto debe matizarse entonces, pues la población rural en tendencia histórica de disminución, ahora poco más de 6

1. Información actualizada sobre el gasto destinado al sector salud en el período 2007-2018 se puede encontrar en el portal del Instituto Nacional de Estadística e Informática INEI: <http://m.inei.gob.pe/estadisticas/indice-tematico/health-spending/>

millones 69 mil personas, aparece representando un 20,7% de peruanos rurales.² Excluyendo Lima, la población realmente urbana no llega a ser mayoritaria, dado que un poco más de 5 millones de habitantes viven en ciudades de más de 100 mil habitantes, en tanto casi 8 millones viven dispersos o en pequeñas poblaciones (Remy, 2009).

Si se excluye a Lima Metropolitana, la relación entre la población urbana-rural del país sería opuesta a lo que en una primera impresión muestran las cifras del INEI. Con estas advertencias, al comparar los censos 2017 y 2007 la población urbana se incrementó en 3,4 millones de personas (17,3%), con una tasa de crecimiento promedio anual de 1,6% o 343 mil 454 personas por año (ver cuadro 1).

Lima, ubicada en el rango de las metrópolis más grandes del planeta, contiene una población proyectada de 10.628.470 habitantes sobre un territorio de más de 70 kilómetros entre sus extremos (INEI 2021, IPSOS 2021). En medio de un escenario nacional centralista, no es representativa del espacio típico de lo urbano en el Perú. Conurbada con el puerto de El Callao supera ampliamente la población de Dinamarca, Irlanda o Noruega. Mantiene como gran metrópoli una primacía total respecto a las demás ciudades del país (10 a 1 respecto a Arequipa) y mayores diferenciadas porque estas ciudades intermedias combinan funciones urbanas y bases productivas rurales.

El centralismo exacerbado sin una visión adecuada del Estado o comprensión de la diversidad y diferencias en un territorio nacional extenso de un millón 285 mil kilómetros cuadrados del continen-

te y 200 millas costeras, ha marcado la historia de este país, fruto de una contradicción fundamental desde la conquista española: de producción rural, minera o agraria, pero siempre bajo el control urbano central y limeño. De allí el carácter administrativo de nuestras ciudades.

Tras el gran estallido urbano de mediados del siglo XX, el proceso de urbanización peruano dejó de ser meramente cuantitativo, de acumulación demográfica en torno a recursos y servicio en las ciudades, para convertirse en un proceso con serias deficiencias de orden cualitativo³.

Este centralismo limeño se reproduce como estilo de ordenamiento territorial para la gestión en todo el país y se expresa, por ejemplo, en la inadecuada e inequitativa localización de los profesionales. Para el caso los médicos esto constituye uno de los problemas más serios del sistema de salud. Baste con señalar que el coeficiente nacional de 16,6 médicos por 10 mil habitantes encubre significativas diferencias entre Lima y los departamentos y -al interior de éstos- entre sus provincias caracterizadas por mostrar graves déficits en calidad de vivienda y aprovisionamiento de servicios básicos (PNUD Perú 2019).

Tiene que sumarse a esta condición de insuficiencias la debilidad de los municipios para asumir satisfactoriamente el papel de orquestadores eficaces de servicios: desde mercados, farmacias, postas médicas hasta las escuelas, juzgados o tiendas de barrio medianamente abastecidas. Ciudades y centros urbanos heterogéneos requieren políticas diversas que no se dan.

Cuadro 1 - PERÚ: Población censada, urbana y rural y tasa de crecimiento en los censos nacionales, 2007 y 2017

Año	Total	Población		Incremento intercensal		(%)	
		Urbana	Rural	Urbana	Rural	Urbana	Rural
2007	27 412 157	19 877 353	7 534 804	3 434 540	-1 464 813	1,6	-2,1
2017	29 381 884	23 311 893	6 069 991				

Fuente: INEI - Censos Nacionales de Población y Vivienda 2007 y 2017

2. Se consideran centros poblados rurales, a los integrados por menos de 2 mil habitantes.

3. La primacía demográfica urbana de Lima respecto a las segundas ciudades del país es de una proporción superior a 10, superada en América Latina solo por Uruguay y Chile, lo que basta para mostrar nuestra pésima ocupación del territorio. Al menos 15 regiones del país cuentan, cada una, con menos de un millón de habitantes.

En resumen, la pandemia encontró un país con una articulación desequilibrada imposible de corregir en el corto plazo para diseñar políticas de servicios de salud eficaces y de articulación territorial eficiente para enfrentar con éxito la enfermedad y el contagio. Esta situación se ajusta a una distinción que identifica a América Latina en el mundo: la desigualdad social y económica.

Otro de los graves problemas para enfrentar la enfermedad pandémica ha sido la desigualdad económica entre los peruanos. La consultora Knight Frank indica que en el año 2014 en el Perú había 283 millonarios con un patrimonio superior a US\$ 30 millones, 111 con un patrimonio superior a US\$ 100 millones y 9 billonarios con un patrimonio superior a US\$ 1.000 millones (Alarco 2019).

En una estimación posterior, en el año 2016 la consultora encontró 17.500 personas con un patrimonio superior a US\$ 1 millón, 300 millonarios con fortunas superiores a US\$ 30 millones, 37 ricos con más de US\$ 100 millones y solo 5 con una riqueza superior a US\$ 1.000 millones. Ninguno de ellos aparece en la Encuesta Nacional de Hogares ni entre los 10 primeros puestos de los hogares más ricos que este estudio identifica. Es decir, el 1% más rico del país no aparece en los registros oficiales.

Sin duda, la peruana es una sociedad que destaca por mantener elevadas desigualdades en la riqueza, la prestación de servicios y los ingresos, en la que la reducción de las diferencias en los últimos treinta años ha sido entre inexistentes o mínimas. Esta elevada desigualdad, sustentada en la estructura de la propiedad y la tributación, plantea la dificultad de imaginar cambios a ese nivel, es un sueño de opio o una pesadilla que de pronto se hizo evidente en la confrontación electoral en el ballottage de junio del 2021 en medio de la pandemia.

Por otro lado, los estimados de CreditSuisse, también citados en el mismo trabajo de Alarco, indican que entre 2012 y 2016 el número de adultos peruanos dueños de más de US\$ 100 millones fluctuaba entre 33 y 133 personas. Los billonarios peruanos (con más de US\$ 1.000 millones), según este banco, fueron 2 en 2012 y 10 en 2016. En contraste, el ingreso per cápita más reciente del

10 % más pobre de la sociedad peruana es de US\$ 965 anuales, mientras que el 10 % más rico se sitúa en US\$ 20.141, estableciendo una distancia de 20,9 veces entre los más ricos y los más pobres, un 10 % con ingresos parecidos a los de Bangladesh, Chad, Kirguistán y Tajikistán. Es imposible suponer que esta desigualdad se haya reducido en el marco de la pandemia por COVID-19, que ha significado la pérdida estimada de 9 millones de puestos de trabajo.

Estrictos, pero también muy informales en políticas de emergencia.

Las primeras noticias en la prensa internacional sobre Perú enfrentando la pandemia dieron cuenta de la rápida decisión gubernamental de declaración de estado de emergencia nacional por 90 días y de una dura voluntad de imponer una estricta cuarentena ante la propagación de COVID-19. La determinación incluyó la declaratoria de emergencia sanitaria nacional y la suspensión de vuelos de Asia y Europa. Esto se prolongó de manera escrupulosa en medio de un toque de queda de 8 pm a 5 am hasta inicios de mayo cuando, presionado por la paralización económica, el gobierno determinó cuatro fases para reabrir la economía del país de forma gradual y progresiva.

Esto significó la reanudación de 27 actividades económicas en: minería, industria, construcción, comercio, servicios y turismo. Para entonces la cifra de fallecidos superaba las mil personas y la entrega de un bono por cuarentena para 3 millones de familias mostraba serias fallas en la repartición, que un mes después obligó al gobierno a admitir que casi dos millones de familias no habían podido cobrarlo. Asimismo el gobierno decidió una transferencia de casi S/33 millones de soles para instalar hospitales provisionales.

El presidente Martín Vizcarra presentó entonces un programa de garantía de créditos llamado *Reactiva Perú*, un total de S/60 mil millones de soles equivalentes a casi US\$ 16.500 millones, ofrecido a más de 350 mil empresas que, como se denunciará unas semanas después, atendió con prioridad a las grandes y medianas empresas en el sector productivo. Igualmente se establecieron protocolos para el control sanitario, distancia social, uso obligatorio de mascarillas y la prohibición de todo

tipo de espectáculos públicos, reuniones políticas y religiosas. Se fijaron nuevas medidas para el funcionamiento de mercados de abasto, servicios de reparto a domicilio por terceros (delivery) y transporte público.

En un exceso de optimismo el presidente de la república anunciaba que el país llegó a la “cima” de la curva de contagios, mientras contradictoriamente el SINADEF (Sistema Nacional de Fallecidos) reportaba 9, 213 muertos más respecto al año anterior. Diversos cálculos informaban en esos días que más de un millón y medio de personas habían perdido su empleo en Lima.

A mediados de junio, el gobierno dio inicio al programa Arranca Perú destinando S/6 mil millones, un aproximado de U.S. \$ 1,700 millones, para proyectos de inversión que generarían un millón de puestos de trabajo. También reanudó la operación de vuelos nacionales en todo el país.

A comienzos de setiembre los casos confirmados de contagiados por COVID-19 bordeaba las 700 mil personas y el número de muertos contabilizados estaba casi en 30 mil (MINSAs2020). La letalidad de la enfermedad alcanzó el 3,4% y algunas regiones experimentaban la saturación de las UCI. El triunfo anunciado por el gobierno terminó de desvanecerse ante la cruda realidad.

¿CÓMO EXPLICAR ESTA EVOLUCIÓN DRAMÁTICA EN TAN SOLO UN SEMESTRE?

Son varias las razones. Una primera se ha adelantado: la cuarentena imaginada como el martillo que aplastaría a la curva de contagios del COVID-19, por la que el gobierno recibió aplausos iniciales, pese a un desastre económico inevitable, no funcionó. En el 2020, la paralización de actividades económicas generó un retroceso de 10 años. Además, 732 mil personas cayeron en la pobreza extrema aumentando su vulnerabilidad. Según distintos estudios (INEI 2021), en el primer año la pandemia dejó al 30,1% de la población en la pobreza monetaria, sumando 9,9 millones las personas sumidas en la pobreza. Esto fue provocado por la paralización de actividades económicas y el confinamiento. La pobreza extrema se estimó en 5,1% o lo que significaba

reconocer que un millón 664 mil peruanos son pobres extremos.

Una segunda, es la gran informalidad -nuestra marca registrada- (Durand, 2007) que entró a jugar un rol importante en este devenir, dejando en letra muerta los pocos intentos hechos desde el Estado con los confinamientos más estrictos, los cierres escolares más prolongados y las mayores contracciones económicas del mundo. Desde el ámbito de los estudios urbanos se ha definido la informalidad como el conjunto de “actividades generadoras de ingresos que no están reguladas por el Estado en un medio ambiente social donde actividades similares están reguladas” (Calderón, 2005, 32), lo que ubica al Perú como uno de los pueblos y gobiernos más informales para enfrentar las emergencias.

El concepto de informalidad urbana también hace referencia a la urbanización al margen de la planificación y regulación estatal. En Lima, al igual que otras urbes latinoamericanas, este proceso se ha dado de forma predominantemente informal, lo que ha llevado al surgimiento de un modelo de “ciudad ilegal” (Calderón, 2005). En este contexto, el Estado ha evidenciado una capacidad muy limitada para garantizar el cumplimiento de las regulaciones sectoriales. La informalidad muestra una presencia mayoritaria en ámbitos como la urbanización y el empleo tanto en el contexto urbano de Lima como en la totalidad de áreas urbanas peruanas. Dicha ciudad informal o ilegal se caracteriza, conforme señalan en su clásico libro Hardoy y Satterwhaite (1987) por el carácter espontáneo, irregular y no planificado de los asentamientos para promover la mejora de los servicios. Esto constituye un escenario casi ideal para la expansión masiva del contagio en medio de sistemas de salud débiles y economías frágiles que dificultan mucho imponer o mantener órdenes de confinamiento y suspensión de actividades.

De esta manera el número de personas contagiadas siguió aumentando, mostrando los límites de la cuarentena en un país con una parte importante de su población viviendo de actividades informales y precarias que les generan ingresos para el día. Ciudades, en gran parte, conformadas por asentamientos y viviendas de mala calidad se comportaron desobedientes al confinamiento

demandado por la cuarentena y se tornaron muy rápido en ciudades condenadas a una multiplicación grande del contagio.

La reanudación de actividades económicas como parte de las fases de reactivación económica y el fin de la cuarentena nacional hizo que gran parte de la población dejara sus viviendas para ir a trabajar o buscar oportunidades de desarrollo, sumado a la reapertura de lugares, como centros comerciales, que generan la aglomeración de gente, el número de contagiados aumentó significativamente. Esto se refleja en 592 distritos que en junio no registraban contagiados, en agosto contabilizaron algún afectado por la COVID-19.

Una tercera explicación son las condiciones de habitabilidad en los hogares peruanos caracterizadas por pésimas situaciones de vivienda, hacinamiento y falta de servicios básicos esenciales. Resultó imposible que se pudiera cumplir con las recomendaciones indispensables para evitar la transmisión del virus. Los costos de la supresión de actividades trajeron beneficios exiguos para la mitigación y la cuarentena no fue suficiente, aunque se salvó la paralización de los servicios hospitalarios.

En cuarto lugar, aunque también podría colocarse como primera razón, para continuar la lucha contra la epidemia se requería ampliar las capacidades de hospitalización y de Unidades de Cuidados Intensivos UCI a lo largo del territorio, en medio de una gama de carencias: desde antipiréticos y ventiladores hasta tanques de oxígeno y personal médico. Prontamente el país se encontró en el límite de su capacidad y ciudades enteras como Piura, Iquitos y Arequipa con sistemas sanitarios colapsados.

Las carencias estructurales y los pocos recursos asignados históricamente al sector salud en el presupuesto público se hicieron palpables: al momento de la declaración de la emergencia sanitaria se contaba con 100 camas UCI para atender los casos de COVID-19 en todo el país. El 27 de abril se contaba con 773 unidades, lo cual significa un incremento del 673% en 42 días y, sin embargo, se mantuvo por debajo de la demanda, con enfermos muriendo a la espera de ser internados. Estas cifras mostraron la foto de un país con inmensas diferencias territoriales y de abismal desigualdad.

La crisis sanitaria desatada en 2020 ha puesto en evidencia, de forma trágica, las tensiones entre los esfuerzos del sector público y los paradigmas de política urbana sustentable y los obstáculos que los altos niveles de informalidad representan para la concreción de los objetivos de cuidar la salud pública y una escasa eficacia de las medidas para contener la propagación de la COVID-19. Las intervenciones públicas han chocado diariamente con un escenario de predominio de la informalidad.

GRAVE CRISIS POLÍTICA EN PLENA SEGUNDA OLA

Justo cuando Estados Unidos y otros países iniciaron una fuerte, aunque a veces caótica, distribución de vacunas, en Perú comenzó una segunda ola aún más feroz que la primera. En ese mismo momento, se planteó una enorme crisis política que llevó a la destitución del presidente Martín Vizcarra por el Congreso de La República. Él, por su parte, acababa de cerrar el Congreso.

Empataron dos crisis que corrían separadas: la de la corrupción del sector público y los políticos, hasta la de un proceso electoral en el que por primera vez las derechas, compitiendo con izquierdas se separaron todas. En la puja entre corrupción y política primó la posibilidad de ganar las elecciones nacionales. La campaña electoral sacó a mucha gente a las calles que se encontró con la COVID-19. Sin embargo, este fue negado en la práctica por los políticos que prosiguieron sus campañas por todo los centros urbanos del país.

En medio de ese proceso, la destitución congresal del presidente llevó al nombramiento de un representante del conjunto de la derecha parlamentaria como presidente de la república. Esta designación duro solo una semana, producto de las marchas que se produjeron en todo el país.

Las vacunas llegaron a Perú en febrero 2021. Inmediatamente, hubo una gran indignación popular al enterarse que algunas personas con conexiones políticas se saltaran la fila para vacunarse primero.

La crisis sigue fuertemente vigente en la economía, la salud y la política y es muy poco lo que

se ha avanzado en el proceso de reingreso a la normalidad, una normalidad necesariamente diferente en un país en el que cada persona tiene más de media docena de conocidos que han fallecido por esta enfermedad.

UNA CORRELACIÓN ESTRECHA ENTRE CIUDAD, VIVIENDA Y SALUD

La relación entre ciudad y vivienda es tan fuerte como la que corresponde a vivienda y salud, que llevó a los próceres de la revolución industrial a mejorar las condiciones sanitarias y de vivienda para sus proletarios obreros. Eso no ha ocurrido en el país y millones de personas viven en condiciones infrahumanas para cualquier estándar de miseria que manejan las estadísticas.

Es por ello que Perú, y su recorrido histórico urbano de los últimos doscientos años, lleva a considerar que el problema de la vivienda responde

por un lado, a patrones ideológicos heredados históricamente que confunden el derecho a la vivienda con el acceso a un lote de terreno para la autoconstrucción. Una visión básica de la vida que empezó a cambiar a partir de la igualdad de derechos. Entre ellos el de la vivienda que fue rezagado a los últimos lugares.

Como en crisis anteriores, el problema de la vivienda ha reaparecido en la conciencia de las personas. Innumerables comentarios en los medios y las redes aluden al tema como el lugar en el que se vive, en que se protege del mal, pero no se socializa humanamente. La demanda de la calle, los espacios públicos y las áreas verdes son de primera prioridad. El asunto de los diversos usos que demanda la menor salida y que los chicos y chicas no vayan a la escuela y que en las viviendas de la clase media que no haya espacios para el trabajo en casa. Reto particularmente serio para los más jóvenes que desean que el Perú sea el país de Xauxa.

ANEXO - FOTOS



BIBLIOGRAFÍA

- Alarco G. et al. (2019). *Riqueza y desigualdad en el Perú: visión panorámica*. Oxfam Perú, Lima. Recuperado de: https://oi-files-cng-prod.s3.amazonaws.com/peru.oxfam.org/s3fs-public/file_attachments/Riqueza-y-desigualdad-en-el-Peru-vision-panoramica.pdf
- Banco Mundial. (2005). *"Beyond the City, The Rural Contribution to Development"*. Recuperado de: http://r1.ufrj.br/geac/portal/wp-content/uploads/2012/03/BIRD-Beyond_the_City.pdf
- Calderón Cockburn, J. (2005). *La ciudad ilegal. Lima en el siglo XX*. Lima, Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- DESCO. (2012). *Perú Hoy, Las ciudades en el Perú*. Lima, Desco.
- Dirven, M. et. al. (2011). *Hacia una nueva definición de "rural" con fines estadísticos en América Latina*. Santiago: CEPAL. Recuperado de: http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/3858/S2011960_es.pdf?sequence=1
- Durand, F. (2007). *El Perú fracturado: formalidad, informalidad y economía delictiva*. Lima, Fondo Editorial del Congreso del Perú.
- Euronews. (2021) Recuperado de: <https://es.euronews.com/next/2021/06/01/peru-sufre-la-mayor-tasa-de-mortalidad-del-mundo-por-la-pandemia>
- Fernández Salas, J.C. (2020). *"La cuestión de la densidad: ¿la pandemia nos regresará a vivir al campo? ¿Es la ciudad la responsable de esta pandemia? Enfoque Derecho"*. Recuperado de: <https://www.enfoquederecho.com/2020/06/11/la-cuestion-de-la-densidad-la-pandemia-nos-regesara-a-vivir-al-campo/>
- Hardoy, J. E. y D. Satterthwaite. (1987). *La ciudad legal y la ciudad ilegal*. Buenos Aires, Gel, Grupo Editor Latinoamericano, Estudios Políticos y Sociales.
- INEI. (2021). Perú: *Estimaciones y Proyecciones de la Población Nacional, 1950-2070*. Boletín de Análisis Demográfico N°38. Recuperado de: https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1665/index.html
- INEI. (2021). *Población ocupada de Lima Metropolitana*. Recuperado de: <https://www.inei.gov.pe/prensa/noticias/poblacion-ocupada-de-lima-metropolitana-disminuyo-en-153-en-el-trimestre-movil-diciembre-2020-y-enero-febrero-2021-12784/>
- INEI. (2021). Estadísticas. Recuperado de: <https://www.inei.gov.pe/estadisticas/indice-tematico/health-sector-establishments/#url>
- INEI. (2019). Enaho 2019 Encuesta Nacional de Hogares. Recuperado de: <https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/boletines/ticdiciembre.pdf>
- INEI. (2018). Resultados definitivos de los Censos Nacionales 2017: XII de Población y VII de Vivienda. Lima. Recuperado de: <http://censo2017.inei.gov.pe/resultados-definitivos-de-los-censos-nacionales-2017/>
- INEI. (2018). Perú, perfil sociodemográfico, Informe Nacional. Recuperado de: https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1539/libro.pdf
- INEI. (2008). Censos Nacionales 2007: XI de Población y VI de Vivienda. Recuperado de: INEI (2014) Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES 2014.
- IPE - Instituto Peruano de Economía. (2020). La pobreza extrema en el Perú aumentó en el 2019. Recuperado de: <https://www.ipe.org.pe/portal/la-pobreza-extrema-en-el-peru-aumento-en-el-2019/>
- IPSOS. (2021). Estadística poblacional 2021. Recuperado de: <https://www.ipsos.com/es-pe/estadistica-poblacional-2021>
- Hopkins, J. (2021). *University of medicine, Coronavirus resource center*. Recuperado de: <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>
- OMS. (2018). Informe mundial sobre la tuberculosis 2018. Recuperado de: https://www.who.int/tb/publications/global_report/es/
- MINSa. (2021). Recuperado de: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/1972290-informe-final-de-la-comision-sectorial-sobre-la-actualizacion-del-registro-de-defunciones-por-la-covid-19>
- MINSa. (2020). Comunicado 231. Recuperado de: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/300667-minsa-casos-confirmados-por-coronavirus-covid-19-ascienden-a-689-977-en-el-peru-comunicado-n-231>
- ONPE- Oficina Nacional de Procesos Electorales. (2021). Presentación de resultados elecciones generales y parlamento andino 2021. Recuperado de: <https://resultadoshistorico.onpe.gob.pe/EG2021/>

PNUD- Perú. (2019). El Reto de la Igualdad: Una lectura de las dinámicas territoriales en el Perú. Recuperado de: <https://www.pe.undp.org/content/peru/es/home/library/poverty/el-reto-de-la-igualdad.html>

Remy, M. I. (2009). *Las urbes, las ciudades y la población rural*.