

La vacunación para la COVID-19 y su impacto en la distribución fiscal en el Perú

Rodolfo Bejarano
Jessica Portocarrero
Rosa Varillas



La vacunación para la COVID-19 y su impacto en la distribución fiscal en el Perú

**Rodolfo Bejarano
Jessica Portocarrero
Rosa Varillas**

Junio 2023

Red por una Globalización con Equidad - RedGE

Acción Internacional para la Salud - AIS

LA VACUNACIÓN PARA LA COVID-19 Y SU IMPACTO EN LA DISTRIBUCIÓN FISCAL EN EL PERÚ

Rodolfo Bejarano
Jessica Portocarrero
Rosa Varillas

© Red Peruana por una Globalización con Equidad - RedGE
Jirón Trujillo 678, Magdalena de Mar, Lima, Perú
Teléfono (511) 394-7212
redge@redge.org.pe / www.redge.org.pe

© Acción Internacional para la Salud - AIS
Av. General Garzón 938, tercer piso, Dpto. C, Jesús María, Lima - Perú
Teléfono: (511) 723 3310
www.aisperu.org.pe

Primera edición digital, junio 2023

Diseño, diagramación:
Rafael Nova
Recavarren 1257, Surquillo
Teléfono: (51) 990 718 636.

El contenido de la presente publicación es responsabilidad exclusiva de las/los autores y no representa necesariamente los puntos de vista de Oxfam.



LICENCIA CREATIVE COMMONS
Algunos derechos reservados

Usted es libre de copiar, distribuir y comunicar públicamente esta obra bajo las condiciones siguientes:

- Debe reconocer los créditos de la obra.
- No se puede alterar, transformar o generar una obra derivada a partir de esta obra.
- Debe ser usada solo para propósitos no comerciales.

CONTENIDO

Tablas	3
Gráficos	5
Recuadros	7
Abreviaturas	8
Resumen ejecutivo	10
Introducción	28
1. La política de salud en el Perú y las implicancias de la pandemia	31
1.1. Situación del sistema de salud pre-pandemia	31
1.1.1 Sistema sanitario y reformas en el sector salud	31
1.1.2 Fragmentación y segmentación del sistema de salud (público y privado) y fuentes de financiamiento.	33
1.1.3 Vulnerabilidades del sistema público de salud	38
1.2 Medidas sanitarias ante la COVID-19	47
1.2.1 Aislamiento social	50
1.2.2 Financiamiento	52
1.2.3 Medidas para la atención y contención de la emergencia	53
1.3 Adquisición de vacunas y productos médicos y sanitarios para la atención de la pandemia	60
1.3.1 Equidad en los procesos de vacunación	66
1.3.2 Precios, contratos y condiciones (farmacéuticas vs. Países)	75
1.3.3 Producción y comercio de vacunas en América latina y el Caribe	81
2. Impacto económico y fiscal de la COVID-19	85
2.1 Impacto económico de la COVID-19	85
2.2 El sistema fiscal peruano y la política tributaria	90

2.2.1	Ingresos tributarios	91
2.2.2	Estructura del sistema tributario	93
2.2.3	Déficit fiscal y deuda pública	99
2.3	Distribución de recursos y reordenamiento presupuestal durante la pandemia	103
2.3.1	Presupuesto COVID-19 destinado al sector salud	103
2.3.2	Fuentes de financiamiento	107
2.3.3	Comparativo con otros sectores	109
2.4	Inequidad fiscal y desigualdades	111
2.4.1	Gasto en vacunas	111
2.4.2	Desempeño del gasto en los programas presupuestales	113
2.4.3	Planes de reactivación económica versus protección social	115
3.	Soberanía sanitaria y justicia fiscal	118
3.1	Desarrollo tecnológico, investigación e innovación en la salud	118
3.1.1	Presupuesto destinado a ciencia tecnología e innovación en el Perú y el sector salud	118
3.1.2	Apoyo a iniciativas y desarrollo tecnológico en el marco de la pandemia.	125
3.2	Cooperación regional y coordinación de políticas sanitarias	132
3.2.1	Mecanismos de compras conjuntas de las vacunas a nivel regional	133
3.2.2	Desarrollo de cadenas de valor regionales en industria farmacéutica y de insumos médicos y la auto suficiencia sanitaria	138
3.3	Reforma fiscal para financiar servicios de salud de calidad	143
3.3.1	Ampliación de la capacidad recaudatoria con mayor justicia fiscal	144
3.3.2	Mecanismo de respuesta nacional frente a episodios de emergencia	150
4.	Conclusiones y recomendaciones	153
4.1	Conclusiones	153
4.2	Recomendaciones	156
	Bibliografía	159

TABLAS

Tabla 1.	Comparativo de distribución de presupuesto en planes de preparación y respuestas frente a pandemias o epidemias	48
Tabla 2.	Presupuesto del Plan Nacional de Preparación y Respuesta frente al riesgo de introducción del Coronavirus 2019-nCov	49
Tabla 3.	Diez principales exportadores e importadores de reactivos de diagnóstico y equipos de pruebas de COVID-19.	62
Tabla 4.	Adquisición de vacunas adquisición de vacunas contra la COVID-19, según proveedor	65
Tabla 5.	Vacunas comprometidas para el Perú según fecha de arribo. Al 09 de febrero del 2021	66
Tabla 6.	Los precios de la vacuna contra la COVID-19 en el mundo	78
Tabla 7.	Costo promedio de las Vacunas adquiridas por el Perú	79
Tabla 8.	Costo estimado por dosis de vacuna según proveedor	80
Tabla 9.	Beneficios de las principales empresas del sector salud que han provisto vacunas, test y otros.	81
Tabla 10.	Producto Bruto Interno por tipo de gasto, trimestral y anual, 2019-2022 (variación porcentual)	86
Tabla 11.	Producto Bruto Interno por sectores productivos, 2019-2022. (Año base 2007, variación porcentual)	87
Tabla 12.	Ingresos Tributarios, 2010-2022 (% PBI)	95
Tabla 13.	Producto Bruto Interno por sectores productivos, 2019-2022.	99
Tabla 14.	Operaciones del sector público no financiero, 2019-2022 (En millones de soles)	100
Tabla 15.	Salud: ejecución del presupuesto COVID-19 a nivel nacional 2020-2022 (en millones de soles)	105

Tabla 16.	Participación e incremento de las funciones presupuestales, ejecución 2018 y 2022	109
Tabla 17.	Programas presupuestales en función Salud, ejecución 2018-2022	113
Tabla 18.	Principales indicadores de CTI para el Perú	119
Tabla 19.	Presupuesto público categoría presupuestal 0137: Desarrollo de la ciencia, tecnología e innovación tecnológica, según sector (Soles)	123
Tabla 20.	Sector salud: categoría presupuesta 0137: Desarrollo de la ciencia, tecnología e innovación tecnológica (Soles)	124
Tabla 21.	Principales convocatorias destinadas al financiamiento de proyectos para dar respuesta a la pandemia de la COVID-19	127

GRÁFICOS

Gráfico 1.	Sistema de salud en el Perú	33
Gráfico 2.	Sistema público de salud en Perú	34
Gráfico 3.	Evolución del gasto público de salud en el Perú (Porcentaje del PBI)	36
Gráfico 4.	Gasto de bolsillo en salud como porcentaje del gasto total en salud en 33 países de LAC (gasto de bolsillo como parte del gasto total en salud).	37
Gráfico 5.	Indicadores de Brecha de Infraestructura y Equipamiento del Sector Salud 2018 - 2020.	38
Gráfico 6.	Porcentaje de establecimientos de salud del primer nivel de atención con capacidad instalada inadecuada del MINSA a nivel regional	39
Gráfico 7.	Porcentaje de hospitales con capacidad instalada inadecuada del MINSA del informe de brechas al 2020 y al 2021	40
Gráfico 8.	Densidad de médicos y enfermeras por mil habitantes	41
Gráfico 9.	Personal de salud, según tipo de contrato	42
Gráfico 10.	Personal del MINSA por departamentos 2019 – 2021 (en porcentajes)	43
Gráfico 11.	Número de camas hospitalarias en LAC y promedio OCDE, último año disponible	44
Gráfico 12.	Perú: Camas hospitalarias por mil habitantes	44
Gráfico 13.	Capacidad de camas de cuidados intensivos en países LAC seleccionados y promedio OCDE, 2020 (o año más cercano)	45
Gráfico 14.	Camas UCI por cada 100 mil habitantes, antes y como respuesta a la pandemia	46
Gráfico 15.	Ventiladores mecánicos por cada 100 mil habitantes, antes y durante la pandemia.	47
Gráfico 16.	Principales activos adquiridos mediante inversiones el marco del estado de emergencia nacional por COVID-19	58

Gráfico 17. Evolución de contrataciones CAS COVID-19 de octubre 2020 - junio 2021	60
Gráfico 18. Cobertura con dos dosis alrededor del mundo y en los países de ingresos bajos, bajos-medios, medios-altos y altos. Al 01 de setiembre del 2022	67
Gráfico 19. Comienzo de la vacunación en América Latina	68
Gráfico 20. Avance en la aplicación de dosis contra la COVID-19. Al 20 de marzo del 2022	71
Gráfico 21. Porcentaje de ciudadanos de 18 a más años completamente vacunados según puntaje del Índice de Desarrollo Humano por distrito o domicilio	73
Gráfico 22. Cobertura de la vacunación y desigualdades	74
Gráfico 23. Cobertura de vacunación	75
Gráfico 24. Financiamiento de los gobiernos a los estudios científicos emprendidos para obtener la vacuna contra la COVID-19	77
Gráfico 25. Evolución del Empleo Informal, 2007-2021.	88
Gráfico 26. Ingresos Tributarios del Gobierno Central, 2010-2022. En millones de soles	92
Gráfico 27. Evolución de los Ingresos Tributarios del Gobierno Central, 2010-2020 (% PBI)	93
Gráfico 28. Estructura de los ingresos tributarios según tipo de impuesto, 2010-2022 (Participación %)	94
Gráfico 29. Estructura tributaria promedio en las regiones de ALC, OCDE y Perú 2020	96
Gráfico 30. Nivel de incumplimiento de IGV e IR	97
Gráfico 31. Presupuesto de gasto en salud (inicial, modificado y ejecutado), 2018-2022 (millones de soles)	104
Gráfico 32. Ejecución de presupuesto COVID-19 por niveles de gobierno, distinguiendo el total y el de la función Salud, 2020-2022 (millones de soles)	107
Gráfico 33. Función Salud: fuentes de financiamiento del gasto ejecutado, 2018-2022 (millones de S/)	108
Gráfico 34. Medidas económicas de gasto público y garantías para mitigar el impacto de la COVID-19, 2020-2021 (Miles de millones de Soles)	116

RECUADROS

Recuadro 1: Corrupción durante la pandemia de la COVID-19	131
Recuadro 2: Justicia fiscal y el acceso una Salud de Calidad	146

ABREVIATURAS

CENARES	Centro Nacional de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CGR	Contraloría General de la República del Perú
COFIDE	Corporación Financiera de Desarrollo S.A
C-TAP	Acceso Mancomunado a las Tecnologías contra la COVID-19
CTI	Ciencia, Tecnología e Innovación
DIGEMID	Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas
EPP	Equipo de Protección Personal
FAE-Mype	Fondo estatal creado para garantizar créditos de capital de trabajo para las micro y pequeñas empresas (Mype)
I+D	Investigación y desarrollo
IGV	Impuesto General de las Ventas
INEI	Instituto Nacional de Estadística e Informática
INS	Instituto Nacional de Salud
IPRESS	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud
IR	Impuesto a la Renta
LAC	América Latina y el Caribe
MEF	Ministerio de Economía y Finanzas
MINSA	Ministerio de Salud
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos

OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
ORAS-CONHU	Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue
PBI	Producto Bruto Interno
PCM	Presidencia del Consejo de Ministros
PEA	Población Económicamente Activa
PEAO	Población Económicamente Activa Ocupada
PEI	Población Económicamente Inactiva
PIM	Presupuesto Inicial Modificado
PNIC	Plan Nacional de Infraestructura para la Competitividad
RICYT	Red de Indicadores de Ciencia y Tecnología
SAI	Sistema Andino de Integración
SBS	Superintendencia de Banca, Seguros y AFP
SIS	Seguro Integral de Salud
SPNF	Sector Público No Financiero.
SUNAT	Superintendencia Nacional de Aduanas y de Administración Tributaria
SUSALUD	Superintendencia Nacional de Salud
TJN	Tax Justice Network
UCI	Unidad de Cuidados Intensivos
UNOPS	Oficina de las Naciones Unidas de Servicios para Proyectos

RESUMEN EJECUTIVO

La política de salud en el Perú y las implicancias de la pandemia

El derecho a la salud en el Perú, entendido como un derecho humano, universal y fundamental al que puede acceder cualquier peruano/a de manera gratuita y con servicios de calidad, es aún un ideal. El diagnóstico del sistema sanitario en el país es hartamente conocido, el cual se caracteriza por su precariedad, fragmentación, segmentación, insuficiente financiamiento, y crisis crónica. Este abandono a la salud pública se profundizó con la actual Constitución Política del Perú que relegó el papel del Estado como simple garante del acceso a prestaciones de salud de entidades públicas, privadas y mixtas. Es con las diversas sentencias del Tribunal Constitucional que se reconoce el derecho a la salud como un derecho fundamental que el Estado debe de proteger, por su relación inseparable con el derecho a la vida.

Desde el año 2009, con la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, Ley No. 29344, cuyo objetivo es garantizar que todas las personas tengan derecho pleno y progresivo a la seguridad social en salud se ha avanzado a nivel de cobertura. Actualmente, el 91% de peruanos/as tienen un seguro de salud público (60.6% en el SIS, 28.8% en EsSalud, 1.8% en Sanidades de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional), y el 9% restante un seguro privado. Sin embargo, esta ampliación de cobertura no ha ido de la mano con el fortalecimiento de la salud pública que recibe a la mayor cantidad de peruanos y tiene graves limitaciones para poder brindar un servicio eficiente y de calidad. Por esta razón, los gastos de bolsillo en salud representan un 28% en promedio, y se profundiza en las familias más pobres, que en el año 2020 alcanzaron el 37% de gastos de bolsillo.

No es posible que el Estado brinde un adecuado servicio de salud pública y sea plenamente gratuita, si desde que se aprobó la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud el año 2009 hasta el año 2019, el promedio de presupuesto destinado a la salud no había aumentado ni un 1% del PBI. Por lo que, en términos prácticos se está ampliando la cobertura con más personas que acuden a los establecimientos de salud teniendo la misma infraestructura, equipamiento médico, personal de salud, entre otros, en las mismas condiciones de precariedad. Esta situación crítica se puede corroborar con las brechas en infraestructura y equipamiento del sector salud. En el año 2018, previo a la pandemia, la capacidad instalada inadecuada de los establecimientos del primer nivel de atención alcanzaba un 78% en promedio, un año después de la pandemia, en el 2020 se llegó al 97%, es decir la brecha aumentó

en 19 puntos porcentuales. Peor aún es el caso de los hospitales con capacidad instalada inadecuada, que con los datos de enero de 2020 alcanzaban un 51% y con los datos de diciembre de 2020 llegaron al 96%, es decir la brecha aumentó en 45 puntos porcentuales.

Asimismo, previo a la pandemia, la densidad de médicos por mil habitantes en Perú era de 1.35 en promedio y de enfermeras 1.55, cuando en la región el promedio era de 2 médicos y de 3 enfermeras por mil habitantes, y a nivel de la OCDE era de 3.5 médicos y 6 enfermeras por mil habitantes. En relación con las camas hospitalarias, el Perú solo tenía 1.6 camas hospitalarias por mil habitantes, cuando el promedio de la región era de 2.1 y de la OCDE era de 4.7. Las Camas de Cuidados Intensivos eran 2.9 por 100 mil habitantes, cuando para la región el promedio era 9.1 y para la OCDE era 12 por 100 mil habitantes. Los ventiladores mecánicos eran 0.8 por cada 100 mil habitantes, cuando a nivel regional era de 10.7. Los demás países de la región que se encontraban en mejores condiciones, durante la pandemia han invertido más que Perú para aumentar las capacidades de su salud pública. El Perú, con su débil inversión, aún no llega a los promedios de la región, perdiéndose valiosas oportunidades debido a que del 20.6% del PBI destinado para enfrentar al COVID-19, sólo el 0.9% fue al sector salud, y con el resto se priorizó a los programas de crédito empresarial con el programa Reactiva Perú, entre otros.

Así fue como se afrontó la pandemia, con graves limitaciones de un sistema de salud público precario y abandonado, el cual a su vez se encuentra fragmentado y segmentado en diferentes subsistemas y por niveles de gobierno que no coordinan entre sí, generándose mayor dispersión. En tiempos de crisis sanitaria como la vivida por la COVID-19 es cuando se necesita contar con sistemas públicos de salud fortalecidos, porque es a donde acudirá la mayoría de la población. Los más de 200 mil muertos por la pandemia y que el Perú haya sido el país con mayor tasa de mortalidad en el mundo nos debe llevar a buscar las razones estructurales de esta tragedia.

A esta desatención a la salud pública, se suma la poca o nula respuesta de parte del Gobierno a la anunciada pandemia de la COVID-19. Es recién el 31 de enero de 2020 que la entonces ministra de Salud, Elizabeth Hinostroza, publicó el “Plan Nacional de Preparación y Respuesta frente al riesgo de introducción del Coronavirus 2019-nCov” mediante la Resolución Ministerial Nro. 039-2020-MINSA donde se establece un presupuesto de apenas 3.6 millones de soles, monto irrisorio frente a los demás presupuestos del MINSa para enfrentar otras pandemias o epidemias. En el año 2014 se destinó 37 millones de soles para el virus del Ébola y en el año 2009 se destinó 103 millones de soles para la influenza.

Fue un error estratégico del MINSa no prever los efectos de la pandemia y destinar 3.6 millones de soles para preparar al país entero, demostrándose que

pormenorizaban sus efectos. Luego, pasó tiempo valioso hasta que se detectó el primer caso de COVID-19 en el país el 6 de marzo de 2020, donde recién se dictan las primeras medidas en el país como aumentar el presupuesto a 100 millones de soles para el sistema de vigilancia y respuesta sanitaria, declarar la emergencia sanitaria y el aislamiento social obligatorio.

Las autoridades seguían cometiendo errores en la toma de sus decisiones, dado que no se puede tener una cuarentena obligatoria efectiva cuando tienes un país de más del 70% de trabajadores en la informalidad que día a día generan sus ingresos, y son quienes terminaron rompiendo la cuarentena. A ello, se suman otros problemas estructurales de corte social y económico: la falta de un sistema de protección social, viviendas y transporte público precario que genera hacinamiento y por ende mayor contagio, falta de acceso a los servicios sanitarios, al agua potable, electricidad, entre otros.

Se conformaron grupos de expertos y el grupo prospectiva con decisiones vinculantes, pero sin responsabilidad porque eran miembros ad hoc, esto demuestra la falta de institucionalidad en el Estado, paralelizándose espacios de decisión. El mismo Comando COVID-19 que dirigió la respuesta frente a los casos de COVID-19 fue otro espacio creado bajo un enfoque hospitalario. Existen diversas opiniones críticas al respecto, ya que el gobierno priorizó responder a la crisis sanitaria desde los expertos antes que convocar a las organizaciones sociales, colegios profesionales, gobiernos regionales y locales, universidades, agentes comunitarios, entre otros. Asimismo, se abandonó en la práctica el primer nivel de atención que, a pesar de su precariedad, debió ser fortalecido para que se pueda realizar la contención de la pandemia en ese nivel y evitar los casos de gravedad.

La pandemia de la COVID-19 también puso a prueba a los países y a los mercados. Las diferencias de ser un país industrializado y un país importador de productos se profundizaron y esto determinó quiénes podían proteger mejor a su población. Los países industrializados decidieron cerrar sus exportaciones de productos médicos y sanitarios desde marzo de 2020, entre ellos cuatro de los cinco principales proveedores de América Latina y el Caribe, y países como el Perú no encontraban forma de adquirirlos para enfrentarse a la pandemia y de encontrarlos, se imponía la ley de la oferta y la demanda, con costos sobrevalorados por la alta demanda en el mercado internacional. El lucro de las empresas y los laboratorios primó sobre el derecho a la salud a pesar de las continuas exhortaciones de la OMS.

De igual forma, los países se enfrentaron en la carrera de adquirir las vacunas desde su fase de investigación durante el año 2020. A pesar de que han sido los gobiernos y organizaciones sin fines de lucro principalmente las que financiaron las investigaciones de la vacuna contra la COVID-19, dado que las empresas privadas

lo vieron riesgoso para invertir, el avance científico y tecnológico logró lo que ha sido uno de los mayores éxitos científicos al alcanzar una vacuna con altos grados de eficiencia en tan solo 10 meses. Sin embargo, los laboratorios tuvieron el control total de su producción, venta y distribución sin ninguna fiscalización de parte de los gobiernos. Los países ricos, que representan al 13% de la población mundial a setiembre del 2020, acapararon el 51% de las dosis prometidas de candidatas a vacunas contra la COVID-19 generándose profundas desigualdades y falta de equidad en la distribución de las vacunas. Por ello, al 1 de setiembre del 2022 tenemos que la vacunación alcanzaba el 62% de la población mundial, de los cuales el 17% correspondía a los países de bajos ingresos y el 74% a los países de altos ingresos.

La adquisición de las vacunas se daba mediante la compra directa de los gobiernos a los laboratorios, así como a través de los organismos regionales como la Unión Europea y la Unión Africana, y mediante el mecanismo COVAX. En el caso del Perú, como la mayoría de los países que no son industrializados ni de altos ingresos, durante el año 2020 fue difícil acceder a la compra de vacunas directamente de los laboratorios. A eso, se añade que el Perú no tenía marco legal para adquirir vacunas en fase de investigación, por lo que se tuvo que modificar la Ley de Contrataciones del Estado y la Ley de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios con ciertas demoras generadas por el Congreso. Asimismo, para el proceso de compra de vacunas, el gobierno de entonces (Vizcarra) cometió errores estratégicos al quitar la rectoría del MINSa para liderar este proceso, conformando una Comisión Multisectorial dirigida por el Ministerio de Relaciones Exteriores y permitiendo al sector privado mediante el Comando Vacuna participar en las decisiones de las compras de vacunas y asumiendo la vocería del Estado, situación que posteriormente fue cambiada.

El primer contrato que firma el Perú para las vacunas contra la COVID-19 fue mediante el mecanismo COVAX el 18 de setiembre de 2020, luego el 31 de diciembre firmó con AstraZeneca, el 7 de enero de 2021 con Sinopharm y después con Pfizer y Moderna. Sin embargo, debido a diversos problemas que afrontó el mecanismo COVAX, las primeras vacunas en llegar al Perú fueron las de Sinopharm el 7 de febrero de 2021 y el 9 de febrero se inició el proceso de vacunación de acuerdo con el “Documento Técnico: Plan Nacional de Vacunación contra la COVID-19” aprobado mediante Resolución Ministerial No. 848-2020-MINSa, del 16 de octubre del 2020, el cual fue posteriormente actualizado, donde se establecieron 3 fases de vacunación, iniciándose con el personal de salud, fuerzas armadas y policiales, personal de limpieza, entre otros. Sobre este plan se cuestionó que su criterio respondiera a mantener operativas las actividades esenciales del país y no a los datos epidemiológicos, por lo que los adultos mayores debieron ser incorporados en la Fase 1 y no estar en la Fase 2, lo cual recién fue modificado el 5 de marzo de 2021.

La Fase 3 que iniciaba la vacunación masiva de todos los mayores de 18 años se dio a mediados de 2021, mes donde cambia el gobierno, el ministro de Salud Oscar Ugarte culmina su gestión con el 24% de vacunados con la primera dosis y el 14.7% de vacunados con la segunda dosis a seis meses de iniciado el proceso de vacunación en el Perú y habiendo enfrentado la segunda ola de la COVID-19. Lo sucede Hernando Cevallos, en la cartera de Salud cuando se pronosticaba que se alcanzaría los 150 mil fallecidos en una tercera ola, pero en cinco meses se avanzó en la vacunación superando el 80% de cobertura con las dos dosis en diciembre de 2020, superándose las proyecciones que hacía la UNESCO de que antes de culminar el 2021 país como Perú y otros de la región no alcanzarían el 70% del esquema completo de vacunación. Estos avances en el ritmo de la vacunación debido a acuerdos logrados con las regiones y el personal de salud, se sustentó en lograr la confianza de la población, tener liderazgo y mensajes coherentes de parte del MINSA, entre otros. Sin embargo, luego del cambio de ministro y el ingreso de Hernán Condori la desaceleración en la vacunación fue drástica, y en solo 40 días de gestión la vacunación bajó en un 54%.

En el presente estudio se recogen diversas opiniones respecto a que a partir del año 2022 las estrategias de vacunación debían de cambiar, enfocándose en cerrar las brechas de vacunación en las comunidades altoandinas, indígenas y amazónicas, que son históricamente los sectores más olvidados del país. Si bien las vacunas fueron distribuidas equitativamente entre todas las regiones del país, se identificaron problemas de centralización en las mismas regiones debido a que se avanzaba en la vacunación de las ciudades, pero no de los sectores rurales o de menor densidad poblacional. Asimismo, se enfrentaron a problemas geográficos, comunidades a las cuales difícilmente el Estado llega o se comunica, para lo cual las regiones necesitaban más presupuestos, logística y personal.

Otro indicador que demuestra lo anterior está relacionado a los niveles de pobreza y de desarrollo, puesto que la brecha se ha ido profundizando entre los distritos que tienen más alto nivel de Índice de Desarrollo Humano frente a los distritos con menor nivel de este índice. En el año 2021, al 6 de junio la brecha entre el primer y cuarto cuartil era de 5.8%, al 28 de julio era de 13%, y al 18 de octubre de 25%.

Respecto a los precios, contratos y condiciones de las vacunas contra la COVID-19, como se ha señalado, son las empresas farmacéuticas las que impusieron sus condiciones, sin mediar control alguno. Los países no podían negociar, solo aceptar las cláusulas leoninas que favorecían solamente a los laboratorios. Los países no podían hacer público el costo de las vacunas, no podían coordinar con otros países, mientras los laboratorios si podían hacerlo sin pedir permiso a los gobiernos, no se hacían responsables de las tardanzas en las fechas de entrega o si esto implicaba el

vencimiento de las vacunas, tampoco se hacían responsables de los efectos adversos que se podrían generar en las personas. En conclusión, los gobiernos tuvieron que acceder a contratos nada transparentes y aceptar las cláusulas de confidencialidad, caso contrario los laboratorios podían suspender la entrega de las vacunas.

Por su parte, el mecanismo COVAX que surgió como una alternativa para que las vacunas puedan llegar a los países en desarrollo frente al acaparamiento de los países ricos, tuvo la misión al 2021 de asegurar la entrega equitativa de vacunas para el 20% de la población de los países participantes en todo el mundo, es decir 2 mil millones de dosis para 187 países, de los cuales 92 eran de renta media y baja; sin embargo, no pudo cumplir con sus objetivos. A enero de 2022, el mecanismo COVAX había distribuido 1 mil millones de dosis en 144 países, el 50% de su objetivo debido a diversos factores, entre ellos que los países ricos cerraron acuerdos bilaterales con las farmacéuticas llegando algunos a alcanzar la cobertura del 140% de su población como en EEUU, o el 225% de su población como Gran Bretaña, por lo que los países ricos no invirtieron en el mecanismo COVAX. De las más de 2 mil millones de vacunas distribuidas en el mundo entre noviembre de 2020 y mayo de 2021, los países de bajos recursos recibieron solo el 0.3%, es decir, mientras que una de cada cuatro personas en los países de altos ingresos recibió al menos una dosis, una de cada 350 personas recibió al menos una dosis en los países de bajos ingresos.

Los organismos regionales de salud como la OPS y el Convenio Hipólito Unanue, Organismo Andino de Salud no tuvieron incidencia frente a la situación que tuvieron que enfrentar los países de la región ante a los laboratorios. Mientras que la OPS promovía el mecanismo COVAX, ambos organismos se dedicaron al seguimiento epidemiológico de la pandemia y a compartir experiencias entre países. No tuvieron ningún otro rol protagónico para afrontar desde una perspectiva regional la pandemia, por lo que cada país buscó individualmente cómo solucionar la crisis pandémica.

De esta manera, si bien existen tratados internacionales que reconocen la salud como un derecho humano y universal, los organismos internacionales de la salud solo podían exhortar a las empresas farmacéuticas y a los países ricos a que no continúen con el acaparamiento de las vacunas contra la COVID-19. La propuesta del mecanismo COVAX tuvo serias limitaciones para poder cumplir con sus objetivos por la misma falta de compromiso de los países ricos y de las empresas farmacéuticas. A nivel internacional no se estableció ningún tipo de control para conseguir la equidad de las vacunas y no dejarlo libremente a las reglas del mercado internacional, dado que allí prima el lucro y las ganancias por sobre los derechos. A nivel regional, no hubo unidad latinoamericana para enfrentar la pandemia como bloque y la dependencia sanitaria golpeó a todos los países.

Impacto económico y fiscal de la COVID-19

La pandemia de la COVID-19 generó no solo una crisis sanitaria, sino también una crisis económica como consecuencia de la cuarentena e inmovilización social que implicó la paralización del 55.9% de la actividad económica nacional. Ello implicó una fuerte contracción de -11% del PBI, siendo 3 veces más que el promedio mundial (-3.1%), y situándose por encima del promedio de la región (-6.8%). En términos de sectores productivos, la pandemia afectó negativamente a todos, siendo los sectores comercio, construcción, y servicios los que sufrieron mayores caídas, 16%, 13.3% y 10.4%, respectivamente.

En el caso del mercado laboral, 2.2 millones de personas perdieron su empleo en 2020, y luego con la reapertura de actividades económicas los niveles de empleo comenzaron a recuperarse, pero en base a empleos de menor calidad, ya que la población con empleo adecuado se redujo en 46.9%. Las empresas más pequeñas fueron las más afectadas, lo cual implicó que 1.2 millones de trabajadores de empresas que tenían entre 1 y 10 trabajadores se queden desempleados. En el caso de los sectores económicos, el sector servicios presentó una de las mayores contracciones, generando una pérdida equivalente a 1.8 millones de empleos. Estos elementos conllevaron al aumento de la informalidad laboral que pasó de 72.7% a 75.3% entre el 2019 y 2020.

La crisis económica generada a partir de la pandemia originó variaciones en el gasto e ingreso de todos los peruanos, lo cual implicó un retroceso en el poder adquisitivo de la fuerza laboral. La población del país en situación de pobreza pasó de 20.2% a 30.1%, equivalente en cifras absolutas a 9.8 millones de personas, generando un retroceso de 10 años.

A tres años de haberse dado el inicio a la pandemia y la cuarentena en el país, muchos de los indicadores descritos anteriormente han presentado mejoras; no obstante, aún no se ha logrado alcanzar los valores prepandémicos en el caso del ingreso y gasto promedio, peor aún el nivel de informalidad se continúa profundizando, así como las brechas de desigualdad.

Si bien es cierto, previo a la pandemia, el Perú era considerado como uno de los países de la región con un desempeño macroeconómico sobresaliente, lograr este desempeño con una capacidad recaudatoria tan baja, ha implicado que se invierta poco en la generación de capacidades del Estado.

Entre el 2010 y 2019, los ingresos tributarios en el Perú en promedio fueron 89,475.1 millones de soles al año y tuvieron una variación porcentual real promedio anual de 5.1%. A raíz de la pandemia, los ingresos tributarios disminuyeron en 17,637 millones, y la presión tributaria cayó a 12.9% del PBI, siendo la tasa más baja

registrada desde 2002. Sin embargo, en 2021, los ingresos tributarios presentaron una mejoría como consecuencia de la recuperación de la actividad económica, mejores condiciones internacionales, y los ingresos recuperados por el pago de deudas tributarias de importantes empresas mineras (4,655 millones de soles). Con respecto a la región, en 2020 los ingresos tributarios del Perú se ubican por debajo del promedio de los países de América Latina y el Caribe (21.9% del PBI) y rezagado respecto al promedio de los países de la OCDE (33.5% del PBI).

En cuanto a nuestra estructura tributaria, existe una predominancia de los impuestos indirectos, por tanto, es altamente regresiva, lo cual contribuye a la inequidad vertical del sistema debido a que no diferencian ingresos ni capacidad contributiva de los sujetos del impuesto.

Entre el 2010 y 2022, el Impuesto General de las Ventas (IGV) y el impuesto a la renta (IR) han sido las principales fuentes de los ingresos tributarios con una participación del 56% y 41% en promedio, respectivamente, seguido del Impuesto Selectivo al Consumo (ISC) que representó el 6% del total recaudado y el rubro “Otros ingresos” con el 9%, mientras que las Devoluciones tuvieron una participación de -14%. En términos del PBI, los impuestos indirectos durante los últimos 13 años han sido en promedio 9.4% del PBI, y dentro de estos el IGV alcanza el 8.4% del PBI y el ISC 1% del PBI, mientras que los impuestos directos son equivalentes al 6.3% del PBI para el mismo periodo, es decir, que los impuestos indirectos son 1.5 veces más que los directos.

Además de la alta informalidad existente en la economía peruana, nuestro sistema tributario presenta una serie de problemas estructurales que son responsables de nuestros bajos niveles de recaudación, entre los que se encuentran: i) elevados niveles de evasión y elusión tributaria;

ii) una ineficiente política de incentivos tributarios, lo cual genera una pérdida de ingreso tributarios (o gasto tributario).

De otro lado, nuestro sistema fiscal se rige por un conjunto de reglas fiscales que mantienen al Perú con bajos niveles de déficit y de deuda pública. En el 2020, las finanzas públicas del país se vieron severamente golpeadas, llevando a la suspensión temporal y excepcional de las reglas fiscales para los años fiscales 2020 y 2021. El exceso de los gastos sobre ingresos del Gobierno generó en 2020 un déficit fiscal equivalente al 8.9% del PBI y la deuda pública incrementó a 34.8%. El déficit fue financiado en 5.2% del PBI por endeudamiento y 3.7% del PBI por uso de activos financieros.

En 2021, se determinaron nuevas reglas fiscales, las cuales establecen que el déficit fiscal anual no debe ser mayor a 2.4; 2.0; 1.5; y 1.0% del PBI, para el 2023, 2024,

2025 y 2026, respectivamente; y que la deuda bruta total del SPNF debe ser menor o igual a 30% del PBI en un plazo no mayor diez años. Sin embargo, es necesario que la consolidación de las finanzas públicas en el país, que implica un déficit fiscal y la deuda pública bajos, vayan de la mano de una tendencia creciente de la presión tributaria y no con recortes en el gasto público.

Desde la llegada de la pandemia, la atención de la emergencia sanitaria e implementación de las medidas de protección social y reactivación económica ameritaron desde el gobierno la modificación del presupuesto público y la adaptación del aparato estatal a las nuevas necesidades, lo cual se hizo mediante la emisión de una serie de dispositivos legales que tuvieron por finalidad destinar o reorientar recursos a los distintos sectores de ejecución de gasto, entre ellos principalmente el sector Salud. Según el “Tablero de Control de Seguimiento del Presupuesto COVID-19”, entre los años 2020 y 2022 se emitieron dispositivos legales que involucraron un monto total de 79 mil millones de soles en todos los sectores.

En el caso de la función Salud, en años previos a la pandemia el gasto ejecutado bordeaba los 18 mil millones de soles (11% del total del gasto público), y en el 2020 como consecuencia de la crisis sanitaria este se incrementó a 24 mil millones, de los cuales 5,682 millones se destinaron a gastos relacionados al COVID-19, es decir, casi una tercera parte adicional a los gastos por fuera de la COVID-19. En 2021 se ejecutaron casi 7,500 millones en gastos COVID-19, lo que significó un 38% adicional sobre los gastos no COVID-19 ejecutados en ese año, mientras en el año 2022 solo fueron poco más de 4 mil millones ejecutados (17% adicional a los gastos no COVID-19). Gran parte de los gastos relacionados al COVID-19 se han destinado, a la construcción, remodelación y equipamiento de los centros de atención médica; así como el pago de personal y la compra de productos farmacéuticos, materiales e insumos, instrumental y accesorios médicos, incluyendo vacunas.

En el año 2020, los rubros de mayor importancia son Atención de pacientes, Personal de Salud y Operación de IPRESS. En ese mismo año se incluye un monto de 428 millones de soles relacionados a pagos por Garantías de vacunas, lo que supone el adelanto por la compra a los laboratorios, sin embargo, ese año no se realizó la adquisición de estos bienes. Para los años 2021 y 2022 la situación cambia y los mayores montos del presupuesto van al rubro de Adquisición de vacunas, con casi 4 mil millones de soles en el primero de estos años y 2.3 mil millones para el segundo, representando el 45% y el 43% del total presupuestado, respectivamente. El otro rubro importante de gasto en esos años lo constituye el pago de Personal de salud, lo que incluye la cobertura del seguro de vida, con montos de 3.1 mil millones para el 2021 y 2.1 mil millones para el 2022.

Respecto al presupuesto destinado al COVID-19 en Salud, el gobierno nacional ejecutó 3.5 mil millones de soles, mientras los gobiernos regionales ejecutaron 2 mil millones y los locales 101 millones. Sin embargo, en el 2021, el nivel de recursos para Salud estuvo casi a la par entre el nivel nacional y el regional, y lo mismo sucedió en el 2022. Los gobiernos locales, en cambio recibieron montos ínfimos y cada vez menores entre 2020 y 2022, por lo que apenas ejecutaron el 1% del presupuesto COVID-19 de la función Salud en los tres años sumados, mientras el nivel nacional ejecutó el 54% y el regional el 45%.

El impacto de la COVID-19 en el presupuesto obligó al gobierno a tomar medidas extraordinarias para cubrir las brechas de financiamiento del sector público y una de ellas fue recurrir al endeudamiento para poder cumplir con los requerimientos de los distintos sectores. Es así que, a partir del año 2020, la fuente de financiamiento “Recursos por Operaciones Oficiales de Crédito” tomó mucho mayor importancia en el ingreso ejecutado para Salud, con un 11% sobre el total para ese año, proporción que luego subiera al 22% en el 2021 y luego bajara a 14% en el 2022. En los años previos a la pandemia este porcentaje apenas llegaba al 3%. Para el periodo 2020-2022, casi la mitad de todos los recursos COVID-19 destinados a Salud fueron financiados con endeudamiento.

En los años de pandemia, la función presupuestal de la Salud tuvo un incremento importante en la ejecución de recursos en el país, habiendo incrementado sus recursos en el 2022 en un 57% respecto a los que tenía en el 2018. Sin embargo, la cosa cambia cuando son excluidos los recursos no COVID-19, reduciéndose ese incremento a solo 34% en ese mismo periodo. Salud se mantiene como la segunda función más importante dentro del presupuesto con una participación de 13.5% en el 2022, 2 puntos porcentuales más que en el 2018.

La pandemia ha visibilizado aún más la relación entre la poca progresividad tributaria y mala distribución de los escasos recursos fiscales con las posibilidades de grandes sectores de la población de que sean protegidos por el Estado y atendidos en el marco de la emergencia sanitaria y la posterior recuperación.

La evidencia muestra que gran parte del presupuesto adicional que se gestó para la lucha contra la COVID-19 en el país está relacionado a la adquisición de vacunas, pero se conoce muy poco de los costos reales. Un estudio reciente de la OPS (2022b) en el que se hace un comparativo del impacto presupuestal de la vacunación en algunos países de la región, da cuenta del mayor costo que significó para el Perú la aplicación de las vacunas entre 2021 y 2022, con un gasto por persona estimado de 59 dólares, casi el doble de lo que se estimó para la Argentina (31 dólares por persona). El documento hace referencia a que las causas de tales diferencias en los precios

se deberían a diversos factores relacionados a las capacidades económicas, sociales y políticas de los países, que los llevaron a condiciones particulares de negociación con las farmacéuticas, que se ven afectadas por elementos como la confidencialidad de los acuerdos, que generan ocultamiento y asimetría de información, entre otras fallas de mercado.

El mayor gasto, o en todo caso el ahorro que no se pudo lograr por los problemas institucionales y ambiciones políticas, por las vacunas compradas y aplicadas es asumido en mayor medida por los más pobres, quienes pagan más impuestos en proporción a sus ingresos que los sectores más pudientes. Situación muy distinta hubiera sido si nuestro sistema tributario fuera más progresivo, o incluso si se aplicaran impuestos temporales a los más ricos, ya que permitiría recaudar lo necesario para la compra de vacunas y demás gastos referidos al COVID-19.

La pandemia significó para el Perú, al igual que todos los países del mundo, no solo destinar recursos para atender las necesidades más urgentes en materia sanitaria, sino también para proteger a las personas más vulnerables. Si bien el Estado tomó algunas medidas para atender a las poblaciones más vulnerables y mantener la cadena de pagos, estas fueron muy puntuales, de un limitado alcance y de muy corto plazo teniendo en cuenta el impacto profundo de la pandemia. El MEF también señala que durante los años 2020 y 2021 se han gastado alrededor de 57 mil millones de soles en atender el impacto de la COVID-19, de los cuales 10 mil millones fueron dirigidos a la generación de empleo, 26 mil millones en dar soporte a las familias vulnerables y 21 mil millones en gastos relacionados a la emergencia, incluyendo vacunas. Mientras, los recursos destinados a programas de garantías crediticias a empresas, entre ellos Reactiva Perú, sumaban 76.5 mil millones de soles.

Hubo una atención bastante desproporcionada de parte del Estado en favor de ciertos sectores, lo cual explica que hasta ahora sigamos arrastrando las secuelas de la pandemia que son agravadas por otros choques externos, tales como la guerra en Ucrania y la crisis climática.

Soberanía sanitaria y justicia fiscal

La pandemia puso en evidencia la importancia de la ciencia, tecnología e innovación (CTI) para el desarrollo económico y social de nuestros países; pero al mismo tiempo, puso de manifiesto las asimetrías globales en el acceso y desarrollo de la CTI. En el caso del Perú, es evidente el rezago existente respecto al resto de países de la región, pues el Perú tiene un gasto equivalente a 0.17% del PBI, en contraste los países de América Latina y el Caribe y la OCDE destinan el 0.65% y 2% de su PBI, respectivamente. El sector Salud es uno de los sectores con menores recursos asignados para la promoción y desarrollo de la CTI, ya que apenas absorbe el 1% de los recursos.

Los principales factores que limitan el desarrollo de la ciencia y tecnología en el país son: los escasos recursos financieros destinados a la CTI; la falta de un mandato institucional consistente; y la normatividad que no facilita la investigación.

No obstante, con el objetivo de impulsar y apoyar el desarrollo de proyectos que ofrezcan soluciones efectivas y de rápido desarrollo a los desafíos sanitarios ocasionados por la pandemia de la COVID-19, a través del Consejo Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación Tecnológica—Concytec, se financiaron 67 proyectos por un monto de más de 17 millones de soles, que se distribuyeron en seis grandes convocatorias (5 en 2020 y 1 en 2021), las que abordaron diferentes temáticas como: el desarrollo de diversos dispositivos médicos, fabricación de ventiladores mecánicos, concentradores de oxígeno, equipos de protección y de esterilización rápida, análisis de la transmisión, evolución y control del virus, estudios sobre la evolución desarrollo y producción de nuevas terapias, así como de vacunas y antivirales contra la COVID-19; desarrollo de kits de diagnósticos moleculares rápidos; además del análisis de los efectos sociales y económicos originados por la pandemia.

Una de las principales lecciones que nos deja la pandemia de la COVID-19 es la enorme necesidad el desarrollo CTI y la investigación científica en el país; sin embargo, mucho de lo avanzado en este ámbito se ha perdido dado que la relevancia e importancia ganada por la CTI ha ido disminuyendo conforme la pandemia se iba conteniendo, aunado a los cambios ministeriales que presentó el sector en los últimos años.

La cooperación regional y coordinación de políticas sanitarias, pudo jugar un rol trascendental en el manejo de la pandemia, dado que los países actuaron de manera unilateral tanto en la búsqueda de recursos materiales y humanos, como en las negociaciones por el acceso a las vacunas. Esta falta de coordinación y de articulación de políticas conjuntas eficientes que ayudasen a controlar la pandemia y sus efectos sociales y económicos también se visualizó a nivel de bloques o espacios de integración. Las principales medidas que tomaron tanto la Comunidad Andina de Naciones (CAN), la Alianza del Pacífico y Mercosur estuvieron enfocadas en facilitar el comercio entre sus estados miembros, así como la simplificación de trámites comerciales y la digitalización de procesos; la disminución de aranceles aplicados a los productos e insumos destinados a la prevención de enfermedades y al cuidado de la salud. Sin embargo, los diferentes esquemas regionales del cual es parte el Perú no fueron capaces de articular mecanismos ni medidas coordinadas en materia de salud, lo cual nos colocó en una situación desventajosa para la adquisición de vacunas.

La crisis generada por la COVID-19, ha visibilizado la necesidad de disminuir nuestra dependencia de las manufacturas importadas, especialmente en cuanto a medicamentos, insumos y productos médicos, así como la producción de vacunas,

lo que implica: impulsar tanto a nivel nacional como regionales estructuras de investigación y desarrollo tecnológico que garanticen la producción de estos bienes y el desarrollo de cadenas regionales de valor en estas industrias. Al respecto, existen algunos avances como el Plan de Autosuficiencia Sanitaria, aprobado por la CELAC, el cual busca fortalecer la producción y distribución de medicamentos, en especial vacunas, en los países de la región y reducir la dependencia externa, además de asegurar un mercado estable de gran escala para dichos productos, incentivar la investigación y el desarrollo de proyectos innovadores, apoyar la producción local y la integración en cadenas regionales de producción.

Por su parte, los organismos internacionales de la salud están teniendo un rol importante en la promoción de la colaboración y establecimiento de un marco para desarrollar la tecnología en los países de la región. Un ejemplo de ello es la plataforma Acceso Mancomunado a las Tecnologías contra la COVID-19 (C-TAP) de la OMS, que se estableció en 2020 para facilitar el acceso oportuno, equitativo y asequible a productos de salud contra la COVID-19. Lamentablemente sus respuestas fueron lentas porque las licencias cedidas se concluyeron entre finales del 2021 y mayo del 2022, tras haberse registrado grandes picos de contagio por COVID-19 a nivel global, además no logró obtener el apoyo de la industria farmacéutica del sector privado para que esta ceda alguna licencia. Otro ejemplo es La Plataforma Regional para el Avance en la Producción de Vacunas y otras Tecnologías Sanitarias para la COVID-19 en las Américas impulsado por la OPS que tiene como objetivo fomentar la cooperación entre socios y países en la investigación e incentivar el desarrollo de tecnologías de salud esenciales y estratégicas en Latinoamérica y el Caribe, ampliando las capacidades de producción que garantice el acceso oportuno a productos seguros, eficaces y de calidad. También está el Centro de transferencia de tecnología para las vacunas de ARNm que tiene como objetivo ayudar a los fabricantes de los países de ingresos medios y bajos a producir sus propias vacunas, dotándoles de los conocimientos y los procesos necesarios para fabricar vacunas para contra la COVID-19 a la escala necesaria y de conformidad con las prácticas adecuadas de fabricación de la OMS.

La política fiscal va más allá del manejo de los ingresos y gastos del sector público, puesto que al determinar la manera en que se obtienen los recursos para el fisco, por medio de la política tributaria, y cómo estos son dirigidos a los distintos sectores o funciones, a través del presupuesto público, también está contribuyendo o no a la justicia y la equidad en la sociedad. Una política fiscal justa debe garantizar el cumplimiento de los derechos de las personas, por medio de la captación progresiva de ingresos que aseguren la provisión de los servicios esenciales de manera universal y de calidad, tales como la salud.

El nivel recaudatorio del Estado peruano, y en general de los países en desarrollo, es bastante bajo y altamente regresivo, por lo que las primeras medidas a tomarse deben estar enfocadas en mejorar la recaudación y recuperar los recursos que se pierden debido al fraude y abuso tributarios, tanto dentro como fuera de nuestras fronteras.

El incumplimiento tributario provoca que el Estado peruano deje de recaudar 48 mil millones de soles anuales, con los cuales se pudo cubrir 1.7 veces el presupuesto asignado al sector salud. Los incentivos tributarios le costaron al Perú 15.9 mil millones de soles en 2021, recursos con los que se pudo implementar 3,180 Centros de Salud del 1er Nivel de Atención u 80 hospitales de segundo y tercer nivel de atención, lo cual permitiría cubrir en 50% la brecha existente de hospitales. De otro lado, el uso de guaridas fiscales genera una pérdida potencial de ingresos tributarios al país equivalente a 2.9 mil millones de soles anuales, equivalente a la instalación de 5,480 plantas de oxígeno. En ese sentido, es necesario evaluar las diferentes alternativas que hay para ampliar la base tributaria del país, y una alternativa ya usada por otros países de la región es la aplicación de un impuesto a la riqueza, que de acuerdo con la estimación de Latindadd, permitirá aumentar la recaudación en 13.6 mil millones de soles, que en 2021 hubieran permitido contratar por un año unidades básicas de personal médico y técnico para habilitar la atención de más de 15 mil UCI.

Algunas de las principales medidas para lograr mayor progresividad tributaria son: i) Gravar a las grandes fortunas, las herencias, las rentas de capital, etc.; ii) Impuesto a las sobre ganancias empresariales y mejoras en la captación de la renta de las extractivas; iii) Impuestos verdes, impuesto al carbono; iv) Eliminar los incentivos fiscales ineficientes o innecesarios, especialmente aquellos relacionados a la exploración y explotación de minerales e hidrocarburos.

Estas medidas de carácter nacional deben ir acompañadas de aquellas que promuevan un sistema tributario internacional más justo. En ese marco, en el plano internacional, el Perú debe apoyar las iniciativas que promueven una mayor transparencia financiera y corporativa, que acabe con las guaridas fiscales y el secreto bancario. Asimismo, se debe de establecer un impuesto mínimo global a las transnacionales que se distribuya de acuerdo a la actividad real de las subsidiarias. El sistema tributario debe ser reformado en base a reglas que se ajusten a los nuevos tiempos y que sean discutidas y definidas en un espacio más amplio y democrático, como las Naciones Unidas.

El elemento de respuesta ante episodios de emergencia en el país está en la Reserva de Contingencia, la cual está regulada por el artículo 53 del Decreto

Legislativo N° 440 del año 2018, que establece que el equivalente de al menos el 1% de los recursos recaudados por impuestos en el país son destinados a la Reserva, pudiendo ser utilizados estos recursos para atender las distintas contingencias que puedan surgir. De esa manera, gran parte de los gastos para afrontar la COVID-19 han estado cubiertos por los recursos de la Reserva de Contingencia. Sin embargo, tal como ya se mencionó, nuestro país sufre de una baja carga tributaria respecto al PBI, por lo que la disponibilidad de recursos para la Reserva también se afecta ya que está en función de la recaudación tributaria. En esa medida, los fondos no han resultado suficientes y es así como muchas de las asignaciones y ampliaciones de recursos de la Reserva han sido financiadas con endeudamiento interno y externo.

Una medida a ser tomada en cuenta es la posibilidad de hacer uso de los saldos remanentes del presupuesto de los años anteriores, puesto que suele ocurrir que se den niveles de ejecución bastante bajos, incluyendo en el sector Salud. Por supuesto que mientras que se habilita la posibilidad de hacer uso de los recursos no ejecutados, un objetivo de mayor alcance, y más complejo a la vez, debe ser el de mejorar la gestión pública en todo ámbito, incluyendo el manejo presupuestario y las adquisiciones de bienes, servicios y contratación de personal, para que justamente no existan remanentes y todo el dinero recibido sea gastado de la mejor manera.

Conclusiones

El Perú, en comparación de los demás países de la región, tenía las peores condiciones para afrontar la Pandemia, ya que veníamos de décadas de abandono al sector Salud, precariedad y la falta de interés de los diversos gobiernos de turno por garantizar de manera efectiva el derecho a la salud.

Se ha demostrado que la mayor afiliación al seguro de salud público, como el que se ha realizado con el SIS, no necesariamente expresa un adecuado acceso a los servicios de salud. Mientras no se destine un financiamiento adecuado a la salud, las normas de derecho a la salud no tendrán efectos reales en la población que sigue haciendo uso de los gastos de bolsillo frente al colapso de los establecimientos de salud que no pueden cubrir la demanda de la población.

La Pandemia de la COVID-19 ha demostrado que la crisis de la salud es una crisis social. Para garantizar la salud de las personas no basta el enfoque sanitario, sino que es principalmente social. Los grandes problemas que aquejan a la mayoría de los peruanos como la informalidad laboral, la falta de acceso a los servicios básicos, la precariedad de las viviendas, los riesgos del transporte público, la seguridad social, entre otros, son factores estructurales que afectan gravemente la salud de los peruanos y permitió el aumento de los contagios y las muertes.

Se necesita una verdadera reforma del Sistema de Salud, sino una reforma profunda que haga realidad un sistema universal y gratuito, reconociendo la salud como un derecho fundamental para toda la población con responsabilidad individual y colectiva del Estado, eliminando los gastos de bolsillo y que unifique al sector superando su fragmentación y segmentación. Para ello, la reforma debe ser financiada adecuadamente, debe ser descentralizada, con servicios de calidad en todo el país, con infraestructura y capacidad instalada adecuada, con enfoque pluricultural, con sistemas de prevención fortalecidos, con la debida formación y respeto de derechos laborales del personal de salud.

Para avanzar hacia una verdadera reforma, el Ministerio de Salud debe contar con un equipo competente para poder emprender este proceso. Se debe entender que la salud debe estar por encima de las disputas políticas y debe estar basada en procesos que prioricen la carrera pública para asegurar personal calificado y competente. En ese mismo sentido, las crisis sanitarias no pueden sólo verse desde un enfoque hospitalario. Es el primer nivel de atención el que debe ser fortalecido porque es el primer contacto con la población que se enferma o contagia.

Las limitaciones establecidas legalmente –incluyendo lo establecido en la Constitución– no han permitido a nuestro Estado poder intervenir de manera más activa en esta crisis sanitaria, dejando absoluta libertad al sector privado en cuanto a la venta de los medicamentos e insumos, sosteniéndose en el libre mercado, demostrándose que no existen valores éticos cuando se trata de aumentar sus ganancias.

Los actos de corrupción y el uso indebido de los cargos de funcionarios, el caso del Vacunagate e investigadores, científicos y universidades peruanas, retrasaron la adquisición de las vacunas que se pudieron haber dado en mejores condiciones y en menor tiempo, con lo cual se pudieron salvar más vidas, por lo que deben existir mecanismos de control y fiscalización más eficaces.

El papel de los organismos internacionales para el acceso equitativo a las vacunas ha sido limitado. El mecanismo COVAX no tuvo la prioridad suficiente para imponerse sobre las fuerzas del mercado. No hubo una incidencia real de los organismos internacionales frente al monopolio de las vacunas.

Los diferentes problemas estructurales que venimos arrastrando por décadas en ámbitos económicos, sociales e institucionales, fueron algunos de los factores que obstaculizaron la contención del virus, a lo que se sumó la escasa atención al desarrollo tecnológico y de investigación. Posicionar a la CTI como una política de Estado estableciendo mecanismos que nos permitan consolidar el ecosistema de innovación y transferencia tecnológica debe ser una prioridad del Estado.

La Salud es un derecho y, como tal, es el Estado el que debe garantizar la provisión de este servicio público de manera universal, gratuita y de calidad, para lo cual debe disponer de los recursos presupuestarios que permitan mantener y construir infraestructura, equipos, personal, insumos y demás bienes y servicios necesarios. La pandemia obligó al Estado peruano a asignar muchos más recursos para la Salud, pero sigue siendo insuficiente para la magnitud de las brechas que hay que cubrir. En lugar de plantear reformas para mejorar la recaudación tributaria, se recurrió al endeudamiento público, lo cual nos deja en una situación fiscal precaria debido a los pagos del servicio de la deuda que nuestro país tendrá que hacer en años venideros.

A pesar del mayor presupuesto asignado a Salud, el incremento no ha sido sustancial y el nivel de gasto en salud respecto al PBI se mantiene en alrededor del 3%, casi la mitad de los niveles establecidos internacionalmente como mínimos (6% del PBI). En general, el manejo de los recursos en pandemia fue bastante criticado debido a las inequidades que se advirtieron, sobre todo al hacer comparaciones con los montos involucrados en programas de ayuda crediticia como Reactiva Perú, el cual recibió montos para garantías –en su gran mayoría para grandes empresas– por un valor de 60 mil millones, el equivalente al 8% del PBI.

En países tan desiguales como el nuestro, la recaudación recae sobre todo en los sectores menos pudientes porque aquellos sectores con más recursos tienen las posibilidades de no pagar o pagar menos impuestos. La línea ortodoxa que plantea mantenerse dentro de las reglas fiscales tiene repercusiones sobre el dinero presupuestario para atender servicios esenciales, puesto que, en lugar de plantear mejoras en la recaudación, el ajuste viene por el lado del gasto público para no sobrepasarse de los límites “aceptables” de déficit fiscal y endeudamiento.

Recomendaciones

La pandemia agudizó aún más las desigualdades, pues fueron los países que tuvieron mayor disponibilidad de recursos y capacidades aquellos que lograron dar mejores respuestas ante la crisis, por lo que una mejor gestión pública debe ir acompañada de mayores recursos, especialmente para la salud. Por ello, se debe concretar la reforma de la salud y el Estado asumir un rol principal en el cumplimiento del derecho de acceso a servicios de salud de manera gratuita y efectiva para todos los peruanos, acercando la salud a la población, fortaleciendo la institucionalidad, generando los espacios para el involucramiento de todos los actores, e imponiendo límites al accionar de los privados para que no cometan abusos.

Las mayorías deben estar concientizadas de que es obligación de los Estados de procurar recaudar lo más posible en impuestos para dar atención a las necesidades y derechos de la población, pero de una manera justa y equitativa que contribuya a reducir las brechas de desigualdad. Solo así, la sociedad civil podrá actuar de manera más organizada para exigir a sus candidatos y sus representantes una vez elegidos, que deben emitir las leyes necesarias para cambiar el sistema fiscal.

Nuestra economía se ha venido sosteniendo en un sistema tributario altamente regresivo y de muy baja recaudación (uno de los más bajos de la región), por lo que es obligatorio mejorar la recaudación y recuperar los recursos que se pierden debido al fraude y abuso tributarios, tanto dentro como fuera de nuestras fronteras. Una reforma fiscal progresiva es necesaria para que el fisco obtenga mayores recursos y recurrir cada vez menos al endeudamiento, pero también es una herramienta que puede contribuir a reducir las desigualdades, procurando que paguen más los que ganan más, luchando contra la evasión y elusión tributarias, haciendo frente a los flujos financieros ilícitos, y eliminando beneficios tributarios dañinos. Algunas de las medidas propuestas son: gravar los grandes patrimonios, mayores tasas a las ganancias de capital, aplicar impuestos a las sobreganancias, impuestos verdes o al carbono, mejorar la fiscalización y control de los contribuyentes, sumarse a las iniciativas internacionales y regionales de cooperación en materia tributaria, entre otros.

Esta reforma debe ir acompañada de una vigilancia cercana del uso y gestión de los recursos, para establecer si la asignación de los recursos está siendo dirigida según las prioridades establecidas. Para ello debe haber una apertura a la participación ciudadana en todos los niveles (planificación, presupuesto, ejecución y evaluación), así como una absoluta transparencia y rendición de cuentas de parte del Estado.

La integración regional de los países de América Latina debe servir como una plataforma estratégica que propicie la coordinación y cooperación para llevar adelante políticas sociales y sanitarias que generen bienestar social e impulsen al mismo tiempo un desarrollo económico sostenible y equitativo. El mundo debe contar con mecanismos más efectivos en cuanto a la intervención en la compra y distribución de vacunas que aseguren un abastecimiento en condiciones óptimas de estos bienes dirigidos a los países en desarrollo.

INTRODUCCIÓN

La crisis sanitaria producida por la pandemia de la COVID-19 no solo ha impactado directamente en la salud de la población, sino también en la economía de los países y en las posibilidades de financiar las medidas necesarias para afrontar las consecuencias económicas y sociales que trajo esta situación. El encierro y distanciamiento social tuvo impacto directo sobre la actividad económica nacional y afectó los medios de subsistencia de las personas, especialmente de aquellas que se sostenían laboralmente de manera precaria, profundizando las brechas de desigualdad en el Perú, al igual que en los demás países de la región latinoamericana. Mientras una proporción importante de la población cayó en situación de pobreza y hambre, los multimillonarios y conglomerados empresariales no fueron afectados por la crisis, incluso vieron crecer sus ingresos y su fortuna durante la pandemia, acrecentando aún más las inequidades.

El Perú es considerado como uno de los países más estables en términos macroeconómicos, pero la crisis sanitaria trajo fuertes impactos en la producción y en los ingresos fiscales, así como en el deterioro de la balanza comercial, exponiendo nuestra situación de fragilidad frente a choques externos producto de la dependencia de las exportaciones de materias primas. De igual manera, la pandemia expuso la extrema vulnerabilidad y precariedad de nuestras estructuras productivas y de provisión de servicios públicos y protección social, con un sistema de salud pública que ya había colapsado antes de la pandemia, cuya situación se agravó aún más con la llegada de la COVID-19, llevando al Perú a ser el país con la tasa de mortalidad más alta en el mundo.

Las medidas de protección social en el país, particularmente las dirigidas a las poblaciones más vulnerables, han sido bastante limitadas en su duración y cobertura, y la población quedó a merced del accionar del sector privado –que aprovechó la pandemia como una oportunidad para hacer negocio– mientras se generaba una gran expectativa de lo que pudiera pasar con las vacunas que eran vistas como la única salvación ante la precariedad de nuestro sistema.

En medio de la pandemia en su peor momento, las vacunas se convirtieron en las herramientas más importantes y efectivas para contener el avance de los contagios y las muertes en el país, pero el acceso a ellas dependía de una compleja estructura que se iba generando en torno a las negociaciones y adquisiciones internacionales de estos bienes, con la intervención de diversos actores –corporaciones farmacéuticas,

gobiernos y empresas estatales— que iban investigando y desarrollando las tecnologías necesarias para su producción, pero con niveles insuficientes frente a las crecientes necesidades en todo el mundo. En esa dinámica, los grandes laboratorios iban imponiendo sus condiciones en los contratos, priorizando en el turno a aquellos países que contaban con los recursos suficientes para pagar, dejando al final de fila a los países menos solventes.

En el Perú, la inestabilidad política del país —que terminó en la vacancia del Presidente— y los cambios en los diversos puestos clave en el ejecutivo, produjo tremendos retrasos en las negociaciones y se aceptaron contratos con condiciones bastante desventajosas para el país, incluyendo una cláusula de confidencialidad que impedía conocer sus términos. Este accionar de las empresas, que no solo se dio en nuestro país, las terminó favoreciendo en términos de precios y de responsabilidades, dejando todo el peso al país al tener que solventar el costo de las vacunas y demás medidas para paliar la pandemia y sus efectos.

Los esfuerzos fiscales que hizo el Estado peruano para la compra de vacunas suficientes y la implementación del proceso de vacunación fueron grandes, con montos bastante importantes que fueron destinados a estas acciones dentro del presupuesto público, el cual sufrió modificaciones e incrementos sustanciales para atender la COVID-19, pero este aumento no fue suficiente para llegar a los niveles de gasto requeridos para alcanzar el mínimo aceptable en cuanto a la salud (6% del PBI). Nuestro país se caracteriza por recaudar poco y de manera regresiva, por lo que, al no haber habido reformas progresivas en el sistema tributario con motivo de la pandemia que nos permita tener mayores ingresos, quienes asumen finalmente estos mayores esfuerzos fiscales son las grandes mayorías, lo cual está estrechamente relacionado a nuestra estructura fiscal.

Esta inequidad fiscal conlleva a la mala distribución de los recursos y es uno de los elementos que explica la precariedad con que nuestro país ha enfrentado la pandemia, afectando la disponibilidad y distribución equitativa de los elementos que son necesarios para dar pelea a la pandemia, entre ellos las vacunas contra la COVID-19. Si bien se ha logrado un importante nivel de vacunación en el país con la primera dosis, hay muchos sectores de la población que aún no están vacunados completamente, principalmente los que están en zonas donde no llega el Estado y han sufrido históricamente de la falta de servicios públicos de calidad.

Para garantizar el acceso equitativo a tecnologías sanitarias esenciales (vacunas entre ellas) para enfrentar las diversas patologías que se presentan, particularmente en los grupos más vulnerables, se debe de plantear una serie de reformas que busquen fortalecer nuestro sistema de salud, con reformas que deben darse en el ámbito económico, institucional y normativo. También existe la necesidad de buscar una

mayor equidad en el ámbito internacional de la salud, que aborde asuntos como la compra de vacunas, suministros, equipos, financiamiento, etc., pero ello debe formar parte de una estrategia que apunte a una línea de acción coordinada entre países y que fomente la cooperación regional en materia de compras y producción, así como de desarrollo de la ciencia y la tecnología, en la búsqueda de una autosuficiencia sanitaria.

En el presente documento se hace un repaso de las principales medidas que se tomaron con motivo de la COVID-19 en el país y su valoración respecto a los resultados obtenidos, así como las implicancias que ha tenido la pandemia en la economía peruana, identificando los retos que se presentan en el ámbito económico, normativo e institucional, para finalmente presentar una serie de conclusiones y recomendaciones que apunten a estar mejor preparados para futuros problemas similares.

1 La política de salud en el Perú y las implicancias de la pandemia

1.1. Situación del sistema de salud pre-pandemia

1.1.1 Sistema sanitario y reformas en el sector salud

El sistema sanitario en nuestro país ha afrontado diversas denominadas “reformas” que han sido superficiales dado que la situación de precariedad, crisis, fragmentación y segmentación se ha mantenido con los sucesivos gobiernos. Sin embargo, ninguna crisis en salud afectó tanto al país y al mundo como la pandemia de la COVID-19 que demostró las profundas debilidades del sector salud y sus insuficientes medidas de solución.

En la Constitución Política del Perú, el derecho a la salud forma parte del capítulo de los derechos sociales y económicos, donde se establece que todos tienen derecho a la protección de su salud mediante prestaciones de salud brindadas por entidades públicas, privadas o mixtas, permitiendo el ingreso del sector privado y limitando el rol del Estado a solo garantizar el acceso libre a estas prestaciones. En la norma constitucional el derecho a la salud no se encuentra comprendido en el capítulo de los derechos fundamentales, que obligaría al Estado garantizar el derecho a la salud de manera gratuita a todos/as los/as peruanos/as. Es con el Tribunal Constitucional que se ha logrado corregir lo señalado y mediante diferentes sentencias ha reconocido el derecho a la salud como un derecho fundamental por su relación inseparable con el derecho a la vida. Asimismo, los tratados internacionales del Sistema Interamericano de Derechos Humanos y el Sistema Universal de Derechos Humanos reconocen a la salud como un derecho fundamental.

La Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, Ley Nro. 29344 publicada el 09 de abril de 2009 en el Diario Oficial “El Peruano”, promovió una mayor cobertura para que de manera progresiva toda persona tenga un seguro de salud. De esta manera, conforme se indica en el “Balance de Gestión 2016-2021” de SUSALUD (2021), desde el año 2009 que se implementó la Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud, se generó la expansión del Sistema Integral de Salud (SIS) lográndose la cobertura al 60% de la población, mientras que EsSalud tiene una cobertura al 28%. Actualmente tenemos cerca del 91% de peruanos que cuentan con un seguro de salud público, ya sea del SIS, EsSalud, Sanidades de las Fuerzas Armadas del Perú (F.F.A.A.) y Policía Nacional del Perú (P.N.P.); y, sólo un 9% cuenta con un seguro privado, como la EPS, seguro privado, etc.

El SIS es un programa de salud dirigido a las personas vulnerables. Es un organismo público ejecutor del Ministerio de Salud (MINSa) que capta y gestiona fondos para el otorgamiento de prestaciones de salud. Tiene dos tipos de regímenes de financiamiento, el régimen subsidiario que es cubierto por presupuesto estatal (“SIS Gratuito” y “SIS para Todos”); y, el régimen semi contributivo (“SIS Independiente”, “SIS Emprendedor”, y “SIS Microempresas”) (SIS, 2021, págs. 9-14). De esta manera, el SIS es una contraprestación que el Estado paga a los establecimientos de salud y/o al sector privado para la atención adecuada de los afiliados al SIS. Sin embargo, no asegura que los establecimientos tengan capacidad operativa.

Los avances en cobertura de seguros de salud, que inicialmente nos podrían ofrecer cifras alentadoras, no se expresan en prestaciones eficientes y de calidad debido al limitado financiamiento que se otorga a la salud pública, por lo que los gastos de bolsillo resultan siendo costos que los familiares de los y las pacientes terminan asumiendo por su salud. Si bien con el SIS se ha avanzado en una mayor cobertura, se tiene serias limitaciones en los servicios de atención. En el 2018, según la encuesta elaborada por Datum, el 76% de peruanos estaban insatisfechos con la infraestructura de los hospitales, postas y centros médicos públicos (Diario Gestión, 2018). En el 2016, el INEI realizó una encuesta de satisfacción sobre los servicios de salud y sobre los problemas de atención en el SIS, señala que el 42% no encontró cita o turno y el 32.9% no encontró medicamentos (INEI, 2016).

Una muestra de que los establecimientos y servicios de salud se encuentran con grave deficiencia son las constantes declaratorias de emergencia sanitarias previas a la pandemia. Desde el año 2016, mediante Decreto Supremo Nro. 038-2016-SA, se declaró en emergencia sanitaria la prestación de Establecimientos de Salud en Lima Metropolitana con el objetivo de establecer un plan de acción con respaldo financiero para una respuesta adecuada de los servicios, y mediante Decreto de Urgencia Nro. 01-2016 se dictaron medidas urgentes y excepcionales de carácter temporal destinadas a recuperar la capacidad operativa y la continuidad de los servicios de salud por parte del Sector Salud. Luego, en el año 2018, mediante Decreto Supremo Nro. 019-2018-SA se declaró nuevamente la emergencia sanitaria a 198 establecimientos de salud del primer nivel de atención en Lima Metropolitana.

Además de lo señalado, existe una centralización en los servicios de salud que afecta a la mayoría del país. SUSALUD (2021) menciona que “(...) gran parte de los hospitales de mayor nivel de resolución y los institutos de salud especializados, se

concentran en la costa y en las principales ciudades del país. En vista que el Estado concentra gran parte de la oferta de servicios de salud en nuestro país, sumado al bajo financiamiento público a este sector, la calidad de estos servicios es baja e insuficiente para cubrir las reales necesidades de la población” (pág. 25).

1.1.2 Fragmentación y segmentación del sistema de salud (público y privado) y fuentes de financiamiento.

Fragmentación y segmentación del sistema de salud (público y privado)

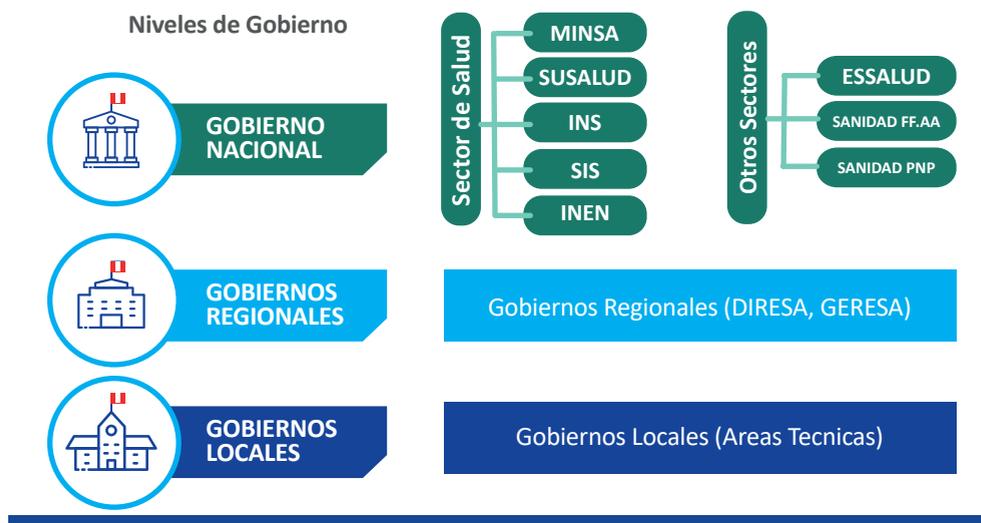
Nuestro sistema de salud se caracteriza por estar compuesta de entidades prestadoras de salud públicas, privadas o mixtas. Conforme lo establece la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, estas son:

Gráfico 1. Sistema de salud en el Perú



Fuente: Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, Ley Nro. 29344

Gráfico 2. Sistema público de salud en Perú



Fuente: MINSA (2021a) Proyecto de presupuesto 2022 Sector Salud. Presentación ante el Congreso de la República del Perú

Por ello, tenemos un sistema de salud caracterizado por su fragmentación y segmentación. En el “Balance de Gestión 2016-2021” de SUSALUD (2021) nos señala al respecto que:

(...) la característica principal del sistema de salud es la fragmentación en múltiples subsectores; Ministerio de Salud (MINSA – SIS), Seguro Social – EsSalud, Sanidades de las Fuerzas Armadas y la Sanidad de la Policía Nacional del Perú, el sector privado, los gobiernos regionales y las municipalidades, los cuales tienen a su cargo el financiamiento y la provisión de los servicios de salud que demanda la ciudadanía. Los financiadores y proveedores de seguros y servicios de salud, tanto pública como privada, se desarrollan con una dinámica propia, manteniendo mínima o nula coordinación y realizando acciones que muchas veces se superponen, tal como se ha observado durante la actual emergencia sanitaria nacional. Aunque la unificación de los dos principales financiadores y prestadores públicos de servicios de salud del país (Ministerio de Salud y EsSalud), es un tema complejo y que merece una amplia discusión, un sistema unificado traería como principales beneficios mayor eficiencia en el acceso, cobertura y en el gasto en salud (pág. 20).

Asimismo, es segmentado por el financiamiento, debido a que en nuestro Sistema de Salud “hay varios sectores o ministerios que financian y son responsables de la gestión y operación de los servicios (...). Esta situación provoca ineficiencia, duplicidad de esfuerzos y desgobierno en el sector, incrementándose en épocas de crisis o pandemia (...)”¹.

A nivel presupuestal, el MINSA para la Ley de Presupuesto del Sector Público sustenta los pliegos del MINSA (011), SUSALUD (134), INS (I31), SIS (135) y el INEN (1336). En el caso de los gobiernos regionales, se les asigna del presupuesto general la partida para salud. En el caso de EsSalud, Sanidades de las F.F.A.A. y P.N.P., sus presupuestos se sustentan en la cotización de los aportantes y de sus entidades. En el caso de las sanidades de los penales se encuentra dentro del presupuesto del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. De esta manera, no hay un presupuesto único para el Sector Salud.

Estas precarias condiciones de acceso a la salud se han ido profundizando durante la pandemia y nos dejan las siguientes reflexiones realizadas por dos exministros de Salud. Para el exministro de Salud, Hernando Cevallos, una de las lecciones de la pandemia es que debemos avanzar hacia una real reforma de salud que unifique el sector y realice cambios profundos hacia un sistema universal y gratuito financiado por el Estado, donde la gente no ponga ni un sol de su bolsillo porque la mayor parte de la población no tiene seguros ni estabilidad laboral. La salud debe ser un derecho no solo a nivel recuperativo sino también preventivo. Asimismo, se debe de promover la participación de la comunidad y las organizaciones sociales, con enfoque intercultural y descentralizado.

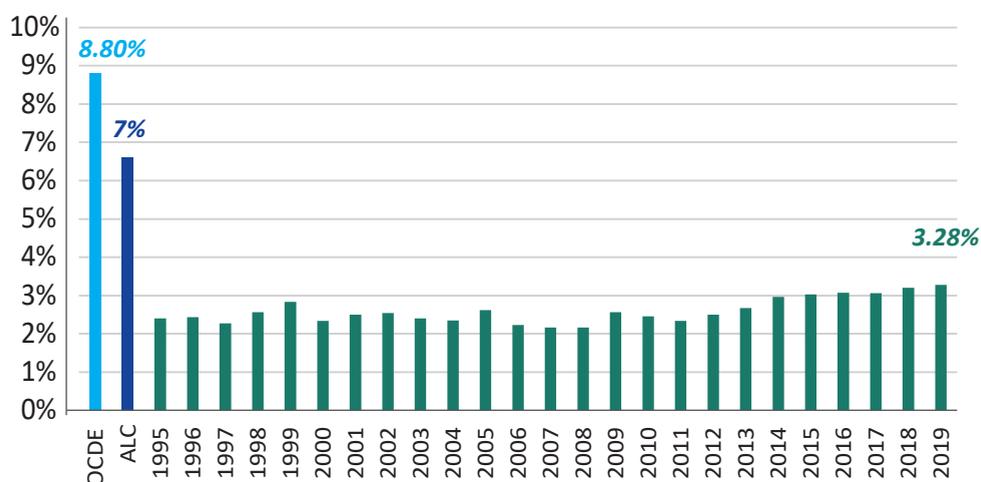
Por su parte el Dr. Víctor Zamora, exministro de Salud, sostiene que la pandemia nos deja como lección que “necesitamos más y mejor Estado dado que no ha habido un movimiento más grande que la participación del Estado durante la pandemia, no sólo por las vacunas. Las personas se salvaron en el Perú por la presencia del Estado y también murieron por su ausencia. También se necesita más ciencia, más datos, más ética, más equidad y más financiamiento. Es importante seguir reflexionando sobre la pandemia porque estamos desaprendiendo muy rápido, se ha retrocedido en algunos avances que ya se habían logrado durante la pandemia como el traslado de pacientes para salvar vidas, entre otros”.

¹ Véase: <https://saluddesdelaotraorillas.com/2020/07/30/la-segmentacion-y-la-fragmentacion-de-los-servicios-de-salud/>

Fuentes de financiamiento del sistema de salud (público y privado) y los gastos de bolsillo

Como se había señalado, la falta de financiamiento es un grave problema que aqueja al Sistema de Salud Público. Si se observa el récord histórico del presupuesto público destinado a la salud durante estos años, se podrá verificar el abandono del Estado a la salud de la población. Si a ello le sumamos que desde que se publicó la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud en el año 2009 hasta el año 2019 en que se conociera a nivel internacional la pandemia, el promedio de presupuesto destinado a la salud no aumentó ni en 1% del PBI durante esos diez años, con lo cual es imposible que se pueda lograr una cobertura universal de la salud y brindar servicios de salud eficaces y de calidad como propuso la Ley. Al 2019, el Perú tenía destinado el 3.28% del PBI, mientras que, conforme a OCDE & Mundial Banco (2020) OCDE, el gasto total en salud de América Latina y el Caribe es en promedio un 6.6% del PBI y a nivel de los países de la OCDE es un 8.8%. Países como Colombia (2019) destinaba el 6.28%, Argentina (2019) el 5.95%, Chile (2019) el 5.66%, Bolivia (2017) el 4.42%, Ecuador (2017) el 4.36% y Brasil (2019) el 3.93%, demostrándose que, a nivel regional, nos encontrábamos a la cola del financiamiento en el gasto público de la salud (Datosmacro.com, 2023).

Gráfico 3. Evolución del gasto público de salud en el Perú (Porcentaje del PBI)



Elaboración: Propia

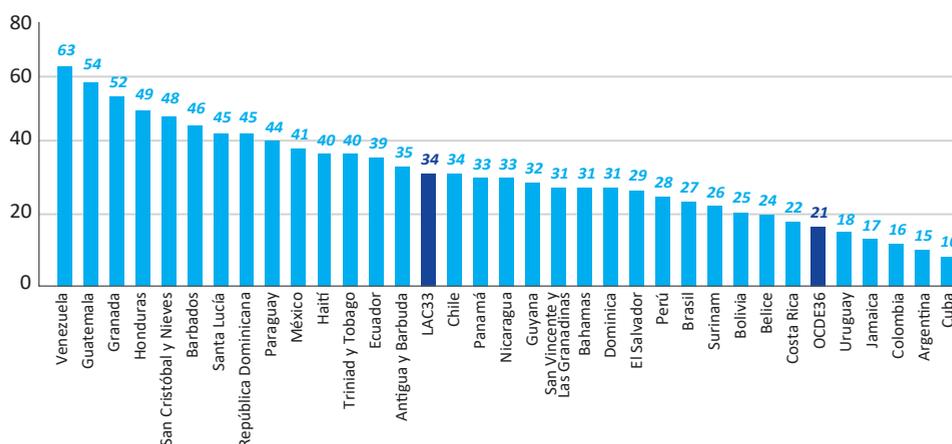
Fuente: Banco Mundial (2020) y Datosmacro.com (2023)

Como se señala en el “Balance de Gestión 2016-2021” de SUSALUD (2021) “(...) Una segunda particularidad del sistema de salud peruano es el bajo financiamiento público. A pesar de los esfuerzos de los últimos años por incrementar el presupuesto del Seguro Integral de Salud - SIS, para así aumentar o ampliar su cobertura; sigue siendo considerable el gasto que las familias destinan al cuidado de su salud (gasto de bolsillo), debido a que aún no están afiliadas al SIS o si lo están, los beneficios de las prestaciones de salud que reciben no cubren todo lo necesario.” (pág. 18).

Asimismo, conforme a la OCDE & Banco Mundial (2020) “Una barrera principal para acceder a tales servicios de salud surge de los gastos de bolsillo en salud, que en América Latina y el Caribe (LAC) representan en promedio el 34% del gasto total en salud, muy por encima del 21% en los países OCDE. El alto nivel de gastos de bolsillo en LAC es una indicación de sistemas de salud más débiles, niveles más bajos de cobertura de servicios y, en general, un peor escenario de referencia para enfrentar esta pandemia en comparación con la mayoría de los países de la OCDE” (pág. 9).

Si bien, el Perú se encuentra dentro del promedio del gasto de bolsillo a nivel de los países de la región, alcanzando un 28%, dicho gasto representa una de las limitaciones para realmente lograr que se garantice el derecho a la salud, dado que los gastos de bolsillo generan también endeudamientos por motivos de salud que las familias deben afrontar. En el caso de la pandemia de la COVID-19, muchas familias quedaron endeudadas por tratar de salvar la vida de sus familiares.

Gráfico 4. Gasto de bolsillo en salud como porcentaje del gasto total en salud en 33 países de LAC (gasto de bolsillo como parte del gasto total en salud).



Extraído de OCDE & Banco Mundial (2020) “Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe 2020”

Además, según el Instituto Peruano de Economía, en base a los datos de la Encuesta Nacional de Hogares 2020 (ENAHOG), los hogares en el Perú reportaron gastos en salud de más de S/ 10,000 millones en el 2020. En general, el promedio de gasto de bolsillo por hogar fue de S/ 1,136 para consultas, medicinas y otros, un 12% menor al año 2019 que alcanzó los S/ 1,291. Sin embargo, a nivel de las familias más pobres no ha habido disminución de los gastos de bolsillo sino incrementos al 37%, siendo las familias de quintil de menores ingresos las que tuvieron gastos de S/ 311 en el 2019 y de S/ 426 en el 2020, las familias que tenían algún miembro con síntoma de COVID-19 declararon gastar 4.5 veces más que quienes no fueron afectadas por el virus (IPE, 2021).

1.1.3 Vulnerabilidades del sistema público de salud

Brechas en infraestructura o accesos a servicios de salud

Las brechas en infraestructura o accesos a servicios de salud es otro factor que generó la limitada atención de los pacientes por COVID-19 durante la Pandemia. Esta problemática, que es crónica en el sector salud, ya había sido identificada previo a la Pandemia, cuando en enero del 2020 el MINSA hizo público el documento “Diagnóstico de brechas de infraestructura o acceso a servicios en el Sector Salud”, seguido de un informe similar publicado en enero de 2021, donde:

Haciendo la comparación de ambos informes, podemos observar que los indicadores de brecha de infraestructura y equipamiento del sector salud de los establecimientos del primer nivel de atención, de los hospitales, institutos especializados, laboratorios, sedes administrativas, sistemas de información, y de los centros de promoción y vigilancia comunal se han profundizado un año después de la pandemia.

Gráfico 5. Indicadores de Brecha de Infraestructura y Equipamiento del Sector Salud 2018 - 2020.

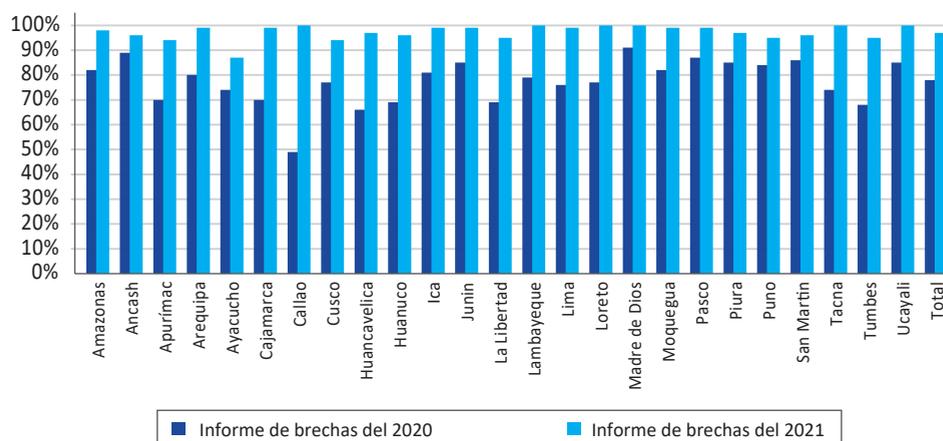


Fuente: MINSA (2020) Diagnóstico de brechas de infraestructura o acceso a servicios en el Sector Salud 2020 y MINSA (2021b) Diagnóstico de brechas de infraestructura y equipamiento del Sector Salud 2021.
Elaboración: Propia

Brechas en infraestructura o accesos a servicios de salud en el primer nivel de atención

El primer nivel de atención, que está compuesto por las postas y centros de salud más cercanos a la población, tenía el 78% de los establecimientos de salud con capacidad instalada inadecuada con los datos del año 2018, y alcanzó al 97% con los datos del año 2020, es decir la brecha aumentó en 19 puntos porcentuales y se profundizó más a nivel de las regiones. Así tenemos que, en Madre de Dios se elevó del 91% al 100%, Ancash del 89% al 96%, Pasco del 87% al 99%, San Martín del 86% al 96%, Ucayali del 85% al 100%, Piura del 85% al 97% y Junín del 85% al 99%, entre las principales.

Gráfico 6. Porcentaje de establecimientos de salud del primer nivel de atención con capacidad instalada inadecuada del MINSA a nivel regional



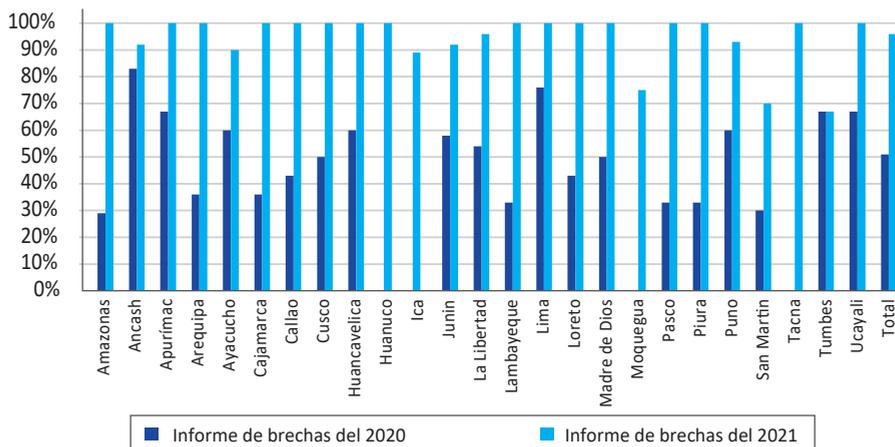
Fuente: MINSA (2020) Diagnóstico de brechas de infraestructura o acceso a servicios en el Sector Salud 2020 y MINSA (2021b) Diagnóstico de brechas de infraestructura y equipamiento del Sector Salud 2021
Elaboración: Propia.

Porcentaje de Hospitales con capacidad instalada inadecuada

El Gobierno frente a la pandemia de la COVID-19 tuvo principalmente un enfoque hospitalario; sin embargo, los hospitales tampoco estaban preparados para afrontar la gran demanda que surgió. Al mes de enero de 2020, el 51% de hospitales del Sector Salud presentaba brechas de infraestructura que se profundizaron al 96% en el mes de diciembre del mismo año, es decir la brecha aumentó en 45 puntos porcentuales. Lo mismo se expresó a nivel de las regiones, llegando al 100% de

capacidad instalada inadecuada en los hospitales de Apurímac, Arequipa, Cajamarca, Callao, Cusco, Huancavelica, Huánuco, Lambayeque, Lima, Loreto, Madre de Dios, Pasco, Piura, Tacna y Ucayali.

Gráfico 7. Porcentaje de hospitales con capacidad instalada inadecuada del MINSa del informe de brechas al 2020 y al 2021



Fuente: MINSa (2020) Diagnóstico de brechas de infraestructura o acceso a servicios en el Sector Salud 2020 y MINSa (2021b) Diagnóstico de brechas de infraestructura y equipamiento del Sector Salud 2021

Conocidas las brechas de infraestructura en salud a, el Ministerio de Economía a través del Plan Nacional de Infraestructura para la Competitividad – PNIC del año 2019, estimó que el monto de inversión necesario para alcanzar los niveles de acceso básico de infraestructura en el sector salud dada nuestras características socioeconómicas y geográficas para el corto plazo (cinco años) es de S/ 27,545 millones. A largo plazo² el monto se incrementa a S/ 58,727 millones de inversión para alcanzar los niveles de acceso básico de infraestructura en salud respecto a los países de ingresos medios altos e ingresos altos³, y a S/ 85,262 millones si queremos alcanzar el nivel de infraestructura de grupos de países más desarrollados como la

2 Veinte años

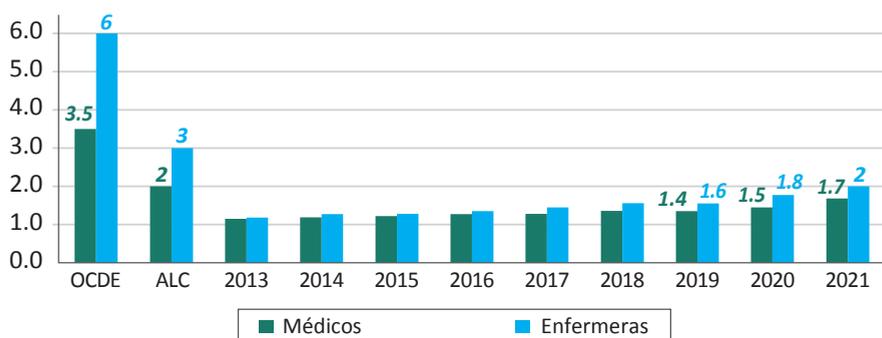
3 Incluye a todos los países clasificados por el Banco Mundial como países de ingresos medios altos (upper middle-income) y a países de ingresos altos con un PBI per cápita inferior a 20.578 dólares (ajustado por poder de paridad de compra)

OCDE⁴ (MEF, 2019). Pese a los datos señalados, el PNIC no incluyó ningún proyecto relacionado al sector salud dentro de los 52 proyectos priorizados en dicho plan.

Brechas en Personal de Salud

Para afrontar la pandemia de la COVID-19, la cantidad de médicos y enfermeras en el Perú estaba lejos del promedio de los países de la región y más aún del promedio de la OCDE. Así, tenemos que, en el año 2019 en Perú la densidad de médicos era de 1.35 por mil habitantes y de enfermeras era de 1.55, mientras que en América Latina y el Caribe el promedio era de 2 médicos por mil habitantes y 3 enfermeras por mil habitantes. El promedio de la OCDE es de 3.5 médicos por mil habitantes y 6 enfermeras por mil habitantes. Si bien la densidad de médicos y enfermeras en el Perú ha aumentado para enfrentar la pandemia, al 2021 no llegamos aún a alcanzar el promedio de la región; y, por tanto, sigue siendo un gran problema sin resolver.

Gráfico 8. Densidad de médicos y enfermeras por mil habitantes



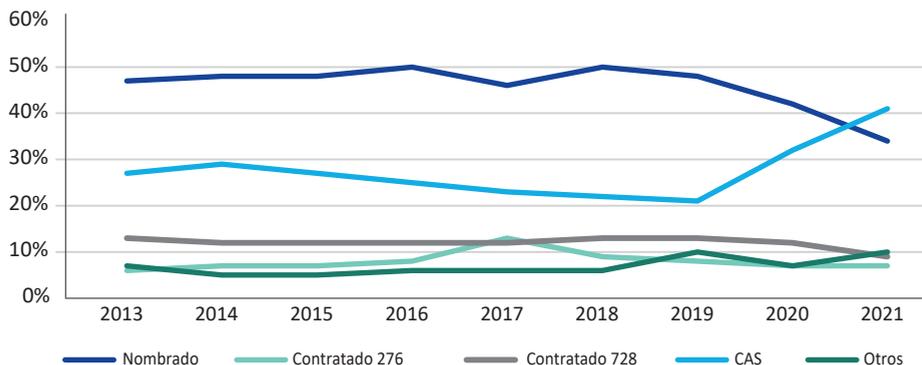
Fuente: MINSA (2022) Compendio Estadístico: Informe de Recursos Humanos del Sector Salud Perú 2013-2021 y OCDE & Banco Mundial (2020) Panorama de la Salud: Latinoamérica el Caribe 2020.
Elaboración: Propia

En los países de América Latina y el Caribe, los países que superan el promedio de 3.5 de la OCDE en densidad de médicos por cada 1,000 habitantes son Cuba, Argentina y Uruguay (OCDE & Banco Mundial, 2020). Por otra parte, la brecha se profundiza en relación con las enfermeras, donde el número promedio de enfermeras por cada 1,000 habitantes es un tercio del promedio de los países de la OCDE (p. 10).

4 Mediana de los países OCDE

Otro factor para tener en cuenta a nivel del personal de salud es la diferencia de regímenes laborales y de contratos, lo que genera profundas desigualdades de trato dentro del sector salud dado que realizando las mismas funciones perciben diferentes beneficios. Así, tenemos que el personal nombrado que se encuentra bajo el régimen laboral del Decreto Legislativo Nro. 276 y pertenecen al Decreto Legislativo Nro. 1153 pueden acceder a la política integral de compensaciones y entregas económicas del personal de la salud, mientras que los trabajadores bajo el Decreto Legislativo Nro. 1057 CAS son excluidos de esos beneficios; y, más aún los trabajadores contratados por servicios de “terceros” quienes no tienen contratos laborales. A estas diferencias ya existentes, se sumó que, durante la pandemia y por la necesidad de servicios, se contrataron de manera directa trabajadores mediante la modalidad de CAS COVID-19 con sueldos superiores a los trabajadores CAS que ya se encontraban laborando y eso profundizó aún más las diferencias dentro de un mismo régimen laboral. En el cuadro siguiente podemos observar cómo el número de personal contratado mediante CAS aumentó significativamente durante la pandemia, superando al personal nombrado.

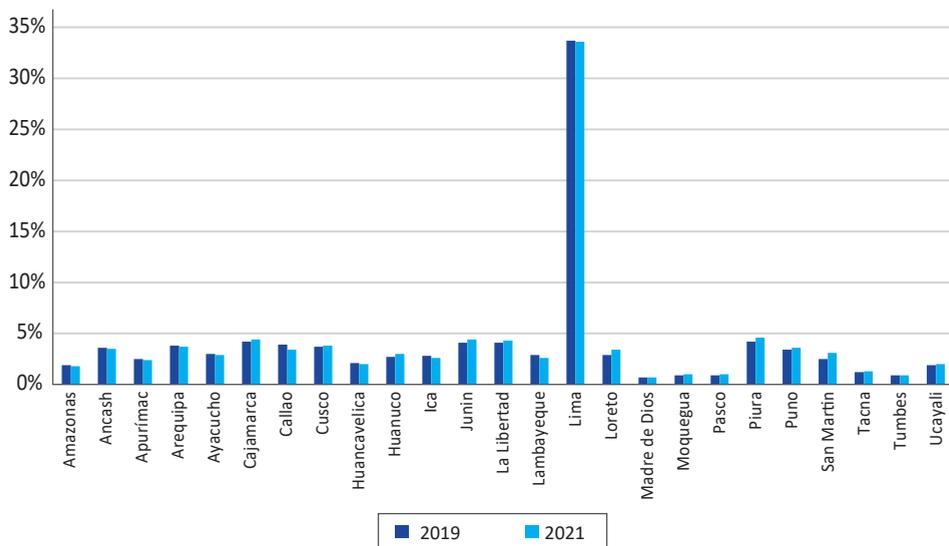
Gráfico 9. Personal de salud, según tipo de contrato



Fuente: MINSA (2022) *Compendio Estadístico: Informe de Recursos Humanos del Sector Salud Perú 2013-2021* y OCDE & Banco Mundial (2020) *Panorama de la Salud: Latinoamérica el Caribe 2020*.
Elaboración: Propia

Otro aspecto para tener en cuenta es la centralización del personal de salud en la capital del país, situación que generó incluso que existieran regiones sin presencia de médicos especialistas. Esta situación, a pesar de lo vivido, no ha cambiado, dado que como podemos observar la proporción se mantiene sin cambios entre el año 2019 y el 2021.

Gráfico 10. Personal del MINSA por departamentos 2019 – 2021 (en porcentajes)

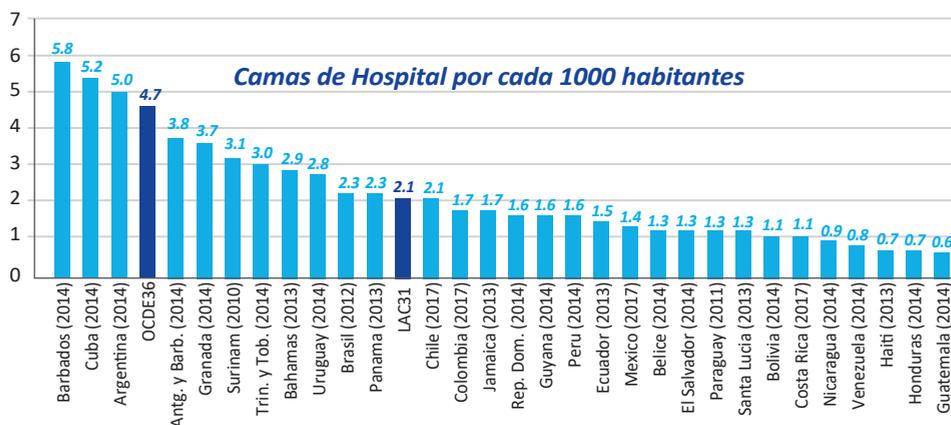


Fuente: MINSA (2022) Compendio Estadístico: Informe de Recursos Humanos del Sector Salud Perú 2013-2021 y OCDE & Banco Mundial (2020) Panorama de la Salud: Latinoamérica el Caribe 2020.
 Elaboración: Propia

Camas Hospitalarias

Nuestro país tampoco estuvo preparado para afrontar la alta demanda de camas hospitalarias que se generó por los casos de gravedad con la pandemia de la COVID-19. Es conocido que incluso para acceder a una cama hospitalaria para una operación programada previo al COVID-19 se esperaba meses con el fin de encontrar disponibilidad, entonces en situaciones de alta demanda el sistema colapsó. El número promedio de camas hospitalarias en América Latina y el Caribe, es de 2.1 por 1,000 habitantes, mientras que el promedio de la OCDE es de 4.7. Países como Barbados, Cuba y Argentina son los únicos que se encuentran por encima del promedio OCDE, mientras que el Perú solo tenía 1.6 de camas hospitalarias por 1,000 habitantes, muy lejos de los promedios de la región y de la OCDE (OCDE & Banco Mundial, 2020).

Gráfico 11. Número de camas hospitalarias en LAC y promedio OCDE, último año disponible



Fuente: Extraído de OCDE & Banco Mundial (2020) *Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe 2020*.

Asimismo, en el siguiente cuadro, tomado de las cifras del MINSa, podemos observar cómo durante los últimos diez años previo a la pandemia la cantidad de camas hospitalarias por mil habitantes en el Perú se han mantenido a nivel nacional, ya sea a nivel del Ministerio de Salud, Gobiernos Regionales, EsSalud y las demás instituciones públicas y privadas (REUNIS, 2023).

Gráfico 12. Perú: Camas hospitalarias por mil habitantes



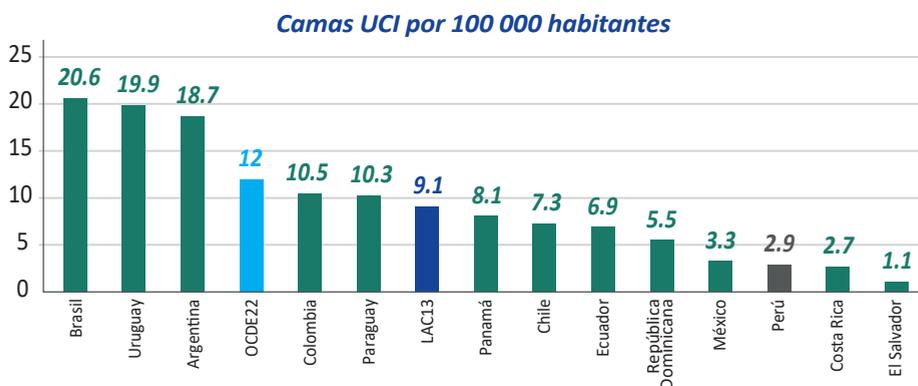
Fuente: REUNIS (2023).

Elaboración : Propia

Capacidad de Camas de Cuidados Intensivos

Sobre las camas de cuidados intensivos, necesarias para salvar vidas, también nos encontrábamos en condiciones precarias, ya que, conforme al MINSA (2021c), al empezar la pandemia el Perú solo contaba con 276 camas UCI, una cifra demasiado limitada frente al promedio de la región y de la OCDE. El número de camas de cuidados intensivos por 100 mil habitantes para la OCDE es de 12.0, para América Latina y el Caribe de 9.1; y, Perú con 2.9 estaba en promedio, prácticamente a la cola de la región.

Gráfico 13. Capacidad de camas de cuidados intensivos en países LAC seleccionados y promedio OCDE, 2020 (o año más cercano)

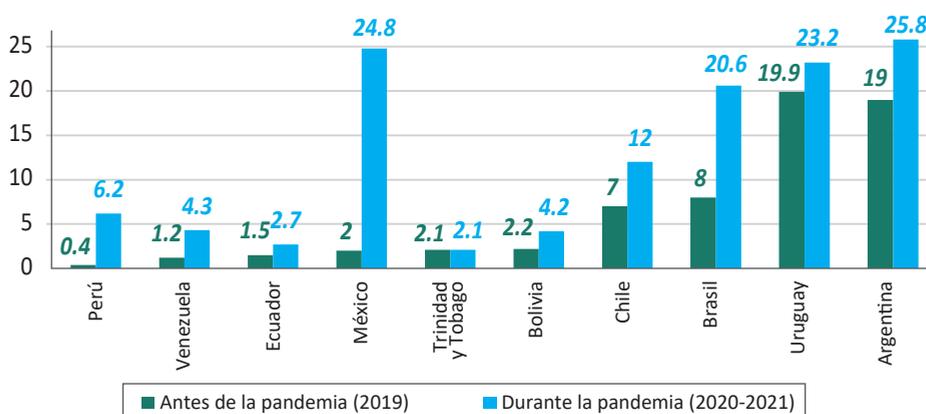


Fuente: Extraído de OCDE & Banco Mundial (2020) *Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe 2020*

A inicios de la pandemia, en abril del 2020, mediante un reportaje realizado por “Salud con Lupa”, el presidente de la Sociedad Peruana de Medicina Intensiva, Jesús Valverde, señaló que “La pandemia encontró sistemas de salud que ya funcionaban al borde de la crisis”, y que por que por cada 100 mil habitantes un país debe tener por lo menos 10 camas, siendo 6 camas el mínimo aceptable (Salud con Lupa, 2020). En ese año, el Perú contaba con una población de 32 millones 626 mil habitantes (INEI, 2021a), por lo que bajo lo señalado anteriormente, debíamos haber tenido por lo menos 3,260 camas UCI (promedio de 10 camas UCI por 100 mil habitantes). con lo mínimo aceptable de 1,956 camas UCI (promedio de 6 camas UCI por 100 mil habitantes); sin embargo, contábamos con sólo 276 camas UCI, existiendo hospitales que no contaban con una sola cama UCI operativa.

En relación con los países de la región, la CAF (2022) advierte que el promedio de camas UCI por cada 100 mil habitantes que se tenía al 2019 era un 7.5 y entre el 2020 al 2021 esta cifra aumentó al 15.2. Asimismo, en el siguiente gráfico podemos observar que países como Argentina, Uruguay, México, Brasil y Chile adquirieron más camas UCI que el resto de los países de la región. En el caso del Perú, apenas logró alcanzar la cantidad mínima estándar de camas UCI recomendada por la OMS (entre 6 y 8 por cada 100.000 habitantes) (CAF, 2022).

Gráfico 14. Camas UCI por cada 100 mil habitantes, antes y como respuesta a la pandemia

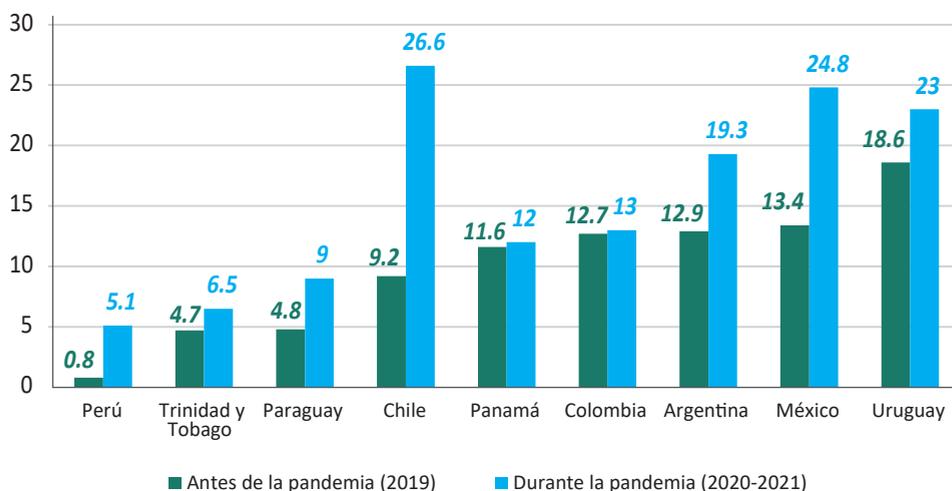


Fuente: CAF (2022). Elaboración: Propia

Ventiladores mecánicos

Otro aspecto importante son los ventiladores mecánicos operativos con los cuales el Perú contaba al empezar la pandemia de la COVID-19. Conforme a los datos de “Salud con Lupa”, el Perú tenía 1,418 ventiladores mecánicos, mientras que Chile contaba con 3,001, Colombia con 2,817 y México con 10,401 (Salud con Lupa, 2020). Según datos de la CAF (2022) sobre los ventiladores mecánicos en los países de la región, por cada 100 mil habitantes antes y durante la pandemia, el promedio era de 10.7 al 2019 y 16.7 al 2020-2021. En el caso del Perú, a pesar de haber aumentado en más del 500 % el número de ventiladores mecánicos no alcanzó el estándar que requiere un ventilador por cama UCI recomendado por la OMS (entre 6 y 8 por cada 100 mil habitantes) (CAF, 2022).

Gráfico 15. Ventiladores mecánicos por cada 100 mil habitantes, antes y durante la pandemia.



Fuente: CAF (2022). Elaboración: Propia

1.2 Medidas sanitarias ante la COVID-19

Ante la llegada del nuevo coronavirus, el Perú recién el 31 de enero de 2020 publicó el “Plan Nacional de Preparación y Respuesta frente al riesgo de introducción del Coronavirus 2019-nCov” mediante la Resolución Ministerial Nro. 039-2020-MINSA, donde se establece un presupuesto para implementar las líneas de acción de promoción de la salud, vigilancia epidemiológica e investigación de casos, vigilancia laboratorial y soporte de diagnóstico, organización de la salud, protección de ambientes para la salud y la salud de los trabajadores, entre otros, con un total de S/ 3,676,600.00.

Sobre este primer Plan emitido por el MINSA para preparar la respuesta frente al COVID-19, el Dr. Julio Castro, exdecano del Colegio Médico del Perú, nos mencionó lo siguiente:

La revisión de este primer plan buscaba cumplir con una formalidad porque no se tenía en claro el tremendo problema y amenaza a la comunidad nacional e internacional y una de las manifestaciones más claras es que ese plan aprueba solicitar un presupuesto para afrontar la pandemia de algo más de 3 millones de soles. Este es el nivel de desarme y el primer enorme error en la apreciación de la amenaza que significaba la Pandemia.

En ese mismo sentido, el Dr. Augusto Tarazona, exviceministro de Prestaciones y Aseguramiento en Salud, cuestionó la mínima preparación de respuesta del MINSA frente a este gran problema sanitario y realizó una comparación entre el Plan de Preparación y Respuesta del MINSA frente al COVID-19 con otros Planes para que se pueda entender la casi nula importancia que dio en ese momento el MINSA a esta amenaza mundial (Tarazona, 2022).

Tabla 1. Comparativo de distribución de presupuesto en planes de preparación y respuestas frente a pandemias o epidemias

Año	2020	2014	2009
Plan	Plan Nacional de Preparación y Respuesta	Plan Nacional de Preparación y Respuesta frente a la posible Introducción del Virus del Ébola	Plan Nacional de Respuesta frente a la Pandemia de la Influenza
Resolución ministerial	Resolución Ministerial Nro. 039-2020-MINSA	Resolución Ministerial Nro. 763-2014-MINSA	Resolución Ministerial Nro. 873-2014-MINSA
Presupuesto	S/. 3, 676, 600.00	S/. 33, 719, 780.00	S/. 103, 066, 411.80

Elaboración: propia

Para el exministro de Salud, Víctor Zamora, en el presupuesto otorgado para el Plan Nacional de Preparación y Respuesta frente al riesgo de introducción del Coronavirus 2019-nCov, el MINSA sólo destinó S/ 38,200.00 para garantizar la adquisición de pruebas PCR para detectar la COVID-19, lo cual fue un error estratégico del ministerio al no evaluar los alcances de la pandemia.

Tabla 2. Presupuesto del Plan Nacional de Preparación y Respuesta frente al riesgo de introducción del Coronavirus 2019-nCov

Linea de acción	Actividades nacionales	Genérica de gasto	Presupuesto total	Fuente de financiamiento	Dependencia y/o unidad responsable
	Fortalecer la capacidad de la Red Nacional de Laboratorios en Salud Pública para la vigilancia del coronavirus.	2.3	S/6,000.00	RO	INS
Vigilancia laboratorial y soporte diagnóstico	Garantizar la disponibilidad de insumos, materiales para obtención de muestras y equipos de protección personal por el Instituto Nacional de Salud y los Laboratorios Referenciales.	2.3	S/20,000.00	RO	INS
	Garantizar la disponibilidad de insumos y materiales para métodos de diagnóstico de inmunofluorescencia directa (IFD), PCR tiempo real para coronavirus y otros virus respiratorios.	2.3	S/38,200.00	RO	INS
	Brindar asistencia técnica sobre obtención, manejo, envío de muestras y diagnóstico de laboratorio a la red de laboratorios.	2.3	S/60,000.00	RO	INS
Vigilancia laboratorial y soporte diagnóstico	Gestionar la contratación de recursos humanos en situación de emergencia para el Laboratorio Referencia Nacional.	2.3	S/50,000.00	RO	INS
SUBTOTAL			S/174,200.00		

Extraído de: Resolución Ministerial Nro. 039-2020-MINSA

Inestabilidad política en medio de la pandemia de la COVID-19

Un aspecto que afectó también a la toma de decisiones del país frente a la pandemia de la COVID-19 fue la inestabilidad política, ya que pasaron ocho ministros de salud (Elizabeth Hinostroza, Víctor Zamora, Pilar Mazzeti, Abel Salinas, Óscar Ugarte, Hernando Cevallos, Hernán Condori y Jorge López) y cuatro presidentes de la República (Martín Vizcarra, Manuel Merino, Francisco Sagasti y Pedro Castillo), desde que se inició la pandemia hasta que se oficializó mediante Decreto Supremo 130-2022-PCM el fin del estado de emergencia nacional por la COVID-19 declarado en el año 2020.

Conforme a los hechos, la ministra de salud que se encontraba en el cargo cuando surge la pandemia de la COVID-19 fue Elizabeth Hinostroza durante el gobierno de ese entonces del expresidente Vizcarra quien ocupó su puesto sólo hasta marzo de 2020, para luego designar como ministro de Salud a Víctor Zamora. Como lo señala el exasesor del Ministerio de Salud, Antonio Quispe, “La entonces ministra de Salud no reconocía la Pandemia como una amenaza, fue la primera responsable de financiar la respuesta y el trabajo que hizo dejaba claramente en evidencia que con esta ministra no íbamos a poder enfrentar este problema”.

1.2.1 Aislamiento social.

En el Perú se confirmó el primer caso de COVID-19 el 06 de marzo del 2020, y cinco días después se dictaron las primeras medidas para enfrentar la pandemia:

- ▶ Decreto de Urgencia Nro. 025-2020 (11.03.20) donde dictan medidas urgentes y excepcionales destinadas **a reforzar el Sistema de Vigilancia y Respuesta Sanitaria frente al COVID-19 en el territorio nacional** donde recién se transfieren 100 000 000.00, cien millones de soles, para financiar el fortalecimiento de las acciones de prevención, control, vigilancia y respuesta sanitaria frente al COVID-19.
- ▶ Decreto Supremo Nro. 008-2020-SA (15.03.20) que declara en **Emergencia Sanitaria a nivel nacional** por el plazo de noventa días calendario y dicta medidas de prevención y control de la COVID-19 encargando a las instituciones públicas y privadas de los puertos, aeropuertos y entradas terrestres, a las entidades de los Sectores Educación, Trabajo Transporte; y, otros adoptar las medidas que correspondan para evitar la propagación de la COVID-19.
- ▶ Decreto Supremo Nro. 044-2020-PCM (15.03-20) que declara la **Emergencia Nacional por las graves circunstancias que afectan la vida de la Nación** a consecuencia del brote de la COVID-19 donde se dispuso el aislamiento social obligatorio (cuarentena).

Como se puede observar, se perdió tiempo valioso desde que se lanzó la alerta mundial el 31 de diciembre de 2019 por el caso confirmado en Wuhan, y luego de dos meses la única medida fue un limitado Plan Nacional de Preparación y Respuesta frente al COVID-19, para que recién ante el primer caso confirmado a inicios de marzo en Perú, se tomaran medidas como reforzar el presupuesto frente al COVID-19, declarar la emergencia sanitaria a nivel nacional y disponer la cuarentena obligatoria, normas que fueron posteriormente ampliadas mediante prórrogas.

Para el exministro de Salud, Hernando Cevallos, la decisión del aislamiento obligatorio no tomó en cuenta las características particulares de nuestra sociedad “Hubieron

condicionantes que no favorecieron a la población para afrontar la cuarentena, como que el 30% no tiene servicios sanitarios o refrigeradoras y cerca del 80% tenía trabajo informal; además, había disminuido la participación comunitaria en salud y, por tanto, no se podían potenciar las estrategias de salud junto a la comunidad”.

Estas particularidades la compartimos a nivel regional como lo recoge OCDE & Banco Mundial (2020), “Los altos niveles de desigualdad e informalidad laboral en la región hacen que la situación sea potencialmente más catastrófica que en otras partes del mundo. Quienes no tienen acceso a protección social no tienen más remedio que seguir trabajando para cubrir sus necesidades básicas, lo que limita su capacidad para cumplir las medidas de distanciamiento social y así protegerse a sí mismos y a sus familiares” (pág. 9).

El Perú no cuenta con un sistema de protección social integral y universal, debido al rol subsidiario que se le otorgó al Estado en la actual Constitución. Mientras que en otros países existe el seguro de desempleo, en el Perú los trabajadores que formaban parte del 13.4% de empleos formales que se perdieron por la pandemia, se quedaron sin protección alguna (Ojo Público, 2020a). Asimismo, si bien el gobierno permitió el retiro extraordinario de los fondos privados de pensiones, los que accedieron serán perjudicados en sus futuras pensiones y años de jubilación. Según las estimaciones de la Superintendencia de Banco y Seguros (SBS), los afiliados entre los 25 a 40 años que retiraron su fondo de pensiones durante la pandemia tendrán que postergar su jubilación luego de los 65 años entre los 5.5 a 11.3 años para recibir el mismo fondo de pensiones si es que no lo hubieran retirado. El afiliado que tiene un promedio de 25 años tendrá a los 65 años un fondo de pensiones 19% menor por los efectos del retiro. Además, más del 70% de peruanos se encuentra en la informalidad laboral y no cuentan con derecho de pensiones (SBS, 2021).

De acuerdo con el “Informe sobre las causas del elevado número de muertes por la pandemia de la COVID-19 en el Perú”, del Concytec, existen causas estructurales en el país que se siguen reproduciendo y no permitieron enfrentar de mejor manera la pandemia de la COVID-19. La ausencia de políticas públicas para tener viviendas de calidad generó la creación de asentamientos humanos y la ocupación de terrenos por necesidad, de forma desordenada e ilegal, con viviendas precarias donde familias enteras se encuentran hacinadas sin acceso al agua, desagüe, electricidad, entre otros (Concytec, 2021).

De esta manera, aunque se había declarado la inmovilización social, las familias que vivían en estas condiciones no podían aislar a los enfermos de COVID-19 y se contagiaban todos. A eso, se añade un transporte público riesgoso y sin protección, donde viajaban hacinados en los vehículos para poder trabajar dado que, un

aspecto característico es la informalidad laboral:

Cuando el 15 de marzo de 2020 el gobierno peruano, siguiendo las indicaciones de la Organización Mundial de Salud (OMS), decretó la cuarentena como medida fundamental para evitar los contagios del virus COVID-19, los primeros en romper esta cuarentena fueron los trabajadores informales, predominantemente en los sectores de comercio y servicios, quienes para sobrevivir tuvieron que salir a generar ingresos para sus familias, arriesgando así sus vidas, las de sus familias y de las personas con las que interactuaron. No hacerlo significaba morir de hambre (Concytec, 2021, pág. 13)

La inmovilidad social obligatoria sólo sirvió aproximadamente para el 27.3% que en ese momento tenía un empleo “formal”, mientras que el empleo informal alcanza el 72.7% (56.9% del empleo informal dentro del sector informal y 15.8% del empleo informal dentro del sector formal) de la PEA O, que es la PEA ocupada al 2019 (INEI, 2020).

Para el exdecano del Colegio Médico del Perú, Julio Castro, la crisis que enfrentamos “Demostró que se trataba no solo de una crisis sanitaria promovida por la pandemia, sino que se hacía evidente una crisis económico social de muy graves consecuencias. La gran mayoría de los 230 mil muertos son de los sectores populares.

Asimismo, las condiciones de desigualdad se han profundizado, como se ha señalado en el trabajo “Vacunación contra la COVID-19 y desigualdad”, Zamora et al (2021), el que en base a las estimaciones del INEI, señala que la pobreza monetaria se incrementó del 2019 al 2020 en 9.9% , alcanzando al 30.1% de la población.

1.2.2 Financiamiento

A medida que avanzaba la COVID-19 en el país, el sector Salud iba disponiendo de los recursos para poder financiar los presupuestos que se necesitaban para atender la pandemia. Un problema fue la escasez de productos sanitarios ante la elevada demanda en el mercado internacional; y, a nivel interno las restricciones legales para la adquisición de las vacunas en etapa de investigación final. Otro aspecto fue la correcta ejecución de los presupuestos destinados a nivel nacional y regional. Como lo indicó el exasesor del Despacho Ministerial, Antonio Quispe, el problema fue la lentitud en la aprobación de los planes y en la ejecución de los presupuestos, por lo que la mayoría de los gastos se dieron mediante presupuestos extraordinarios.

Agregado a lo anterior, otro problema fue la distribución del presupuesto que realizó el Gobierno en el marco de la COVID-19, dado que el financiamiento no sólo fue para atender al sector salud. El Ministerio de Economía y Finanzas publicó en el año 2020

el “Informe de actualización de proyecciones macroeconómicas 2021-2024” donde se indica que del 20.6% del PBI que el Perú destinó para enfrentar al COVID-19, sólo el 0.9% fue al sector salud para la atención inmediata de la emergencia, y otro tanto se destinó a los bonos sociales, mientras gran parte del resto se distribuyó para programas crediticios a las empresas, en el marco de la reactivación de la economía, tal como el programa Reactiva Perú. Como lo indicó Tarazona (2022), con ese 0.9% en el sector salud se compraron los equipos, medicamentos, pruebas COVID-19, EPPs, se contrató personal, entre otros.

Por otro lado, enfermedades crónicas y agudas como el cáncer, TBC; entre otros, fueron abandonadas durante la pandemia, por lo que los pacientes no tuvieron acceso a atención en salud, diagnósticos y tratamientos, generándose daños irreparables en su salud. Como lo indicó el jefe del INEN en el año 2020, entre el 55% y 60% de los pacientes eran de regiones y no pudieron trasladarse a Lima para continuar sus tratamientos debido a las medidas restrictivas de la pandemia. De 180 quimioterapias que realizaban antes de la pandemia, pasaron a 80, de 360 radioterapias a 160, y de 40 intervenciones practicaban solo 10 (Ojo Público, 2020b).

1.2.3 Medidas para la atención y contención de la emergencia

Las primeras decisiones se sustentaron en realizar diagnósticos, planeamientos estratégicos de respuesta al COVID-19, y se conformaron 10 grupos de trabajo con los 150 expertos ad hoc y el Grupo Prospectiva para la toma de decisiones; así como, el Comando COVID-19.

Un aspecto a tener en cuenta sobre a los comités de expertos, promovidos desde el Ministerio de Salud, es que sus decisiones eran vinculantes, pero no tenían responsabilidad administrativa. Así lo señalan en Concytec *“Los miembros de estos grupos fueron seleccionados, generalmente, por sus altas calificaciones y sus trayectorias profesionales. Esto suena muy coherente, pero tuvo serios problemas en su implementación porque, desde su concepción, estos comités no tenían responsabilidad administrativa, y a pesar de que sus decisiones eran vinculantes, no existía un mecanismo de transparencia en la declaración de los conflictos de interés y rendición de cuentas (Concytec, 2021, pág. 21)”*.

La respuesta frente a la pandemia de la COVID-19 se articuló desde los expertos; sin embargo, una de las críticas al respecto es que debió convocarse a los Colegios Profesionales, las Universidades, los Centros de Investigación, los Gobiernos regionales y locales, entre otros. Para el exviceministro de Salud Pública, Augusto Tarazona, los grupos de expertos ad hoc terminaron paralelizando los esfuerzos desde un inicio cuando la respuesta debió ser más colectiva.

Respecto a los grupos de expertos, el exministro de Salud, Víctor Zamora, considera que dicha convocatoria fue una fortaleza y una debilidad a la vez. La fortaleza es porque los expertos representaban diferentes especialidades que aportaban a las tomas de decisiones; y, a su vez, demostraba debilidad porque el Gobierno no tiene en sus ministerios grupos de prospectiva de manera institucional, importante para generar información científica. La elección de los expertos fue a dedo sin ningún proceso ni transparencia, sin conocerse sus debates y sin rendición de cuentas alguna sobre sus decisiones (allí salieron las recomendaciones del uso de la ivermectina e hidroxiclороquina), lo cual considera debe cambiar. El MINSA debe tener sus asesores científicos de manera institucional y transparente, elegidos por sus calificaciones y competencias.

Planeamiento estratégico y respuesta frente al COVID-19

El MINSA (2021c) señala que, mediante la Dirección General de Gestión del Riesgo de Desastres y Defensa Nacional en Salud (DIGERD), órgano de línea dependiente del Viceministerio de Salud Pública encargado del planeamiento estratégico, se elaboraron los siguientes documentos:

- ▶ Declaración de la “Alerta Roja en establecimientos de salud y la oferta móvil complementaria instalada a nivel nacional, ante los efectos de la COVID-19”, aprobada por Resolución Ministerial N° 255-2020-MINSA.
- ▶ Formulación del Documento Técnico: “Lineamientos para el fortalecimiento de salud, redes de salud y oferta móvil frente al COVID-19, en fase de transmisión comunitaria, en el marco de la Alerta Roja declarada por Resolución Ministerial N° 225-2020/MINSA”, aprobado por Resolución Ministerial N° 309-2020-MINSA.
- ▶ Formulación del Documento Técnico: “Plan de preparación y respuesta ante la posible segunda ola pandémica por COVID-19 en el Perú”, aprobado por Resolución Ministerial N° 928-2020-MINSA.
- ▶ Formulación del Documento Técnico: “Lineamientos para la Asistencia Técnica y supervisión del Ministerio de Salud a los Gobiernos Regionales para el fortalecimiento de la respuesta frente a la pandemia para la COVID-19”, aprobada por Resolución Ministerial N° 385-2021-MINSA.
- ▶ Formulación del Documento Técnico: “Plan de respuesta ante segunda ola y posible tercera ola pandémica por COVID-19, en el Perú”, aprobado por Resolución Ministerial N° 835-2021/MINSA.

Asimismo, durante el primer año de la Pandemia, se tomaron las siguientes medidas de emergencia para gestionar el riesgo de la propagación de la COVID-19:

- ▶ Se instalaron Equipos Médicos de Emergencia (EMT) con brigadistas de emergencias, personal de la salud, entre otros, para brindar asistencia técnica a nivel nacional.
- ▶ Se implementaron Centros de Aislamiento y Seguimientos (CATS) en Huampaní y Punta Hermosa para personas sintomáticas con COVID-19.
- ▶ Se habilitaron 193 Módulos Temporales de Vivienda (MTV) en coordinación con el Ministerio de Vivienda, Construcción y Saneamiento, de los cuales 157 (81.3%) fortalecieron establecimientos de salud del II y III nivel; y, 36 (18.7%) se destinaron a establecimientos del primer nivel de atención.
- ▶ Se desplazaron 113 equipos de infraestructura móviles compuestas por tiendas de campaña y módulos de atención ambulatoria a 19 regiones del país, entre otros.

Conformación del Comando COVID-19: atención de las demandas de camas UCI y oxígeno medicinal

El 31 de marzo del 2020, mediante Resolución Ministerial Nro. 155-2020-SA, se creó el Comando de Operaciones de carácter temporal, conocido como Comando COVID-19, con el objetivo de implementar, ejecutar, controlar y evaluar el proceso de atención a nivel nacional de los casos COVID-19, luego que el MINSa declaró el Estado de Emergencia Sanitaria. Como parte de sus competencias se estableció el manejo clínico de pacientes en las Unidades de Cuidados Intensivos – UCI, el aprovisionamiento de recursos estratégicos, la información gerencial e investigación clínica y epidemiológica, entre otros. Conforme lo señala el MINSa (2021c) *“Debido a las carencias del sistema sanitario, una de las mayores preocupaciones del Estado y el sector salud en los inicios de la pandemia, fue la disponibilidad de camas UCI”* (pág. 23). En ese momento, la cantidad de camas UCI con las que contaba el Perú, eran solo 276 como se ha señalado anteriormente.

Según el MINSa (2021c), para la adquisición y gestión de insumos, el Comando elaboró el documento técnico de *“Evaluación de la problemática del equipamiento e implementación de un comité de crisis”* en abril de 2020 concretando un convenio entre el Centro Nacional de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud (CENARES) y la Oficina de las Naciones Unidas de Servicios para Proyectos (UNOPS). Asimismo, ante la demanda masiva de oxígeno medicinal, realizaron

un análisis situacional del suministro en los establecimientos de salud de todo el país para establecer proyecciones de la demanda y alternativas del acceso a este medicamento e implementó un aplicativo que sistematiza el Registro de Disponibilidad de Oxígeno. También implementó el “Plan de contingencia del Sistema Unificado de Salud” para enfrentar la demanda de pacientes hospitalizados, elaboró una propuesta de modificación de la normatividad sobre prevención, diagnóstico y tratamiento de personas afectadas por COVID-19; y, gestionó con la Dirección General de Aseguramiento e Intercambio Prestacional la promulgación de una norma para regular las funciones de su competencia bajo el contexto de la pandemia, entre otros (MINSa, 2021c).

Para el exministro de Salud, Hernando Cevallos, las medidas que asumió el MINSa en ese entonces tuvieron graves limitaciones de enfoque, dado que se priorizó el nivel hospitalario en vez de reforzar el primer nivel de atención para contener la pandemia de la COVID-19.

Se debió fortalecer la Atención Primaria de Salud, dotar con personal y equipos, oxígeno y medicamentos al primer nivel de atención para contener allí al COVID-19. Incentivar la participación de la comunidad a través de promotores de salud y agentes comunitarios. Llevar mensajes claros a la población articulando los subsistemas que tenemos y proteger a la población más vulnerable. Faltó presupuesto, estrategia y enfoque comunicativo.

Para el exdecano de la Federación Médica, Julio Castro, sobre las medidas iniciales que se tomaron frente a la pandemia, se vio como un problema hospitalario enfocado estrictamente en los pacientes avanzados en las UCI, señalando que “No se entendió como un problema de salud pública con la población para ir delante de la pandemia y no por detrás. Y, no hubo los laboratorios ni pruebas que permitían hacer ese control de las poblaciones y cercar los contagios con las pruebas, las complicaciones vinieron porque en la práctica se cerró el primer nivel de atención”.

El exministro de Salud, Víctor Zamora, comentó que el primer nivel de atención antes de empezar la pandemia era deficiente y que no fue necesario cerrarlo porque prácticamente se encontraba inoperativo. “Según el informe de la Contraloría y de la Defensoría, el primer nivel de atención tiene pésimas condiciones de infraestructura y equipamiento, cuando empezó la pandemia, de los 8000 establecimientos de salud del primer nivel de atención, casi el 95% tenía problemas de infraestructura y el equipamiento era deficitario. Además, el 50% de establecimientos de salud no tiene médicos en el primer nivel de atención. Yo tengo la idea de que cuando un establecimiento de salud no tiene médicos, se le puede llamar cualquier cosa”.

Asimismo, nos indicó que el 70% de los establecimientos de salud no tiene acceso a internet y el 30% no tiene acceso al agua ni al desagüe.

Las limitaciones para acceder al oxígeno medicinal

La enfermedad de la COVID-19 afecta al sistema respiratorio, por lo que el oxígeno medicinal era vital para evitar que los pacientes desarrollen cuadros de gravedad. Sin embargo, la población que necesitaba acceder al oxígeno medicinal para salvar a sus familiares no podía obtenerlo en los hospitales que se encontraban desabastecidos y tenían que buscarlo por sus propios medios haciendo largas colas frente a las empresas distribuidoras, quienes aprovechando la demanda elevaron sus costos, pudiendo llegar a costar un balón de oxígeno medicinal de 10 metros cúbicos hasta S/ 6,000.00 (Diario La República, 2020), cuando el precio hasta antes de la COVID-19 en el mercado oscilaba entre los S/ 800.00 a S/ 900.00 nuevos soles.

Sin embargo, otro gran problema fueron los niveles de concentración que se exigía para la venta de oxígeno medicinal y por lo cual se generaba aún más escasez, debido a que la normativa en ese momento aprobada en el gobierno de Alan García y su entonces ministro de Salud, Óscar Ugarte (miembro del Comando COVID-19), sólo se permitía el oxígeno con grado de pureza del 99% - 100% para ser usado como oxígeno medicinal (Resolución Ministerial Nro. 062-2010-MINSA). Y, conforme lo revelaron los medios periodísticos de entonces, existía un monopolio de dos empresas: Linde Gas Perú y Airproducts Perú (Wayka.pe, 2020) lo que hizo más inaccesible y más costoso el oxígeno medicinal. Si bien la OMS, desde el año 2009 había recomendado que el oxígeno con el 93% de grado de pureza podía ser usado en pacientes, tuvieron que pasar tres meses donde muchas vidas se perdieron por no acceder al oxígeno medicinal, para que recién el 04 de junio el Gobierno publique el Decreto Supremo Nro. 066-2020 que dicta medidas extraordinarias para aumentar la producción y acceso a sistemas de oxígeno medicinal para el tratamiento del coronavirus donde se autorizó excepcionalmente el uso de oxígeno medicinal con una concentración no menor del 93%.

Posteriormente, el 21 de enero de 2021, luego de 11 meses de iniciada la pandemia de la COVID-19 en el Perú, se promulgó la Ley Nro. 31113 “Ley que regula, autoriza, asegura y garantiza el uso de oxígeno medicinal en los Establecimientos de Salud Públicos y Privados a nivel nacional”, donde se reitera la licencia del uso del oxígeno medicinal en una concentración hasta el 93% y autoriza al Ministerio de Salud el seguimiento del stock y consumo de oxígeno medicinal de las instituciones públicas y privadas.

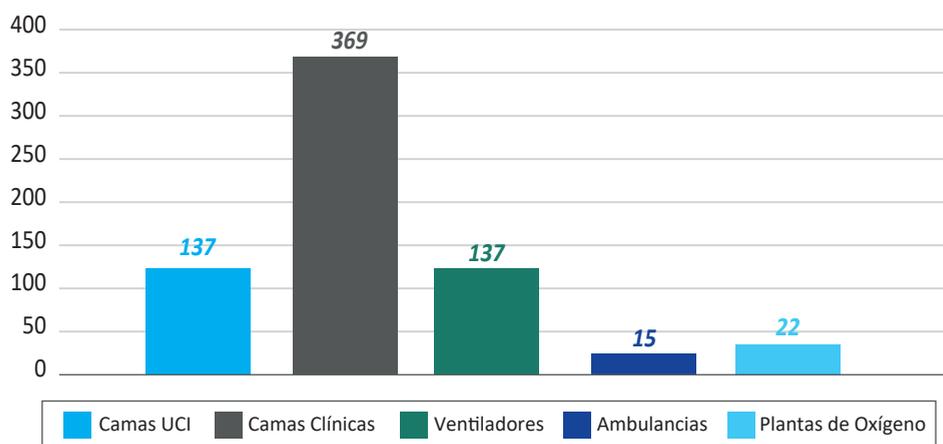
Para prepararse y enfrentar la segunda y tercera ola, el MINSa aprobó el “Plan de preparación y respuesta ante una posible segunda ola pandémica por COVID-19 en el

Perú”, mediante Resolución Ministerial Nro. 928-2020-MINSA del 09 de noviembre de 2020, donde se establece como objetivo general, reducir los contagios mediante la prevención de la infección, reducir los casos graves mediante el tratamiento en el primer nivel de atención y reducir los casos críticos en el segundo y tercer nivel de atención, dándose recién importancia al primer nivel de atención, que fue lo que se cuestionó desde un inicio ante las medidas del Gobierno.

Inversiones en salud

Según el MINSA (2021c), el Sector Salud durante el primer año de la pandemia, ejecutó S/ 136 millones destinados a 178 establecimientos de salud a nivel nacional. Siendo la mayor inversión de S/ 84 millones para adquirir equipamiento médico tipo UCI (Monitores, ventiladores, aspiradores y camillas multipropósito) para 102 Establecimientos de Salud y S/ 43 millones para la adquisición de Plantas de oxígeno para 47 establecimientos de salud.

Gráfico 16. Principales activos adquiridos mediante inversiones el marco del estado de emergencia nacional por COVID-19



Fuente: extraído de Banco de inversiones – Ministerio de economía y finanzas

Personal de salud

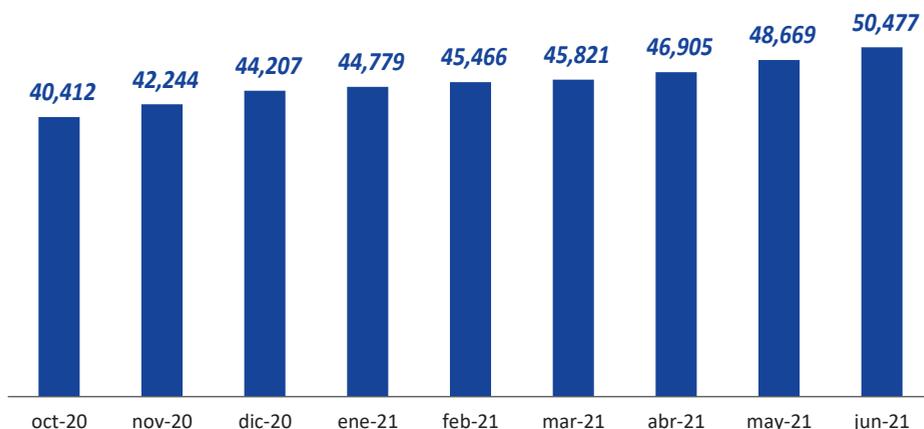
Las medidas que se tomaron a nivel de personal de salud en el MINSA relacionadas a cubrir las brechas ya existentes previo a la Pandemia y que se profundizaron con la cuarentena obligatoria del personal de salud de riesgo. En ese sentido, conforme lo señala MINSA (2021c), se tomaron las siguientes acciones:

- ▶ Aprobación del SERVICER (Servicio COVID-19 Especial), por el cual se permite que los profesionales de la salud puedan trabajar para el estado sin haber realizado el SERUMS (Servicio Rural y Urbano Marginal en salud).
- ▶ Contratación de CAS COVID-19 (Contratación rápida sin concurso) con financiamiento directo para este fin.
- ▶ Aprobación de una escala salarial referencial para el CAS COVID-19 con salarios superiores a los habituales (RM N° 420-2020/MINSA)
- ▶ Creación de la Bonificación extraordinaria o Bono COVID-19 para el personal asistencial y de apoyo a la labor asistencial que realizaban trabajo presencial.
- ▶ Servicios Complementarios en Salud (Horas Extras) para el personal asistencial del II y III nivel de atención.
- ▶ Se acortó el tiempo del SERUMS

En el marco de mejorar las condiciones de empleo y trabajo, aprobaron una escala salarial referencial para los trabajadores CAS COVID-19 con salarios superiores a los habituales (RM N° 420-2020/MINSA), otorgaron seguro de vida a todo el personal asistencial a nivel nacional, fortalecieron los ingresos por los servicios complementarios y bonificación extraordinaria, entre otros.

Si bien, con la contratación de CAS COVID-19 se mejoró la densidad del personal de salud, aún no se ha logrado cubrir la brecha si nos comparamos a nivel de países de la región. Asimismo, para el exviceministro de salud, Augusto Tarazona, el crecimiento no ha sido real a nivel de personal de salud, por más que se hayan contratado 60 mil CAS COVID-19 debido a que más de 20 mil trabajadores CAS regular renunciaron a sus puestos de trabajo para ingresar mediante plazas CAS COVID-19 dado que las remuneraciones eran 3 veces más que las que percibían. Por lo que, finalmente se habrán aumentado un promedio de 40 mil trabajadores CAS COVID-19 nuevos, cantidad que aún es insuficiente para cubrir la brecha en personal de salud, más aún en tiempos de pandemia que se requiere más personal.

Gráfico 17. Evolución de contrataciones CAS COVID-19 de octubre 2020 - junio 2021



Extraído de MINSA (2021c) *Tiempos de Pandemia 2020-2021*

1.3 Adquisición de vacunas y productos médicos y sanitarios para la atención de la pandemia

La adquisición de vacunas y productos médicos y sanitarios para afrontar la pandemia de la COVID-19, en el marco de la alta demanda a nivel internacional, generó muchas dificultades a todos los países; y, en especial a los países de la región, dado que el acaparamiento principal lo tuvieron los países de Estados Unidos y Europa.

Si bien, el mundo entero estaba bajo la expectativa de los avances científicos para lograr la vacuna contra la COVID-19, una gran limitante inmediata para afrontar la pandemia era el acceso a los insumos médicos. Como lo señala CEPAL “Un requisito indispensable para enfrentar adecuadamente esta pandemia es asegurar la disponibilidad oportuna y en cantidades suficientes de productos médicos y sanitarios en todos los países afectados. En esta categoría se incluyen, entre otros, medicamentos, insumos médicos, kits de diagnóstico, ventiladores mecánicos, mascarillas y otros equipos de protección personal para la población en general, y en especial para los profesionales de la salud más expuestos al virus” (CEPAL, 2020a, pág. 1).

La producción de los medicamentos y los insumos médicos y sanitarios se concentra principalmente en los países industrializados. En nuestro caso, el Perú al ser un país importador de productos tuvo una posición desfavorable desde inicios de la pandemia, debido a que desde marzo del 2020 varios países ya habían establecido restricciones a la exportación de productos médicos y sanitarios para la COVID-19, entre ellos, cuatro de los cinco principales proveedores de América Latina y el Caribe. Estas restricciones prohibían a los países exportar o hacerlo bajo licencia previa, establecieron productos específicos y algunos amplios listados, algunos señalaron plazos para las restricciones, y otros lo declararon de carácter indefinido. Por ejemplo, en el caso de los respiradores N95 que fueron adquiridos en un 58% de importaciones a los Estados Unidos dos años antes de la pandemia, terminó por prohibirse su exportación desde abril del 2020. Al igual que el 18% de las importaciones de Alemania, Polonia y el Reino Unido al tener prohibido exportar fuera de la Unión Europea sin autorización previa, viéndose comprometido aproximadamente el 75% de las compras regionales al inicio de la pandemia y dejándose en vulnerabilidad a los países de la región (CEPAL, 2020a).

Si bien, en nuestro país, recién el 08 de abril del 2020 mediante Decreto Supremo 013-2020-SA se restringió la exportación de mascarillas protectoras adquiridas para destinarlas al personal de salud y evitar el desabastecimiento, Ojo Público reveló que entre enero y marzo del 2020 más de 33 millones de mascarillas (155 toneladas), valorizadas en \$ 4.9 millones de dólares fueron enviadas a China por 70 empresas locales, 12 de las cuales concentraron los despachos del 65% de mascarillas, es decir, cuando ya se tenía conocimiento de la expansión de la pandemia a nivel mundial. De todas las mascarillas, alrededor de 7.4 toneladas eran del tipo N95, tan necesarias para proteger a la primera línea, mascarillas que luego el Estado peruano las adquirió con un sobreprecio de S/ 4.3 millones (Ojo Público, 2020c).

De acuerdo con la Organización Mundial del Comercio (OMC) (2021), Alemania, China y los Estados Unidos fueron los principales comerciantes de productos esenciales para la COVID-19, alcanzando una participación conjunta de 41% sobre el comercio de dichos productos en 2020. Asimismo, fueron los tres principales importadores y proveedores respectivos en el comercio bilateral sobre los productos médicos. Por ejemplo, sobre los reactivos de diagnóstico y equipos de prueba COVID-19, los diez principales países exportadores fueron en su mayoría los principales importadores entre el 2019 y el 2020. Como lo dice la OMC “Estas estadísticas comparativas muestran que las exportaciones de productos esenciales para la COVID-19 se concentran en un número relativamente pequeño de economías con capacidad de producción” (OMC, 2021, pág. 6).

Tabla 3. Diez principales exportadores e importadores de reactivos de diagnóstico y equipos de pruebas de COVID-19.

Economía	Valor en Millones de EE.UU \$		Variación Anual (%)	Participación Porcentual en el Comercio Mundial (%)	
	2019	2020	2020	2019	2020
EXPORTACIONES					
Mundo	28,159	39,249	39,4	100	100
1. Estados Unidos	7,491	9,203	22,9	26,2	22,4
2. Alemania	4,270	5,406	26,6	15,0	13,1
3. Países Bajos	2,504	4,048	61,7	8,8	9,8
4. Reino Unido	1,985	2,777	39,9	7,0	6,7
5. Republica de Corea	253	2,171	757,2	0,9	5,3
6. China	314	1,910	508,1	1,1	4,6
7. Francia	1,251	1,426	14,0	4,4	3,5
8. Singapur	1,493	1,376	-7,9	5,2	3,3
9. Lituania	388	1.051	170,7	1,4	2,6
10. Hong Kong, China	309	999	223,7	1,1	2,4
Resto del Mundo	7,900	8,882	12,4	29,0	26,2
IMPORTACIONES					
Mundo	28,540	41,160	44,2	100	100
1. Estados Unidos	3,996	5,361	34,2	14,0	13,0
2. Alemania	2,866	4,567	59,4	10,0	11,1
3. Países Bajos	1,755	2,685	53,0	6,1	6,5
4. Reino Unido	1,317	2,434	84,8	4,6	5,9
5. Italia	1,200	1,944	61,9	4,2	4,7
IMPORTACIONES					
6. Francia	1,344	1,871	39,3	4,7	4,5
7. China	1,929	1,796	-6,9	6,8	4,4
8. España	765	1,355	77,3	2,7	3,3
9. Canada	740	1,094	47,8	2,6	2,7
10. Belgica	584	980	67,7	2,0	2,4
Resto del Mundo	12,044	17,073	41,7	42,2	41,5

Extraído de: OMC (2020) *El comercio de productos médicos en el contexto de la lucha contra la COVID-19: evolución en 2020.*

Con las restricciones de exportación que los países productores de insumos médicos y sanitarios dieron a inicios de la pandemia, con las limitaciones de ser un país no industrializado sino dependiente de las importaciones, con demoras en la aprobación de medidas de restricción de exportaciones de los productos médicos y sanitarios que ya se encontraban en el país y frente a una elevada demanda internacional, el Perú tuvo a inicios de la pandemia desabastecimiento de productos médicos y sanitarios y dificultades para su adquisición, incluidos los Equipos de Protección

Personal – EPP, motivo por el cual se llevaron a cabo diversas denuncias por parte del personal de la salud, ante la inminente escasez que los ponía en mayor riesgo y no les permitía a su vez proteger a los pacientes.

A las dificultades de adquirir los productos médicos y sanitarios se le sumaron las de adquirir las vacunas contra la COVID-19. La obtención de la vacuna en Fase III⁵ fue una gran noticia que generó esperanzas a nivel mundial, lograda gracias al avance científico y tecnológico en tan sólo 10 meses por el laboratorio Pfizer y BioNtech, rompiendo récords históricos (Costa & Tombesi, 2020), siendo el Reino Unido el primer país en aprobar la vacuna contra la COVID-19 e iniciar la vacunación de las primeras personas en el mundo a inicios de diciembre del 2020.

Para la adquisición de las vacunas en el Perú nos encontrábamos con problemas internos en cuando a liderazgos y con normativas legales que no permitían adaptarse al mercado internacional para comprar vacunas que se encontraban en investigación. De acuerdo con OXFAM at el (2023) desde el inicio de las negociaciones para la compra de las vacunas hubo errores estratégicos y falta de liderazgo del MINSA, debido a que el Gobierno (Vizcarra) quitó la rectoría del MINSA para liderar el proceso de compra de las vacunas y se delegó a una Comisión Multisectorial a cargo del Ministerio de Relaciones Exteriores, cuando se requería el manejo especializado del sector salud. Asimismo, se permitió al sector privado mediante el Comando Vacuna participar en la orientación de las decisiones para la compra de vacunas y darle vocería a nombre del Estado. Sobre los impedimentos legales para la adquisición de vacunas en etapa de investigación, tuvieron que excluirlo de la Ley de Contrataciones del Estado en setiembre de 2020 mediante el Decreto de Urgencia Nro. 110-2020; y, modificar la Ley de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios, recién el 18 de diciembre de 2020 debido a un retraso para su aprobación en el Congreso de la República. Asimismo, el Perú tuvo que aceptar las condiciones de arbitraje impuesto por las empresas farmacéuticas, renunciando a la inmunidad soberana para que los conflictos se resuelvan en otros países (Salud con Lupa, 2021a).

Conocedores de que la adquisición de las vacunas implicaría a su vez una competencia internacional, el Perú decide postular a los ensayos clínicos en Fase III de los laboratorios para obtener mejores condiciones de acceso a las vacunas.

5 Como lo indica la OPS, las fases de las vacunas son las siguientes: 1) Fase preclínica, resultados experimentales sobre la eficacia y tolerancia en modelo animal; 2) Fase I, testa la nueva vacuna en etapa experimental en un grupo reducido de humanos; 3) Fase II, testa la vacuna considerada segura en Fase I en un número mayor de humanos; 4) Fase III, participación mayoritaria de humanos para testar la vacuna convocando a voluntarios para evaluar de manera más completa la eficacia de la vacuna; Fase IV, son los estudios que se dan luego de que se apruebe la vacuna en uno o varios países para evaluar su efectividad y monitorear efectos adversos.

De esta manera, el investigador Germán Málaga e investigadores de la Universidad Privada Cayetano Heredia postularon para que Perú sea sede del ensayo clínico en Fase III de la candidata a vacuna china Sinopharm, lográndose incorporar al Perú junto a 10 países, entre ellos Argentina. En setiembre de 2020 los 12 mil voluntarios, que lograron inscribirse, recibieron las primeras dosis de la candidata a vacuna del ensayo clínico. Lamentablemente las decisiones políticas posteriores perjudicaron este proceso de vital importancia para el Perú. Un hecho sin precedentes, en medio de la más grande emergencia sanitaria de los últimos tiempos, que enturbió la adquisición de vacunas fue el escándalo internacional denominado el Vacunagate. En el estudio realizado por Ojo Público denominado “#Vacunagate Historia secreta de la vacunación irregular en el Perú” nos señala que este caso “muestra el entramado de ciencia, diplomacia, intereses empresariales, vínculos políticos, puertas giratorias entre el sector público y privado, y otros factores que explican lo que podría ser el mayor caso de abuso de poder en medio de la pandemia” (Ojo Público, 2021a, pág. 6).

Para el exasesor del Despacho Ministerial, Antonio Quispe, los ensayos clínicos se hicieron con el compromiso de que el Perú tenga acceso privilegiado a las vacunas, pero luego del escándalo internacional del Vacunagate se paralizó el proceso de compra y eso retrasó nuestra posición en el orden de países para la adquisición de las vacunas. Además, también implicó costos mayores para adquirir la vacuna, por lo que consideró que, si no se hubiera producido el Vacunagate, se pudo haber salvado más vidas en el país.

La adquisición de las vacunas, conforme lo resume Ojo Público (2021b), se dio mediante tres tipos de acuerdos a los cuales accedían los gobiernos. El primero compraba directamente a las farmacéuticas, el segundo compraba a través de los organismos regionales como la Unión Europea o la Unión Africana, y el tercero accedía al mecanismo COVAX (OPS, 2021a). En el caso del Perú, mientras que durante el año 2020 los países ricos acapararon las candidatas a vacunas de los principales laboratorios, accedimos primero al mecanismo COVAX, y los principales contratos con los demás laboratorios fueron durante el año 2021.

El primer contrato de adquisición de vacunas que firma el Perú fue mediante el mecanismo COVAX con GAVI Alliance el 18 de setiembre de 2020 para la entrega de 13,188,800 de dosis de vacunas contra la COVID-19, que representaba el 20% de la población peruana, las cuales serían entregadas durante el año 2021. Sin embargo, la entrega de las dosis de las vacunas a través de COVAX tuvo serios retrasos e incumplimientos. Durante el primer semestre del 2021 sólo se recibió 1,614,390 dosis provenientes de los laboratorios de Astrazeneca y Pfizer; es decir, sólo el 12%

cuando para esa fecha ya debía alcanzarse el 50%. Los retrasos en la entrega de vacunas fueron aceptados por el mismo COVAX el 8 de setiembre de 2021, donde señalaron que alcanzarían el 70% de su meta de entregar 2,000 millones de dosis en el 2021 debido a problemas logísticos y complicaciones en la fabricación y pidieron a los países más abastecidos que compartan sus vacunas en vez de aplicar la tercera dosis. El director de la OMS señaló que “Alrededor del 80% de las más de 5 mil millones de dosis administradas en el mundo a setiembre de 2021 han sido para países de renta alta y media alta”(Belleville, 2021).

Los contratos de adquisición de vacunas contra la COVID-19 hasta el 18 de setiembre de 2021 comprometía un total de 138, 731, 950 dosis y fueron adquiridas según lo detallado en la tabla 4.

Tabla 4. Adquisición de vacunas adquisición de vacunas contra la COVID-19, según proveedor

Fecha	Proveedor/Laboratorio	Dosis
18/09/2020	GAVI ALLIANCE – COVAX FACILITY	13,188,800
31/12/2020	ASTRAZENECA UK LIMITED	14, 040,000
07/01/2021	SINOPHARM INTERNACIONAL HK	1, 000,000
05/02/2021	PFIZER SA	20, 001,150
19/04/2021	PFIZER SA	500,760
27/04/2021	PFIZER SA	12,000,690
19/05/2021	SINOPHARM INTERNACIONAL HONG KONG LIMITED	1, 000,000
04/06/2021	SINOPHARM INTERNACIONAL HONG KONG LIMITED	1, 000,000
01/07/2021	SINOPHARM INTERNACIONAL HONG KONG LIMITED	3, 000,000
26/07/2021	SINOPHARM INTERNACIONAL HK	10,000,000
14/09/2021	PFIZER SA	35, 000,000
17/09/2021	MODERNA SWITZERLAND GMBH	20, 000,000
18/09/2021	SINOPHARM INTERNACIONAL HONG KONG LIMITED	8, 000,000

Fuente: MINSA

Sin embargo, las vacunas comprometidas con el Perú y sus fechas de entrega, las cuales por las cláusulas de los contratos podrían variar, estaban programadas desde el 07 de febrero del 2021 pudiendo verificarse que algunas no precisaban su fecha de entrega y otras retrasaron su llegada al país, situación que perjudicaba al proceso de vacunación en el Perú (Ojo Público, 2021c).

Tabla 5. Vacunas comprometidas para el Perú según fecha de arribo. Al 09 de febrero del 2021

Fabricante	País	Tipo acuerdo	Total dosis comprometidas	Envíos	Fecha comprometida de arribo
Sinopharm	China	Bilateral	38 millones	300 mil	07 de febrero de 2021
				700 mil	14 de febrero de 2021
				500 mil	Fines de febrero de 2021
				1 millón 500 mil	Marzo de 2021
				35 millones	Sin precisar
AstraZeneca	Reino Unido	Bilateral	14 millones	14 millones	Segundo semestre de 2021
Pfizer	EE.UU.	Bilateral	20 millones	250 mil	Marzo de 2021
				800 mil	Abril de 2021
				4.5 millones	Mayo/Junio de 2021
				14 millones 450 mil	Sin precisar
Pfizer*	EE.UU.	Multilateral (Covax)	13.2 millones	117 mil	Fines de febrero de 2021
AstraZeneca*	Reino Unido	Multilateral (Covax)	13.2 millones	400 mil	Marzo de 2021
AstraZeneca/ Pfizer*		Multilateral (Covax)	13.2 millones	12 millones 683 mil	Sin precisar

Fuente: Ojo Público (2021c)

1.3.1 Equidad en los procesos de vacunación

Como se pudo ver en el punto anterior, el acceso a las vacunas contra la COVID-19 profundizó aún más las desigualdades, al respecto OXFAM (2020) señala que, “Las naciones ricas que representan el 13% de la población mundial han acaparado más de la mitad (51%) de las dosis prometidas de los principales candidatos a vacunas contra la COVID-19”, aún la vacuna contra la COVID-19 no había culminado la Fase III y los países ricos empezaban a comprometer lotes de las vacunas candidatas.

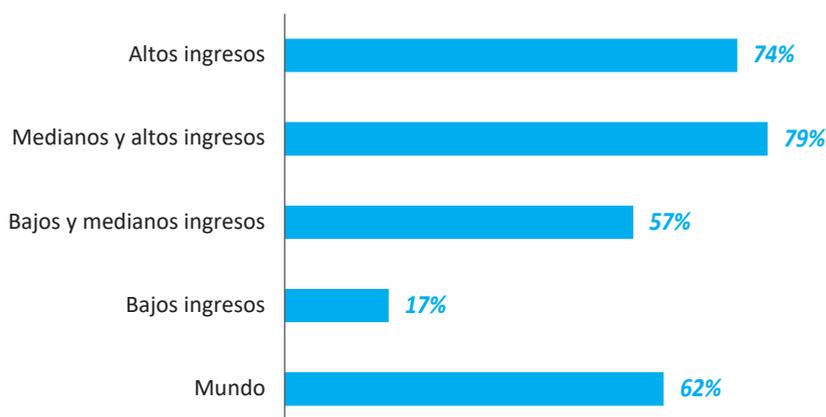
Asimismo, en febrero de 2021, luego de transcurrir sólo dos meses desde que la primera vacuna fue aplicada en el mundo, el secretario general de la Organización de las Naciones Unidas - ONU anunciaba que el 75% de las vacunas contra la COVID-19 habían sido acaparadas por 10 países, mientras que más de 130 países no habían recibido ni una sola dosis, señalando que, “En este momento crítico, la mayor prueba moral que encara la comunidad global es la equidad en la distribución de vacunas. Debemos asegurarnos de que todo el mundo, en todas partes, pueda vacunarse lo

antes posible” (ONU, 2021). Y, en marzo de 2021, Médicos Sin Fronteras citado por Salud con Lupa (2021b), señaló que en el caso de la vacuna del laboratorio Pfizer, los países ricos acapararon más del 99% de dosis de las vacunas contra la COVID-19. Incluso, mientras algunos países empezaban a vacunar a jóvenes, habían países que aún no contaban con vacunas para el personal de salud.

Asimismo, la OMS sostiene que: *“El acceso eficiente y equitativo a las vacunas COVID-19 ha sido muy problemático como resultado de la dinámica experimentada repetidamente en otros mercados de vacunas. La falta de transparencia a lo largo de la cadena de valor de la fabricación y distribución de vacunas y la falta de supervisión gubernamental dificultaron que los gobiernos planificaran y usaran las vacunas de manera más eficiente dentro de las fronteras nacionales y entre países (OMS, 2022a, pág. 6)”*.

A nivel mundial, a pesar de las alertas de los propios organismos internacionales de salud y otros, no hubo una distribución equitativa de las vacunas, los laboratorios que habían recibido principalmente financiamiento de los gobiernos para la creación de las vacunas contra la COVID-19 terminaron realizando sus propios acuerdos en la venta y distribución de las vacunas sin ninguna supervisión gubernamental como lo señala la OMS, siendo los países ricos los más beneficiados. Como se puede ver en el siguiente gráfico al 1 de setiembre de 2022, la cobertura de la vacunación a nivel mundial alcanzaba al 62%, mientras el 17% correspondía a los países de bajos ingresos y el 74% a los países de altos ingresos (Ojo Público, 2022a).

Gráfico 18. Cobertura con dos dosis alrededor del mundo según niveles de ingreso. Al 01 de setiembre del 2022



Fuente: Ojo Público (2022a)

A nivel de América Latina, el Perú fue el noveno país que inició la vacunación de su población, 47 días después de que lo iniciaran los primeros países en la región en vacunar como fue México, Chile y Costa Rica (OXFAM et al, 2023).

Gráfico 19. Comienzo de la vacunación en América Latina



Extraído OXFAM et al (2023) Vacunas y desigualdad. Lecciones de la vacunación contra la COVID-19 en el Perú.

Al Perú, el primer lote de vacunas contra la COVID-19 recién llegó el 07 de febrero de 2021, que comprendía 300 mil vacunas Sinopharm. Había pasado aproximadamente un año desde que el primer caso de paciente con COVID-19 se había detectado en el Perú, y es a partir del 09 de febrero que empezó el proceso de vacunación a los médicos y enfermeras de las Unidades de Cuidados Intensivos UCI y de Emergencias quienes estuvieron más expuestos al contagio y a la muerte por encontrarse en la primera línea, como parte de la Fase 1 de vacunación. La primera vacuna en llegar al Perú fue la vacuna Sinopharm y luego la vacuna Pfizer (MINSA, 2021b).

El proceso de vacunación en el Perú fue contemplado en el “Documento Técnico: Plan Nacional de Vacunación contra la COVID-19” aprobado mediante Resolución Ministerial Nro. 848-2020-MINSA, del 16 de octubre del 2020, el cual fue posteriormente actualizado. Allí se establecen 3 Fases de vacunación: en la Fase 1 del grupo de vacunación se encontraba el personal de salud del sector público

y privado, personal de las Fuerzas Armadas y Policiales, Bomberos, Cruz Roja, personal de limpieza, personal de seguridad y serenazgo, brigadistas, estudiantes de medicina y miembros de mesas electorales.

Posteriormente, la Fase 2 comprendió a los adultos mayores de 60 años, personas con comorbilidad, población de comunidades nativas e indígenas y personal del Instituto Nacional Penitenciario y las personas privadas de su libertad. Finalmente, la Fase 3 correspondió a la vacunación masiva, personas de 18 a 59 años.

Sobre el Plan Nacional de Vacunación contra la COVID-19, en el estudio de OXFAM et al (2023) se señala que se observaron errores estratégicos en la Fase 1 de los grupos de población priorizados, los criterios respondieron a la necesidad de mantener operativas las actividades esenciales del país y no a criterios basados en datos epidemiológicos como la mayor exposición al contagio y mayor riesgo de muerte e información sobre varias dimensiones de desigualdad como el género, pertenencia geográfica o étnico-racial, ingresos, como sí se dio en otros países. Por lo que, el MINSA tuvo que incorporar a los adultos mayores en el primer grupo el 05 de marzo de 2021 y en abril del 2021 el MINSA cambió su modelo de vacunación de las fases por grupos de prioridad a un enfoque territorial por grupos de edad de manera descendente.

Luego de cumplir con la Fase 1 y 2, como se ha dado también a nivel internacional, se inició la vacunación masiva de la población; y, a mediados de julio de 2021 recién se programó el primer vacunatón. En ese mismo mes culminaba su gestión el ministro de Salud Óscar Ugarte con un 24% de vacunados con la primera dosis; y, un 14.7% de vacunados con la segunda dosis durante los seis primeros meses de vacunación y habiendo afrontado la segunda ola de la pandemia de la COVID-19 a inicios del 2021.

En ese entonces, América Latina y el Caribe era la región más afectada por la COVID-19, al 20 de junio del 2021, cinco países de la región tenían los mayores reportes por de casos de casos y muertes por COVID-19 a nivel mundial, Perú, Brasil, México, Colombia, Argentina y la cobertura de la vacunación completa estaba por debajo del 12% y de la vacunación parcial por debajo del 32%. Con estas proyecciones, UNESCO (2021) señalaba que ninguno de esos cinco países lograría la vacunación completa al 70% antes que termine el 2021.

Frente a ese escenario, y con los pronósticos de una tercera ola de la Pandemia de la COVID-19, se realizó el cambio de Gobierno (julio 2021) y fue designado como ministro de Salud, Hernando Cevallos, lográndose luego de cinco meses superar el 80% de cobertura de vacunación completa contra la COVID-19 con las dos dosis, superando las proyecciones de la región y conteniendo los efectos mortales de la

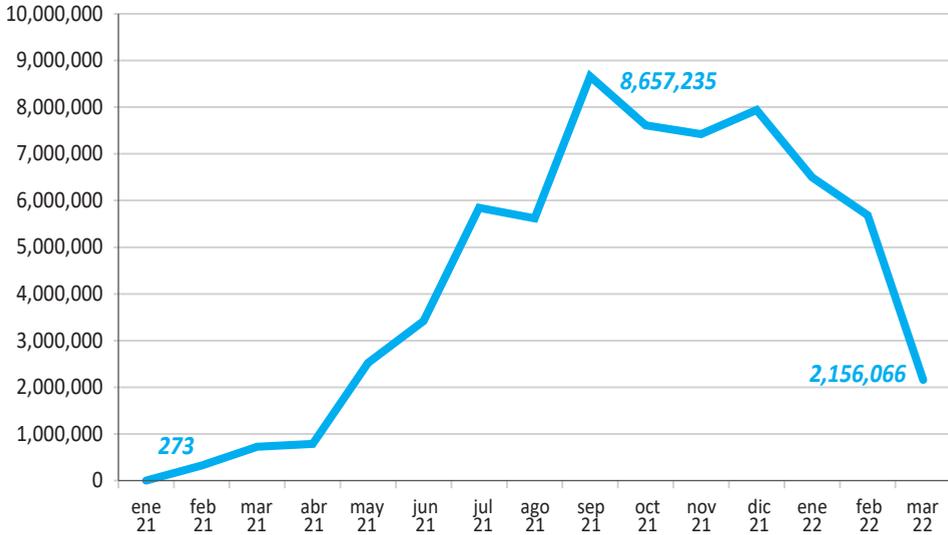
tercera ola. El exministro de Salud resaltó que el desafío para lograr una campaña masiva de vacunación fue lograr compromisos firmes con los líderes de las comunidades y el personal de salud, dado que inició su gestión con pronósticos de que la tercera ola alcanzarían los 150 mil fallecidos (En la segunda ola hubo 134 mil personas fallecidas), lo cual estaban decididos a evitar. Por ello, se distribuyeron las vacunas de manera equitativa en las regiones; sin embargo, a pesar de contar con disponibilidad de las vacunas no se lograba la misma velocidad en la vacunación debido a que en algunas regiones tuvieron resistencia a las vacunas por mitos o creencias propias de la población. Señaló que, un aspecto esencial para lograr la confianza de la población ha sido el liderazgo y el mensaje coherente que se debe dar desde el MINSA, además de contar con el apoyo de los líderes y personas con representación e incidencia para acercar al MINSA a la población y salvar vidas. Por ello, lograron que regiones como Puno que tenía un 5% de vacunación avanzaran hasta un 65% durante su gestión.

El exviceministro de Salud, Augusto Tarazona, comenta que las mega campañas focalizadas en determinados sitios que eran los puntos de vacunación permitió avanzar rápido en la demanda de vacunación, pero tuvo una falencia porque se centraron en las mega urbes y dejaron de atender a las ciudades más pequeñas y las zonas rurales, lo que generó un avance desigual en la vacunación. Sin embargo, señaló que a finales del 2021 con miles de brigadas se logra incorporar un trabajo comunitario más amplio que permitió ampliar el radio de acción de la vacunación.

Posteriormente, el ministro de Salud, Hernán Condori, sucedió al Dr. Hernando Cevallos el 8 de febrero de 2022 y durante su gestión se generó una desaceleración de la vacunación que él mismo tuvo que admitir. En 40 días de gestión del ministro Condori, según cifras del REUNIS del MINSA, el ritmo de la vacunación bajó en un 54% a nivel nacional (Carbajal, J., 2022)

Al respecto, Ojo Público (2022b) señaló que el evidente proceso de desaceleración de la vacunación a inicios de año 2022, coincide con la salida de diversos funcionarios del MINSA, falta de nuevas estrategias para vacunar en las zonas rurales, ausencia de planes de comunicación claros para enfrentar la desinformación y resistencia a la vacunación, la necesidad de más presupuesto para las regiones enfocados a resolver los problemas de acceso para vacunar en las zonas alejadas, entre otros. Como se puede ver en el siguiente gráfico, el pico más alto de la vacunación se dio en el mes de setiembre de 2021 donde se logró aplicar más de 8.5 millones de dosis y la más grande caída se da en el mes de marzo de 2022.

Gráfico 20. Avance en la aplicación de dosis contra la COVID-19. Al 20 de marzo del 2022



Fuente: Ojo Público (2022b)
Elaboración: propia

De esta manera, en los siguientes meses, el Perú no retomó su ritmo de vacunación. Luego de completar el primer esquema de vacunación con las dos dosis, la tercera y cuarta dosis no han logrado alcanzar los porcentajes iniciales, menos aún con la vacuna bivalente. Se necesitaban nuevas estrategias que no fueron atendidas debidamente.

Además, si bien el Perú fue uno de los primeros países en alcanzar el 70% de su población vacunada con dos dosis en América Latina, empezó un estancamiento en grupos específicos de la población. Al mes de agosto de 2022, el 90% de la población tenía una dosis, el 85% las dos dosis, y el 70% las tres dosis. Pero detrás de estas cifras había brechas de vacunación en las comunidades indígenas y amazónicas.

En las regiones de Amazonas, Loreto, Madre de Dios y Ucayali las coberturas eran menores al 53% con dos dosis y en el caso de la vacuna de refuerzo oscila entre el 11,5% y 28% (Ojo Público, 2022c). Asimismo, en la población infantil entre 5 y 11 años llegaba al 70% con una dosis y 60% con dos dosis.

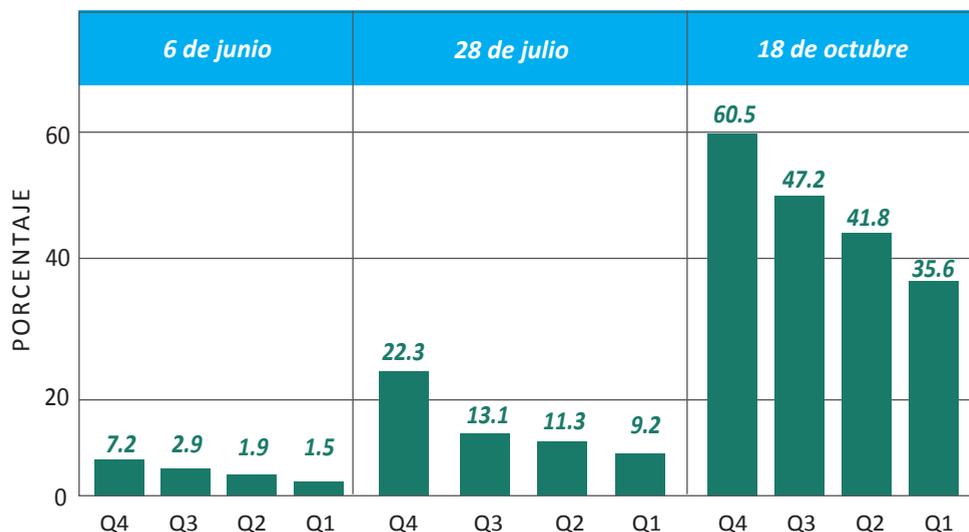
A partir del año 2022 la estrategia de vacunación debía cambiar, habiéndose logrado exitosamente vacunar al 80% de la población objetiva a diciembre de 2021 cumpliendo la meta del MINSA, el año 2022 iniciaba con el reto de avanzar en la vacuna de refuerzo y el cierre de brechas de vacunación en las comunidades altoandinas, indígenas y amazónicas. Para ello, el MINSA debía establecer nuevas estrategias, nuevo plan comunicacional, presupuesto específico a las regiones para cubrir los costos de vacunar en zonas de difícil acceso, continuar con la participación de los gobiernos regionales, locales y líderes de la zona, entre otros. Habían factores que limitaban el proceso de vacunación y no permitían que el ritmo sea idéntico, quedando regiones por detrás de los promedios de vacunación. Por ello, se debía enfocar en esos sectores para cerrar las brechas de desigualdad en la vacunación de las poblaciones vulnerables con nuevas estrategias.

Esta desaceleración de la vacunación en el 2022, para OXFAM et al (2023) se debe a que *“(...) la estrategia de vacunación paso de ser una política de Estado que involucra a todos los sectores a la responsabilidad solitaria de la Dirección General de Inmunizaciones. Así, no se establecieron pronto medidas específicas para llegar a los ciudadanos y ciudadanas que se estaban quedando atrás en la vacunación y acortar las brechas pendientes (pág.4)”*. Además, los gobiernos regionales afrontaron diversos problemas desde los logísticos y humanos, capacidades de gestión y nuevas estrategias de vacunación para llegar a la población rural e indígena. El estudio también señala que hubo centralismo en las regiones dado que el alcance de la vacunación fue desigual en las capitales con las demás provincias y distritos.

Según el estudio de Zamora (2021) sobre el porcentaje de ciudadanos de 18 a más años completamente vacunados en base al Índice de Desarrollo Humano por distrito o domicilio, se puede observar que los distritos de nivel más alto de desarrollo humano que se encuentran en el cuarto cuartil frente a los distritos de nivel más bajo de desarrollo humano que encuentran en el primer cuartil tienen mayor proporción de vacunados. Asimismo, podemos observar en el siguiente gráfico que, de los tres momentos observados en el año 2021, la brecha se ha ido profundizando dado que, al 06 de junio, la diferencia entre el primer y cuarto era de 5.8%, al 28 de julio de 13% y al 18 de octubre es de 25%. Asimismo, se indica en el estudio que *“La estrategia de vacunación contra la COVID-19 del gobierno ha seguido el enfoque territorial. Sin embargo, ni la distribución equitativa del stock de vacunas ni la localización estratégica de locales de vacunación parecen ser suficientes para conseguir una mejor cobertura de los grupos en situación de vulnerabilidad”*, por

lo que concluye que se debe de diseñar o implementar un sistema completo de incentivos para una vacunación completa, entre otros.

Gráfico 21. Porcentaje de ciudadanos de 18 a más años completamente vacunados según puntaje del Índice de Desarrollo Humano por distrito o domicilio



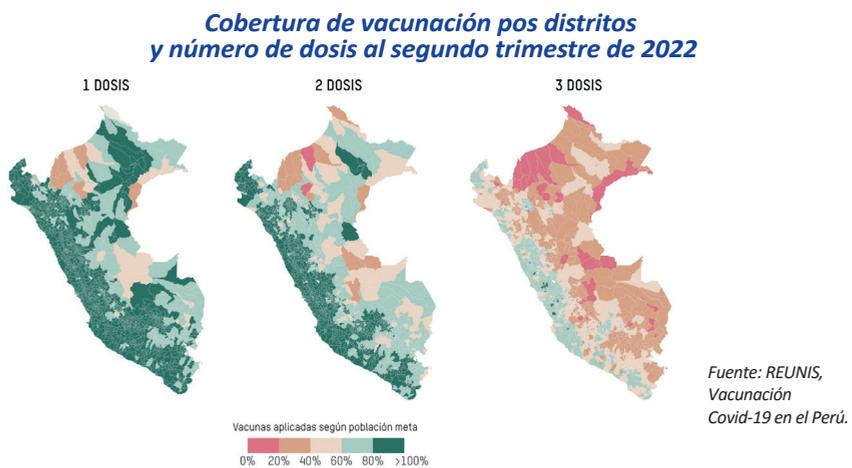
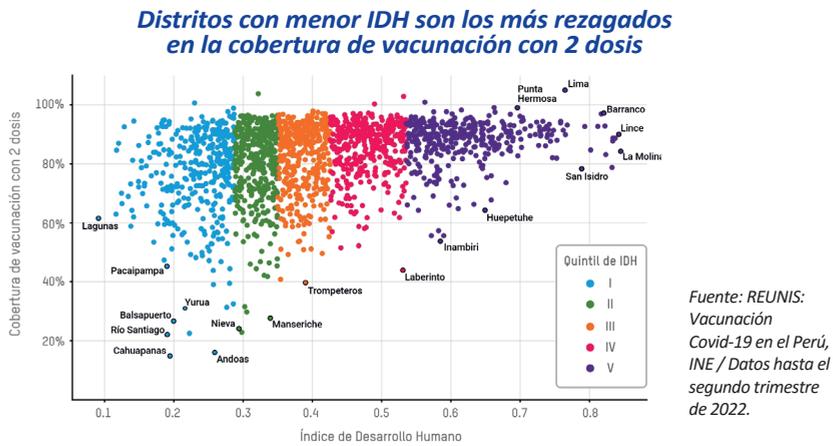
Extraído de Zamora (2021) *Vacunación contra la COVID-19 y desigualdad*

Asimismo, “La UNESCO y otras organizaciones de derechos humanos han sugerido considerar criterios de equidad en la vacunación, teniendo en cuenta la mayor evidencia posible y estándares internacionales de derechos humanos y bioética. La evidencia muestra que en las poblaciones en situación de pobreza y en comunidades étnicas, hay mayor prevalencia de COVID-19, y mayor riesgo de mortalidad, independientemente de la edad y la existencia de comorbilidades. No obstante, estas poblaciones no han sido en todos los casos priorizadas” (UNESCO, 2021, pág. 6).

En OXFAM et al (2023) se resaltan los problemas en la equidad de la cobertura de la vacunación contra la COVID-19 que se dieron en las regiones, provincias y distritos principalmente debido a sus condiciones económicas, densidad poblacional y accesibilidad geográfica. Según el estudio, para el segundo trimestre del 2022 mientras los distritos de la costa y sierra tenían el 100% de cobertura de la primera dosis, los distritos amazónicos llegaban al 95.7%; y, dentro de ellos, los distritos amazónicos con pueblos indígenas como Cahuapanas y Andoas (Loreto) registraban menos del 25% de cobertura de la primera dosis. La cobertura de la segunda dosis

en los distritos de la Amazonía llegaba al 30% y con la tercera dosis al 15%. Otro factor que se observó es que las zonas con menor densidad poblacional también quedaban rezagadas en el avance de la vacunación, señalando que, *“Estos hallazgos demuestran que en el proceso de vacunación se mantuvieron las desigualdades históricas. Los distritos con mayor pobreza monetaria y con menor índice de Desarrollo Humano fueron los que presentaron menores tasas de cobertura del esquema de inmunización”* (OXFAM et al, 2023, pág. 4).

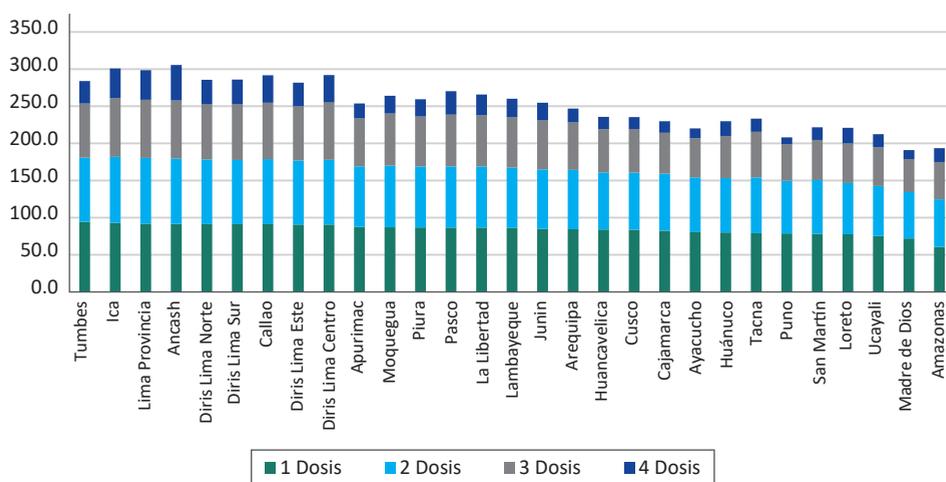
Gráfico 22. Cobertura de la vacunación y desigualdades



Extraído de: OXFAM et al (2023)

En el siguiente gráfico se puede observar que, al 30 de marzo de 2023, en cuanto a la tercera dosis, las últimas cuatro regiones son Madre de Dios con un 44.58%, Puno con un 49.01%, Amazonas con un 50.26%, y Ucayali con un 52.1% de vacunación. Sobre la cuarta dosis, las cuatro últimas regiones dentro del cuadro de vacunación están compuestas por Puno con un 9.3%, Madre de Dios con 12.03%, Ayacucho con 13.24% y Cajamarca con 15.49%.

Gráfico 23. Cobertura de vacunación por regiones según dosis aplicada (%)



Fuente: MINSA (2023)

Elaboración: Propia

Nota: datos Al 30 de marzo de 2023

1.3.2 Precios, contratos y condiciones (Farmacéuticas vs. Países)

Los contratos, las condiciones y los precios de las vacunas contra la COVID-19 han generado fuertes críticas a nivel mundial debido a que los países tuvieron que aceptar más que negociar todas las condiciones que impusieron las empresas farmacéuticas para poder acceder a las vacunas. Como lo señaló Ojo Público (2021b), “los documentos disponibles sugieren que las compañías farmacéuticas exigieron y obtuvieron plazos de entrega flexibles, protección de patentes e inmunidad de ser responsabilizados si algo sale mal. En algunos casos, los países tienen prohibidos donar o revender las dosis, una prohibición que podría obstaculizar las iniciativas de llevar vacunas a los países pobres”.

Para Apuzzo & Gebrekidan (2021) si bien fueron los gobiernos, principalmente de Europa y Estados Unidos, y organizaciones sin fines de lucro como la Coalición para las Innovaciones en Preparación para Epidemias (CEPI) los que destinaron miles de millones de dólares a las compañías farmacéuticas para desarrollar las vacunas, las empresas farmacéuticas son propietarias absolutas de las patentes, por lo que deciden cómo y dónde se fabrican las vacunas y cuánto cuestan. Además, los gobiernos y las organizaciones de salud pública han consentido las exigencias de las farmacéuticas de mantener en secreto las cláusulas de los contratos. De esta forma, no se pueden conocer los costos de las vacunas, dado que se han puesto en cláusulas confidenciales y/o sanciones a los gobiernos que revelen los costos como cancelar las entregas programadas (Apuzzo & Gebrekidan, 2021). Los gobiernos no conocían los costos con los que negociaban sus pares. Asimismo, los tiempos de entrega de las vacunas terminan estando en potestad de las empresas farmacéuticas quienes no asumen responsabilidades por retrasos o falta de stock en las fechas programadas; y, tampoco tienen responsabilidad ante efectos secundarios de las vacunas o si éstas no funcionan.

De acuerdo con Hooker & Palumbo (2020) y basado en los datos de Airfinity, fueron los gobiernos, así como las organizaciones sin fines de lucro, quienes invirtieron miles de millones de dólares en los proyectos científicos orientados al desarrollo de las vacunas contra la COVID-19, destinando US\$ 8,600 millones y US\$ 1,900 millones, respectivamente. El financiamiento del sector privado apenas llegó a US\$ 3,400 millones dado los riesgos que podrían presentarse por invertir en las vacunas. Sin embargo, a pesar de que ha sido el sector público el que mayoritariamente financió a los laboratorios para lograr la vacuna contra la COVID-19, luego su producción, costo y distribución estuvo en manos de las empresas farmacéuticas.

Gráfico 24. Financiamiento de los gobiernos a los estudios científicos emprendidos para obtener la vacuna contra la COVID-19



Extraído Hooker & Palumbo (2020)

En relación con las condiciones establecidas en los contratos para la adquisición de vacunas contra la COVID-19, la investigación realizada por Transparencia Internacional (2021), analiza la transparencia en 39 contratos, a partir de los contratos obtenidos, 15 países de América Latina, entre ellos del Perú, Europa, Asia y África. Entre sus principales hallazgos se resalta que:

- ▶ Los contratos muestran que las negociaciones beneficiaron a las compañías farmacéuticas y sus afiliados. Los gobiernos no debían revelar información comercial confidencial que pudiera fijar el precio por dosis o disposiciones en materia de indemnización.
- ▶ El 58.97% de los contratos no tiene información básica sobre los montos totales pagados y el precio por dosis. Esto resulta de particular importancia para los gobiernos y los Congresos a fin de poder plantear una estrategia presupuestal para años siguientes. Solo 10.26% de los 39 contratos analizados cuenta con un techo presupuestal del que no se puede pasar en la compra de vacunas. Los plazos y cronogramas de entrega se encuentran testada en 74.36% de los contratos analizado, pese a que esta información básica que debería ser pública.

- ▶ En materia de indemnizaciones, algunos contratos cubren responsabilidades adicionales con cláusulas que tratan de trasladar el riesgo a los gobiernos nacionales y alejarlo del desarrollador, incluso si el desarrollador o los socios de la cadena de suministro cometen errores.
- ▶ En materia de propiedad intelectual de las vacunas, el 64.10% de los contratos contiene la información, siendo la farmacéutica la que cuenta con dicha propiedad en la mayoría de los contratos.

Demostrando así una falta de transparencia en el acceso a vacunas, para el director ejecutivo de Transparencia Mexicana, entidad encargada de la elaboración de dicho informe, el sector privado global se aprovechó de la pandemia para imponer condiciones en los contratos que en otro momento hubieran sido inaceptables, asimismo resalta que el sector farmacéutico no ha hecho un esfuerzo consciente, abierto, sistemático y proactivo por entender que tiene una responsabilidad en el cumplimiento de un derecho universal, como la salud, primado la cultura corporativa y el lucro por encima de cualquier otra variable (Ojo Público, 2022c).

Respecto a los costos de las vacunas, en Ojo Público (2021e), en base a la información dada por UNICEF sobre datos filtrados o publicados por la prensa referidos a una docena de farmacéuticas cuyos costos oscilan entre \$ 2.19 y \$ 44 por unidad, costos que pueden variar dependiendo de los acuerdos a los que se llegue con los países, como podemos observarlo en la tabla 6.

Tabla 6. Los precios de la vacuna contra la COVID-19 en el mundo

Fabricante	País - Región	Precio	Fuente
AstraZeneca	Brasil, Latinoamérica, Europa, África y Asia.	De US\$ 2,19 a US\$ 8	Reuters, The Washington Post, Gobierno de Filipinas y Fiocruz
Bharat Biotech International Limited	India	US\$ 4	Mint
CNBG / Sinopharm	China y Perú	De US\$ 20 a US\$ 44	South China Morning Post y Aduanas Perú
CureVac	Europa	US\$ 11,84	Reuters
Instituto de Investigación Gamaleya	Latinoamérica - Mercado internacional	De US\$ 3 a US\$ 10	Sputnik V y Reuters
Janssen	África, Europa y Estados Unidos	De US\$ 8,5 a US\$ 10	Reuters y The Washington Post

Continúa

Tabla 6. Los precios de la vacuna contra la COVID-19 en el mundo

Fabricante	País - Región	Precio	Fuente
Moderna	Europa y Estados Unidos	De US\$ 15 a US\$ 34,5	Reuters, The New York Times y The Washington Post
Nanogen	Vietnam	US\$ 5,19	Ministerio de Salud de Vietnam
Novavax	Países participantes del mecanismo COVAX	US\$ 3	Gavi
Pfizer/BioNTech	África, Europa y Estados Unidos	De US\$ 6,75 a US\$ 19,50	Reuters, The New York Times y Forbes
Sanofi / GSK	Europa	De US\$ 9,3 a US\$ 10,50	The Washington Post
Sinovac	Brasil, China e Indonesia	De US\$ 10,3 a US\$ 29,75	Reuters

Fuente: Ojo Público (2021e)

En el Perú, según fuentes periodísticas⁶ que realizaron valores aproximados del costo de la vacuna contra la COVID-19 en base al presupuesto anunciado por el Ministerio de Economía y Finanzas a inicios del año 2021 para los contratos de adquisición de vacunas, los costos serían los siguientes:

Tabla 7. Costo promedio de las Vacunas adquiridas por el Perú

Vacuna	Cantidad de Vacunas	Costo Total	Costo por dosis
SINOPHARM	1 millón de dosis	S/ 94 millones	S/ 94.00 o \$ 26
COVAX FACILITY	6.6 millones de dosis	S/ 385.75 millones	S/ 58.00 o \$16
PFIZER	9.9 millones de dosis	\$ 118 millones	S/ 47.00 o \$ 13
ASTRA ZENECA/OXFORD			\$ 2.8 (precio fijo)

Fuente: Diario Gestión (2021) y El Peruano (2021a)

Elaboración: propia.

Por otro lado, hemos podido acceder a información detallada de los costos de adquisición de una cantidad de vacunas que el Perú logró adquirir en el año 2021, operación que involucra un monto de 1,185 millones de soles para ser pagados a

⁶ Diario Gestión (2021) y El Peruano (2021a)

los laboratorios y que para ello se recurrió a un préstamo por US\$ 500 millones con el Banco Mundial⁷. Sin embargo, esta operación de endeudamiento, establecida en el Proyecto de Ley 2664/2021-PE presentado por el ejecutivo, aún no ha sido aprobada por el Congreso de la República y permanece en calidad de Dictamen en la Comisión de Presupuesto. Según se detalla en el referido Dictamen, el costo por el total de dosis de las vacunas pendientes de pago son los siguientes:

Tabla 8. Costo estimado por dosis de vacuna según proveedor

Proveedor	COVAX	Pfizer	Moderna
Costo total (S/)	216,552,367	933,520,534	251,741,970
Dosis	5,108,090	15,790,170	10,368,200
Costo por dosis (S/)	42.4	59.1	24.3

*Fuente: Congreso de la República del Perú (2022) Dictamen del proyecto de ley 2664/2021-PE
Elaboración: propia.*

Tal como se puede observar, según los cálculos que hemos realizado, la dosis del laboratorio Pfizer tendría un costo de 59 soles, siendo la más cara de las mostradas, mientras la dosis de Moderna costaría solo 24 soles. En el caso de las vacunas compradas a través del mecanismo COVAX, el costo unitario mostrado de 42 soles representaría un promedio de varias marcas, puesto que no existe el detalle de los laboratorios involucrados.

Las cláusulas de confidencialidad de los contratos no permiten tener los datos precisos de cuánto costó la vacuna COVID-19, así como otro tipo de información. Al respecto, el exministro de Salud, Hernando Cevallos, señaló que los laboratorios no sólo impusieron los precios de las vacunas, sino también las condiciones generales de los contratos, sin penalidades para los laboratorios, ni responsabilidad en los retrasos ni en los efectos adversos de las vacunas. En ese sentido, no hubo posibilidades de negociar el valor ni la cantidad de las vacunas, bajo una evidente imposición, situación que perjudicaba al país dado que las vacunas tienen un plazo de vencimiento y si el laboratorio se demora en el envío, el riesgo de dicho vencimiento lo asume el país y no el laboratorio.

Evidentemente tanto el Perú como los demás países a nivel mundial ingresaron a una difícil carrera para acceder a las vacunas contra la COVID-19 en un mercado

⁷ Véase: <https://www.bancomundial.org/es/news/press-release/2021/12/20/the-world-bank-will-finance-COVID-19-vaccines-for-20-million-peruvians/>

internacional donde los laboratorios no tuvieron ninguna restricción ni vigilancia de los gobiernos e impusieron sus condiciones y contratos leoninos. Mientras los países más ricos acaparaban los principales lotes de vacunas los demás países se enfrentaban entre sí por lo que restaba en distribuir. Las ganancias de las empresas farmacéuticas compartida por Forbes (2022) a continuación nos demuestran que ningún control internacional pudo limitar los costos que pusieron los laboratorios a las vacunas, haciendo caso omiso a los llamados de la OMS y otros organismos internacionales.

Tabla 9. Beneficios de las principales empresas del sector salud que han provisto vacunas, test y otros.

Empresa farmacéutica	Beneficios
PFIZER	A inicios del 2022 anunció ingresos de 74.784 millones de euros (92% más que el año anterior), la mitad de las cuales provenía de las vacunas, y beneficios netos de 20.220 millones de euros. En el 2021 tuvo retribuciones de 22.3 millones de euros (15% más que el año anterior).
Johnson & Jonhson	En el año 2021 obtuvo beneficios de 19.207 millones de euros (41,9% más que el año anterior), es la segunda compañía del sector que más ha ganado durante el segundo año de la pandemia, sus ingresos son 96.273 millones de euros.
Moderna	En el año 2021 con 807 millones de vacunas distribuidas en el mundo obtuvo 11.224 millones de euros de beneficios totales
BioNTech	En el año 2021 registró 10.292 millones de euros de beneficios, 7 veces más que el año anterior.
AstraZeneca	En el año 2021 obtuvo 34.423 millones de euros de ingresos y 9.133 millones de beneficios.

Fuente: Forbes, (2022)

1.3.3 Producción y comercio de vacunas en América Latina y el Caribe

Como se ha venido señalando, los laboratorios definieron la producción, los costos y la distribución de las vacunas, siendo los países ricos los que primero realizaron los acuerdos comerciales con las empresas farmacéuticas para el abastecimiento de vacunas. En el caso de América Latina y el Caribe “el acceso de las vacunas anticovid para los países de la región depende de acuerdos bilaterales, multilaterales – con Covax y otros esquemas – y claro de la oferta del mercado de quienes podían pagarla de forma directa” (OXFAM, 2021). Asimismo, mientras que la Unión Europea o la Unión Africana realizaban negociaciones multilaterales regionales en bloque para garantizar que los países más pequeños no dependan únicamente del mecanismo COVAX o de donaciones, a nivel de América Latina y el Caribe eso no se dio.

De acuerdo con UNESCO (2021) y el informe de Global Commission for Post Pandemic sobre la producción de las vacunas contra la COVID-19, desde noviembre de 2020 hasta mayo de 2021 se fabricó un total de 2,103,275,122 dosis de vacunas, de las cuales se habían administrado 2.09 mil millones de vacunas según Our World in Data. Asimismo, señala que la meta para alcanzar la inmunidad de rebaño a nivel mundial es de 11 mil millones de dosis, y el avance del proceso iba recién en un 19%, siendo necesario aumentar la producción global, la cual no es homogénea y tiene periodos de desaceleración por falta de materias primas, entre otros. De los 2.09 mil millones de vacunas distribuidas en el mundo, según Our World in Data, los países de bajos ingresos recibieron sólo el 0.3%. Es decir, mientras que una de cada cuatro personas de los países de altos ingresos recibió al menos una dosis, en el caso de los países de bajos ingresos fue una de cada 350 personas. La compra anticipada y los acuerdos bilaterales de la vacuna contra la COVID-19 por parte de los países ricos entre el segundo y tercer trimestre del 2020 terminaron bloqueando el suministro de las vacunas y 37 países (entre ellos solo Chile de la región) aseguraban inmunizar al menos dos veces a su población mientras el resto de los países no contarían con cobertura suficiente hasta el 2023.

Con el fin de que los países de ingresos bajos y medios no queden fuera del alcance de la vacuna contra la COVID-19, el mecanismo COVAX surgió del anuncio de la OMS en el 2020 como una “colaboración histórica” para acelerar el desarrollo de medicamentos, pruebas y vacunas seguras y efectivas para prevenir, diagnosticar y tratar la COVID-19 y hacerlo accesible para todos los que la necesiten en el mundo (REUTERS, 2020). La BBC (2021) citando un artículo de “The Lancet” indica que los problemas se dieron cuando los países ricos cerraron acuerdos bilaterales directamente con las farmacéuticas para asegurar las vacunas alcanzando la cobertura del 140% de su población en el caso de EEUU y del 225% de su población en el caso de Gran Bretaña en agosto del 2020 y COVAX fue relegado al no tener los medios para competir debido a que los países ricos no invirtieron en el mecanismo COVAX sino que adquirieron directamente las vacunas de los laboratorios.

La posición de dominio de los países con mayores recursos disponibles para compras masivas hizo que las fuerzas del mercado predominaran y que el mecanismo no tuviera la prioridad en la línea de orden de las adquisiciones de vacunas. Las cifras globales muestran que las compras de vacunas estuvieron dominadas por acuerdos bilaterales y multilaterales entre países y laboratorios, las que representan hasta la fecha el 45% del total mundial, mientras las vacunas entregadas mediante el mecanismo COVAX solo representan el 12% del total. En el caso peruano, del total de 98 millones de dosis de vacunas entregadas por todos los canales existentes, solo 8.3 millones de dosis corresponden a COVAX (cifras obtenidas de la COVID-19 market dashboard, UNICEF)⁸.

8 Véase: <https://www.unicef.org/supply/COVID-19-market-dashboard> (visitado el 1 de mayo de 2023).

A las exhortaciones de la OMS de procurar un acceso equitativo a las vacunas contra la COVID-19 frente al acaparamiento por parte de los países ricos se sumó la Comisión Interamericana de Derechos Humanos que, mediante Resolución 01/2021 adoptada el 06 de abril de 2021, estableció recomendaciones a los Estados Miembros para el acceso a las vacunas, bienes y servicios de salud en atención al principio de igualdad y no discriminación, señalando que los Estados deben asegurar la distribución a las vacunas y su acceso equitativo y universal absteniéndose de tratos discriminatorios (CIDH, 2021). Asimismo, respecto a la cooperación internacional, mencionó la urgente necesidad de que se coordinen acciones regionales efectivas que garanticen el intercambio de información en materia de vacunación, tecnologías y tratamientos frente al COVID-19. Estableciendo que los Estados Miembros deben facilitar y fortalecer la implementación del mecanismo COVAX y el Acceso Mancomunado a las Tecnologías contra la COVID-19 (C-TAP) de la OMS y otras herramientas que promuevan el acceso equitativo a las vacunas.

Durante el año 2020, los países de la región tuvieron serias dificultades en alcanzar acuerdos comerciales con los laboratorios para acceder a las vacunas, el mecanismo COVAX resultaba ser más accesible a ellos salvo algunos que lograron a su vez negociaciones bilaterales con los laboratorios. Como lo indica UNESCO (2021), a nivel de América Latina y el Caribe, salvo Cuba, Puerto Rico, Islas Vírgenes, Aruba, Curazao y San Martín-parte holandesa- el resto de los países participaron del mecanismo COVAX, que entregó a la región 45.000.000 vacunas de los laboratorios Pfizer (2.4%) y AstraZeneca/Oxford (97.6%). En el mes de junio de 2021 las vacunas a través del mecanismo COVAX cubrió la inmunización completa de dos dosis al 1.4% de la población de la región. Asimismo, de los países que accedieron al mecanismo COVAX en la región, 17 de ellos realizaron negociaciones bilaterales con las farmacéuticas para adquirir vacunas donde se negociaron 1.400 millones de dosis de vacunas de diferentes laboratorios e instituciones (UNESCO, 2021).

Al mes de febrero de 2022, COVAX no había podido cumplir con el objetivo de proveer 2 mil millones de dosis para los 187 países, dentro de los cuales 92 eran de renta media y baja. A enero de 2022, COVAX había llegado a 1 mil millones de dosis entre 144 países, el 50% de su objetivo (El País, 2022). Si bien organismos internacionales en salud a nivel de la región como la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue tienen entre sus objetivos velar por el derecho a la salud, frente a la pandemia de la COVID-19 su participación e incidencia en los problemas que afrontaron los países para adquirir los productos médicos y sanitarios; así como, las vacunas frente al lucro de los laboratorios no tuvieron un apoyo efectivo al respecto, tampoco se pudo articular un bloque regional para poder negociar mejores condiciones frente a las empresas farmacéuticas como sí lo hizo Europa y África.

La OPS (2023a) dedicó sus esfuerzos a la creación y fortalecimiento de la Red Regional de vigilancia genómica de la COVID-19, para seguir la evolución del virus SARS-CoV-2 y movilizó 160 millones de dosis a través de COVAX para apoyar a los países de América Latina. Sin embargo, las dosis del mecanismo COVAX no cumplieron con sus plazos de entrega demorando el inicio de la vacunación, situación que no tuvo un adecuado seguimiento por la OPS.

En cuanto al Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue (ORASCONHU), que forma parte del sistema de integración andina comprendido por Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela, realizó principalmente el intercambio de experiencias y el seguimiento de la situación epidemiológica de la pandemia COVID-19 en los seis países Andinos.

En el terreno de los hechos, donde se pone a prueba los objetivos trazados por los organismos internacionales para lograr una masiva vacunación contra la COVID-19, el exministro de Salud, Hernando Cevallos indica que respecto al acceso a las vacunas se comprobó la dependencia sanitaria y la falta de unidad latinoamericana para negociar los contratos de las vacunas frente a las corporaciones. Cada país negoció por su cuenta, no hubo ninguna coordinación. La pandemia demostró la tibia acción de los organismos internacionales para asegurar el acceso democrático a las vacunas y el pedido de liberar las patentes no se concretó. El método COVAX nunca llegó a tiempo y murieron miles de personas

Por su parte, el exdecano del Colegio Médico del Perú, Julio Castro, sostiene que “El fracaso de la comunidad internacional ha sido evidente porque ha sido incapaz en el manejo equitativo de las vacunas, en especial con respecto a los países con menores recursos. La solidaridad internacional no priorizó el mecanismo Covax para los países que más lo necesitaban”.

2 Impacto económico y fiscal de la COVID-19

2.1 Impacto económico de la COVID-19

La pandemia de la COVID-19 generó no solo una crisis sanitaria, sino también una crisis económica como consecuencia de la cuarentena e inmovilización social establecida, ya que al no haber una vacuna contra este virus se convirtió en el principal mecanismo para evitar su propagación. En el caso peruano, el confinamiento estricto fue de 107 días⁹ que implicó la paralización del 55.9% de la actividad económica nacional. Este hecho nos posiciona en el top 10 de los primeros países con mayor cierre económico y social durante el segundo trimestre del 2020, según el índice internacional de severidad de la respuesta gubernamental frente al COVID-19 (se obtuvo un puntaje de 96.3 de 100) (Vega, 2020). De acuerdo con las declaraciones de la exministra María Antonieta Alva, la cuarentena en el país fue “... bastante más estricta y anticipada que en cualquier otro país, respondía a las falencias de nuestro sistema de salud (...) y fue una reacción rápida del gobierno entendiendo que se tendría que ganar tiempo para que el sistema de salud reaccionara y pudiera generar capacidad” (Sifuentes, 2021).

El cierre de gran parte de la economía se tradujo en una fuerte contracción del PBI, la cual se situó en -11% del PBI en 2020, es decir, casi 3 veces más que el promedio mundial (-3.1%), además de situarse por encima del promedio de la región (-6.8%), superando solo a Venezuela y Panamá cuyas economías se contrajeron en -30% y -17% respectivamente (CEPAL, 2022). Históricamente, la caída de la economía peruana fue una de las peores desde 1989 (-12.3% del PBI) (Parodi, 2022).

Fue durante el segundo y tercer trimestre de 2020, en donde el país experimentó la peor crisis económica desde la guerra con Chile, como consecuencia de la caída del PBI en 29.9% y 8.8% respectivamente; el empleo a nivel nacional se contrajo en 35% y 16%, y el índice de pobreza monetaria pasó de 19% en el último trimestre de 2019 a 37% en el segundo trimestre de 2020, la cifra más alta de los últimos 11 años (Mendoza, 2021). Asimismo, durante el segundo trimestre se registró un mayor desplome en la inversión, el consumo y las exportaciones, registrándose

9 A través del Decreto Supremo 044-2020-PCM se estableció declara el inicio del aislamiento social obligatorio (cuarentena) desde el 16 de marzo del 2020, inicialmente por 15 días, el cual se fue extendiendo de forma consecutiva hasta el 30 de junio del 2020. Durante ese período, quedaron suspendidas, de manera total o parcial, la mayoría de las actividades consideradas no esenciales.

una mejoría en el III y IV trimestre del 2020 como consecuencia de la reapertura de la economía, la misma que se dio a través de cuatro fases¹⁰.

En términos de sectores productivos, la pandemia afectó negativamente a todos, a excepción del sector agropecuario, ya que al ser una actividad esencial se mantuvo abierta, en contraste con el sector comercio, construcción, y servicios que sufrieron caídas de 16%, 13.3% y 10.4%, respectivamente (BCRP, 2023).

Tabla 10. Producto Bruto Interno por tipo de gasto, trimestral y anual, 2019-2022 (variación porcentual)

	2019				2020				2021				2022			
	AÑO	I	II	III	IV	AÑO	I	II	III	IV	AÑO	I	II	III	IV	AÑO
I. Demanda interna	2.3	-2.8	-27.0	-9.9	0.5	-9.9	6.2	40.8	14.6	3.7	14.7	2.2	1.8	2.8	2.5	2.3
a. Consumo privado	3.0	-2.8	-23.0	-10.2	-2.7	-9.9	3.9	31.5	12.7	4.7	12.4	4.8	4.6	2.9	2.3	3.6
b. Consumo público	2.1	7.0	-8.4	5.5	21.8	7.8	9.5	30.5	15.0	-2.7	10.6	10.5	-3.0	-6.2	-10.3	-3.4
c. Inversión bruta interna	0.6	-7.1	-47.7	-16.3	-3.7	-18.8	11.9	90.6	20.3	5.7	24.9	-9.7	-3.9	7.6	12.3	1.9
Inversión bruta fija	2.9	-10.7	-59.5	-10.5	12.2	-16.2	36.1	174.1	25.3	-2.6	35.0	-1.4	0.8	1.3	2.4	0.9
i. Privada	4.0	-14.4	-57.0	-7.5	11.3	-16.5	38.7	163.0	22.5	2.5	37.4	0.7	0.8	-0.8	-2.5	-0.5
ii. Pública	-1.4	15.7	-70.4	-24.0	15.0	-15.1	22.3	244.0	40.4	-16.9	24.9	-13.9	0.5	11.6	19.7	7.1
II. Exportaciones	0.8	-10.4	-41.8	-16.3	-11.1	-19.6	-0.7	51.1	12.5	5.8	13.7	9.7	8.9	3.5	0.8	5.4
III. Importaciones	1.2	-6.5	-30.6	-21.1	-5.1	-15.8	5.7	45.1	24.6	6.3	18.4	2.5	2.0	7.1	4.2	4.0
IV. PBI	2.2	-3.9	-29.9	-8.8	-1.3	-11.0	4.6	42.0	12.0	3.6	13.6	3.9	3.4	2.0	1.7	2.7

Fuente: BCRP (2023; 2020)

Elaboración: Propia.

10 La primera fase de reapertura se inició del 3 de mayo al 4 de junio; la segunda, entre el 5 y el 30 de junio; la tercera, del 30 de junio al 29 de septiembre; y la cuarta, del 1 de octubre al 12 de enero del 2021.

Tabla 11. Producto Bruto Interno por sectores productivos, 2019-2022.
(Año base 2007, variación porcentual)

Sectores	2019					2020					2021					2022				
	AÑO	I	II	III	IV	AÑO	I	II	III	IV	AÑO	I	II	III	IV	AÑO				
Agropecuario	3.4	4.0	1.8	-1.9	0.2	1.0	0.7	1.3	11.2	6.4	4.6	5.0	5.7	3.8	2.4	4.3				
Pesca	-25.9	-16.5	-14.4	14.9	38.6	4.2	51.6	26.1	-28.7	-3.1	9.9	-26.8	-10.1	14.2	-18.4	-13.7				
Minería e hidrocarburos	0	-5.7	-34.3	-10.2	-3.9	-13.4	0.0	39.0	6.6	-3.1	8.1	1.2	-1.2	-4.2	5.4	0.3				
Manufactura	-1.7	-9.3	-36.2	-6.9	2.0	-12.5	16.2	61.6	9.3	2.7	18.6	1.7	3.5	1.1	-2.3	1.0				
Electricidad y agua	3.9	-1.9	-19.4	-3.1	-0.2	-6.1	2.8	25.3	6.3	3.0	8.5	3.4	2.6	4.3	5.2	3.9				
Construcción	1.5	-12.3	-66.3	-4.4	20.1	-13.3	42.5	232.5	23.9	-5.1	34.9	-0.4	3.4	3.6	4.7	3.0				
Comercio	3.0	-7.1	-46.8	-8.1	-2.6	-16.0	1.4	85.9	10.1	3.9	17.8	5.9	2.6	2.4	2.5	3.3				
Servicios	3.8	-1.5	-24.9	-10.7	-4.7	-10.4	0.6	31.2	13.5	6.7	11.9	5.4	4.4	2.9	1.2	3.4				
PBI	2.2	-3.9	-29.9	-8.8	-1.3	-11.0	4.6	42.0	12.0	3.6	13.6	3.9	3.4	2.0	1.7	2.7				

Fuente: BCRP (2023; 2020)

Elaboración: Propia

De otro lado, el impacto de la COVID-19 sobre el mercado laboral fue significativo, ya que la población económicamente activa (PEA) en 2020 disminuyó en 9.7%, al pasar de 17,830,500 personas a 16,095,000 personas, siendo el área urbana del país la que registró una mayor disminución mayor de su PEA (-12.2%). En el caso de la Población Económicamente Inactiva (PEI) ascendió a 8,786,600, es decir 2,105,600 más que en 2019. Del mismo modo la población ocupada a nivel nacional entre 2019 y 2020 disminuyó en un 13%, es decir que 2,231,300 personas perdieron su empleo en 2020, de los cuales 1,295,000 eran mujeres y 936,400 hombres. Del total de personas que se quedaron desempleadas 2,188,500 se ubicaban en zonas urbanas, y 42,800 en zonas rurales (INEI, 2023). Cabe precisar que la mayor pérdida de empleo se produjo durante los primeros meses del confinamiento, perdiéndose 2.7 millones de puestos de trabajo entre abril y mayo del 2020, sin embargo, a partir de julio del 2020 con la reapertura de actividades económicas los niveles de empleo comenzaron a recuperarse progresivamente, pero en base a empleos de menor calidad, ya que la población con empleo adecuado se redujo en 46.9% (Vega, 2020).

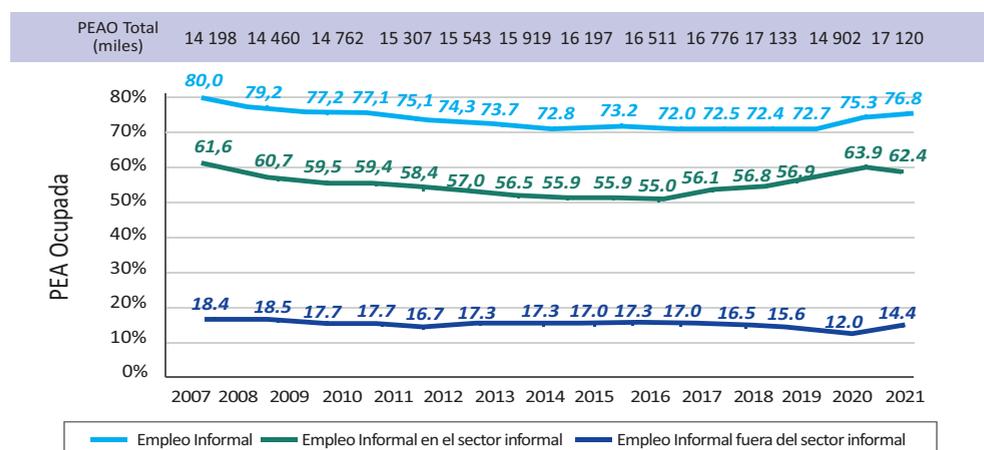
De acuerdo con el tamaño de las empresas¹¹, fueron las empresas más pequeñas las que se vieron más afectadas, observándose una mayor disminución en el empleo en aquellas

¹¹ De acuerdo con el INEI (2021a) el 75.3% de los trabajadores del país laboran en pequeñas empresas de 1 a 10 trabajadores, el 6.1% en empresas de 11 a 50 trabajadores y el 18.6% en empresas de 51 y más trabajadores.

empresas que tenían entre 1 y 10 trabajadores en donde 1,206,000 personas se quedaron desempleadas, seguido de las empresas de 51 y más trabajadores, y de 11 a 50 trabajadores en donde 711,100 y 317,500 personas se quedaron sin empleo respectivamente (INEI, 2021b). En cuanto a la población ocupada en los sectores económicos, esta disminuyó en casi todos los sectores, siendo el sector servicios el que presentó una de las mayores contracciones, generando una pérdida equivalente a 1,798,500 empleos, seguido del sector comercio y el sector construcción que perdieron 633,400 y 117,500 empleos, respectivamente. Solo el sector agricultura presentó un incremento de 16% (649,800 personas) durante el 2020 (INEI, 2021b).

Otro efecto de la pandemia fue el incremento de la informalidad, y es así como tres de cada cuatro peruanos de la Población Económicamente Activa Ocupada se desempeñaban en un empleo informal, es decir que la informalidad laboral pasó de 72.7% a 75.3% entre el 2019 y 2020 (INEI, 2022a). Se observó que en las empresas de menor tamaño se encontraba la mayor proporción del empleo informal: el 85% de la población ocupada con empleo informal lo hace en empresas de 5 o menos personas ocupadas (INEI, 2021c). En ese sentido, el “sector informal desempeña un papel importante en la generación de ingresos de las familias (...), pues en tiempos en que se carece de oportunidades para acceder a puestos de trabajo formales el autoempleo informal se constituye en una alternativa” (INEI, 2021c, pág. 27). En el 2020, la producción del sector informal representó el 17.7% del PBI.

Gráfico 25. Evolución del Empleo Informal, 2007-2021.



Fuente: Extraído de INEI (2022a) Producción y Empleo Informal en el Perú, Cuenta Satélite de la Economía Informal 2007-2021

Asimismo, la crisis económica generada a partir de la pandemia originó variaciones en el gasto e ingreso de todos los peruanos. De acuerdo con los datos del INEI (2022b), el gasto real promedio per cápita mensual pasó de 843 soles en 2019 a 709 soles en 2020, lo cual implicó una disminución de 15.9%. Cabe precisar que la caída del gasto estuvo presente en todos los niveles de ingreso con variaciones superiores al 14%. Asimismo, se observó una reestructuración en el gasto promedio familiar, donde el rubro de alimentos consumidos dentro del hogar que representó el 31.1% del total del gasto, tuvo un incremento de 1.8%; en contraste, los rubros restaurantes y hoteles (-7.2%); prendas de vestir y calzado (-40%); educación (-37.1%); recreación y cultura (-26.1%) presentaron una mayor disminución.

Al mismo tiempo, durante el 2020 el ingreso real promedio per cápita mensual fue de 876 soles, lo que representó una contracción de 20.7% respecto al año 2019 (1,105 soles), lo cual implicó un retroceso en el poder adquisitivo de la fuerza laboral. Al evaluar el ingreso per cápita por deciles, este disminuyó en todos los deciles, sin embargo, se observa mayores diferencias en los deciles más pobres (Decil I -32.6%; Decil II -29.7%). Por área de residencia, fueron los residentes del área urbana quienes registraron una mayor contracción de su ingreso real promedio per cápita (-22.5%) frente al área rural (-8.9%). En esa misma línea, la región que sufrió una mayor disminución en el ingreso fue la costa (-23.4%) y la sierra (-13%) (INEI, 2022b).

Teniendo en cuenta los indicadores descritos en los párrafos precedentes, es importante resaltar que la pandemia de la COVID-19 generó aumentos significativos en los niveles de pobreza, ampliándose aún más las brechas de desigualdades. En 2020, el número de pobres en el país se incrementó en 3 millones 330 mil personas, lo que implicó que la población del país en situación de pobreza pasara de 20.2% a 30.1% equivalente en cifras absolutas a 9,820,000 personas (INEI, 2021d), generando un retroceso de 10 años, pues la última vez en la que el país registró un ratio similar fue el 2010, año donde el 30.8% de la población se encontraba en situación de pobreza.

El incremento de la pobreza se dio en mayor proporción en las áreas urbanas, donde la proporción de la población que pasó a ser pobre se incrementó de 14.6% a 26.0% y, en zonas rurales dicho porcentaje pasó de 40.8% al 45.7%. Si bien la incidencia de pobreza en la población rural es tres veces mayor que la de los habitantes urbanos, el número de pobres urbanos supera al de los pobres rurales y esta se concentra en las zonas periféricas, que se caracterizan por no contar con servicios básicos de agua y contar con viviendas pequeñas en donde se hacían los miembros de un hogar. La crisis sanitaria a causa de la COVID-19 ha puesto en evidencia la necesidad de cambiar la política social en el país ya que esta se ha centrado en la población rural (Cozzubo, Herrera, & Razafindrakoto, 2021). Asimismo, la pobreza extrema a nivel nacional se incrementó de 2.9% a 5.1% entre el 2019 y el 2020 (INEI, 2021d).

Tal como se ha señalado, la contracción de la economía peruana como consecuencia de la crisis sanitaria generó una masiva pérdida de empleos, el aumento significativo de los niveles de informalidad y el aumento de la pobreza y de la desigualdad. Ello conllevó que la economía peruana retrocediera a niveles a los que habíamos llegado hace aproximadamente una década (Vega, 2020).

A tres años de haberse dado el inicio a la pandemia y la cuarentena en el país, muchos de los indicadores descritos anteriormente han presentado mejoras, lo cual ha implicado que la recuperación de la economía peruana sea considerada como una de las más rápidas y fuertes en América Latina (Mendoza, 2021), logrando alcanzar un crecimiento de 13% y 2.7% del PBI en 2021 y 2022, respectivamente; no obstante, aún no se ha logrado alcanzar los valores prepandémicos en el caso del ingreso y gasto promedio, peor aún el nivel de informalidad se continúa profundizando, así como las brechas de desigualdad.

De acuerdo con Ganoza (2020), las principales debilidades económicas estructurales que presenta el país, y que nos hicieron más vulnerables a la pandemia fueron. En primer lugar, una composición deficiente del aparato productivo, con un sector no-transable¹² demasiado grande y muy ineficiente, poblado principalmente por pequeñas empresas y actividad informal. Estos sectores, como es el caso del sector comercio y servicios, tienen un fuerte peso dentro del PBI (alrededor del 61% en los últimos 5 años) siendo estos sectores los que se vieron más golpeados con las medidas de distanciamiento social. La segunda debilidad, es la baja capacidad recaudatoria del Estado peruano y su eficiencia (Ganoza, 2020), la cual se ha caracterizado porque en los últimos años se ha ubicado por debajo del promedio de la región, además de estar compuesta principalmente por impuestos indirectos, que son más regresivos y profundizan aún más la pobreza y contribuyen a una menor redistribución de la riqueza. En ese sentido, resulta necesario atender los problemas estructurales que venimos arrastrando en las últimas décadas y que implican que el país sea más vulnerable ante este tipo de contextos.

2.2 El sistema fiscal peruano y la política tributaria

Previo a la pandemia, el Perú era considerado como uno de los países de la región con un desempeño macroeconómico sobresaliente. De acuerdo con Mendoza (2021) “Durante el periodo 1991-2019, el Perú creció, en promedio, a un 4.6 %

12 *El sector no-transable es aquel cuyas actividades solo pueden ser realizadas domésticamente, o en que el productor y consumidor deben estar en la misma geografía. Por ejemplo, las actividades comerciales y de servicios pertenecen al sector no transable. En 2019, los sectores de comercio y servicios representaron 61 % del PBI peruano y 77.6 % del empleo total en Lima Metropolitana (Ganoza, 2020, pág 6).*

anual, bastante por encima del promedio de la región que fue de 3 %. En este mismo periodo, la inflación ha sido una de las más bajas: 3.7 % anual, en promedio; sustantivamente por debajo del 5.8 % de la región (...) resultados que fueron alcanzados como consecuencia de las políticas monetarias y fiscales implementadas. Sin embargo, lograr este desempeño en las finanzas públicas con una capacidad recaudatoria tan baja, ha implicado que se invierta poco en la generación de capacidades del Estado (Ganoza, 2020).

La crisis sanitaria por la COVID-19 ha puesto una mayor presión en la necesidad de corregir y hacer frente a nuestras deficiencias estructurales, además de ampliar la recaudación tributaria a fin de contar con los recursos que permitan financiar y mantener el gasto público que permita atender a la población y garantizar una adecuada prestación de servicios públicos, particularmente acceso a una salud universal, gratuita y de calidad.

2.2.1 Ingresos tributarios

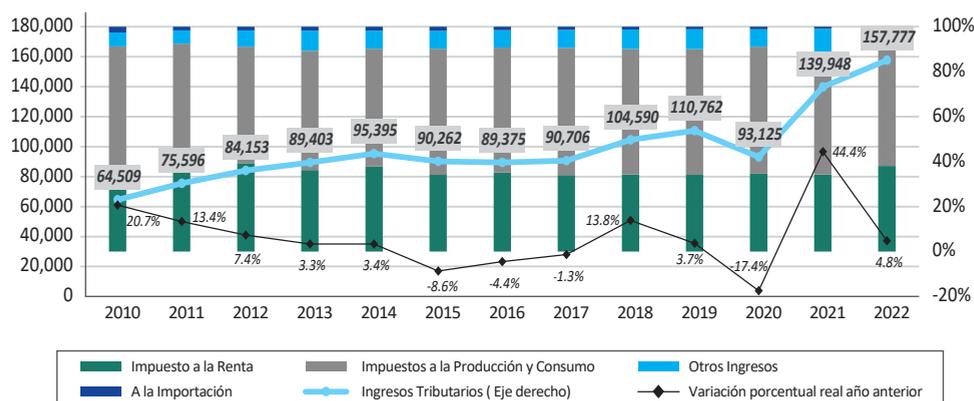
Entre el 2010 y 2019, los ingresos tributarios en el Perú en promedio fueron 89,475.1 millones de soles al año y tuvieron una variación porcentual real promedio anual de 5.1%. Durante este periodo, la presión tributaria presentó una tendencia creciente, pasando de 15.3% del PBI en 2010 a 16.5% del PBI en 2014, para luego presentar una tendencia decreciente entre el 2015-2017 y recuperarse parcialmente hasta llegar a 14.4% del PBI en 2019.

A raíz de la pandemia y la paralización de actividades económicas, los ingresos tributarios disminuyeron en 17,637 millones pasando de 110,762 millones en 2019 a 93,124 millones de soles en 2020, siendo el segundo trimestre del 2020 en donde se registró una mayor contracción de los ingresos (-39.6% en términos reales), como consecuencia de la menor recaudación del Impuesto General de las Ventas (IGV) (-36.9% en términos reales) e Impuesto a la Renta (IR) (-21.8% en términos reales). Sin embargo, tanto en el tercer como en el cuarto trimestre se registró una caída moderada de -18% y -5.6% en términos reales, que obedeció a la reapertura progresiva de las actividades económicas (MEF, 2021). Como consecuencia de ello, la presión tributaria disminuyó en 1.5 puntos porcentuales alcanzando 12.9% del PBI, siendo la tasa más baja registrada desde 2002 donde la presión tributaria fue de 12.7 % del PBI.

Sin embargo, en 2021 a medida que disiparon los factores que rezagaron la recaudación a lo largo de 2020, los ingresos tributarios comenzaron a presentar una tendencia positiva ascendiendo a 139,947.9 millones de soles, lo cual implicó un aumento de 44.4% en términos reales respecto al 2020, resultado que se sustentó en la recuperación sostenida de la actividad económica, las mejores condiciones

internacionales (mayores cotizaciones de materias primas, exportaciones e importaciones), además de los ingresos extraordinarios por un valor de 4,655 millones de soles por la recuperación de deudas tributarias de importantes empresas mineras (MEF, 2022a). En el caso del 2022 se registró un incremento de 4.8% en términos reales con respecto al 2021.

Gráfico 26. Ingresos Tributarios del Gobierno Central, 2010-2022. En millones de soles

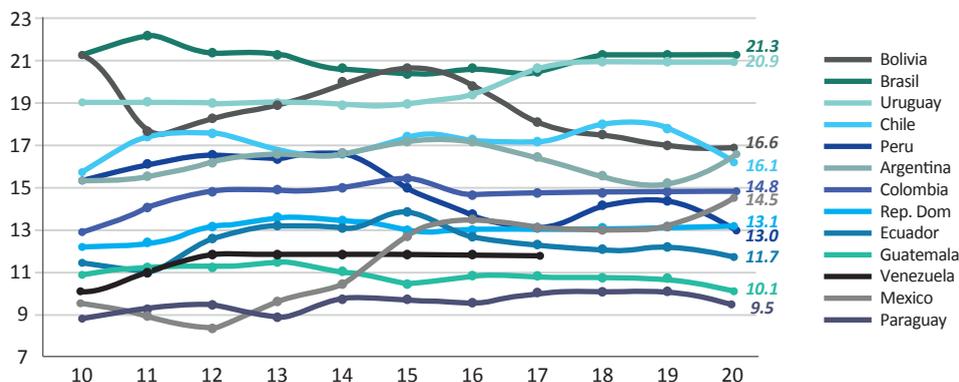


Fuente: SUNAT

Elaboración: propia.

Con respecto a la región, se observa que los Ingresos tributarios de Perú en el 2020 (13% del PBI) fueron inferiores a muchos países, como, por ejemplo: Argentina, Brasil, Bolivia, Chile, entre otros (MEF, 2021), ubicándose por debajo del promedio de los países de América Latina y el Caribe (21.9% del PBI) además de encontrarse rezagado respecto al promedio de los países de la OCDE (33.5% del PBI) (OCDE, 2022).

Gráfico 27. Evolución de los Ingresos Tributarios del Gobierno Central, 2010-2020 (% PBI)



Fuente: Extraído de MEF (2021) Análisis del rendimiento de los tributos 2020

2.2.2 Estructura del sistema tributario

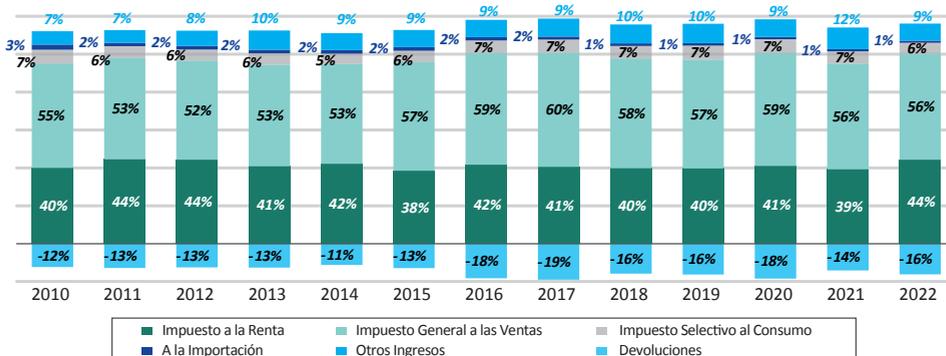
En relación con el peso de los principales componentes de la estructura tributaria, existe una predominancia de los impuestos indirectos (que en el caso del Perú vendrían a ser impuesto general de las ventas y el impuesto selectivo al consumo), por tanto, nuestra estructura tributaria es altamente regresiva. Esta situación es considerada como desventajosa por el Ministerio de Economía, ya que “este tipo de tributos contribuye a la inequidad vertical del sistema debido a que no diferencian ingresos ni capacidad contributiva de los sujetos del impuesto, por lo que debería revertirse gradualmente” (MEF, 2021, pág. 27).

Entre el 2010 y 2022, el IGV e IR han sido las principales fuentes de los ingresos tributarios con una participación del 56% y 41% en promedio, respectivamente, seguido del Impuesto Selectivo al Consumo (ISC) que representó el 6% del total recaudado y el rubro “Otros ingresos” con el 9%, mientras que las Devoluciones tuvieron una participaron de -14%.

Si analizamos la evolución de la participación del IGV, este ha presentado una tendencia positiva al pasar de 52% a 59% entre 2012 y 2020, en contraste con el IR que ha perdido ligeramente peso dentro de la recaudación, observándose que durante el periodo 2010-2015 el impuesto a la renta explicaba 42% de la recaudación, disminuyendo a 41% para el periodo 2016-2022. De acuerdo con Ávila (2023), “El menor peso de los ingresos por IR se explica por la reducción del componente de impuesto a las empresas, donde las empresas mineras presentaron

menores utilidades y por ende menor pago de impuestos, además de la reducción de la tasa efectiva.” (Ávila, 2023, pág. 11).

Gráfico 28. Estructura de los ingresos tributarios según tipo de impuesto, 2010-2022 (Participación %)



Fuente: SUNAT / Elaboración: propia.

En términos del PBI, los impuestos indirectos durante los últimos 13 años han sido en promedio 9.4% del PBI, y dentro de estos el IGV alcanza el 8.4% del PBI y el ISC 1% del PBI, mientras que los impuestos directos son equivalentes al 6.3% del PBI para el mismo periodo, es decir, que los impuestos indirectos son 1.5 veces más que los directos.

Respecto a los impuestos indirectos, y en particular al IGV, este tuvo una tendencia positiva, aunque con algunos altibajos; sin embargo, en 2015 se reduce para posteriormente recuperarse parcialmente. Desde la perspectiva de Arias (2021), esto se debe al aumento de las devoluciones por exportaciones, así como el crecimiento de la tasa de incumplimiento en los últimos años. Por su parte, el ISC registró cierto estancamiento hasta el 2017, para recuperarse en 2018 y 2019, producto de las medidas tomadas en el 2018 por el Estado que incrementaban las tasas a licores, gaseosas, cigarrillos, gasolinas y vehículos.

En el caso de los impuestos directos, se observa que el Impuesto a la Renta de Personas Naturales presentó un crecimiento sostenido entre el 2010 y 2014, alcanzando el 1.9% del PBI, para luego caer en 2015 y posteriormente estancarse en 1.7% del PBI, lo que se debe a la modificación en la escala del impuesto a las rentas de trabajo, pasando de tres tramos a cinco en 2015, además de reducir la tasa marginal mínima del 15% al 8%. Asimismo, partir del año 2017, se permitió deducir tres UIT

adicionales por arrendamientos de vivienda, gastos médicos, gastos de servicios, alojamientos en hoteles y consumos de restaurantes y aportaciones a ESSALUD. En cuanto a la recaudación del impuesto a la renta empresarial¹³ (IRE), esta ha estado influenciada por el comportamiento de los precios de los *commodities*, además de los cambios en la tasa impositiva a la renta empresarial que en 2015 pasó de 30% a 28%, para posteriormente volverse a incrementar a 29.5% en 2017. Asimismo, se creó el régimen MYPE (Arias, 2021).

En el caso de recaudación de los impuestos a la propiedad, que es un impuesto poco aprovechado y comprende el impuesto predial, el impuesto de alcabala, el impuesto vehicular y el impuesto a las transacciones financieras, ha tenido una escasa participación dentro de los ingresos tributarios, pues hasta el 2010 se recaudaba por este concepto el 0.6% del PBI, y posteriormente disminuyó a 0.4% del PBI (Arias, 2021). De otro lado, las devoluciones han tenido un impacto significativo en la recaudación, puesto que en promedio representan el 15% del total de los ingresos tributarios, siendo aproximadamente el 2.2% del PBI.

Tabla 12. Ingresos Tributarios, 2010-2022 (% PBI)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Ingresos Tributarios	15.3	16.0	16.5	16.4	16.5	14.7	13.6	13.0	14.1	14.4	12.9	15.9	16.8
Impuesto a la Renta	6.1	7.1	7.3	6.7	7.0	5.7	5.7	5.3	5.6	5.7	5.3	6.3	7.5
Personas Naturales	1.5	1.7	1.8	1.9	1.9	1.7	1.7	1.6	1.7	1.8	1.7	1.8	1.8
Personas Jurídicas	3.9	4.6	4.6	4.2	4.4	3.4	3.4	2.9	3.1	3.1	2.9	3.4	4.0
Regularización	0.7	0.9	0.9	0.6	0.7	0.6	0.6	0.7	0.9	0.8	0.6	1.0	1.6
Impuesto a la Producción y Consumo	9.6	9.6	9.6	9.8	9.7	9.4	8.9	8.7	9.1	9.3	8.1	9.9	10.4
Impuesto General a las Ventas - IG	8.4	8.6	8.7	8.8	8.7	8.4	8.0	7.8	8.2	8.2	7.7	8.9	9.4
Impuesto Selectivo al Consumo - ISC	1.1	1.0	1.0	1.0	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9	1.1	1.0	1.0	1.0
Impuesto a las Importaciones	0.4	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2
Otros Ingresos Tributarios	1.1	1.1	1.4	1.7	1.5	1.3	1.3	1.3	1.4	1.5	1.2	1.8	1.5

Continúa.

13 Impuestos a la Rentas de Tercera Categoría

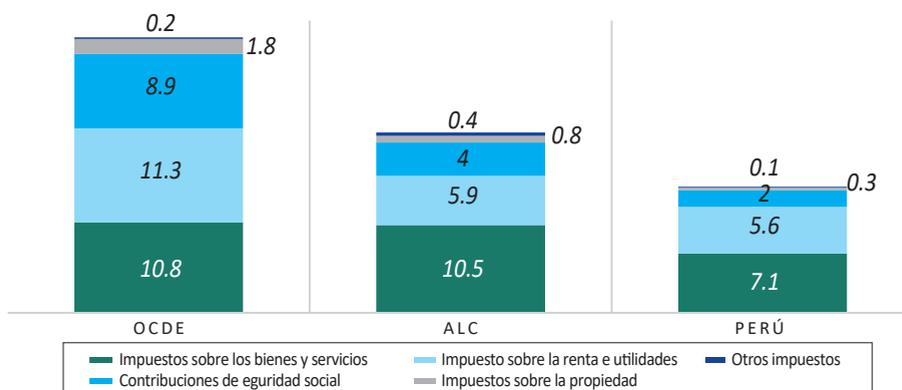
Tabla 12. Ingresos Tributarios, 2010-2022 (% PBI)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Devoluciones (% PBI)	-1.9	-2.1	-2.1	-2.1	-1.9	-1.9	-2.5	-2.5	-2.2	-2.3	-2.4	-2.3	-2.7

Fuente: Nota Semanal del BCRP

Elaboración: propia

Si comparamos el rendimiento de estos impuestos con el resto de los países de la región, así como los países desarrollados, específicamente con los países miembros de la OCDE, encontramos que el 2020, tanto los países de la región como el Perú, dependían en gran proporción de los ingresos procedentes de impuestos sobre bienes y servicios, los cuales fueron 10.5% y 7.1% del PBI, respectivamente, mientras que en OCDE representan el 6.7%. En cuanto a los impuestos sobre la renta y utilidades, el Perú (5.6% del PBI) recauda menos por este tipo de impuestos que el promedio de los países de la región (5.9% del PBI), y la brecha es aún mayor respecto al promedio de los países de la OCDE que alcanzan el 11.3% del PBI. En relación con el impuesto a la propiedad, el Perú recauda 2.6 veces menos que el promedio de los países de América Latina y 6 veces menos que el promedio de la OCDE. En el caso de las contribuciones sociales, la recaudación en Perú es la mitad del promedio de la región y menos de la cuarta parte del promedio de los países de la OCDE.¹⁴

Gráfico 29. Estructura tributaria promedio en las regiones de ALC, OCDE y Perú 2020¹⁴

Fuente: OCDE (2023)

Elaboración: Propia

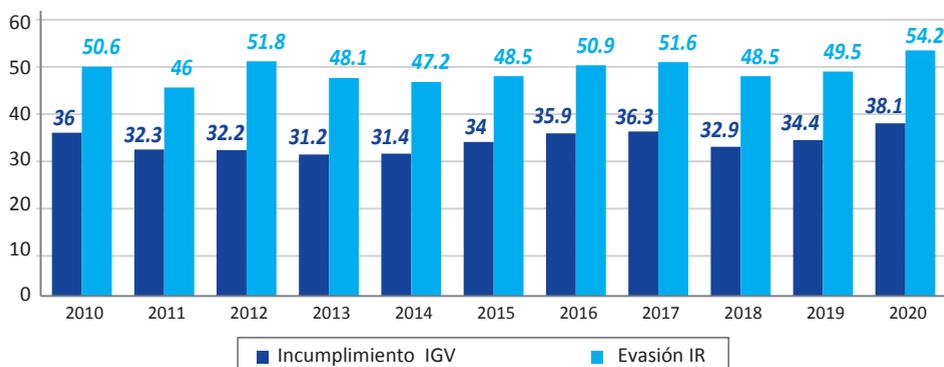
¹⁴ En el caso de la OCDE, los datos corresponden al 2019 al ser el dato más reciente.

Además de la alta informalidad existente en la economía peruana, nuestro sistema tributario presenta una serie de problemas estructurales que son responsables de nuestros bajos niveles de recaudación, entre los que se encuentran: i) elevados niveles de evasión y elusión tributaria; ii) una ineficiente política de incentivos tributarios.

En el caso de la evasión y elusión tributaria, el Perú presenta uno de los niveles más altos de incumplimiento del IGV e IR. En 2020,¹⁵ el incumplimiento del IGV como porcentaje de la recaudación potencia fue de 38.1% (25.4 mil millones de soles) y en el caso del IR este fue de 54.2% (33.2 mil millones de soles), y en contraste el promedio de incumplimiento tributario para los países de América Latina¹⁶ fue de 32.1% y 57.7%, respectivamente (MEF, 2022a).

Durante el periodo comprendido entre 2010 y 2020 el nivel de incumplimiento del IGV en promedio fue 34%, en tanto que el nivel de evasión del IR promedió el 50%. Cabe precisar que entre el 2014 y 2017 se presentó un incremento consecutivo del nivel de incumplimiento del IGV e IR, lo cual implicó que el Estado peruano deje de recaudar 7.2% del PBI en 2014 y 7.9% del PBI en 2017, monto que se incrementó a 8.1% en 2020 (MEF, 2022a) (MEF, 2022b).

Gráfico 30. Nivel de incumplimiento de IGV e IR



Fuente: Marco Macroeconómico Multianual 2017 - 2021. MEF.

15 En términos del PBI, el incumplimiento del IGV e IR fue de 4.6% y 3.5% del PBI, respectivamente

16 Se toma los datos de 2017, al ser el valor más reciente disponible.

De acuerdo con la SUNAT, existen 13 mecanismos o esquemas fiscales que han facilitado el incumplimiento tributario¹⁷, entre las que figuran la falsa facturación, mecanismo por el cual las empresas elevan sus costos y no registran utilidades, evadiendo el pago de impuestos (El Peruano, 2021b). Otro mecanismo usado por empresas mineras, es la venta de minerales a través de una sociedad sin sustancia económica y que está ubicada en un paraíso fiscal, trasladándose parte del beneficio generado por la venta del concentrado de mineral al paraíso fiscal, lo que implica que la compañía domiciliada en el Perú pague un menor Impuesto a la Renta en el país. Algunas estimaciones sostienen que las transacciones que involucran venta de minerales con paraísos fiscales ascienden a un promedio anual de 2 mil millones de dólares (El Peruano, 2022b).

De otro lado, el Estado peruano deja de percibir ingresos por el concepto de gastos tributarios, los cuales consisten en el otorgamiento de incentivos y beneficios tributarios que reducen o postergan la carga tributaria de un grupo particular de contribuyentes. Entre los principales gastos tributarios se encuentran: las exoneraciones del IGV a insumos y productos agrícolas, las de IGV por venta de productos en Amazonía, las de IGV por servicios educativos privados y las del impuesto a la renta por CTS (Arias, 2021). Estos incentivos y beneficios tributarios son empleados para alcanzar ciertos objetivos de política económica, tales como incentivar el ahorro, estimular el empleo, proteger la industria nacional, promover el desarrollo regional o sectorial o incentivar la inversión (SUNAT, 2021). Según las estimaciones de la SUNAT, en el año 2011 se dejaron de recaudar 8,966 millones de soles equivalentes al 1.9% del PBI, monto que se ha incrementado a 17,622 millones en 2022 (2.04% del PBI). De acuerdo con Arias (2021), “Si se eliminasen todos los gastos tributarios, el Estado podría aumentar su recaudación en el corto plazo en 11% y en un monto equivalente al 1.58% del PBI” (Pág.14).

Si bien nuestro sistema tributario presenta problemas estructurales que restringen nuestros niveles de recaudación, el país cuenta con espacio para incrementar su capacidad recaudadora y acercarse al promedio de la región, para lo cual es necesario que establezca medidas orientadas al combate de la evasión y elusión, así como desincentivar el uso de paraísos fiscales, corregir los problemas relacionados con el diseño de incentivos tributarios y hacer frente a la alta informalidad que socaba la base tributaria, además de impulsar políticas tributarias progresivas que permitan contar con los recursos necesarios para atender las diferentes necesidades de la población.

17 Ver el detalle en: https://orientacion.sunat.gob.pe/sites/default/files/inline-files/Esquemas%20Alto%20Riesgo%20v2%202022_1.pdf

2.2.3 Déficit fiscal y deuda pública

Previo a la pandemia, el Perú era considerado como un país con fortaleza en sus finanzas, además de contar con una de las posiciones fiscales más sólidas de América Latina, pues tanto el déficit fiscal como la deuda pública estaban entre los más bajos de la región y del mundo (Barreix & Corrales, 2019). Cabe precisar que esta solidez fiscal, no estuvo presente en las décadas previas. En 1990 la deuda pública alcanzó su máximo (90% del PIB), y ante este contexto, en agosto de dicho año se establece como medida la eliminación de la legislación que permitía al gobierno conseguir crédito del Banco Central de Reserva, considerando dicha medida como “la regla fiscal madre”, a través de la cual se buscaba tener unas finanzas públicas sanas que contribuyen a la estabilidad macroeconómica del país (Barreix & Corrales, 2019). Asimismo, en 1999 se crea el Fondo de Estabilización Fiscal, cuyos recursos solo pueden ser utilizados en situación de excepción previstas en las reglas macro fiscales.

Posteriormente, a través del Decreto Legislativo 1276 de 2016 se estableció el Marco de Responsabilidad y Transparencia Fiscal del Sector Público No Financiero, con el objeto de asegurar la sostenibilidad de las cuentas públicas, la predictibilidad del gasto público y el manejo transparente de las finanzas públicas, incorporándose una combinación de reglas fiscales sobre distintas variables. Además, se crea el Consejo Fiscal del Perú, fortaleciendo así la institucionalidad en dicho ámbito.

Tabla 13. Producto Bruto Interno por sectores productivos, 2019-2022.

Regla de gasto	Regla de balance	Regla de la deuda
La tasa de crecimiento real del gasto no financiero del gobierno general no debe ser mayor al límite superior del rango de $\pm 1\%$ del promedio de los últimos 20 años.	El déficit fiscal anual del Sector Público No Financiero no puede ser mayor al 1% del PIB.	La deuda bruta total del Sector Público No Financiero no debe ser mayor a 30% del PIB.

Fuente: Barreix & Corrales, (2019).

Elaboración: Propia

En 2019, previo a la pandemia de la COVID-19, el Perú registró un déficit fiscal de 12,531 millones de soles, equivalentes al 1.6% del PBI, ubicándose por debajo del promedio de América Latina que se situó en 3.1% del PBI, y en el caso de la deuda pública, está fue 26.8% del PBI, encontrándose en una mejor posición que el resto de los países de la región, cuya deuda pública fue equivalente al 45.2% del PBI (CEPAL, 2020b).

Sin embargo, en el 2020 como consecuencia de la crisis sanitaria, las finanzas públicas del país se vieron severamente golpeadas producto de la fuerte caída de los ingresos corrientes del gobierno como consecuencia de la depresión de la economía y la elevación del gasto público asociado al combate de la pandemia y la atención a la crisis sanitaria. Ello conllevó a que en abril del 2020 a través del Decreto Legislativo 1457, se apruebe la suspensión temporal y excepcional de las reglas fiscales para el Sector Público No Financiero (SPNF) para los años fiscales 2020 y 2021, con la finalidad de que el Estado pueda afrontar la atención de la emergencia sanitaria producida por la COVID-19 y minimizar su impacto negativo sobre la economía. Al mismo tiempo, se produjo un exceso de los gastos sobre ingresos del Gobierno, el cual ascendió a 52,278 millones, que sumado al pago de intereses terminó generando un déficit fiscal de 63,777 millones de soles, equivalente al 8.9% del PBI (superior al promedio de América Latina de -3.1% del PBI), lo cual implicó que el ratio de deuda pública respecto al PBI se incremente a 34.8%, ubicándose por encima del límite del 30% del PBI contemplado en la legislación peruana, sin embargo, se mantuvo por debajo del promedio de la región, el cual fue de 77% del PBI.

En cuanto a las fuentes de financiamiento del déficit registrado en el 2020, el MEF (2021) señala que “El déficit fiscal de 8,9% del PBI fue financiado en 5,2% del PBI por endeudamiento y 3,7% del PBI por uso de activos financieros. Si el país no disponía de activos financieros, el déficit fiscal hubiese sido financiado íntegramente con endeudamiento (con lo que la deuda pública hubiese ascendido a 38,5% del PBI en 2020) (Pág.7)”.

Tabla 14. Operaciones del sector público no financiero, 2019-2022
(En millones de soles)

	2019					2020					2021					2022						
	AÑO	I	II	III	IV	AÑO	I	II	III	IV	AÑO	I	II	III	IV	AÑO	I	II	III	IV	AÑO	
Ingresos corrientes del gobierno general	151,923	36,591	25,769	28,937	36,578	127,875	41,930	44,757	47,840	49,347	183,874	52,456	57,501	48,877	48,402	207,236						
a. Ingresos tributarios	113,769	27,778	19,731	21,215	26,799	95,523	32,809	35,230	36,393	38,714	143,147	41,213	45,350	37,450	37,283	161,295						
b. Ingresos no tributarios	38,154	8,813	6,039	7,721	9,779	32,352	9,120	9,528	11,446	10,633	40,727	11,243	12,151	11,427	11,120	45,941						
Gastos no financieros del gobierno general	154,530	32,600	33,317	42,367	69,099	177,384	39,571	42,770	47,957	64,010	194,307	39,084	46,446	51,496	68,987	206,013						

Continúa.

Otros	738	-1457	-1413	1,175	-1074	-2769	2249	365	-740	-523	1351	126	-3500	534	1017	-1823
Resultado Primario	-1,869	2,535	-8,961	-12,256	-33,596	-52,278	4,607	2,352	-857	-15,186	-9,083	13,497	7,556	-2,084	-19,568	-600
Intereses	10,662	4,559	1,137	4,639	1,164	11,499	4,944	1,437	5,236	1,583	13,200	5,560	1,498	5,710	1,959	14,727
Resultado Económico	-12,531	-2,024	-10,098	-16,895	-34,760	-63,777	-337	915	-6,093	-16,769	-22,283	7,937	6,058	-7,794	-21,527	-15,327
Déficit fiscal (% del PIB)	-1.6	-1.2	-7.2	-9.0	-16.1	-8.9	-0.2	0.4	-2.7	-7.0	-2.5	3.7	2.6	-3.3	-8.4	-1.6
Deuda pública (% del PIB)	26.6	26.1	30.1	31.8	34.6	34.6	36.2	33.8	34.5	35.9	35.9	33.4	33.8	34.4	34.0	34.0

Fuente: BCRP (2023; 2020)

Elaboración: Propia

En 2021, el Perú destacó como una de las economías de la región que obtuvo la mayor reducción del déficit fiscal al pasar de 8.9% del PBI en 2020 a 2.5% del PBI en 2021; y además se recuperaron activos financieros por 2.1% del PBI de la Reserva Secundaria de Liquidez y el Fondo de Estabilidad Fiscal, dado que el déficit se ubicó por debajo de lo proyectado. Ello implicó que mediante Decreto de Urgencia N° 079-2021, se fijaran reglas fiscales transicionales para 2022, estableciéndose que el déficit fiscal no sea mayor a 3.7% del PBI. Debido a que los ingresos del gobierno central continuaron creciendo como consecuencia de la recuperación de la economía y a los mayores precios de los metales, a través de la Ley N° 31541 se determinaron nuevas reglas fiscales, las cuales establecen que el déficit fiscal anual no debe ser mayor a 2.4; 2.0; 1.5; y 1.0 % del PBI, para el 2023, 2024, 2025 y 2026, respectivamente. De otro lado, se establece que, a partir del año fiscal 2023, la deuda bruta total del SPNF no excederá el 38% del PBI, y debe ser menor o igual a 30% PBI en un plazo no mayor diez años.

Para el ex ministro de economía Waldo Mendoza, la irrupción provocada por la COVID-19 obliga al país a iniciar una nueva etapa de consolidación de las finanzas públicas reduciendo para ello la deuda pública como porcentaje del PBI, resaltando que si bien se ha logrado una fortaleza fiscal a pesar de tener una presión tributaria baja, esta se ha dado al costo de mantener el gasto público como porcentaje del PBI también en uno de los niveles más bajos de la región, siendo esta una combinación que no es sostenible, recomendando que la consolidación de las finanzas públicas con un déficit fiscal y la deuda pública bajos, vayan de la mano de una tendencia creciente de la presión tributaria y del gasto público (Mendoza & Anastasio, 2021).

Estos aspectos deben de ser una prioridad en el fortalecimiento de las finanzas públicas pues algunas investigaciones como la de Mencías (2022) sostienen que

si bien la aplicación de reglas fiscales en el Perú permitió la reducción acelerada del déficit y el control en su nivel de endeudamiento en los últimos años, existen indicios de un efecto negativo de dicha reducción en los niveles del Índice de Desarrollo Humano (IDH) en Perú cuando ocurren con una disminución del gasto en salud y educación.

Por su parte, Ardanza et al (2021) en su estudio empírico encontraron que *“las consolidaciones fiscales son, en promedio, contractivas, el tamaño de la caída del producto depende del comportamiento de la inversión pública en relación con el consumo público durante el ajuste fiscal cuando se penaliza la inversión pública en relación con el consumo público, es decir, disminuye su contribución en el gasto, una consolidación del 1% del PIB reduce el producto en un 0,7% en el plazo de los tres años que siguen a ese shock fiscal. Al contrario, salvaguardar la inversión pública de los recortes del gasto público en relación con el consumo público puede neutralizar los efectos contractivos de los ajustes fiscales en el corto plazo, e incluso puede estimular el crecimiento a mediano plazo”* (Ardanaz et al, 2021, pág. 03). Asimismo, los autores sostienen que *“... la protección de la inversión pública no es automática. Por ende, los países deben contemplar el fortalecimiento de mecanismos institucionales para proteger la inversión pública ante los recortes presupuestarios, incluyendo la adopción de reglas fiscales con énfasis en la temática de composición del gasto público, y la implementación de marcos fiscales a mediano plazo para asegurar niveles de gasto de capital predecibles a lo largo del tiempo”* (Ardanaz et al, 2021, pág. 22).

Por tanto, resulta fundamental que el Gobierno considere en el diseño de su plan de consolidación fiscal y de restauración de la deuda elementos que permitan construir marcos fiscales más resilientes, que contribuyan a estabilizar los ciclos económicos futuros y soportar los efectos de los choques y sus efectos socioeconómicos.

En ese sentido, la CEPAL (2022b) ha propuesto un marco de referencia para la reformulación de las reglas fiscales que tenga como objetivos: i) mejorar el diseño e implementación de las reglas fiscales, delimitando y balanceando los objetivos de estas, además de definir con precisión el agregado fiscal a ser regulado; priorizar la simplicidad, claridad y transparencia, y especificar las cláusulas de escape y senderos de retorno. ii) considerar su articulación con algunos rasgos de los marcos fiscales preexistentes en cada caso particular, para lo cual será necesario considerar la existencia de diversas rigideces fiscales; velar por la consistencia entre las reglas y los fondos soberanos; además de articular las reglas fiscales con la programación de mediano plazo; y fortalecer el papel de los Consejos Fiscales Independientes. iii) complementar y apuntalar los propios procesos de reforma en el nuevo contexto doméstico e internacional, mediante el cuidado de la transición y afianzamiento de

las reglas a partir del consenso político; complementar con reformas para fortalecer los ingresos fiscales; proteger el gasto social y la inversión pública en la consolidación fiscal; y retomar y compatibilizar con los lineamientos de la Agenda 2030.

2.3 Distribución de recursos y reordenamiento presupuestal durante la pandemia

Desde la llegada de la pandemia, la atención de la emergencia sanitaria e implementación de las medidas de protección social y reactivación económica ameritaron desde el gobierno la modificación del presupuesto público y la adaptación del aparato estatal a las nuevas necesidades, lo cual se hizo mediante la emisión de una serie de dispositivos legales que tuvieron por finalidad destinar o reorientar recursos a los distintos sectores de ejecución de gasto, entre ellos principalmente el sector Salud, el cual a través de decretos de distinta naturaleza vio modificado su presupuesto en relación a lo establecido previo al año 2020.

Según el portal del MEF sobre la ejecución presupuestal, específicamente el “Tablero de Control de Seguimiento del Presupuesto COVID-19”, señala que entre los años 2020 y 2022 se emitieron dispositivos legales que involucraron un monto total de 79 mil millones de soles en todos los sectores (MEF, 2022c). De un total de 492 decretos emitidos, 239 fueron Decretos de Urgencia y 253 fueron Decretos Supremos, los cuales involucraban la cantidad de S/ 72.8 mil millones, es decir, el 92% del total comprometido. Mientras, el resto de recursos (6.3 mil millones de soles) estuvieron relacionados a normas que reorientaron el presupuesto en esos años.

Debido a la naturaleza de la emergencia, es de esperar que el sector de la Salud haya sido el más recurrente en cuanto a la necesidad de asignación de recursos del fisco, pero también se vieron involucrados sectores como el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social o el Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, debido a la puesta en marcha de los programas de atención a poblaciones vulnerables, tales como el otorgamiento de un subsidio monetario o el subsidio a la planilla de trabajadores de empresas. Muchas de estas necesidades fueron atendidas con recursos de la Reserva de Contingencia que se establece cada año en el Presupuesto Público, pero también se tuvo que recurrir al endeudamiento público para cubrir las brechas que se originaron debido a la caída de los ingresos públicos.

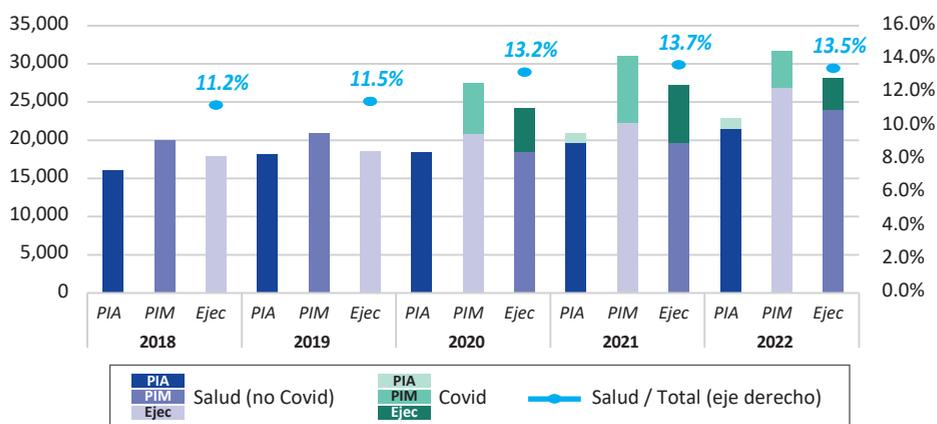
2.3.1 Presupuesto COVID-19 destinado al sector salud

En los años previos a la pandemia, el gasto ejecutado de la función Salud bordeaba los 18 mil millones de soles, un monto que representaba aproximadamente el 11% del total del gasto público y que se mantenía dentro de los márgenes de la

dinámica inercial en las fases de formulación y ejecución del presupuesto público. Con la llegada de la pandemia y las medidas que se tomaron alrededor de ella en los diversos sectores, el panorama presupuestal sufrió algunos cambios en el 2020 y el sector Salud fue uno de los que tuvo mayores efectos, tanto en los montos como en el tipo de gasto que demandaban las medidas mencionadas, con lo que el gasto ejecutado crecería hasta alcanzar un nivel del 13.5% en promedio sobre el total de lo gastado en los años siguientes.

Así, tenemos que, en el transcurso del año 2020, con la llegada de la pandemia, el presupuesto en la función Salud se modificó hasta alcanzar la suma de S/ 27,517 millones (12.7% del total), con una ejecución de 24 mil millones, de los cuales 5,682 millones se destinaron a gastos relacionados al COVID-19, es decir, casi una tercera parte adicional a los gastos por fuera de la COVID-19. En los años siguientes se dio un comportamiento variable en el presupuesto, siendo que en el 2021 se ejecutaron casi 7,500 millones en gastos COVID-19, lo que significó un 38% adicional sobre los gastos no COVID-19 ejecutados en ese año, mientras en el año 2022 solo fueron poco más de 4 mil millones ejecutados (17% adicional a los gastos no COVID-19)¹⁸.

Gráfico 31. Presupuesto de gasto en salud (inicial, modificado y ejecutado), 2018-2022 (millones de soles)



Fuente: MEF

Elaboración: propia

Gran parte de los gastos relacionados al COVID-19 se han destinado, según los reportes oficiales¹⁹, a la construcción, remodelación y equipamiento de los centros de atención médica, lo que incluye la adquisición de activos, tales como plantas de oxígeno, ambulancias, camillas, etc.; así como el pago de personal y la compra de productos farmacéuticos, materiales e insumos, instrumental y accesorios médicos. De esa manera, en las plataformas de control de seguimiento presupuestal del MEF se incorpora desde el año 2020 el rubro de gasto Prevención, control, diagnóstico y tratamiento de coronavirus, el cual incluye todos los gastos relacionados a bienes y servicios, pago de personal, adquisición de activos y donaciones y transferencias.

Respecto de los montos de gastos realizados en los distintos años que se están analizando, podemos ver que en el año 2020 los rubros de mayor importancia son Atención de pacientes, Personal de Salud y Operación de IPRESS, tal como se puede observar en el cuadro de detalle a continuación²⁰. En ese mismo año se incluye un monto de 428 millones de soles relacionados a pagos por Garantías de vacunas, lo que supone el adelanto por la compra a los laboratorios con los que se estaba negociando, sin embargo, como se sabe, ese año no se realizó la adquisición de estos bienes. Para los años 2021 y 2022 la situación cambia y los mayores montos del presupuesto van al rubro de Adquisición de vacunas, con casi 4 mil millones de soles en el primero de estos años y 2.3 mil millones para el segundo, representando el 45% y el 43% del total presupuestado, respectivamente. El otro rubro importante de gasto en esos años lo constituye el pago de Personal de salud, lo que incluye la cobertura del seguro de vida, con montos de 3.1 mil millones para el 2021 y 2.1 mil millones para el 2022.

Tabla 15. Salud: ejecución del presupuesto COVID-19 a nivel nacional 2020-2022 (en millones de soles)

Rubro	2020	2021	2022
Atención de pacientes	1,502	931	664
Personal de Salud (CAS COVID-19)	1,327	0	0
Personal de Salud (CAS COVID-19 y seguro de Vida)	0	3,121	2,092
Operación de IPRESS (mantenimiento, alquileres, servicios)	1,163	602	766
Bonificación extraordinaria COVID-19	786	382	0
Adquisición de activos no financieros (monitores, ventiladores, ambulancias)	664	766	437
Garantías de las Vacunas (Vacunas, otros gastos relacionados)	428	0	0

Continúa.

¹⁹ Tablero de Control de Seguimiento del Presupuesto COVID-19.

²⁰ Los datos del cuadro son tomados de las presentaciones realizadas por los ministros de la cartera de Salud durante la sustentación del presupuesto del sector para el siguiente año.

Adquisición de Vacunas	0	3,984	2,307
Operatividad CAAT (Centros de Atención y Aislamiento Temporal)	549	344	0
Servicios Complementarios (primer, segundo y tercer nivel de atención)	141	911	294
Equipamiento de plantas de oxígeno	96	0	0
Equipamiento y mantenimiento	0	326	0
Aseguramiento Universal en Salud	0	250	0
Presupuesto Asignado	6,656	11,617	6,560
Presupuesto Ejecutado	5,684	8,950	5,376
Porcentaje de ejecución	85.4%	77.0%	82.0%
Gasto Vacunas	7.5%	44.5%	42.9%

Fuente: Congreso de la Republica – sustentación de los ministerios ante la Comisión de Presupuesto / Elaboración propia

Niveles de gobierno

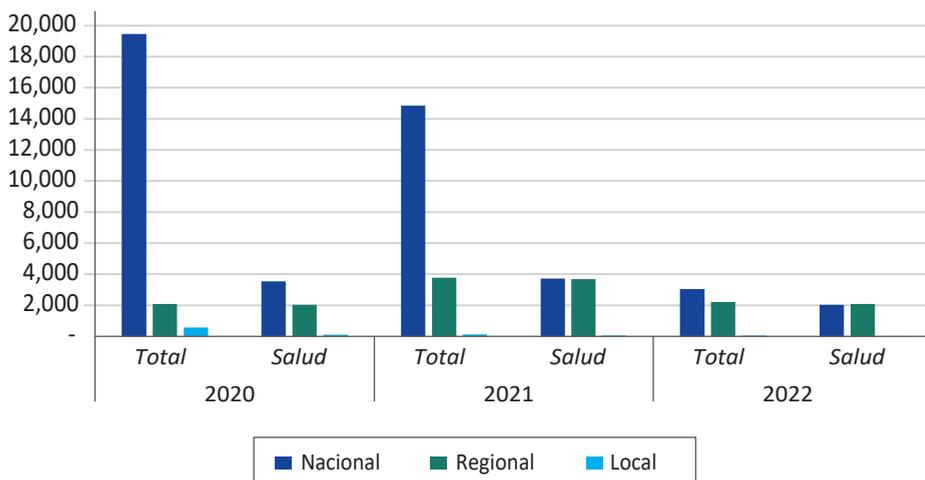
La descentralización fiscal ha sido siempre un tema pendiente en el país, debido principalmente a las debilidades financieras de los gobiernos subnacionales, lo que no les permiten atender las necesidades de sus poblaciones, aunque en el sector de la Salud se han hecho algunos avances al respecto a través de la transferencia de funciones y competencias a los gobiernos regionales y locales, aunque con mayor presencia de los primeros en el reparto de los recursos. En cuanto a los gastos derivados de la pandemia, como se sabe, los gastos en salud se incrementaron, aunque no en todos los ámbitos.

Según la información recogida sobre la ejecución del presupuesto destinado a gastos relacionados al COVID-19, gran parte de los recursos estuvo a cargo del gobierno nacional, especialmente en los dos primeros años en que, además de los gastos relacionados a Salud, se destinaron montos importantes a programas de protección social y subsidio a la planilla. Solo en 2020, relativo al presupuesto COVID-19 en Salud, el gobierno nacional ejecutó 3.5 mil millones de soles, mientras los gobiernos regionales ejecutaron 2 mil millones y los locales 101 millones. Sin embargo, en el 2021, el nivel de recursos para Salud estuvo casi a la par entre el nivel nacional y el regional, y lo mismo sucedió en el 2022. Tal como se puede observar en el gráfico, casi la totalidad de recursos del presupuesto COVID-19 ejecutado por los gobiernos regionales está relacionado a la Salud.

Los gobiernos locales, en cambio recibieron montos ínfimos y cada vez menores entre 2020 y 2022, por lo que apenas ejecutaron el 1% del presupuesto COVID-19 de la función Salud en los tres años sumados, mientras el nivel nacional ejecutó el 54% y el regional el 45%. Estas cifras se condicen con la falta de apoyo de la cual se

quejaban muchos alcaldes en plena pandemia para atender la emergencia y con el hecho de que prácticamente se desatendió el primer nivel de atención en salud, lo cual está a cargo de los gobiernos locales.

Gráfico 32. Ejecución de presupuesto COVID-19 por niveles de gobierno, distinguiendo el total y el de la función Salud 2020-2022 (millones de soles)



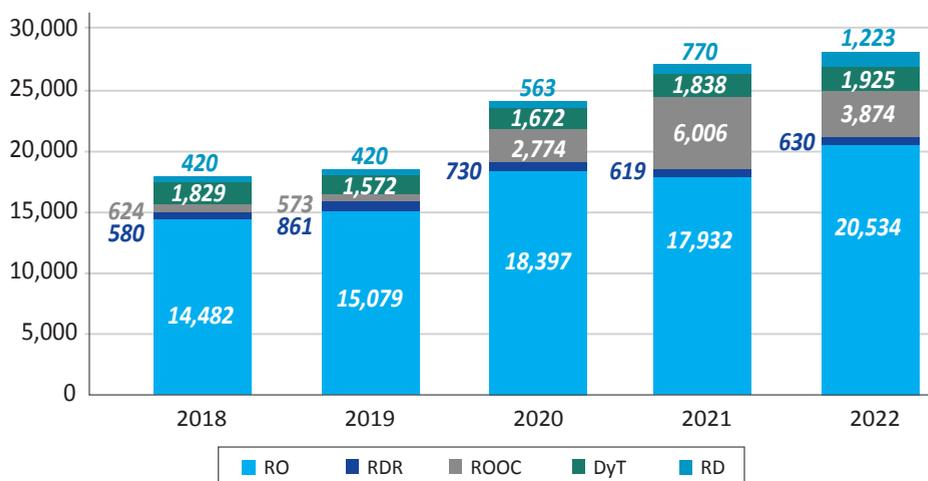
Fuente: MEF
Elaboración: propia.

2.3.2 Fuentes de financiamiento

El impacto de la COVID-19 en el presupuesto obligó al gobierno a tomar medidas extraordinarias para cubrir las brechas de financiamiento del sector público y una de ellas fue recurrir al endeudamiento para poder cumplir con los requerimientos de los distintos sectores. Si bien el financiamiento con Recursos Ordinarios se incrementó notoriamente a partir del año 2020 en el sector de la Salud, este también fue uno de los que más requirió de financiamiento adicional para implementar los diversos programas y acciones frente a la pandemia, por lo que gran parte de su presupuesto fue financiado con deuda.

Es así que, a partir del año 2020, la fuente de financiamiento “Recursos por Operaciones Oficiales de Crédito” tomó mucho mayor importancia en el ingreso ejecutado para Salud, con un 11% sobre el total para ese año, proporción que luego subiera al 22% en el 2021 -cuando alcanzó los S/ 6 mil millones- y luego bajara a 14% en el 2022. En los años previos a la pandemia este porcentaje apenas llegaba al 3%.

Gráfico 33. Función Salud: fuentes de financiamiento del gasto ejecutado, 2018-2022 (millones de S/)



Fuente: MEF

Elaboración: propia

RO: Recursos Ordinarios

RDR: Recursos Directamente Recaudados

ROOC: Recursos por Operaciones Oficiales De Crédito

DyT: Donaciones y Transferencias

RD: Recursos Determinados

Para el periodo 2020-2022, casi la mitad de todos los recursos COVID-19 destinados a Salud fueron financiados con endeudamiento. Esto se condice además con el hecho de que gran parte de los recursos COVID-19 totales asignados (unos 46 mil millones de soles, incluyendo Salud y los demás sectores), han sido financiados con endeudamiento público, abarcando casi la mitad del total, 24 mil millones. Es así que, entre 2020 y 2022 aproximadamente el 52% de los gastos COVID-19 totales fueron financiados con recursos propios del Estado y el porcentaje restante con deuda (48% a través de préstamos y bonos). Recordemos que el Perú, en plena pandemia, realizó una operación bastante controversial a finales del año 2020, cuando emitió bonos por un valor de US\$ 4 mil millones que incluía bonos con vencimientos a 101 años, es decir, a ser pagados de forma anual hasta el año 2121 (MEF, 2020).

La emisión de bonos es un mecanismo que nuestro país ha usado con más frecuencia en los últimos años, recurriendo a mercados nacionales e internacionales, donde cualquier comprador puede acceder a la compra de dicho activo financiero. El

problema es que estas operaciones tienen un horizonte de largo plazo y endeudan al país por varias décadas con acreedores privados, lo cual no es muy conveniente, puesto que, en el eventual caso de un problema de crisis de deuda, deja al país deudor a merced de los acreedores y los mercados especulativos, incluyendo la participación de los llamados “fondos buitres”, que por medio de argucias legales pueden terminar llevando al deudor a una mayor crisis, tal cual sucedió con Argentina hace algunos años (Guzman & Stiglitz, 2016).

2.3.3 Comparativo con otros sectores

En los años de pandemia, la función presupuestal de la Salud tuvo un incremento importante en la ejecución de recursos en el país, habiendo incrementado sus recursos en el 2022 en un 57% respecto a los que tenía en el 2018. Sin embargo, la cosa cambia cuando son excluidos los recursos no COVID-19, reduciéndose ese incremento a solo 34% en ese mismo periodo. En dicho periodo, los rubros que más se incrementaron excluyendo los recursos COVID-19, fueron los relacionados a inversiones y también a la adquisición de bienes y servicios, duplicando el presupuesto ejecutado en ambos casos. Le siguen el rubro de pensiones (79%) y personal (25%).

Aun así, Salud se mantiene como la segunda función más importante dentro del presupuesto con una participación de 13.5% en el 2022, 2 puntos porcentuales más que en el 2018. Otra de las funciones importantes es la Educación, la que se mantiene con la mayor participación en el total de recursos, con alrededor del 17%, y con un incremento presupuestal de 31% en el periodo 2018-2022 (29% sin considerar recursos COVID-19) (ver tabla).

Tabla 16. Participación e incremento de las funciones presupuestales, ejecución 2018 y 2022

Funciones	Participación en el Presupuesto		Incremento 2022/2018	
	2018	2022	Total	No COVID-19
TOTAL	100.0%	100.0%	31.4%	28.1%
Educación	17.0%	16.9%	30.9%	29.4%
Salud	11.2%	13.5%	57.2%	34.1%
Deuda pública	7.8%	10.2%	73.1%	73.1%
Planeamiento	11.6%	9.9%	11.9%	11.5%
Transporte	9.8%	9.5%	27.3%	26.9%
Previsión social	9.1%	8.8%	27.2%	27.2%

Continúa.

Orden público y seguridad	6.2%	5.6%	19.0%	18.5%
Protección social	3.8%	4.4%	54.7%	52.5%
Agropecuaria	2.8%	3.3%	56.6%	56.5%
Justicia	3.4%	3.3%	28.8%	28.4%
Defensa y seg. nacional	3.4%	2.7%	5.1%	4.9%
Saneamiento	3.3%	2.4%	-5.7%	-5.7%
Ambiente	2.0%	2.0%	26.7%	26.7%
Vivienda y des urbano	2.0%	1.8%	16.0%	16.0%
Cultura y deporte	2.4%	1.5%	-20.5%	-20.5%
Trabajo	0.3%	0.9%	276.2%	191.2%
Energía	1.1%	0.8%	-0.1%	-0.1%
Comunicaciones	0.4%	0.6%	72.7%	72.7%
Relaciones exteriores	0.5%	0.4%	13.3%	13.3%
Legislativa	0.3%	0.4%	50.3%	50.3%
Comercio	0.4%	0.3%	24.3%	23.6%
Pesca	0.3%	0.2%	4.8%	4.8%
Turismo	0.3%	0.2%	-13.9%	-13.9%
Minería	0.3%	0.1%	-51.7%	-51.7%
Industria	0.1%	0.1%	30.4%	30.4%

Fuente: MEF

Elaboración: propia.

En el resto de funciones con mayor participación en el presupuesto total se mantiene más o menos la misma estructura, excepto Planeamiento cuya participación cae 2 puntos porcentuales entre 2018 y 2022, mientras la Deuda Pública sube de 7.8% a 10.2%, siendo además este rubro uno de los que más creció en el periodo analizado, con el 73%. Solo para tener una idea de la magnitud, el pago por servicio de deuda pública en el 2022 fue de 21,473 millones de soles, monto que en el 2023 será aún mayor (S/ 23,500 millones) según lo presupuestado para el presente año, con una tendencia similar a mantenerse en los siguientes años.

Otros rubros que mejoraron su participación fueron Trabajo, Comunicaciones, Agropecuaria y Protección Social, mientras otros se mantuvieron o incluso cayeron, tal como Saneamiento, Cultura y Deporte, Energía, entre otros.

Cabe mencionar que, en el periodo analizado, entre los años 2018 y 2022, la inflación en el país fue de aproximadamente el 20%, por lo que cualquier resultado debajo de ese porcentaje significa que no hubo un incremento real en los recursos ejecutados. En términos generales, la COVID-19 significó una mejora en la ejecución presupuestaria, con un incremento real de 11.4% en el presupuesto total, aunque sin

considerar los recursos para enfrentar la pandemia, el presupuesto se incrementó en 8.1% en términos reales entre 2018 y el 2022. Mientras que, sin considerar los gastos por pago de la deuda pública, el crecimiento de los gastos por fuera de la COVID-19 en ese periodo fue de solo 4.3% en términos reales.

2.4 Inequidad fiscal y desigualdades

Nuestro país sufre de profundos problemas estructurales que están marcados por grandes desigualdades económicas, sociales e institucionales, las cuales se profundizan cada vez que hay una crisis o una emergencia como la que hemos vivido y con la cual no podemos lidiar de forma adecuada, abriendo brechas cada vez más grandes entre los sectores que tienen a la mano los recursos económicos necesarios y aquellos que tienen que conformarse con los servicios públicos que muchas veces son insuficientes o de mala calidad, quedando excluidos del supuesto bienestar que vivimos como sociedad.

La inequidad se puede expresar de muchas maneras, pero la pandemia ha visibilizado aún más la relación entre la poca progresividad tributaria y mala distribución de los escasos recursos fiscales con las posibilidades de grandes sectores de la población de que sean protegidos por el Estado y atendidos en el marco de la emergencia sanitaria y la posterior recuperación.

2.4.1 Gasto en vacunas

Los datos mostrados anteriormente nos dan una aproximación de la presión presupuestaria que hubo para enfrentar la pandemia, y la evidencia muestra que gran parte del presupuesto adicional que se gestó para la lucha contra la COVID-19 en el país está relacionado a la adquisición de vacunas. Si bien nuestro país en la actualidad ha logrado un nivel bastante aceptable de inmunización de la población, la campaña de vacunación masiva contra la COVID-19 empezó más tarde que muchos de nuestros países vecinos, quienes podrían haber obtenido mejores condiciones en los contratos al negociar con mayor anticipación que Perú y con una mayor variedad de laboratorios.

Un caso emblemático es Chile, país que empezó las negociaciones con la debida anticipación y apostó por la diversificación en la firma de contratos con distintos proveedores de vacunas en paralelo (Pichel, 2021). Pero, además se estableció una colaboración científica con los desarrolladores que permitió agilizar el proceso de regulación e importación, logrando la compra de 41 millones de dosis de laboratorios como AstraZeneca-Oxford, CanSino, Pfizer-BioNTech y Sinovac, además del mecanismo COVAX (Bastías et al, 2021).

Otro elemento que pudo haber influido en el acceso y gasto en vacunas es la rapidez con que se aprueba o no el uso de vacunas en el país, lo cual, como se sabe, debe pasar por un procedimiento que toma su tiempo, pero que en otros países cercanos al parecer no ha sido una traba para contar con diversas marcas, incluso fabricadas por ellos mismos en algunos casos. Tal es así que, a diferencia de nuestro país -que solo dio la aprobación de cuatro tipos de vacunas-, los demás países de la región aprobaron la aplicación de vacunas de hasta diez laboratorios distintos (caso Argentina) (COVID-1919.trackvaccines.org, 2022).

Un estudio reciente de la OPS (2022b) en el que se hace un comparativo del impacto presupuestal de la vacunación en algunos países de la región, da cuenta del mayor costo que significó para el Perú la aplicación de las vacunas entre 2021 y 2022, con un gasto por persona estimado de 59 dólares, casi el doble de lo que se estimó para la Argentina (31 dólares por persona), lo que, según se muestra en el análisis, se debe principalmente al mayor gasto en la adquisición de las vacunas, siendo el costo de la dosis de Pfizer el más caro en comparación con otras marcas, incluso con un costo mayor a lo pagado por otros países por la misma marca. Algo similar sucede con la vacuna de la marca Sinopharm, con un costo aproximado de 33 dólares por dosis, siendo la segunda marca más cara después de la Pfizer. Cabe mencionar que otras marcas -tales como Sputnik o AstraZeneca- con similar nivel de eficacia que la vacuna más costosa, aparecen en el mencionado estudio con precios muy por debajo, de entre 75% y 93% menor al valor de la Pfizer.

El documento hace referencia a que las causas de tales diferencias en los precios se deberían a diversos factores relacionados a las capacidades económicas, sociales y políticas de los países, que los llevaron a condiciones particulares de negociación con las farmacéuticas, que se ven afectadas por elementos como la confidencialidad de los acuerdos, que generan ocultamiento y asimetría de información, entre otras fallas de mercado (OPS, 2022b). Además, nuestro país, y en general los países en desarrollo, sufren las inequidades existentes en el acceso y capacidad de compra de las vacunas en relación a los países más ricos, lo cual se evidenció con la COVID-19 pero que se replica en otro tipo de enfermedades (OMS, 2022a).

El mayor gasto, o en todo caso el ahorro que no se pudo lograr por los problemas institucionales y ambiciones políticas, por las vacunas compradas y aplicadas es asumido en mayor medida por los más pobres, quienes pagan más impuestos en proporción a sus ingresos que los sectores más pudientes. Situación muy distinta hubiera sido si nuestro sistema tributario fuera más progresivo, o incluso si se aplicaran impuestos temporales a los más ricos, ya que permitiría recaudar lo necesario para la compra de vacunas y demás gastos referidos al COVID-19. Argentina es un ejemplo de ello, puesto que, casi iniciando la pandemia, aplicó un

impuesto extraordinario a los sectores de mayor riqueza, permitiéndole recaudar importantes recursos durante el 2021 (Ministerio de Economía de la República de la Argentina, 2020).

2.4.2 Desempeño del gasto en los programas presupuestales

En cuanto al desempeño de los programas presupuestales de la función Salud, en la tabla siguiente se puede observar que ha habido diversas tendencias en la ejecución presupuestal en el periodo analizado. Entre los más resaltantes tenemos al Programa articulado nutricional, el cual ha perdido peso entre el 2018 y el 2022, con un monto de apenas 1,000 millones de soles en el 2022 cuando la mayor ejecución la tuvo en el 2021 con 2.7 mil millones. El otro programa de mayor importancia es el de Salud materno neonatal, el cual mantiene el monto de ejecución más o menos estable, aunque con menor peso en el presupuesto total ejecutado a través de los años.

Otros programas que han perdido peso en el total ejecutado en el periodo son TBC-VIH/SIDA, Enfermedades Metaxenicas y Zoonosis, Prevención y control del cáncer y la Reducción de vulnerabilidad y atención de emergencias. Mientras, programas como Control y prevención de salud mental han ganado peso en el presupuesto, y otros como Productos específicos para el desarrollo infantil temprano han aparecido recién en el 2022, con un presupuesto bastante importante de S/ 1,555 millones.

En el 2020 se implementa el Programa de Lucha contra la violencia familiar con 25 millones, el cual no aparece más en los demás años del periodo analizado. En el 2021 se empieza a implementar el programa de Productos específicos para la reducción de la violencia contra la mujer, aunque con montos poco relevantes.

El rubro de Acciones presupuestarias que no resultan en productos incrementó en más del doble el monto de su presupuesto ejecutado en el periodo, el cual se elevó fuertemente a partir del año 2020 y terminando en el 2022 con más de 15 mil millones de soles (55% del total de ese año). Esto se ha debido principalmente al gasto en las acciones vinculadas a enfrentar la COVID-19.

Tabla 17. Programas presupuestales en función Salud, ejecución 2018-2022

Categoría Presupuestal	2018		2019		2020		2021		2022	
	Monto (S/ millones)	Estructura (%)								
0001 Programa articulado nutricional	2,486	13.9%	2,611	14.1%	2,450	10.2%	2,706	10.0%	1,014	3.6%

Continúa.

Tabla 17. Programas presupuestales en función Salud, ejecución 2018-2022

Categoría Presupuestal	2018		2019		2020		2021		2022	
	Monto (S/ millones)	Estructura (%)								
0002 Salud materno neonatal	2,143	11.9%	2,207	11.9%	1,994	8.3%	2,098	7.7%	2,270	8.1%
0016 TBC-VIH/SIDA	682	3.8%	628	3.4%	573	2.4%	583	2.1%	592	2.1%
0017 Enfermedades Metaxénicas y Zoonosis	371	2.1%	390	2.1%	347	1.4%	389	1.4%	340	1.2%
0018 Enfermedades No Transmisibles	562	3.1%	844	4.6%	704	2.9%	702	2.6%	667	2.4%
0024 Prevención y control del cáncer	830	4.6%	763	4.1%	626	2.6%	733	2.7%	760	2.7%
0051 Prevención y tratamiento del consumo de drogas	7	0.0%	8	0.0%	7	0.0%	8	0.0%	9	0.0%
0068 Reducción de vulnerabilidades y atención de emergencia por desastres	154	0.9%	102	0.6%	81	0.3%	81	0.3%	108	0.4%
0080 Lucha contra la violencia familiar	-	0.0%	-	0.0%	25	0.1%	-	0.0%	-	0.0%
0104 Reducción de la mortalidad por emerg. y urg. medicas	450	2.5%	576	3.1%	784	3.2%	789	2.9%	724	2.6%
0129 prevención y manejo de salud en personas con discapacidad	79	0.4%	89	0.5%	85	0.4%	87	0.3%	99	0.4%
0131 Control y prevención en salud mental	189	1.1%	297	1.6%	334	1.4%	373	1.4%	457	1.6%
0135 Mejora de las cap. militares para la defensa y el des. nacional	298	1.7%	315	1.7%	350	1.5%	359	1.3%	355	1.3%
0137 Desarrollo de la ciencia, tecnología e innovación tecnológica	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.0%
1001 Productos específicos para desarrollo infantil temprano	-	0.0%	-	0.0%	-	0.0%	-	0.0%	1,555	5.5%
1002 Productos específicos para reducción de la violencia contra la mujer	-	0.0%	-	0.0%	-	0.0%	1	0.0%	0	0.0%
9001 Acciones centrales	2,574	14.3%	2,894	15.6%	2,950	12.2%	2,908	10.7%	3,663	13.0%
9002 Asignaciones presupuestarias que no resultan en productos	7,110	39.6%	6,782	36.7%	12,828	53.1%	15,347	56.5%	15,570	55.2%
TOTAL	17,935	100.0%	18,505	100.0%	24,137	100.0%	27,164	100.0%	28,185	100.0%

Fuente: MEF

Elaboración: propia.

Nota: Las celdas que aparecen con monto "0" tienen montos menores al millón de soles.

2.4.3 Planes de reactivación económica versus protección social

La pandemia significó para el Perú, al igual que todos los países del mundo, no solo destinar recursos para atender las necesidades más urgentes en materia sanitaria, sino también el poner sobre el tapete el deber que tienen los Estados de proteger a las personas más vulnerables y expuestas a la situación que se estaba viviendo y por la cual millones de personas de la noche a la mañana tuvieron que dejar de lado actividades económicas que les generaban ingresos, muchos de ellos de subsistencia. La gran informalidad existente y las inequidades económicas, sociales e institucionales, colocaron a nuestra sociedad en una situación de muy alta vulnerabilidad, que llevó a que tengamos cifras extremas de fallecidos por la COVID-19, pero también nos empujó a mayores niveles de pobreza, desigualdad y hambre (FAO, 2022).

Si bien el Estado tomó algunas medidas para atender a las poblaciones más vulnerables y mantener la cadena de pagos -tales como bonos, transferencias en efectivo, subsidios, aplazamiento de impuestos, entre otros-, estas fueron muy puntuales, de un limitado alcance y de muy corto plazo teniendo en cuenta el impacto profundo de la pandemia, esto sin contar los problemas de entrega y filtraciones que hubieron en el otorgamiento de estos beneficios a los destinatarios. Pero más allá de los asuntos logísticos, la crítica recurrente ha sido que el nivel de recursos destinados a estos programas no ha sido el suficiente y que, en contraposición, habían recursos disponibles y de mayor envergadura para financiar otro tipo de cosas, quizás menos urgentes y dirigidas a sectores que no necesitaban de ese apoyo.

Un claro ejemplo de la prioridad que se le dio a ciertos sectores por sobre otros, es la implementación del programa Reactiva Perú²¹, el cual otorgaba créditos blandos para las empresas en el país de modo que estas puedan mantenerse en actividad para evitar despedir empleados y poder pagar sus cuentas. Para este programa se destinaron inicialmente 30 mil millones de soles en garantías, a lo que se sumaron otros 30 mil millones, lo cual generó aún más controversia, dado que gran parte de las empresas beneficiadas no eran precisamente las más necesitadas. Además, se detectaron varias irregularidades en cuanto a la evaluación y aprobación de los créditos, lo cual estaba a cargo de la SBS y COFIDE, con un claro favorecimiento a grandes empresas, mientras que, las Mypes, que serían las supuestas beneficiarias del programa, recibieron la ayuda en una menor proporción que las grandes empresas (Ojo Público, 2021f)²².

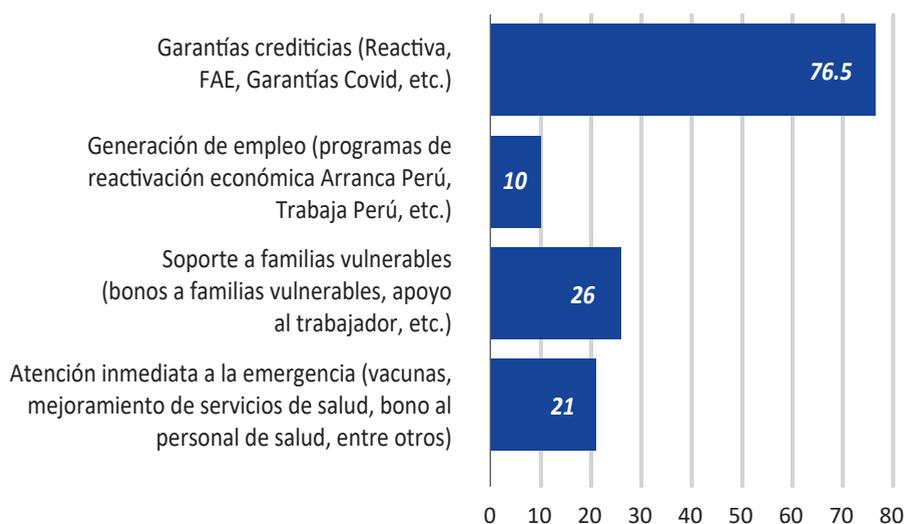
21 Véase: https://www.mef.gob.pe/es/?option=com_content&language=es-ES&Itemid=102665&lang=es-ES&view=article&id=6429

22 Al 30 de octubre de 2020, las grandes empresas habían recibido de Reactiva más de 25 mil millones en conjunto, mientras las Microempresas apenas 9 mil millones (Ojo Público, 2021e).

Si bien este programa consiste en el otorgamiento de préstamos a las unidades empresariales, es decir, que debe ser devueltos, en caso de incumplimiento es el Estado el que asume los costos por el no pago, ya que es quien otorgó la garantía en su momento. Las proyecciones del MEF indican que el costo para cubrir las deudas no honradas de Reactiva, así como las de otros programas que en su momento otorgaron créditos garantizados por el Estado -tales como PAE-Mype, FAE-Agro, Garantías COVID-19 y otras-, ascienden a la suma de S/ 4,931 millones, equivalente a 0.6% del PBI (MEF, 2022b, pág. 146). La suma total de estas garantías otorgadas con motivo de la COVID-19 suman alrededor de 76.5 mil millones de soles.

El MEF también señala que durante los años 2020 y 2021 se han gastado alrededor de 57 mil millones de soles en atender el impacto de la COVID-19, de los cuales 10 mil millones fueron dirigidos a la generación de empleo, 26 mil millones en dar soporte a las familias vulnerables y 21 mil millones en gastos relacionados a la emergencia, incluyendo vacunas (MEF, 2022a, pág. 64).

Gráfico 34. Medidas económicas de gasto público y garantías para mitigar el impacto de la COVID-19, 2020-2021 (Miles de millones de Soles)



Fuente: MEF

Elaboración: propia.

Como se puede ver, hubo una atención bastante desproporcionada de parte del Estado en favor de garantías crediticias para el sector empresarial, que, si bien puede ser una acción importante para la reactivación económica, hay muchas dudas sobre su verdadero impacto, especialmente en las unidades empresariales que realmente necesitaban de esta ayuda. También se puede observar que los programas de protección social y de reactivación generadora de empleo, tales como Trabaja Perú, bono Yo me quedo en casa, entre otros, no tuvieron la misma importancia en cuanto a la asignación de recursos en comparación con Reactiva y demás programas de garantías, lo cual explica que muchos sectores quedaron fuera de la recuperación y que hasta ahora sigamos arrastrando las secuelas de la pandemia que son agravadas por otros choques externos, tales como la guerra en Ucrania y la crisis climática.

3 Soberanía sanitaria y justicia fiscal

3.1 Desarrollo tecnológico, investigación e innovación en la salud

La pandemia puso en evidencia la importancia de la ciencia, tecnología e innovación (CTI) para el desarrollo económico y social de nuestros países. El aporte de la CTI durante la pandemia de la COVID-19 fue fundamental no solo en la lucha por encontrar la vacuna que permitió salvar la vida de millones de personas y neutralizar los efectos devastadores de la crisis sanitaria, sino que permitió comprender la forma en la que iba evolucionando el virus y sus efectos sobre la población. Además, propició el desarrollo de equipos críticos y médicos (pruebas de diagnósticos, ventiladores mecánicos, equipos y software de monitoreo de los casos COVID-19) para la atención de la emergencia sanitaria, así como de herramientas para la recuperación económica y la continuidad de las actividades tanto económicas como sociales (plataformas digitales para salud, educación y trabajo remoto). Pero al mismo tiempo, puso de manifiesto las asimetrías globales en el acceso y desarrollo de la CTI.

3.1.1 Presupuesto destinado a ciencia tecnología e innovación en el Perú y el sector salud

En el caso del Perú, el gasto en I+D se ha incrementado al pasar de 0.12% del PBI en 2015 a 0.17% del PBI en 2020; no obstante, es evidente el rezago existente respecto al resto de países de la región, pues el Perú tiene un gasto 3.8 veces menor al promedio de los países de América Latina y el Caribe (0.65% del PBI) y 10 veces menos respecto a Brasil que es el país de la región que más invierte en I+D (1.17% del PBI), seguido de Argentina y Cuba (ambos con 0.52% del PBI). Esta brecha se incrementa aún más si nos comparamos con los países más desarrollados como la OCDE, cuyo gasto en I+D supera el 2% del PBI.

Tabla 18. Principales indicadores de CTI para el Perú

Indicador	Descripción	PERÚ						ALC
		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2020
Gasto en I+D con relación al PIB	Esfuerzo relativo del país en materia de I+D, tomando como referencia el PIB.	0.12%	0.12%	0.12%	0.13%	0.16%	0.17%	0.65%
Investigadores	Número de investigadores	3,374	4.201	4.506	4.929	6.661	7.945	675.604
Investigadores cada 1000 de la PEA	Personas Físicas	0,20	0,24	0,26	0,28	0,37	0,44	2.23
Personal Femenino en I+D	Investigadoras	31,89%	30,49%	30,65%	30,66%	31,33%	31,15%	44,31%
Solicitudes de Patentes	de residentes	67	72	100	89	137	125	11,358
	de no residentes	1,182	1119	1,119	1,133	1,122	1,142	43,676
Patentes otorgadas	de residentes	19	26	26	30	32	33	3,836
	de no residentes	343	374	483	595	681	467	33,366
Tasa de autosuficiencia	Coficiente entre patentes solicitadas por residentes y el total de patentes solicitadas	0,05	0,06	0,08	0,07	0,11	0,10	0.21

Fuente: RICYT Indicadores / Elaboración: Propia

En relación con la ejecución, la mayor proporción del gasto en I+D en el país proviene del Estado, siendo ejecutado principalmente por el sector de educación superior (46.9% del total²³), contrario a lo registrado en los países desarrollados, donde el principal actor es el sector privado, siendo esta una tendencia que prevalece en toda la región. Asimismo, se observa un escaso gasto en I+D orientado al Desarrollo Experimental a pesar de ser fundamental para encontrar soluciones aplicadas a los desafíos de la región (solo se destina el 7.3% del total del gasto en I+D), pues el gasto está concentrado en actividades de investigación básica y aplicada.

En cuanto al gasto en investigación y desarrollo por disciplina científica en el país sobresalen las ciencias naturales y exactas (32%), seguido de la ingeniería y tecnología. En el otro extremo se encuentran las ciencias médicas con solo el 9.8%²⁴, siendo este un porcentaje menor al registrado por otros países de la región como Uruguay, Chile y Argentina donde el gasto en I+D en materia de ciencias médicas fue de 15%, 12% y 10.2%, respectivamente, durante el 2018 (RICYT, 2023).

²³ Los datos corresponden al 2015 al ser el valor más reciente disponible

²⁴ *Ibid*

Si bien se observa un incremento en el número de investigadores, alcanzando 7,945 en 2020, resulta insuficiente para fortalecer nuestro ecosistema de innovación y transferencia tecnológica, puesto que el número de investigadores por cada 1,000 personas de la PEA ni siquiera llega a un investigador (0.44). Asimismo, la participación de las mujeres en el total de investigadores está en torno al 31%, proporción que se ha mantenido casi sin variaciones durante los últimos 7 años (en 2014 este indicador era 31.6%) y nos ubica como uno de los países dentro de la región con menor número de investigadores mujeres. De otro lado, el nivel de patentamiento es bajo, al igual que en el resto de la región, son los no residentes quienes concentran el mayor número de solicitudes y aprobaciones de patentes.

El rezago de Perú en términos de promoción de la CTI descrito en las líneas anteriores, de acuerdo con Crespi y Casillo (2020) obedece al hecho de que el país “no cuenta con una visión estratégica consensuada de largo plazo respecto del rol de la CTI en el desarrollo del país; a su vez, la entidad rectora del diseño de política no tiene el nivel jerárquico adecuado para cumplir con sus funciones y los fondos concursables para la implementación de las políticas se encuentran dispersos en múltiples entidades del sector público (Pág. 34)”.

En 2018, a través de la Política Nacional de Competitividad y Productividad (PNCP) 2019-2030 y su respectivo plan (publicado en 2019), se buscó corregir algunas de las debilidades que presenta el país en materia de CTI, pues a través de su objetivo prioritario 3: “Generar el desarrollo de capacidades para la innovación, adopción y transferencia de mejoras tecnológicas”, se establecieron lineamientos y medidas de políticas orientadas a: i) fortalecer el entorno del ecosistema de innovación a través de mejoras normativas y el fomento de la cultura de investigación, mediante la implementación de políticas que promuevan la gobernanza conjunta de los fondos y programas de CTI, así como la creación de centros de innovación. ii) asegurar la disponibilidad de capital humano, a través de la creación de cuerpo de investigadores del Perú y el establecimiento de programas orientados al desarrollo y capacidades vinculadas a las brechas y habilidades en CTI. iii) incrementar la eficiencia de la inversión pública privada e innovación y absorción tecnológica, por medio del establecimiento de incentivos tributarios a la I+D. iv) acelerar los procesos de innovación y absorción tecnológica y digital a través de la articulación de políticas públicas y privadas, promoviendo para ello mecanismos de desarrollo de ciencia y tecnología con un enfoque regional; y v) crear y fortalecer mecanismos que eleven el nivel de investigación científica y desarrollo tecnológico de las universidades e institutos de investigación y empresa.

Si bien estos lineamientos de políticas son fundamentales para la consolidación del ecosistema de innovación y la absorción de tecnologías en el país, estos fueron

construidos sin contemplar una mayor asignación de recursos que lo permita (Fairlie, (2019). De otro lado, a la fecha el grado de avance en la implementación de este objetivo apenas llega al 40%, lo que se debe al nulo o escaso avance en los lineamientos de política establecidos tales como: Programa Cuerpo de Investigadores e Investigadoras del Perú (grado de avance: 0%) Programa para el Desarrollo de Capacidades vinculadas a las brechas y habilidades en CTI (grado de avance: 33.3%) (MEF, 2023).

Por tanto, aunque el Estado ha reconocido que el desarrollo de la CTI es un factor clave en el crecimiento del país y tiene un rol clave para enfrentar las tendencias del futuro, todavía no se están haciendo los esfuerzos suficientes para darle la importancia debida que permita generar más actividad para la promoción y desarrollo de CTI (León-Velarde & Raymundo, 2021). Y ello se ve reflejado en la inversión que realiza el Estado en CTI en los diferentes sectores, el cual está concentrado en apenas unos cuantos sectores, siendo el sector Salud uno de los sectores con menores recursos asignados para la promoción y desarrollo de la CTI.

De acuerdo con Rogers (2020), quien analiza el gasto público en CTI del gobierno nacional entre 2012 y 2018, son tres los sectores que absorben en mayor proporción el presupuesto promedio anual destinado para CTI, siendo: Producción, con el 37%; la Presidencia del Consejo de Ministros (PCM), representada generalmente por Concytec, con el 24%; y Agricultura, con el 23%. El Sector Educación representa el 7% (excluyendo el instrumento de becas nacionales) y Defensa, con el 4%. En el caso de salud, este apenas concentra el 1% de los recursos. Es de resaltar que los tres sectores con mayor proporción del presupuesto son también los que administran el mayor número de instrumentos de CTI del país, especialmente Producción, con 76 de los 164 instrumentos identificados en dicho estudio. Nuevamente el sector salud se encuentra rezagado pues solo tiene 4 instrumentos alocados en el Instituto Nacional de Salud (INS), Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), e Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas (INCN), cuyos objetivos están orientados a la creación de conocimientos.

De acuerdo con lo señalado por el exviceministro de Salud Pública, Augusto Tarazona, El MINSA no recibe presupuesto para el desarrollo de la ciencia y la tecnología. Ello se debe a que el Instituto Nacional de Salud (INS), que es el organismo del sector dedicado a la investigación de los problemas prioritarios de salud y de desarrollo tecnológico, al mismo tiempo es un centro de actividades operativas; es decir, que también cumple funciones propias de un laboratorio de atención asistencial, situación que también está presente en los institutos nacionales (que por definición también son los centros de investigación en salud, pero que realizan actividades asistenciales). Por tanto, el enfoque que ha prevalecido y ha sido homogéneo en

el sector salud ha sido que lo asignado a investigación se centre básicamente en la labor asistencial. Razón por la cual nuestro entrevistado señala que “la investigación está abandonada en nuestro país y no existe una política de investigación. Lo poco que se asigna para el desarrollo de la ciencia y tecnología simplemente termina siendo orientado a la labor asistencial” (Tarazona, 2023).

La falta de recursos destinados al desarrollo de la CTI, al interior del sector salud se ha visualizado en el marco de la atención en la pandemia en donde el propio INS tuvo que postular a los fondos otorgados por el Consejo Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación Tecnológica (Concytec) para el desarrollo de herramientas y nuevos conocimientos que representen soluciones frente al COVID-19, como veremos más adelante.

Ahora bien, si analizamos los recursos destinados a la “categoría presupuestal 0137: Desarrollo de la ciencia, tecnología e innovación tecnológica”, que está orientada a promover la mejora de capacidades para el desarrollo y generación de en CTI, el establecimiento de plataformas de gestión de la información de la ciencia, tecnología e innovación tecnológica en las Instituciones, además de brindar facilidades para el desarrollo de la investigación, innovación y transferencia tecnológica, encontramos que el sector salud está presente en dicha categoría presupuestal desde el 2018 a pesar que esta fue creada en 2015.

En cuanto a la participación del sector salud dentro de la categoría presupuestal 0137 entre el 2018-2022, apenas alcanza el 0.6% del Presupuesto Inicial Modificado (PIM), porcentaje que se reduce a un 0.4% cuando evaluamos el monto ejecutado. El grueso del presupuesto se concentra en la PCM, Educación y Producción, que en su conjunto agrupan en promedio el 88.7% del PIM para el mismo periodo; sin embargo, el monto destinado a PCM ha ido perdiendo peso en los últimos años.

En el caso del sector salud, se puede observar que previo a la pandemia el monto presupuestado bordeaba en promedio 244,853 soles, incrementándose en más del 50% en 2020, para luego alcanzar su punto máximo en 2021 y 2022, años donde el PIM ascendió a 1,420,120 y 1,425,964 soles respectivamente; sin embargo, la ejecución de los mismos solo llegó al 23.6% en 2021 y 66.8% en 2022.

Tabla 19. Presupuesto público categoría presupuestal 0137: Desarrollo de la ciencia, tecnología e innovación tecnológica, según sector (Soles)

Sector	2018		2019		2020		2021		2022	
	PIM	Ejecutado	PIM	Ejecutado	PIM	Ejecutado	PIM	Ejecutado	PIM	Ejecutado
01: PCM	84,960,151	76,598,065	78,219,011	70,431,390	76,218,181	71,337,297	71,312,801	62,062,978	82,800,672	80,315,450
05: Ambiental	5,554,725	4,831,023	7,581,778	5,943,880	6,579,304	5,599,291	7,439,389	6,346,889	8,111,820	7,015,251
10: Educación	6,583,563	4,338,337	7,317,047	5,367,810	9,973,241	5,240,420	24,632,428	16,141,168	45,453,772	33,112,333
11: Salud	228,847	228,845	260,859	211,133	455,162	318,085	1,420,122	334,568	1,425,964	952,182
13: Agricultura	155,294	150,831	167,863	144,611	121,853	121,650	536,764	253,144	594,958	389,709
16: Energía y minas	4,293,860	3,891,966	4,060,356	2,774,590	2,755,222	2,436,142	3,460,427	3,045,419	3,602,462	3,534,011
26: Defensa	2,051,186	2,022,049	2,556,234	2,552,313	2,674,296	2,662,659	958,668	944,595	1,815,862	1,384,653
38: Producción	11,833,779	10,593,615	9,064,509	8,880,829	7,091,817	7,015,675	19,075,724	17,320,789	13,006,831	10,937,188
Categoría Presupuestal 0137	115,66,405	102,654,731	109,227,657	96,306,556	105,869,076	94,731,220	128,836,323	106,449,550	156,812,341	142,674,050

Fuente: MEF

Elaboración: Propia

En relación a los pliegos responsables de la ejecución de este presupuesto, encontramos que estos han estado alocados principalmente en INS, institución que en el 2021 registró un incremento de 7.2 veces de su PIM respecto al año anterior. De estos recursos, la mayor parte estaba destinada a la adquisición de bienes y servicios orientados al apoyo a proyectos de investigación en CTI, pero este rubro solo logró ejecutar el 27.7%; situación similar se registró en el 2022. En 2022 esta institución contó con 1,403,516 soles para el desarrollo de CTI, de los cuales 1,122,216 corresponde a la adquisición de bienes y servicios, rubro que ejecutó el 60.2% de sus fondos.

Tabla 20. Sector salud: categoría presupuesta 0137: Desarrollo de la ciencia, tecnología e innovación tecnológica (Soles)

Pliego	2018		2019		2020		2021		2022	
	PIM	Ejecutado	PIM	Ejecutado	PIM	Ejecutado	PIM	Ejecutado	PIM	Ejecutado
011: M. de Salud					119,430	106,696	26,004	25,844	319	
131: Instituto Nacional de Salud	228,847	228,845	260,859	211,133	187,732	81,297	1,352,758	287,725	1,403,516	939,582
135: Seguro Integral de Salud					148,000	130,092				
136: Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas							41,360	20,999	22,129	12,600
SECTOR 11: SALUD	228,847	228,845	260,859	211,133	455,162	318,085	1,420,122	334,568	1,425,964	952,182

Fuente: MEF

Elaboración: Propia

Para Zamora (2023), el Perú es un país periférico en la generación de ciencia y tecnología, especialmente la ciencia biológica. Somos usuarios de la ciencia y uno de nuestros desafíos es convertirnos en mejores consumidores de la ciencia global. Asimismo, identifica como principales factores que limitan el desarrollo de la ciencia y tecnología en el país a: los escasos recursos financieros destinados a la CTI; la falta de un mandato institucional consistente (el Ministerio Salud tiene su propia agenda en desarrollo de ciencia y tiene un instituto que debería estar dedicado a la investigación); la normatividad que no facilita la investigación.

En ese sentido, en el marco de la emergencia sanitaria derivada de la pandemia de la COVID-19, se establecieron algunas normativas orientadas a facilitar la investigación en el país, tal como el Decreto Supremo N° 014-2020-SA que establece medidas para asegurar el adecuado desarrollo de los ensayos clínicos de la enfermedad COVID-19, permitiendo que estos se apliquen en personas, facilitando la realización de ensayos clínicos de la vacuna con laboratorios, tales como: Sinopharm, Oxford-AstraZeneca, Johnson & Johnson y CureVac. Asimismo, mediante el Decreto Legislativo N° 1504, que busca fortalecer el Instituto Nacional de Salud y la rectoría del Ministerio de Salud para la prevención y control de las enfermedades, se establecieron medidas para asegurar una intervención articulada e integrada entre la vigilancia epidemiológica e inteligencia sanitaria, con la conducción de la red nacional de laboratorios de salud pública, mejorar la investigación, desarrollo e innovación, y las tecnologías en salud con la participación de instituciones públicas, privadas y el sector académico; así como el fortalecimiento del Sistema de Salud. Cabe precisar

que este Decreto aún no entra en vigor, pues para ello primero debe de publicarse el Reglamento de Organización y Funciones (ROF) del Instituto Nacional de Salud y a la fecha solo se ha aprobado la Sección Primera del ROF (Decreto Supremo N° 007-2022-SA), quedando pendiente de aprobación la segunda sección.

Como señalamos al inicio de esta sección, la pandemia mostró la relevancia del desarrollo de la CTI en el sector salud, pero también sus carencias en este ámbito, pues el Ministerio de Salud no contaba inicialmente con un grupo de prospectiva, que permitiera construir escenarios sobre la base de información sanitaria, pero también económica que facilitara la toma de decisiones, lo cual al mismo tiempo mostraba nuestra debilidad para procesar información científica. Ello conllevó a que se convoque a expertos de diferentes disciplinas y la conformación de comités para asesorar al Estado en manejo de la pandemia, convirtiéndose en una fortaleza pero al mismo tiempo en una debilidad pues no hubo un mecanismo abierto y transparente de selección de estos expertos y sus decisiones no quedaron registradas en actas públicas, lo cual hace necesario institucionalizar este tipo de mecanismos de asesoría científica al interior del Ministerio de Salud a fin de que permanezca en el tiempo y que este se conduzca bajo ciertas características como meritocracia, agendas transparentes, y registro público de las decisiones que facilite la rendición de cuentas ante la ciudadanía (Zamora, 2023). Lamentablemente, aún no contamos con este mecanismo.

En suma, pese al rol relevante que tuvo la CTI durante la pandemia, el Estado no ha tomado conciencia ni voluntad política de la importancia de promoverla como una política de Estado. En ese sentido, y siguiendo las recomendaciones de la CEPAL (2021), es necesario que las políticas de CTI tengan un enfoque específico para cada sector y que consideren las capacidades existentes en cada uno de ellos. Teniendo en cuenta que los recursos financieros destinados al desarrollo de la CTI en el país son escasos, es indispensable plantear prioridades nacionales no solo considerando su impacto económico, sino su rentabilidad social, por lo cual uno de los sectores en donde se deben focalizar esfuerzos y recursos para el desarrollo de la CTI es el sector salud con el fin de construir sistemas de innovación que contribuyan a la resiliencia del país ante situaciones como la vivida por la COVID-19, y al mismo tiempo propicien el desarrollo de la industria manufacturera de la salud como un sector estratégico.

3.1.2 Apoyo a iniciativas y desarrollo tecnológico en el marco de la pandemia.

Con el objetivo de impulsar y apoyar el desarrollo de proyectos que ofrezcan soluciones efectivas y de rápido desarrollo a los desafíos sanitarios ocasionados por la pandemia de la COVID-19, el Consejo Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación Tecnológica–Concytec, lanzó un conjunto de convocatorias,

denominados “Proyectos Especiales”²⁵, teniendo como objetivo la generación de nuevo conocimiento científico desarrollo, innovación y/o adaptación de tecnologías, productos, mecanismos o servicios nuevos o mejorados de bajo costo, que respondan a las necesidades originadas como consecuencia de la pandemia de la COVID-19.

Al mismo tiempo, se creó el observatorio de oportunidades de fondos nacionales e internacionales destinados a investigar o desarrollar innovaciones para enfrentar la pandemia generada por la COVID-19²⁶, a través del cual se daba a conocer tanto las convocatorias realizadas por Concytec, como las lanzadas por organismos como el Indecopi (patentes), Innóvate Perú e INEI, que analizaban el impacto social y económico de la COVID-19.

Para nuestro análisis nos centraremos en las convocatorias registradas en el portal de Concytec y que fueron financiadas por Fondecyt (hoy ProCiencia) y estaban estrechamente ligadas al manejo de la pandemia entre el 2020 y 2021. Se identifica que en los primeros 2 años de la pandemia se financiaron 67 proyectos por un monto de más de 17 millones de soles, que se distribuyeron en seis grandes convocatorias (5 en 2020 y 1 en 2021), las que abordaron diferentes temáticas como: el desarrollo de diversos dispositivos médicos, fabricación de ventiladores mecánicos, concentradores de oxígeno, equipos de protección y de esterilización rápida, análisis de la transmisión, evolución y control del virus, estudios sobre la evolución desarrollo y producción de nuevas terapias, así como de vacunas y antivirales contra la COVID-19; desarrollo de kits de diagnósticos moleculares rápidos; además del análisis de los efectos sociales y económicos originados por la pandemia.

Entre las instituciones que se beneficiaron de estos fondos sobresalen las universidades que fueron ganadoras de 44 proyectos por un valor superior a los 11 millones de soles, seguido del MINSA con 9 proyectos por un valor de 2,464,200 de soles y las empresas privadas con 10 proyectos por un monto similar, finalmente se encuentran las instituciones privadas sin fines de lucro y la Marina de Guerra de Perú, con 3 y 1 proyecto por montos de 789,473 soles y 200,000 soles, respectivamente.

Del total de fondos asignados a los proyectos liderados por universidades, el 74% se concentran en 3 de ellas (Universidad Peruana Cayetano Heredia, Pontificia Universidad Católica del Perú, Universidad Nacional Mayor de San Marcos).

25 *Asimismo, mediante el Decreto Legislativo Nº 1473, el Poder Ejecutivo autorizó al Concytec a realizar transferencias financieras durante el año fiscal 2020 a favor de entidades públicas o universidades privadas que salieran ganadoras de estas convocatorias. Cabe precisar que estos fondos fueron ejecutados a través del Fondo Nacional de Desarrollo Científico, Tecnológico y de Innovación Tecnológica, Fondecyt, órgano executor del Concytec.*

26 *Puede acceder a través del siguiente enlace: <http://COVID-1919.concytec.gob.pe/index.php/oportunidades-fondos-nacionales/item/59-organizacion-de-eventos-de-ciencia-tecnologia-e-innovacion-para-la-lucha-contra-la-pandemia-del-COVID-19>*

Tabla 21. Principales convocatorias destinadas al financiamiento de proyectos para dar respuesta a la pandemia de la COVID-19

Nombre del proyecto	Áreas temáticas (Nº de proyectos)	Monto por área temática	Nº de proyectos	Monto total financiado	Entidades beneficiadas
Proyectos Especiales: Respuesta al COVID-19	Desarrollo Tecnológico e Innovación (12)	S/.2,165,828	29	S/ 6,077,271	Universidades, Empresas privadas, MINSa,INS, Marina de Guerra del Perú
	Desarrollo y/o Validación de Sistemas de Detección (4)	S/.1,116,190			
	Estudios Epidemiológicos y Sociales (5)	S/.997,395			
	Telesalud y Salud Móvil (5)	S/.747,858			
	Tratamiento (5)	S/.1,050,000			
Proyectos Especiales: Modalidad - Necesidades Emergentes al COVID-19	Accesorios Sanitarios (5)	S/.717,871	21	S/ 4,866,769	Universidades, Empresas privadas, instituciones privadas sin fines de lucro, MINSa,INS, Instituto Nacional Materno Perinatal; Seguro Social de Salud
	Diagnóstico(2)	S/.599,018			
	Epidemiología y Prevención (6)	S/.1,790,530			
	Tratamiento y Transmisión del SARS- Cov-2 (1)	S/.236,000			
	Vacunas, Antígenos y Antivirales (3)	S/.1,042,750			
	Vigilancia y Salud Digital (1)	S/.132,700			
	Investigaciones Sociales y Económicas (3)	S/.347,900			
Proyectos de Investigación en Biotecnología Perú-Chile: COVID-19	Biotecnología en COVID-19 -19 (3)	S/.838,543	3	S/ 838,543	universidades
“Proyectos Especiales: Modalidad – Programas de Capacitación en Respuesta al COVID-19	Diplomados (3)	S/.957,000	4	S/ 1,055,423	universidades
	Cursos cortos (1)	S/.98,423			
Proyectos Especiales: Modalidad – Escalamiento de Proyectos COVID-19	Desarrollos Tecnológicos e Innovación (2)	S/.400,000	5	S/ 999,996	Universidades y empresas
	Desarrollo y/o Validación de Sistemas de Detección (3)	S/.599,996			
“Proyectos especiales modalidad escalamiento de kits de diagnóstico, dispositivos y tecnologías médicas para la COVID-19”	Dispositivos y tecnologías médicas (3)	S/.1,883,225	5	S/ 3,283,225	Universidades y INS
	Kit de diagnóstico (2)	S/.1,400,000			
			67	S/ 17,121,226	

Fuente: Concytec

Lamentablemente no existe información disponible de los principales resultados de todos los proyectos financiados para la atención de la COVID-19, sin embargo, algunos de ellos cobraron un rol trascendental durante el manejo de la pandemia,

como es el caso del respirador artificial Samay²⁷, desarrollado por la Marina de Guerra del Perú, el cual contó con el financiamiento de 200 mil soles por parte de Concytec para su perfeccionamiento, y posteriormente a raíz de un convenio entre la Marina de Guerra del Perú, la Confiep y el Ministerio de Salud, se coordinó la producción y entrega de 100 respiradores artificiales (Concytec, 2020b), entregando las primeras 25 unidades en julio del 2020. Actualmente este producto cuenta con certificaciones de calidad como la Norma ISO 9001:2000, Norma ISO 14000:2004 y Normas MIL.

Otro proyecto similar fue el ventilador mecánico MASI, desarrollado por la Universidad Católica del Perú, que contó con un financiamiento de 200,000 soles, y posteriormente en conjunto con las firmas Brein Hub, DIACSA, EAT y Zolid design, se logró donar 275 ventiladores (El Peruano, 2023).

En cuanto, a la elaboración de pruebas rápidas, el laboratorio de Neurobiología del Desarrollo Científicos de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH), junto con expertos de Essalud, las universidades de Stanford (EE.UU.) y Kiel (Alemania) y del Instituto Riken (Japón), elaboraron Rapid Coronavirus-Sensitive Monitoring from Saliva (RCSMS), proyecto que contó tanto con el financiamiento del Concytec, así como de otras entidades, incluida la cooperación internacional.

Si bien el equipo de investigadores anunció en junio del 2020 que se logró crear el prototipo de la prueba, hubo una serie de retrasos que implicó que la etapa de validación se culminara recién en abril del 2021. Tras esta etapa, los investigadores transfirieron la tecnología a Bionext, empresa que se encargaría de gestionar ante la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (Digemid), del Ministerio de Salud, la autorización para la fabricación y comercialización de la misma. Sin embargo, al consultar las autorizaciones excepcionales COVID-19 del portal del Digemid no se encuentra su registro. Entre las causas de este retraso se encontraban las barreras burocráticas y normativas, dado que era un camino y proceso nuevo para el cual no estaba preparados ni los entes reguladores ni el MINSA (Diario El Comercio, 2021).

En ese sentido, la reciente aprobación de la Ley N° 31675 que “Fortalece la investigación científica, el desarrollo tecnológico y la innovación nacional de los productos farmacéuticos y los dispositivos médicos y promueve su uso en la práctica médica y de salud”, es un avance, pues en sus articulados tercero y cuarto establecen la priorización de la evaluación de los procedimientos en el Registro Sanitario y la agilización de los procedimientos administrativos, legales y médicos necesarios para la validación y la certificación de los proyectos nacionales de investigación, desarrollo tecnológico e innovación, por parte del Ministerio de Salud y sus órganos competentes.

27 *“Samay”, es un equipo electrónico y electroneumático que reemplaza la ventilación pulmonar espontánea de las personas con insuficiencia respiratoria aguda o crónica mediante ventilación mecánica del control positivo de presión.*

De otro lado, según lo señalado por el Concytec, de los proyectos que han financiado, un grupo mayoritario de estos han generado desarrollos tecnológicos y están en una madurez intermedia, siendo necesario establecer mecanismos innovadores que permitan agilizar su desarrollo (Concytec, 2022).

Para Quispe (2023), la pandemia permitió a los países entender el valor de invertir en investigación para poder solucionar los problemas de la emergencia sanitaria provocada como consecuencia de la pandemia de la COVID-19, y el Perú no fue la excepción. Se canalizaron los recursos a través de Concytec y se logró financiar muchos proyectos que fueron implementados y tuvieron un impacto directo en salvar vidas; lamentablemente después de estas convocatorias no volvió a apostar por la ciencia, ello a raíz de que algunos de los proyectos se vieron inmersos en problemas de corrupción.

Un claro ejemplo de cómo las actividades vinculadas al desarrollo y fomento de la CTI se vieron envueltas en actos de corrupción fue el famoso caso del Vacunagate, cuyas implicancias en el acceso a vacunas fueron señaladas en las secciones previas. Este escándalo involucró a una de las universidades más prestigiosas del país y con amplia trayectoria en desarrollo de I+D en el ámbito de la salud, y este hecho conllevó a que el INS suspenda del registro del Centro de Investigación 033 del Centro de Estudios Clínicos de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH) para nuevos ensayos clínicos (El Peruano, 2021c), por lo cual este hecho impactó indirectamente al desarrollo de la CTI. Ante este hecho es preciso resaltar que en nuestro país el grueso de la inversión en CTI financiada por el Estado es ejecutada básicamente por las universidades.

Para el exministro de Salud, el Dr. Víctor Zamora, los escándalos de corrupción en torno a los ensayos clínicos para obtener la vacuna contra la COVID-19, ha cerrado una veta de oportunidades para el desarrollo del I+D en el país, puesto que el desempeño reputacional del Perú en el mundo de la investigación ha quedado mal posicionado.

En ese sentido, la corrupción en el país fue la principal limitante para dar continuidad al impulso que había ganado la investigación, ciencia y tecnología en ese momento como mecanismo de solución a los problemas del país. Por tanto, la promoción de la ciencia y tecnología en el país no solo requiere de mayores recursos, sino del establecimiento de políticas y normativas que permitan que las iniciativas científicas se materialicen en el tiempo, además de implementar mecanismos de rendición de cuentas transparentes que permitan identificar de forma oportuna cualquier indicio de corrupción que pueda surgir y sancionar ejemplarmente a aquellas personas involucradas en cualquier acto de corrupción que impacte en desarrollo del país y la calidad de vida.

Recuadro 1: Corrupción durante la pandemia de la COVID-19

De acuerdo con la Contraloría General de la República del Perú (CGR), los recursos que el país perdió como consecuencia de la corrupción e inconducta funcional ascendieron a 23 mil millones de soles en 2019, recursos que habrían permitido reducir en 88%²⁸ la brecha total de infraestructura del sector salud. En el caso del sector Salud, la corrupción implicó la pérdida de 1,152 millones de soles, recursos que hubieran permitido la construcción de 230 centros de salud del primer nivel de atención y 5.8 hospitales de segundo y tercer nivel de atención, cifra que se incrementa a 116 hospitales si consideramos el costo total de la corrupción para dicho año (Contraloría General de la República, 2020).

La pandemia de la COVID-19 no solo implicó grandes desafíos dada la fragilidad de nuestro sistema de salud y las debilidades institucionales, sino que agudizó los casos de corrupción. De acuerdo con la Procuraduría Pública Especializada en Delitos de Corrupción (2021), durante el periodo de emergencia sanitaria y hasta el 31 de junio del 2021 se habían registrado 1,446 casos de corrupción a nivel nacional, siendo el peculado y la colusión los delitos de corrupción más recurrentes. Asimismo, entre las modalidades delictivas predominantes se encuentran pedidos de contratación innecesarios y/o que no satisfacen la necesidad, la contratación de empresas que se dedican a una actividad económica distinta al rubro de la contratación, el direccionamiento de contrataciones para beneficiar a algún proveedor, la utilización fraudulenta de empresas fachada, la sobrevaluación indebida de precios, el incumplimiento de las especificaciones técnicas y la apropiación y aprovechamiento indebido de bienes con fines asistenciales.

Es así como, el impacto de la corrupción se manifestó en los resultados que el país tuvo en cuanto al manejo de la pandemia. El daño patrimonial producido por la corrupción en 2020 fue de más de S/ 22 mil millones, monto equivalente a 12.6% del presupuesto público ejecutado en dicho año, asimismo se presentó mayor

28 De acuerdo con el plan de Plan Nacional de Infraestructura para la Competitividad – PNIC 2019, la brecha de infraestructura de acceso básico del país para el corto plazo, 2019-2024, es de 117,183 millones de soles, de los cuales 27,545 millones de soles corresponden al sector salud.

incidencia de corrupción en los gobiernos regionales (15.7%) y locales (17.6%), observándose una migración de la corrupción e inconducta funcional a los gobiernos subnacionales. La Contraloría, estimó el costo de oportunidad de la corrupción en la adquisición de bienes o servicios, la inversión en infraestructura y la contratación de personal²⁹; observándose que el perjuicio económico a causa de la corrupción a nivel subnacional hubiera servido para contrarrestar las diferentes carencias del sistema de salud durante la atención de las primeras olas de la pandemia, permitiendo la instalación de 481 centros de salud (primer nivel de atención); el establecimiento de 5,394 plantas de oxígeno, con las cuales se pudo cubrir la necesidad de oxígeno en todos los distritos del país. En términos de recursos humanos y servicios profesionales necesario para el establecimiento de áreas de servicio de emergencia se pudieron habilitar 5,153 UCI compuestas por 12 profesionales (2 Intensivistas, 5 Enfermeras intensivistas, 5 técnicos en enfermería) y el pago de dichas áreas por un año (Contraloría General de la República, 2021).

En el caso del sector salud, este se ubicó como el tercer sector con mayor perjuicio económico a causa de la corrupción, siendo superado por el sector Transportes y Educación, sin embargo, se observó una contracción de -42% (el perjuicio económico para el año 2020 en el sector salud fue de 662.7 millones de soles); por tanto "... La ineficiencia pareciera explicar buena parte de los fracasos de gestión en el sector salud..." (Contraloría General de la República, 2021, pág. 38).

Los actos de corrupción en el 2021 le costaron al Perú S/ 24,262.9 millones de soles, de los cuales 2,008.8 millones de soles corresponden al sector salud, es decir, que el perjuicio económico fue 3 veces más que lo registrado en 2020. Al analizar el perjuicio económico causado por la corrupción al interior del sector salud según genérica de gasto, más de la mitad de los recursos perdidos corresponden al gasto en la compra de bienes y servicios (54.3% equivalente a 1,091.5 millones de soles), lo cuales estuvieron destinados principalmente en la "...adquisición de suministros médicos y la contratación administrativa de servicios (CAS), aspectos que fueron esenciales para incrementar la atención de casos por COVID-19, así como el propio proceso de vacunación y otros" (Contraloría General de la República, 2022, pág. 35).

Asimismo, la Contraloría General de la República del Perú sostiene que: "Analizando la incidencia al interior del sector, las estimaciones arrojan que el Centro Nacional

29 *La Contraloría General de la República del Perú estimó el perjuicio económico asociado tanto al rubro de Adquisiciones (Genérica de gasto: Bienes y Servicios), Inversión Pública (Genérica de gasto: Activos no financieros), como a Personal y otros (demás genéricas de gasto); y su costo de oportunidad en función a dicho perjuicio extrapolado por el nivel de gobierno subnacional (regional y local) en cada departamento, descontando a Lima Metropolitana. Se determinó que en 2021 el perjuicio económico fue de: S/ 2 864 276 452 por Perjuicio Extrapolado Abastecimiento;*

de Abastecimientos de Recursos Estratégicos de Salud (Cenares), el Ministerio de Salud y algunos hospitales de Lima Metropolitana son las entidades públicas que habrían sufrido el mayor impacto por daño patrimonial por corrupción e inconducta funcional, llegando a explicar el 63% de la pérdida del sector” (Contraloría General de la República, 2022, pág. 35). De esta forma se evidencia que la corrupción ha venido restándole capacidad al Estado peruano para proveer bienes y servicios públicos de calidad a su población, particularmente en momentos tan críticos como los vividos a partir de la pandemia, lo cual hace imperativo el fortalecimiento de estrategias y políticas anticorrupción y de integridad institucional, además de garantizar la ética de los funcionarios públicos.

Una de las principales lecciones que nos deja la pandemia de la COVID-19 es la enorme necesidad del desarrollo CTI y la investigación científica en el país, especialmente en sectores críticos como el sector salud, dado su enorme contribución en el manejo de la emergencia sanitaria, puesto que ha permitido fortalecer las unidades de inteligencia sanitaria y generar evidencia científica, actualizada y oportuna para hacer predicciones, implementar sistemas de monitoreo que permitieron conocer cómo avanzaba el virus, propiciando así la toma de decisiones basadas en la mejor evidencia disponible; sin embargo, y tal como ha sido señalado por los entrevistados para este informe, mucho de lo avanzado en este ámbito se ha perdido dado que la relevancia e importancia ganada por la CTI ha ido disminuyendo conforme la pandemia se iba conteniendo, aunado a los cambios ministeriales que presentó el sector en los últimos años. En ese sentido, el gran desafío es la implementación de acciones a favor de la consolidación del ecosistema de CTI en el país y que estas sean sostenibles en el tiempo y estén orientadas a subsanar los factores que han venido limitando su desarrollo.

3.2 Cooperación regional y coordinación de políticas sanitarias.

De acuerdo con los datos del Observatorio COVID-19 de la CEPAL a nivel de la región se han implementado 809 acciones en materia de salud, las cuales han estado orientadas al establecimiento de cuarentenas obligatorias, estrategias para detección del virus, fortalecimiento de hospitales, adquisición de ventiladores mecánicos, camas UCI adicionales, equipos de protección, entre otros; y en el caso de las medidas de vacunación la región en su conjunto implementó 516 acciones.

S/2 400 930 851 por perjuicio extrapolado Inversión, y S/4 489 498 259 por perjuicio extrapolado RRHH y Otros.

Se observa una alta heterogeneidad en el número de medidas emprendidas por los países³⁰, ya que, de un lado tenemos a Chile que emprendió 195 medidas en materia de salud y 55 en vacunación, y en el otro extremo se encuentra Bolivia con 7 acciones tanto en salud como vacunación. Por su parte, Perú emprendió 21 y 27 acciones en salud y vacunación, respectivamente. De esta forma, se puede visibilizar que los países actuaron de manera unilateral al atender la pandemia, tanto en la búsqueda de recursos materiales y humanos, como en las negociaciones por el acceso a las vacunas (Álvarez, 2022).

3.2.1 Mecanismos de compras conjuntas de las vacunas a nivel regional

En junio de 2020, se realizó la Conferencia de Alto Nivel: “Juntos por una respuesta para América Latina y el Caribe ante la COVID-19”, organizada por el gobierno español, en la que participaron 9 presidentes de la región³¹, dentro de ellos el de Perú, además representantes de instituciones financieras como el Fondo Monetario Internacional, el Banco Mundial, el Banco Interamericano de Desarrollo, el Banco de Desarrollo de América Latina, el Banco Centroamericano de Integración Económica, así como la CEPAL y la Secretaría General Iberoamericana y la Comunidad del Caribe. El objetivo de este encuentro fue impulsar la articulación de instrumentos de apoyo, tanto de financiación como de asistencia técnica para hacer frente a las consecuencias socio-económicas de la crisis y recuperar la senda del crecimiento inclusivo y sostenible.

Producto de esta reunión los países y organismos participantes suscribieron una declaración en donde se reiteró la necesidad de adoptar un enfoque innovador y ambicioso que permita mitigar el impacto de esta crisis y responder de forma oportuna y decidida, aumentando los recursos destinados a la región, flexibilizando sus instrumentos y agilizando los procesos de desembolso, entre otros (La Moncloa, 2020), siendo la meta lograr que las instituciones financieras pongan en marcha herramientas que aseguren la liquidez y los flujos de capital, que amplíen el “espacio fiscal” de los países con mayores dificultades de acceso a la financiación, y que reimpulsen la actividad productiva o que refuercen los sistemas de salud (Carolina Fundación, 2020), aunque dejando en un segundo plano aspectos fundamentales como la compra conjunta de insumos médicos o pruebas de diagnóstico.

Al respecto, el exministro Hernando Cevallos sostuvo que durante su periodo de gestión se llevó a cabo una reunión de ministros de salud de la región, en la cual se intercambiaron experiencias e información de las acciones que se venían

30 Los datos corresponden a la información reportada por los países entre marzo del 2020 y marzo del 2021 para el caso de Bolivia y Perú; y marzo del 2020 a enero 2022 en el caso de Chile.

31 Argentina, Colombia, Costa Rica, Chile, Ecuador, Perú, Paraguay, República Dominicana y Uruguay.

emprendiendo en el manejo y contención de la pandemia. No obstante, no se logró establecer una hoja de ruta o un plan de trabajo conjunto entre los países.

La falta de coordinación y de articulación de políticas conjuntas eficientes que ayudasen a controlar la pandemia y sus efectos sociales y económicos también se visualizó a nivel de bloques o espacios de integración. El Perú forma parte de esquemas de integración a nivel subregional como son la Comunidad Andina de Naciones (CAN) y la Alianza del Pacífico, y es Estado asociado del Mercosur.

A nivel de la CAN, en abril del 2020 los Ministros de Relaciones Exteriores y de Comercio Exterior de la Comunidad Andina, expresaron su preocupación por la propagación en la región del Coronavirus en la región, comprometiéndose a compartir en tiempo real, información epidemiológica y diagnósticos del avance de esta enfermedad, para la oportuna toma de decisiones, además del intercambio de experiencias exitosas en la mitigación de la expansión del virus. Remarcaron la importancia, de fortalecer los mecanismos de integración sanitaria regional para lograr resultados rápidos y eficientes frente a la crisis y su voluntad para que las autoridades competentes evalúen posibles medidas viables para la compra conjunta de insumos médicos a fin de responder efectivamente a las necesidades generadas por la emergencia (CAN, 2020).

Del mismo modo, en el marco de la XXI Reunión del Consejo Presidencial Andino, celebrada en julio de 2021, los presidente de la región Andina manifestaron su “voluntad para realizar todos los esfuerzos necesarios para que la Comunidad Andina coadyuve a la reactivación económica sostenible y a la reconstrucción social”, además de resaltar la “necesidad de contrarrestar el impacto de la pandemia de la COVID-19 y promover la cooperación para alcanzar el acceso universal, equitativo, solidario y transparente de las vacunas para inmunizar a la población”, reconociendo las vacunas y medicamentos contra la COVID-19 como un bien de salud pública global y haciendo un “llamado a la distribución justa de las vacunas; así como a los fabricantes y proveedores, con la finalidad de potenciar el mecanismo COVAX, y facilitar adquisiciones directas de los países para superar las dificultades presentadas para el aprovisionamiento de los países en desarrollo, de renta media y baja” (CAN, 2021).

Las principales medidas impulsadas por la CAN, estuvieron orientadas a la facilitación del comercio, la simplificación de trámites para comercializar productos de higiene doméstica y absorbentes de higiene personal, digitalización de procesos, establecimiento de la agenda digital, el Protocolo de bioseguridad para proteger al sector agropecuario, apoyo a las pymes andinas y promoción del e-commerce, y la generación de una guía para la Coordinación de la Asistencia Humanitaria de los Países Miembros de la Comunidad Andina (Fairlie, 2022).

En ese sentido, muchas de las acciones en materia de salud que implicaban una coordinación conjunta fueron de carácter declarativo y no llegaron a concretarse. No obstante, a través del Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue, organismo que forma parte del Sistema Andino de Integración (SAI) se ha venido realizando diferentes reuniones con las autoridades nacionales de salud para intercambiar y analizar las estrategias y desafíos para enfrentar la pandemia de la COVID-19 y sus consecuencias. Asimismo, se generaron informes semanales de análisis de la situación de la pandemia a nivel de la región andina y en cada uno de los países miembros. Del mismo modo, se llevaron a cabo una serie de webinars, para abordar la evolución de la pandemia y sus repercusiones en la población de la región Andina (ORAS-CONHU, 2022).

En mayo del 2020, se trabajó de forma conjunta con el Parlamento Andino, la propuesta de Norma Comunitaria para la “Estrategia andina sobre dispositivos médicos”, que tiene como objetivo establecer líneas de acción estratégicas para que, de manera conjunta, los países de la región andina fortalezcan sus políticas públicas y legislación para el desarrollo, compra y transferencia de dispositivos médicos que respondan a las necesidades de la población, cumpliendo con estrictos estándares de calidad y seguridad (ORAS-CONHU, 2021). Esta propuesta normativa fue aprobada por el Parlamento Andino en enero del 2021³², sin embargo, para que sea parte del acervo legislativo de la CAN debe ser aprobada por el Consejo Andino de Ministros de Relaciones Exteriores.

Otro esfuerzo en esta misma línea se dio en el 2022, durante la reunión del Comité Andino Acceso a Medicamentos, en donde se aprobó la resolución REMSAA XXXIV/5: Mecanismos para la negociación y adquisición de medicamentos e insumos a nivel regional, en la cual los países establecieron una lista de medicamentos prioritarios para una compra conjunta, no obstante, esta lista no contempla ningún medicamento asociado a la detección, tratamiento y prevención de la COVID-19, y mucho menos a la adquisición de vacunas.

Actualmente, este órgano del Sistema andino de integración viene liderando el Proyecto “Fortalecimiento de la toma de decisiones en el control de la pandemia COVID-19 mediante la Vigilancia Genómica en los países de Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú”, que recibe financiamiento del Banco Interamericano de Desarrollo. A través de este proyecto se busca establecer una plataforma andina en la que se registren en tiempo real los resultados de la secuenciación del SARS-CoV-2, y que al mismo tiempo permita intercambiar información, experiencias, aprendizaje y mejorar competencias, además de conocer si en el territorio andino están circulando nuevas variantes de preocupación y/o variantes de interés y caracterizarlas, lo cual

32 Mediante la Recomendación N°460.

permitirá ajustar la respuesta en salud pública y tomar decisiones informadas en el control de la pandemia (ORAS- CONHU, 2023).

A nivel de la Alianza del Pacífico; las principales respuestas para hacer frente a la pandemia se dieron a través del “Plan de Trabajo Frente al COVID-19”, el cual estaba compuesto por 13 ejes: intercambio de información; la facilitación del comercio; encadenamientos productivos; apoyo a las pymes; turismo; cultura, servicios; comercio electrónico; promoción comercial; becarios; genero; fondo de cooperación; innovación (Alianza del Pacífico, 2020). Este plan estaba principalmente orientado al establecimiento del intercambio de información sobre las medidas arancelarias y restricciones a la exportación impuestas por los países de la Alianza y buscaba destrabar el flujo comercial intra-Alianza de insumos críticos para enfrentar la pandemia, así como medidas concentradas en la facilitación del comercio (Álvarez, 2022).

La coordinación de los países de la Alianza no implicó una posición común o una respuesta colectiva para abordar temas en materia de gobernanza sanitaria regional como el acceso a las vacunas, o la compra colectiva de insumos, lo que implicó una mayor heterogeneidad en el grado de avances de la vacunación contra la COVID-19 de sus Estados miembros, generando una mayor profundización de brechas existentes (Oyarzún, 2021).

A nivel del Mercosur, desde la perspectiva de autores como Alden y Dunst (2020) pudo haberse convertido en una plataforma de coordinación de políticas regionales en materia de salud, comercio y movilidad humana, dado el peso de las economías de los Estados que la componen, así como el nivel de desarrollo científico que estas tienen; no obstante, tuvo una respuesta muy reservada. Al igual que el resto de bloques de integración, el Mercosur emprendió acciones para evaluar la posibilidad de rebajar los aranceles aplicados a los productos e insumos destinados a la prevención de enfermedades y al cuidado de la salud, acordando la libre circulación de cargas, mercaderías e insumos, así como la adopción de medidas económicas y acceso a préstamos con organismos internacionales como el BID, FONPLATA y la CAF (Mercosur, 2020)³³.

En relación con las acciones en salud, los presidentes integrantes de este bloque acordaron analizar la “posibilidad de realizar las compras de insumos y medicamentos en forma conjunta. (...) y la necesidad de realizar compras públicas en materia de insumos hospitalarios y médicos en forma conjunta, para que se pueda obtener un mejor precio y lograr una mayor facilidad en la adquisición”. Este punto volvió a ser abordado en 2022, en el marco de IV Reunión Extraordinaria de Ministros de Salud del Mercosur y Estados Asociados, donde los ministros de salud resaltaron la

33 Véase: <https://www.mercosur.int/los-presidentes-de-la-region-acuerdan-medidas-para-combatir-el-COVID-19/>

necesidad de establecer compras conjuntas de medicamentos para la COVID-19 y otras enfermedades de tratamientos de alto costo (OPS, 2022a).

Asimismo, el Mercosur movilizó fondos regionales para apoyo financiero de emergencia y la compra de suministros médicos a través de Fondo para la Convergencia Estructural del MERCOSUR (FOCEM)³⁴, que otorgó un aporte de 16 millones de dólares al proyecto Plurinacional “Investigación, Educación y Biotecnologías aplicadas a la Salud” (Mercosur, 2020), recursos que fueron destinados íntegramente al combate coordinado contra la COVID-19. Parte de estos recursos (5.8 millones de dólares) fue destinado a fortalecer la capacidad de diagnóstico del virus, con la compra de equipamiento, insumos, materiales para la protección de los operadores y kits para su rápida detección (CONIET, 2020).

Tal como se ha podido observar, los diferentes esquemas regionales del cual es parte el Perú, no fueron capaces de articular mecanismos ni medidas coordinadas en materia de salud como parte de las respuestas a la pandemia, y la mayoría de las acciones emprendidas en este ámbito fueron declarativas. A nivel de la región, solo el Sistema de la Integración Centroamericana (SICA) fue el único que estableció de forma conjunta y ágil un “Plan de Contingencia Regional”, que abarcaba ámbitos como: salud y gestión de riesgo; comercio y finanzas; seguridad, justicia y migración; comunicación estratégica; y gestión de la cooperación internacional (SICA, 2020).

La falta de coordinación entre los países de la región para la atención de la pandemia de acuerdo con Ríos Sierra (2020), se debió a que la COVID-19 encontró a la región “con una arquitectura regional muy endeble y sin mecanismos colectivos que permitan desarrollar respuestas comunes, mínimamente articuladas” (Ríos Sierra, 2020, pág. 219).

Esta falta de coordinación; nos colocó en una situación vulnerable, durante el proceso de negociación y adquisición de vacunas ante el “Big Pharma” y el oligopolio farmacéutico que se generó a nivel mundial. Las grandes empresas farmacéuticas establecieron una serie de cláusulas de confidencialidad en los contratos para la adquisición de las vacunas, lo cual no solo implicaba mantener oculto los precios de las vacunas, para así jugar con la capacidad de negociación de cada país al momento de establecer los precios en contratos, también establecían cláusulas abusivas para los países, entre las que sobresalían que los gobiernos no buscarán el pago de una indemnización ante las empresas farmacéuticas por efectos adversos de las vacunas (es decir otorgarles indemnidad), y en algunos casos se exigía que los gobiernos pongan sus activos soberanos en garantía para cubrir posibles costos

34 *Mecanismo solidario de financiamiento propio de los países del MERCOSUR y tiene por objetivo reducir las asimetrías del bloque.*

legales a futuro; asimismo, se exigía flexibilidad en los calendarios de entrega, estrictas protecciones a sus patentes y prohibiciones para los países de donar o revender dosis (Ojo Público, 2021g; Universidad del Externado, 2021). Estas cláusulas variaban según la empresa farmacéutica.

Los entrevistados para este estudio coincidieron en que el nivel de secretismo, confidencialidad y exigencias establecidas en los contratos con las grandes farmacéuticas, colocaron al país en una escasa o nula capacidad de negociación, pues de estas dependían de que el gobierno cuente con la única herramienta que podía atenuar el avance de la pandemia y salvar miles de vidas, resaltando que de haber existido mecanismos o estrategias regionales para la adquisición de vacunas, los países de la región no solo hubieran tenido mejores condiciones dentro del proceso de negociación y las transacciones realizadas, sino que el grado de avance en el proceso de vacunación hubiera sido más homogéneo.

En suma, la pandemia nos ha dejado grandes lecciones de las cuales se debe de aprender para estar preparados ante futuros escenarios adversos. Para autores como Riggiozzi (2020), “la cooperación en materia de salud acumula una larga trayectoria en la región y se ha demostrado que se pueden alcanzar consensos regionales, a pesar de las divergencias entre los países”. Asimismo, la OCDE (2021) señala que “La convergencia entre los mecanismos de integración y las instituciones existentes podría ofrecer una oportunidad para impulsar las inversiones en conocimiento y tecnología, desarrollar la capacidad productiva y superar la fragmentación del mercado regional” (pág. 35).

Ante ello debemos ver a la integración regional como una plataforma estratégica que propicie el diseño y adopción de políticas regionales no solo en materia económica y facilitación de comercio, sino en políticas sociales y sanitarias que generen bienestar social e impulsen al mismo tiempo un desarrollo económico sostenible y equitativo. Por tanto, es necesario que las acciones a futuro sean abordadas no solo desde la visión país, sino desde el ámbito regional a fin de establecer mecanismos y soluciones articuladas entre los países de la región.

3.2.2 Desarrollo de cadenas de valor regionales en industria farmacéutica y de insumos médicos y la auto suficiencia sanitaria

La crisis generada por la COVID-19 ha conllevado a la reconfiguración de las cadenas mundiales de suministros y el impulso hacia el reacomodo geográfico de la producción, privilegiando la localización de las inversiones en economías geográficamente cercanas, es decir, existiendo una tendencia hacia la regionalización de la producción. De otro lado, resulta indispensable disminuir nuestra dependencia de las manufacturas importadas, especialmente en cuanto a medicamentos,

insumos y productos médicos, así como la producción de vacunas, lo que implica: impulsar tanto a nivel nacional como regional estructuras de investigación y desarrollo tecnológico que garanticen la producción de estos bienes y el desarrollo de cadenas regionales de valor en estas industrias, así como el establecimiento de políticas industriales y productivas a nivel regional que permitan a nuestras economías fortalecer capacidades productivas existentes y generar otras nuevas en sectores estratégicos (CEPAL, 2020c; OECD et al, 2021).

La pandemia ha mostrado que la región cuenta con capacidades de investigación y desarrollo tecnológico que han permitido suplir las deficiencias del sistema de salud y las cadenas de suministros, pues se desarrollaron diversas iniciativas que permitieron proveer de equipos e insumos y servicios esenciales (ventiladores mecánicos, equipos de protección para los profesionales de salud, mascarillas, alcohol en gel, entre otros) al sistema de salud para enfrentar la pandemia en momentos en donde estos productos eran escasos en el mercado internacional.

A esto se suma el desarrollo de vacunas contra la COVID-19, como es el caso de Cuba que desarrolló más de cuatro vacunas, entre ellas Abdala, Soberana 2, Soberana Plus; a través del Instituto Finlay de Vacunas y el Centro de Ingeniería Genética y Biotecnología. O el caso de vacuna ButanVac, desarrollada por Brasil la cual se encuentra en segunda fase de los ensayos clínicos para analizar la consistencia de las dosis de refuerzo, la seguridad del inmunizante y la capacidad de inmunización. Y en el caso de México, la empresa Avimex estaba participando en el desarrollo de una vacuna creada por la Escuela de Medicina Icahn de Mount Sinai y la Universidad de Texas, (CEPAL, 2021). Además, se lograron acuerdos con grandes farmacéuticas para producir vacunas en la región, tal es el caso AstraZeneca-Oxford (Vaxzevria) en México y Argentina; Sinovac (Coronavac) en Brasil; Gamaleya (Sputnik V) en Argentina y Brasil; CanSino (Convidecia) en México y CIGB (Abdala) en Argentina, Cuba y Venezuela (CEPAL, 2021b).

Es así como, a partir de la pandemia los países de la región han puesto mayor interés en reevaluar su capacidad productiva y tecnológica en las industrias de bienes y servicios vinculados al sector de la salud, la cual se manifestó expresamente en 2021 en el marco de VI Cumbre de Jefes y Jefes de Estado y de Gobierno de la Comunidad de Estados Latinoamericanos y Caribeños (CELAC) en donde se “Reconoce la urgente necesidad global de continuar respondiendo a la prevención y contención de la pandemia de COVID-19 y reitera su compromiso de incrementar la cooperación internacional y la solidaridad, a fin de apoyar y fortalecer las capacidades e infraestructuras para la producción y distribución de vacunas, medicamentos e insumos para la salud en América Latina y el Caribe” (CELAC, 2021, pág. 3), hecho que ha sido ratificado recientemente durante su VII cumbre, en donde se reconoció y resaltó “la importancia de perfeccionar la coordinación de las

capacidades nacionales y potenciarlas para enfrentar mejor los desafíos actuales y futuros en materia sanitaria, promoviendo un enfoque solidario y de cooperación” (CELAC, 2023, pág. 5).

Es así como, desde la CELAC, se diseñó en 2021 el plan de autosuficiencia sanitaria para América Latina y el Caribe, el cual fue aprobado por los Estados miembros de CELAC, del cual también es parte el Perú. Este plan busca fortalecer la producción y distribución de medicamentos, en especial vacunas, en los países de la región y reducir la dependencia externa, además de asegurar un mercado estable de gran escala para dichos productos, incentivar la investigación y el desarrollo de proyectos innovadores, apoyar la producción local y la integración en cadenas regionales de producción, estableciendo para ello siete líneas de acción: i) Fortalecer los mecanismos de compra conjunta internacional de vacunas y medicamentos esenciales; ii) Utilizar los mecanismos de compras públicas de medicamentos para el desarrollo de mercados regionales; iii) Crear consorcios para el desarrollo y la producción de vacunas; iv) Implementar una plataforma regional de ensayos clínicos; v) Aprovechar las flexibilidades normativas para acceder a propiedad intelectual; vi) Fortalecer mecanismos de convergencia y reconocimiento regulatorio; y vii) Fortalecer los sistemas de salud primaria para el acceso universal a vacunas y su distribución equitativa (CEPAL, 2021b).

Del mismo modo, la CEPAL ha identificado al sector farmacéutico y a la industria de insumos médicos, como sectores dinamizadores y con oportunidades de inversión y colaboración entre los países de la región (CEPAL, 2023), resaltando la necesidad de promover una mayor innovación en la industria de la salud y establecer una agenda que esté orientada a incrementar el aporte público a las actividades de investigación y desarrollo; fortalecer los centros de excelencia públicos, universitarios o privados; promover la conexión entre los actores del sistema de innovación de las industrias de la salud; además de mejorar los procesos de patentamiento, registro y aprobación de productos y procesos. Al mismo tiempo, se plantea fomentar el proceso formativo a través del intercambio de estudiantes e investigadores; promover el reconocimiento mutuo del registro de medicamentos, y generar o mejorar la capacidad instalada para estas industrias dentro de los países de la región (CEPAL, 2020d).

En ese sentido, es necesario que los países de la región realicen una adopción efectiva del Plan de Autosuficiencia Sanitaria, aprobado por la CELAC y lleven a cabo cada uno de los lineamientos que conforman el citado plan, fortaleciendo sus capacidades nacionales y generando y propiciando una mayor articulación regional, especialmente en temas sanitarios. Asimismo, se debe de contrarrestar los efectos de la pandemia impulsando aquellos sectores con mayor capacidad de crecimiento y dinamismo y que al mismo tiempo permitan acortar nuestra dependencia del

sector externo como lo son la industria farmacéutica y de insumos médicos, las cuales requieren el fortalecimiento de las capacidades de desarrollo tecnológico e innovación en la región.

Por su parte, los organismos internacionales de la salud están teniendo un rol importante en la promoción de la colaboración y establecimiento de un marco para desarrollar la tecnología en los países de la región. Un ejemplo de ello es la plataforma Acceso Mancomunado a las Tecnologías contra la COVID-19 (C-TAP) de la OMS, que se estableció en 2020 para facilitar el acceso oportuno, equitativo y asequible a productos de salud contra la COVID-19, y cuenta con el respaldo de 45 Estados miembros de la OMS, y entre sus socios implementadores se encuentran el PNUD, el Fondo de Patentes de Medicamentos, el Banco de Tecnología de la ONU y Unitaid.

Entre las principales prioridades del C-TAP se encuentran: fomentar la divulgación pública de los estudios sobre la secuencia genética del virus; promover la divulgación pública de todos los resultados de ensayos clínicos; alentar a los gobiernos y otras entidades que financian investigaciones a incluir disposiciones en los contratos con las empresas farmacéuticas sobre la diseminación y la publicación equitativa de datos sobre ensayos clínicos; conceder autorizaciones a grandes y pequeños fabricantes para producir tratamientos y vacunas; y promover modelos abiertos de innovación y transferencia tecnológica para aumentar la capacidad local de fabricación y suministro (OMS, 2020).

El C-TAP cuenta con tecnologías aportadas por el Consejo Superior de Investigaciones Superiores Científicas (CSIC) de España, institución que brindó una licencia global de acceso abierto de sus test serológicos de anticuerpos para la COVID-19, a fin de que estos lleguen a los países más necesitados. Así mismo, en 2022 se estableció un nuevo acuerdo de sublicencia con la compañía farmacéutica sudafricana BioTech África con la cual se permitirá acelerar la fabricación y venta de tecnología de serología de anticuerpos (OMS, 2022b). Otro grupo de tecnologías cedidas al C-TAP fueron las otorgadas por el Instituto Nacional de Salud (NIH) de los Estados Unidos, ya que a través del establecimiento de dos licencias, entregaron 11 nuevas tecnologías medidas para desarrollar vacunas y herramientas de diagnóstico (Dueñas, 2023).

Si bien el C-TAP ha presentado algunos avances, esta plataforma pudo haber tenido un gran impacto en la contención de la pandemia, así como el acceso a la vacuna de forma más equitativa. Lamentablemente sus respuestas fueron lentas porque las licencias cedidas se concluyeron entre finales del 2021 y mayo del 2022, tras haberse registrado grandes picos de contagio por COVID-19 a nivel global. De otro lado, al a fecha C-TAP no logró obtener el apoyo de la industria farmacéutica del sector privado para que esta ceda alguna licencia.

Para frenar la COVID-19 y futuras pandemias, dicho mecanismo requiere mayor compromiso y decisión. Para Wemos (2022) los factores que obstaculizaron el impacto del C-TAP fueron: el insuficiente financiamiento, pocos recursos humanos, falta de un mayor apoyo político, además de la falta de medidas enérgicas por partes de los Estados miembros para incentivar a las instituciones públicas de investigación a conceder licencias a C-TAP. Por tanto, para que el C-TAP alcance su máximo potencial es necesario impulsar su fortalecimiento, así como una mayor participación por parte de los gobiernos, la industria farmacéutica y la propia OMS.

Otro ejemplo es la OPS, organismo al que los Estados Miembros encargaron el establecimiento de una plataforma colaborativa que permita reunir a las personas más destacadas de los ámbitos público y privado que puedan ayudar a facilitar la expansión de la investigación, el desarrollo y la fabricación de vacunas y otras tecnologías de la salud. La Plataforma Regional para el Avance en la Producción de Vacunas y otras Tecnologías Sanitarias para la COVID-19 en las Américas tiene como objetivo fomentar la cooperación entre socios y países en la investigación e incentivar el desarrollo de tecnologías de salud esenciales y estratégicas en Latinoamérica y el Caribe, ampliando las capacidades de producción que garantice el acceso oportuno a productos seguros, eficaces y de calidad. En su documento de política (OPS, 2021b), se establecen una serie de propuestas y líneas estratégicas de acción para el fortalecimiento de las capacidades de investigación, desarrollo, producción y logísticas, incluyendo las vacunas.

Complementariamente, la OMS desde el 2021 viene impulsando el Centro de transferencia de tecnología para las vacunas de ARNm que tiene como objetivo ayudar a los fabricantes de los países de ingresos medios y bajos a producir sus propias vacunas, dotándoles de los conocimientos y los procesos necesarios para fabricar vacunas para contra la COVID-19 a la escala necesaria y de conformidad con las prácticas adecuadas de fabricación de la OMS (OMS, 2021b). Este centro se caracteriza por actuar de manera multilateral y reúne todos los elementos necesarios para producir la tecnología que luego es transferida a varios países para su fabricación, llegando de ese modo a diversas regiones del planeta. En el caso de la región latinoamericana, son dos laboratorios los que hasta el momento han recibido el apoyo por medio de este programa, uno en Argentina y otro en Brasil, y ya vienen trabajando con el centro de transferencia de tecnología de ARNm establecido por la OMS en Sudáfrica para generar capacidades locales destinadas al desarrollo y producción de vacunas y otros productos biológicos (OMS, 2023b). Esto representa un importante paso no solo para asegurar el abastecimiento de las vacunas sino también para abaratar los costos de las mismas, puesto que los desarrolladores están dispuestos a ceder sus derechos de propiedad intelectual, lo que se constituye en una alternativa a las patentes vinculadas a los grandes laboratorios a nivel global.

3.3 Reforma fiscal para financiar servicios de salud de calidad

La capacidad de los Estados de proveer de la atención necesaria y la protección social a su ciudadanía, está estrechamente vinculada a la cantidad de recursos que puedan ser asignados a los distintos programas y proyectos que van a servir para dar soporte a todas las acciones públicas en sus distintos sectores y niveles de gobierno. La Salud, al igual que otros servicios básicos, son esenciales para el desarrollo de la persona y el Estado es el encargado de asegurar que existan los recursos fiscales suficientes para brindar la atención por medio de los distintos canales que ayuden a llegar al ciudadano, ya sean presenciales o a distancia.

La política fiscal va más allá del manejo de los ingresos y gastos del sector público, puesto que al determinar la manera en que se obtienen los recursos para el fisco, por medio de la política tributaria, y cómo estos son dirigidos a los distintos sectores o funciones, a través del presupuesto público, también está contribuyendo o no a la justicia y la equidad en la sociedad. Una política fiscal justa debe garantizar el cumplimiento de los derechos de las personas, por medio de la captación progresiva de ingresos que aseguren la provisión de los servicios esenciales de manera universal y de calidad, tales como la salud.

Esta relación entre justicia fiscal y derechos humanos no está siendo visibilizada por los tomadores de decisión y por ello nos encontramos con situaciones adversas cuando se trata del acceso y calidad de la salud o de la capacidad para enfrentar emergencias como la pandemia. Los hacedores de política deben tener presentes ciertos principios esenciales que deben regir la política fiscal para que toda la sociedad se vea beneficiada y no solo unos pequeños grupos de poder. Algunos de los principios que deben guiar la política fiscal se pueden resumir en las cuatro R (por sus iniciales en inglés), tal como lo refiere la Tax Justice Network: i) Revenues: asegurar los ingresos suficientes; ii) Redistribution: redistribución de la riqueza y la renta; iii) Repricing: reajuste de precios para valorizar los costos sociales; y iv) Representation: representación de la ciudadanía (TJN, 2021a).

Estos principios se traducen en políticas que deben aplicar los Estados para encaminarse hacia una progresividad tributaria, donde paguen más los sectores de mayor riqueza, dando prioridad al gasto social y que este tenga llegada hacia todos los sectores, especialmente a los más vulnerables, e incluso enmarcar la gestión de la deuda en los derechos humanos. Además de ello, la política fiscal justa contribuye a la sostenibilidad de la vida mediante medidas que aporten al cuidado del ambiente, a revalorar el rol de la mujer en el cuidado y a priorizar la transición a una nueva matriz productiva y energética (Derechos y política fiscal.org, 2021).

3.3.1 Ampliación de la capacidad recaudatoria con mayor justicia fiscal

Como se ha visto anteriormente, el nivel recaudatorio del Estado peruano, y en general de los países en desarrollo, es bastante bajo y altamente regresivo, por lo que las primeras medidas a tomarse para empezar a cumplir con las obligaciones de los Estados deben estar enfocadas en mejorar la recaudación y recuperar los recursos que se pierden debido al fraude y abuso tributarios, tanto dentro como fuera de nuestras fronteras.

La regresividad de nuestro sistema tributario implica que se colecten recursos principalmente por medio de impuestos indirectos, afectando en mayor medida a los más pobres que son quienes finalmente soportan la mayor carga tributaria para solventar los requerimientos de recursos. Por otro lado, existen incentivos fiscales y beneficios tributarios que son otorgados a determinados grupos vinculados al poder y las elites económicas, que constituyen privilegios para unos pocos.

Debemos mencionar además que los grandes conglomerados empresariales no han sido afectados por la pandemia y, por el contrario, muchas empresas e individuos han obtenido inmensas ganancias en una época de crisis en la que gran parte de la población sufrían las consecuencias, incrementando aún más las desigualdades (Ojo Público, 2021h). En plena pandemia la riqueza global creció y se concentró aún más en las manos de las personas más ricas (Forbes, 2022)³⁵.

Por otro lado, la existencia de paraísos también llamados guaridas fiscales y centros financieros offshore, que se complementa con el rol que cumplen los facilitadores para trasladar y ocultar dinero y activos de corporaciones e individuos hacia estos territorios, agrava aún más la frágil situación económica de nuestros países, quienes pierden grandes cantidades de dinero debido a la evasión, elusión y los flujos financieros ilícitos³⁶. Una publicación de la Tax Justice Network estima que en el Perú se pierden casi 750 millones de dólares anuales en impuestos debido al abuso fiscal de empresas e individuos, lo que representa el 2.4% de los ingresos tributarios y el 12% del presupuesto en salud, y con ese monto se podrían adquirir dosis de vacunas para inmunizar completamente a 43 millones de personas, es decir el 140% de la población peruana (TJN, 2021b).

35 *Por ejemplo, en Perú mientras la pobreza alcanzó a casi un tercio de la población debido a la pandemia, un pequeño grupo de empresas -817 de las 10 mil compañías más representativas de Perú- elevó sus ingresos, entre ellas Alicorp, Plaza Vea, Inkafarma y Gloria. A nivel global, la riqueza en el mundo creció un 9.8 % en 2021, la cual se mantuvo concentrada en muy pocas manos, con el 1% de las fortunas globales que poseían el 45.6% de la riqueza total (1.7 % más que el año anterior).*

36 *Los flujos financieros ilícitos son las transferencias de dinero que se hacen fuera de las fronteras y están vinculados a actividades criminales, dinero de la corrupción y la falsa facturación comercial (Global Financial Integrity).*

Recuadro 2: Justicia fiscal y el acceso a una Salud de Calidad

La pandemia de la COVID-19 ha visibilizado una vez más nuestras vulnerabilidades, así como la fragilidad y precariedad de nuestro sistema de salud, en términos de infraestructura, capital humano, desarrollo tecnológico y apropiación de nuevas tecnologías, entre otros. Por tanto, hacer frente a estas carencias requiere de una política de largo plazo y una estrategia integral que responda a las necesidades, características y capacidades del sector a fin de garantizar el acceso a una salud de calidad a todos los peruanos y peruanas, sin dejar a nadie atrás.

Ello a su vez implica una mayor asignación de recursos y que este sea de forma sostenible, así como mayor eficiencia en la gestión del gasto, para lo cual el Estado debe establecer medidas que le permita contar con mayores niveles de ingreso y recaudación, mejorando de un lado la progresividad del sistema tributario, pero también combatiendo aquellas prácticas que han venido erosionando nuestra base imponible como es el caso de la evasión y elusión fiscal, que solo en el 2021, implicó que el Estado peruano deje de recaudar 48 mil millones de soles (MEF, 2022b), con los cuales se pudo cubrir 1.7 veces el presupuesto asignado al sector salud en dicho año. Del mismo modo, es necesario mejorar la eficiencia de la política de incentivos tributarios, el cual le costó al Perú 15.9 mil millones de soles en 2021 (SUNAT, 2021), recursos con los que se pudo implementar 3,180 Centros de Salud del 1er Nivel de Atención cubriendo en 176% el número de nuevos establecimientos necesarios para alcanzar el óptimo en dicho nivel. Asimismo, el gasto tributario es equivalente a la construcción de 80 hospitales de segundo y tercer nivel de atención, lo cual permitiría cubrir en 50% la brecha existente de hospitales³⁷.

De otro lado, el uso de guaridas fiscales genera una pérdida potencial de ingresos tributarios al país equivalente a 2.9 mil millones de soles anuales (TJN, 2021b), equivalente a la instalación de 5,480 plantas de oxígeno. En ese sentido, es necesario evaluar las diferentes alternativas que hay para ampliar la base tributaria del país, y una alternativa ya usada por otros países de la región es la aplicación de un impuesto a la riqueza, que de acuerdo con la estimación de Latindadd (2020), permitirá aumentar la recaudación en 13.6 mil millones de soles, que en 2021 hubieran permitido contratar por un año unidades básicas de personal médico y técnico para habilitar la atención de más de 15 mil UCI.

37 De acuerdo con el informe *Diagnóstico de Brechas de Infraestructura y Equipamiento del Sector salud 2021*, del MINSA se requiere el establecimiento de 1791 nuevos establecimientos de salud en el primer nivel de atención para alcanzar la cantidad óptima de establecimientos. En el caso de hospitales, el número requerido para alcanzar el óptimo es de 156.

Tabla: Recursos perdidos en 2021 a causa del abuso tributario, uso de guaridas fiscales, gastos tributarios y su uso potencial en el sector salud

	Evasión y elusión fiscal	Gasto Tributario (incentivos fiscales)	Uso de guaridas Fiscales	Impuesto a la riqueza	Corrupción
Recursos que se pierden (en miles de millones de soles)	48	15.9	2.91	13.58	24.2
Los recursos que se pierden se podrían emplear para :					
Financiar el Gasto público en salud (1)	177%	59%	11%	50%	89%
Nº de Centros de Salud de 1er Nivel de Atención (2)	9,600	3,180	582	2,716	4,840
Nº Hospitales – Segundo y tercer nivel de atención (3)	240	80	15	68	121
Nº Plantas de oxígeno medicinal (4)	90,395	29,944	5,480	25,574	45,574
Nº Servicios de emergencia por un año (5)	55,096	18,251	3,340	15,588	27,778
Nº de dosis de la Vacuna contra la COVID-19 – mecanismo COVAX (6)	1,132,075,472	375,000,000	68,632,075	320,283,019	570,754,717

Nota:

(1) El presupuesto público asignado y ejecutado por la función salud ascendió a s/ 27,163,744,590

(2) Costo de implementación de Centro de Salud (1er Nivel de Atención): S/. 5,000,000

(3) Hospitales – Segundo y tercer nivel de atención: 200,000,000

(4) Planta de oxígeno medicinal: S/. 531,000

(5) Nº Servicio de emergencia por un año (compuesto por 12 profesionales: 2 Intensivistas, 5 Enfermeras intensivistas, 5 técnicos en enfermería): S/. 871,200

(6) Costo de la Vacuna contra la COVID-19 -19 bajo el mecanismo COVAX: S/. 42.4

Fuente: MEF, Contraloría General de la República (2021) Dictamen del proyecto de ley 2664/2021-PE

Es en este contexto que la justicia fiscal cobra un rol fundamental para combatir las desigualdades y recuperar importantes recursos para el financiamiento de políticas públicas que permitan fortalecer nuestro sistema de salud.

Dicho lo anterior, para lograr recaudar los recursos necesarios que le permitan a nuestro país cumplir con sus obligaciones y además encaminarse hacia una sociedad más equitativa y alcanzar los objetivos de desarrollo sostenible, deben de implementarse medidas que reformen la tributación para avanzar hacia una que sea de carácter más progresivo.

Uno de los principios básicos de la progresividad es que deben pagar más los que tienen y ganan más, lo cual debe ser complementado con la eliminación de los privilegios de los que gozan algunos sectores. Además, la tributación puede ser una herramienta útil para lograr mejoras en ámbitos ambientales y climáticos.

Algunas de las principales medidas para lograr mayor progresividad son:

- ▶ **Gravar a las grandes fortunas, las herencias, las rentas de capital, etc.:** en el Perú no existe un impuesto a la riqueza o grandes fortunas como sí lo hay en países vecinos como Argentina, Bolivia y Uruguay, a pesar de alta concentración de la riqueza existente y de haberse puesto en debate en plena pandemia a través de algunos proyectos de ley que fueron presentados en el Congreso en el 2020, pero que no prosperaron. Un informe de Latindadd (2020), estima que la aplicación de un impuesto sobre el patrimonio neto del 0.1% más rico en el país -con tasas progresivas del 2 al 3.5% sobre un valor a partir de 1 millón de dólares, y con la primera vivienda exenta de hasta US\$ 300 mil- tendría una recaudación potencial de US\$ 3,500 millones, equivalentes al 1.54% del PBI. Sumado a ello, el mismo documento señala que la mejora en la valorización y aplicación del impuesto a la propiedad inmueble (impuesto predial) podría generar una recaudación adicional en el Perú de 2.66% del PBI. Un impuesto a las herencias, el cual existió en el país hasta fines de los 70s, podría ser restituido y tendría también un efecto progresivo al poder captar la transferencia de valor del patrimonio que se da entre personas. Del mismo modo, el impuesto sobre las ganancias de capital (que incluye rentas por regalías, dividendos, por ventas de acciones, etc.) debería ser revisado, puesto que en el país está sujeto a una tasa efectiva de tan solo el 5%, valor mucho menor a la tasa mínima que pagan las personas naturales sobre sus ingresos por trabajo (8%).
- ▶ **Impuesto a las ganancias empresariales y mejoras en la captación de la renta de las extractivas:** con motivo de la pandemia se puso en debate poder gravar a aquellas empresas que hayan lucrado excesivamente con la situación de calamidad que se estaba viviendo, apuntando al hecho de que grandes corporaciones estaban generando ganancias extraordinarias, tales como empresas tecnológicas y farmacéuticas, por ejemplo (Barría, 2020). En nuestro país hemos visto cómo los entes privados vinculados a la salud (clínicas, farmacias, etc.) han lucrado nefastamente con la necesidad de las personas (Rodríguez, 2020), lo cual es consecuencia de dejar todo al libre mercado y la imposibilidad de poder regular precios, por lo que un impuesto aplicado sobre las utilidades excesivas podría corregir de alguna manera esta situación³⁸. En el

38 En Argentina existe un proyecto de ley del ejecutivo que plantea la aplicación de un impuesto sobre la Renta Inesperada de las empresas: <https://www.casarosada.gob.ar/slider-principal/48825-el>

caso del sector extractivo, existe en el país es un viejo debate sobre la aplicación de impuestos a las sobreganancias a las empresas mineras, que permita al Estado obtener una mayor renta cuando los precios internacionales de los minerales estén muy por encima de los valores normales, sin embargo, hasta el momento no se han dado pasos importantes en ese sentido. A fines de 2021, el Ministerio de Economía y Finanzas planteó una reforma tributaria que incluía la mejora de la recaudación y progresividad del régimen fiscal minero, con propuestas de cambios en los montos mínimos y tramos en la determinación de las regalías mineras y la deducibilidad de estos conceptos para efectos del Impuesto a la Renta. Sin embargo, a pesar de haber tenido el aval del FMI, esta propuesta quedó solo en eso (MEF, 2022d).

- ▮ **Impuestos verdes, impuesto al carbono:** los impuestos ambientales, o verdes, son propuestas relativamente nuevas que se plantean como fórmulas para combatir el cambio climático, siendo los más comunes los impuestos a los combustibles fósiles y al dióxido de carbono (CO₂). Chile es uno de los países donde se aplica este tipo de impuestos, gravando no solo a los combustibles usados en el parque automotor, sino también la emisión de gases contaminantes de las industrias. En Perú, el ISC aplicado a los combustibles está ajustado de acuerdo a su grado de nocividad, sin embargo, esto no es suficiente para corregir las externalidades negativas causadas por estos agentes y la aplicación de un impuesto al carbono podría significar una mejora en la recaudación tributaria y un desincentivo a las actividades más contaminantes (SPDA, 2018) que, como sabemos son causantes, entre otras cosas, de enfermedades respiratorias; aunque esto debe ir de la mano con una evaluación del impacto económico sobre las poblaciones con menor poder adquisitivo que se podrían ver afectadas por mayores precios, por lo cual los subsidios focalizados podrían jugar un rol importante. Otros ámbitos de aplicación de impuestos ambientales deben ser explorados en nuestro país dada la vulnerabilidad e impacto que tenemos frente a actividades altamente nocivas, tales como la minería formal e informal, la deforestación, agroindustria, etc. Lo recaudado podría financiar las acciones necesarias para lograr el objetivo al 2050 en que el Perú se convierta en un país carbono neutral, pero también para la atención de las personas que ven perjudicada su situación de salud como efecto de estas actividades.
- ▮ **Eliminar los incentivos fiscales ineficientes o innecesarios, especialmente aquellos relacionados a la exploración y explotación de minerales e hidrocarburos:** en nuestro país existen una serie de incentivos, o beneficios tributarios, que, en forma de exoneraciones, tasas reducidas, inafectaciones,

devoluciones, deducciones, diferimientos y créditos, son otorgados a diversos sectores de la economía y que ocasionan un gasto tributario al Estado, que en promedio llegan al 2% del PBI anualmente (MEF, 2022b)³⁹, generando un problema no solo de recaudación, sino también de inequidad al otorgar estos beneficios a sectores que no los necesitan o incluso que son contraproducentes para la sociedad. Uno de beneficios más controversiales es la devolución del IGV en el sector extractivo, dado que alcanza montos bastante altos cada año, incluso por momentos mayores a lo que pagan las empresas mineras en impuestos, generando un aporte tributario ínfimo de esta actividad (GJF, 2021). De igual manera, en el sector de la Salud también existen beneficios que exoneran del pago de IGV y ad valorem a la importación de medicamentos para el tratamiento del cáncer, VIH y diabetes; sin embargo, no hay evidencia de que este beneficio esté beneficiando a los pacientes, por el contrario, deja grandes ganancias a las empresas farmacéuticas (Ojo Público, 2019). Por ello, el uso de incentivos debe ser revisado para dejar operativos por un periodo determinado y sujetos a ciertas condiciones solo aquellos que sirvan para promover actividades de importancia para la generación de empleo de calidad, desarrollo de la ciencia y tecnología y respetuosas con los derechos y el ambiente.

Estas medidas de carácter nacional deben ir acompañadas de aquellas que promuevan un sistema tributario internacional más justo, que busque emparejar el campo entre los países que sufren la extracción de los recursos financieros y aquellos que deciden las reglas del sistema financiero internacional y promueven la opacidad financiera. La tributación internacional se rige por normas que han quedado bastante desfasadas en un contexto en que se dan transacciones intra empresa con la intención de trasladar beneficios de un lugar a otro para no pagar impuestos, lo que se ha visto potenciado con la presencia cada vez más importante de los servicios digitales en la economía donde se hace más difícil aplicar impuestos.

En ese marco, en el plano internacional, el Perú debe apoyar las iniciativas que promueven una mayor transparencia financiera y corporativa, que acabe con las guaridas fiscales y el secreto bancario, que permita cobrar los impuestos a las empresas y personas que trasladan su riqueza a los territorios con opacidad financiera y corporativa. Para ello se debe impulsar y fortalecer la cooperación entre los países para que hagan un uso efectivo de los mecanismos y que vayan más allá de los que se vienen implementando en el marco de la OCDE, tales como el intercambio automático de información financiera entre administradoras tributarias, los reportes país por país de las empresas transnacionales para saber dónde operan y generan ingresos, y los registros de beneficiario final para conocer

³⁹ Para el año 2023 se estima que los gastos tributarios alcancen la suma de S/ 20,354 millones (Marco Macroeconómico Multianual 2023-2026).

quiénes realmente están detrás de la propiedad de los activos y las cuentas. Toda esta información debería ser de público acceso para que la sociedad civil y la prensa tenga posibilidades de hacer seguimiento y denunciar los casos de abuso tributario⁴⁰.

Junto con la transparencia e intercambio de información deben establecerse reglas claras que hagan tributar a las transnacionales como un todo, estableciendo un impuesto mínimo global que se distribuya de acuerdo a la actividad real de las subsidiarias. Algunos avances se están dando en la materia en las discusiones internacionales sobre los pilares que deben sostener la tributación de la economía digital, pero son insuficientes y de poco alcance, siendo los países desarrollados los que se benefician principalmente (Latindadd, 2021).

El sistema tributario debe ser reformado en base a reglas que se ajusten a los nuevos tiempos y que sean discutidas y definidas en un espacio más amplio y democrático. Por ello es importante la adopción de la iniciativa aprobada en Naciones Unidas para una mayor cooperación tributaria internacional, pero debe avanzarse aún más y encaminarse hacia una Convención en materia tributaria que opere dentro de las Naciones Unidas. Un paso importante a nivel regional es la iniciativa de Colombia de establecer un espacio de cooperación que aborde los temas tributarios hacia una tributación global incluyente, sostenible y equitativa (Ministerio de Hacienda y Crédito Público de Colombia, 2023), a la cual nuestro país debe sumarse y apoyar.

3.3.2 Mecanismo de respuesta nacional frente a episodios de emergencia

En materia de recursos presupuestales, el elemento de respuesta ante episodios de emergencia en el país está en la Reserva de Contingencia, la cual está regulada por el artículo 53 del Decreto Legislativo N° 1440 del año 2018, que establece estar "... destinada a financiar los gastos que por su naturaleza y coyuntura no pueden ser previstos en los Presupuestos de los Pliegos. El importe del crédito presupuestario global no es menor al uno por ciento (1%) de los ingresos correspondientes a la Fuente de Financiamiento Recursos Ordinarios que financia la Ley de Presupuesto del Sector Público". Es decir, el equivalente de al menos el 1% de los recursos recaudados por impuestos en el país son destinados a la Reserva, pudiendo ser utilizados estos recursos para atender las distintas contingencias que puedan surgir.

De esa manera, gran parte de los gastos para afrontar la COVID-19 han estado cubiertos por los recursos de la Reserva de Contingencia, la que actúa como una especie de pliego presupuestario más dentro del presupuesto público, lo cual permite hacer el seguimiento de los gastos en que se incurren o las transferencias

40 *El abuso tributario se refiere a la acción de los contribuyentes para reducir o eliminar el pago de sus impuestos.*

que se realizan a otros sectores o pliegos. Sin embargo, tal como ya se mencionó, nuestro país sufre de una baja carga tributaria respecto al PBI, por lo que la disponibilidad de recursos para la Reserva también se afecta ya que está en función de la recaudación tributaria. En esa medida, los fondos no han resultado suficientes y es así que muchas de las asignaciones y ampliaciones de recursos de la Reserva han sido financiadas con endeudamiento interno y externo.

Si bien el pliego de la Reserva de Contingencia puede ser modificado en el transcurso del año, tal como sucedió en el año 2020 con la llegada de la pandemia, existen límites sobre el uso que se puede hacer de los recursos, manteniendo el equilibrio financiero. Por ejemplo, hacia fines del año 2022, en momentos en que se discutía el presupuesto para el año 2023, el Congreso pretendió incluir gastos que no representaban situaciones de emergencia (que incluían un monto adicional para el presupuesto del propio Congreso), lo que motivó una reacción del Ejecutivo debido a que la Reserva ya tenía comprometidos recursos que atiendan desastres naturales, climáticos, personal CAS COVID, entre otros. La Reserva también sirvió para la compra de vacunas, especialmente durante los años 2021 y 2022 (El Peruano, 2022c).

El manejo de la Reserva de Contingencia debe estar enmarcada en los parámetros de su naturaleza, es decir, atender las necesidades urgentes y no previstas, lo cual hasta el momento parece haber sido manejado prudentemente por el Estado, aunque dentro de las limitaciones que ya se han mencionado. Ya hemos visto que una emergencia sanitaria de la magnitud de la COVID-19, a la cual inicialmente no se le prestó la atención que merecía de parte de las autoridades, nos debe encontrar preparados lo mejor posible para activar los mecanismos presupuestarios e institucionales adecuados de respuesta, para lo cual se debe contar con los recursos suficientes, provenientes de recursos propios (sin recurrir al endeudamiento, o de ser necesario recurrir a préstamos pero con tasas concesionales) y sobre todo que permitan fortalecer los servicios públicos en el largo plazo.

Una medida a ser tomada en cuenta es la posibilidad de hacer uso de los saldos remanentes del presupuesto de los años anteriores, puesto que suele ocurrir que se den niveles de ejecución bastante bajos, incluyendo en el sector Salud. Recordemos que la ejecución respecto al presupuesto modificado en la función Salud ha sido de 88% en promedio en los últimos años, nivel similar al de la ejecución total del presupuesto, entonces existen recursos que podrían ser usados en lugar de guardarlos y recurrir al endeudamiento. En la actualidad, para hacer uso de los recursos de saldos, el Ejecutivo debe plantear un proyecto de ley ante el Congreso para ser discutido y luego ser aprobado, sin embargo, estos procesos suelen ser bastante lentos y cargados de elementos políticos. Por ello, es necesario que estos trámites se puedan dar de manera más ágil para poder atender situaciones que requieren atención inmediata.

Por supuesto que mientras que se habilita la posibilidad de hacer uso de los recursos no ejecutados, un objetivo de mayor alcance, y más complejo a la vez, debe ser el de mejorar la gestión pública en todo ámbito, incluyendo el manejo presupuestario y las adquisiciones de bienes, servicios y contratación de personal, para que justamente no existan remanentes y todo el dinero recibido sea gastado de la mejor manera. El exministro de salud Víctor Zamora, al ser entrevistado con motivo de este estudio, coloca un ejemplo claro sobre esto, refiriendo que la tercera parte de los recursos asignados para la compra de medicamentos en el país no es utilizada y es devuelta cada año. Si existiera un mecanismo más eficiente de compras públicas, ese dinero sería mejor utilizado y no sería devuelto.

4 Conclusiones y recomendaciones

4.1 Conclusiones

La Pandemia de la COVID-19 puso a prueba los Sistemas de Salud a nivel mundial y reveló la importancia que tiene para los distintos países, la salud y la vida de las personas. Sin embargo, el Perú, en comparación de los demás países de la región, tenía las peores condiciones para afrontar la Pandemia, ya que veníamos de décadas de abandono al sector Salud, precariedad y la falta de interés de los diversos gobiernos de turno por garantizar de manera efectiva el derecho a la salud.

Se ha demostrado que la mayor afiliación al seguro de salud público, como el que se ha realizado con el SIS, no necesariamente expresa un adecuado acceso a los servicios de salud. Mientras no se destine un financiamiento adecuado a la salud, las normas de derecho a la salud no tendrán efectos reales en la población que sigue haciendo uso de los gastos de bolsillo frente al colapso de los establecimientos de salud que no pueden cubrir la demanda de la población.

La Pandemia de la COVID-19 ha demostrado que la crisis de la salud es una crisis social. Para garantizar la salud de las personas no basta el enfoque sanitario, sino que es principalmente social. Los grandes problemas que aquejan a la mayoría de los peruanos como la informalidad laboral, la falta de acceso a los servicios básicos, la precariedad de las viviendas, los riesgos del transporte público, la seguridad social, entre otros, son factores estructurales que afectan gravemente la salud de los peruanos y permitió el aumento de los contagios y las muertes.

Al ser un problema social, la respuesta para poder contenerla y proteger a la población también debe ser social y no sólo dirigida por el sector Salud, ni expertos, académicos o técnicos, sin tener la participación de la comunidad, de sus líderes y representantes para que puedan aportar en las estrategias y trasladarlas a la comunidad. Los gobiernos regionales, provinciales, locales, los Colegios Profesionales, las Universidades, entre otros, deben ser parte de ese proceso.

Se necesita una verdadera reforma del Sistema de Salud, sino una reforma profunda que haga realidad un sistema universal y gratuito, reconociendo la salud como un derecho fundamental para toda la población con responsabilidad individual y colectiva del Estado, eliminando los gastos de bolsillo y que unifique al sector superando su fragmentación y segmentación. Para ello, la reforma debe

ser financiada adecuadamente, debe ser descentralizada, con servicios de calidad en todo el país, con infraestructura y capacidad instalada adecuada, con enfoque pluricultural, con sistemas de prevención fortalecidos, con la debida formación y respeto de derechos laborales de los trabajadores y trabajadoras. En ese sentido, es necesario tomar las lecciones que nos deja la pandemia e implementar medidas que nos permitan de un lado reestructurar nuestro sistema de salud, fortaleciéndolo y volviéndolo más robusto ante choques adversos.

Para avanzar hacia una verdadera reforma, ésta no puede perderse en medio de la inestabilidad política o de los constantes cambios que se realizan. El Ministerio de Salud debe contar con un equipo competente para poder emprender este proceso. Caso contrario decaerá en cada cambio ministerial que se realice. Se debe entender que la salud debe estar por encima de las disputas políticas y debe estar basada en procesos que prioricen la carrera pública para asegurar personal calificado y competente.

En ese mismo sentido, las crisis sanitarias no pueden sólo verse desde un enfoque hospitalario. Es el primer nivel de atención el que debe ser fortalecido porque es el primer contacto con la población que se enferma o contagia. Por tanto, las estrategias para afrontar las crisis sanitarias no sólo deben enfocarse a los pacientes graves, sino hacer los esfuerzos para que esos pacientes no lleguen a estado de gravedad y eso solo se puede lograr con un primer nivel de atención capaz de afrontarlo, donde la comunidad tiene un mayor nivel de participación.

Las limitaciones establecidas legalmente –incluyendo lo establecido en la Constitución– no han permitido a nuestro Estado poder intervenir de manera más activa en esta crisis sanitaria, dejando absoluta libertad al sector privado en cuanto a la venta de los medicamentos e insumos, sosteniéndose en el libre mercado, demostrándose que no existen valores éticos cuando se trata de aumentar sus ganancias. El caso de la adquisición de las vacunas contra la COVID-19 es un claro ejemplo, donde las empresas privadas impusieron sus precios y condiciones, sin asumir ninguna responsabilidad, afectando a los países que tuvieron que aceptarlas.

Los actos de corrupción y el uso indebido de los cargos de funcionarios, partiendo desde el mismo presidente de la República, la ministra de Salud por el caso del Vacunagate e investigadores, científicos y universidades peruanas, no sólo pusieron en un escándalo mundial al Perú, sino que retrasaron la adquisición de las vacunas que se pudieron haber dado en mejores condiciones y en menor tiempo, con lo cual se pudieron salvar más vidas, por lo que deben existir mecanismos de control y fiscalización más eficaces.

El papel de los organismos internacionales para el acceso equitativo a las vacunas ha sido limitado. El mecanismo COVAX no tuvo la prioridad suficiente para imponerse sobre las fuerzas del mercado y se generaron retrasos e inequidades que afectaron el cumplimiento de sus objetivos. No hubo una incidencia real de los organismos internacionales frente al monopolio de las vacunas, las cláusulas leoninas y el poder empresarial que se puso por encima de la vida aprovechándose de la crisis humanitaria.

Los diferentes problemas estructurales que venimos arrastrando por décadas en ámbitos económicos, sociales e institucionales, fueron algunos de los factores que obstaculizaron la contención del virus, a lo que se sumó la escasa atención al desarrollo tecnológico y de investigación. Posicionar a la CTI como una política de Estado estableciendo mecanismos que nos permitan consolidar el ecosistema de innovación y transferencia tecnológica debe de ir de la mano de una mayor asignación de recursos, lo cual implica que el gobierno evalúe las diferentes alternativas que tiene para ampliar su base imponible.

La Salud es un derecho y, como tal, es el Estado el que debe garantizar la provisión de este servicio público de manera universal, gratuita y de calidad, para lo cual debe disponer de los recursos presupuestarios que permitan mantener y construir infraestructura, equipos, personal, insumos y demás bienes y servicios necesarios. La pandemia obligó al Estado peruano a asignar muchos más recursos para la Salud, pero sigue siendo insuficiente para la magnitud de las brechas que hay que cubrir.

En el 2020, se otorgaron recursos adicionales a los sectores con mayor vinculación a la lucha contra la pandemia, entre ellos el de la Salud, el que vio incrementado su presupuesto en 5,682 millones, es decir, casi una tercera parte adicional a los gastos no relacionados al COVID-19. De la misma manera se dio en los años siguientes, con lo que el presupuesto de la función Salud pasó de representar el 11.5% del total del presupuesto en 2019 al 13.5% en 2022. Los miles de millones de soles destinados a enfrentar la COVID-19 fueron usados para mejorar infraestructura, comprar equipos, contratar personal y adquirir vacunas, aunque esto no fue suficiente para llegar a todos los sectores que necesitaban de estos servicios debido a los problemas de gestión, distribución y escasez de recursos que ya existían previamente a la pandemia. Para solventar gran parte de los gastos se recurrió al endeudamiento público, lo cual nos deja en una situación fiscal precaria debido a los pagos del servicio de la deuda que nuestro país tendrá que hacer en años venideros. Además, se está retornando paulatinamente a los límites impuestos por las reglas fiscales que tanto daño nos han hecho como país por las consecuencias que esto tiene sobre el gasto público.

A pesar del mayor presupuesto asignado a Salud, el incremento no ha sido sustancial y el nivel de gasto en salud respecto al PBI se mantiene en alrededor del 3%, casi la mitad de los niveles establecidos internacionalmente como mínimos (6% del PBI). En general, el manejo de los recursos en pandemia fue bastante criticado debido a las inequidades que se advirtieron, sobre todo al hacer comparaciones con los montos involucrados en programas de ayuda crediticia como Reactiva Perú, el cual recibió montos para garantías –en su gran mayoría para grandes empresas– por un valor de 60 mil millones, el equivalente al 8% del PBI.

La sociedad civil organizada es un pilar fundamental de todo cambio que se pretenda lograr en materia fiscal, puesto que la política fiscal influye directamente en el nivel de contribución económica al fisco desde todos los sectores, así como la devolución de parte de los Estados en forma de servicios públicos, lo cual determina finalmente la calidad de vida de las personas. Una política fiscal justa también puede contribuir a una mejor redistribución de los recursos a través de las políticas de impuestos y de gasto público. Un ejemplo de ello es la medición del índice de Gini antes y después de la intervención fiscal de los Estados, donde los países con políticas fiscales más progresivas reducen sustancialmente el índice luego de aplicarlas. Los países de la Unión Europea, por ejemplo, luego de aplicar impuestos y efectuar transferencia, disminuyen mucho más su índice de desigualdad que los países de América Latina (CEPAL & IEF, 2014).

En países tan desiguales como el nuestro la recaudación recae sobre todo en los sectores menos pudientes porque aquellos sectores con más recursos tienen las posibilidades de no pagar o pagar menos impuestos, mientras los servicios que brinda el Estado son insuficientes y de mala calidad por la insuficiente asignación de recursos. La línea ortodoxa que plantea mantenerse dentro de las reglas fiscales tiene repercusiones sobre el dinero presupuestario para atender servicios esenciales, puesto que, en lugar de plantear mejoras en la recaudación, el ajuste viene por el lado del gasto público para no sobrepasarse de los límites “aceptables” de déficit fiscal y endeudamiento. Cuando se habla de impuestos también se habla de un tema que envuelve la política y los poderes económicos. Por ello, este tema debe tornarse en algo cotidiano para que las masas lo discutan, se apropien y lo planteen como parte de la agenda política.

4.2 Recomendaciones

La pandemia agudizó aún más las desigualdades, pues fueron los países que tuvieron mayor disponibilidad de recursos y capacidades aquellos que lograron dar mejores respuestas ante la crisis, por lo que una mejor gestión pública debe ir acompañada

de mayores recursos, especialmente para la salud. Por ello, se debe concretar la reforma de la salud y el Estado asumir un rol principal en el cumplimiento del derecho a la salud gratuita y efectiva para todos los peruanos, acercando la salud a la población.

El sector salud debe fortalecerse institucionalmente, superar la inestabilidad política para establecer estrategias que antecedan a las epidemias o pandemias, involucrando a las organizaciones sociales, academia, gobiernos regionales y locales, líderes de las comunidades, con liderazgo y comunicación coherente con sus acciones.

Se deben establecer límites a las empresas farmacéuticas para que cuando se encuentre en riesgo un derecho universal como es la salud no prime el lucro, el acaparamiento ni el abuso y se pueda imponer la equidad en la distribución de los productos médicos y sanitarios, entre ellos las vacunas. Se deben establecer mecanismos de fiscalización desde los gobiernos a las empresas.

El dinero recaudado debe gastarse de manera eficiente y priorizando los sectores que van a ayudar a nivelar el terreno al proveer más y mejores servicios a las poblaciones menos favorecidas. Fortalecer las estructuras económicas y sociales nos ayudará a estar más preparados para eventos inesperados y para ello se deben contar con planes, programas y proyectos que involucren a todos los actores, procurando una mayor participación de la ciudadanía.

Las mayorías deben estar concientizadas de que es obligación de los Estados de procurar recaudar lo más posible en impuestos para dar atención a las necesidades y derechos de la población, pero de una manera justa y equitativa que contribuya a reducir las brechas de desigualdad. Solo así, la sociedad civil podrá actuar de manera más organizada para exigir a sus candidatos y sus representantes una vez elegidos, que deben emitir las leyes necesarias para cambiar el sistema fiscal.

Nuestra economía se ha venido sosteniendo en un sistema tributario altamente regresivo y de muy baja recaudación (uno de los más bajos de la región), por lo que es obligatorio mejorar la recaudación y recuperar los recursos que se pierden debido al fraude y abuso tributarios, tanto dentro como fuera de nuestras fronteras. Una reforma fiscal progresiva es necesaria para que el fisco obtenga mayores recursos y recurrir cada vez menos al endeudamiento, pero también es una herramienta que puede contribuir a reducir las desigualdades, procurando que paguen más los que ganan más, luchando contra la evasión y elusión tributarias, haciendo frente a los flujos financieros ilícitos, y eliminando beneficios tributarios dañinos. Algunas de las medidas propuestas son: gravar los grandes patrimonios, mayores tasas a las ganancias de capital, aplicar impuestos a las sobreganancias, impuestos verdes o

al carbono, mejorar la fiscalización y control de los contribuyentes, sumarse a las iniciativas internacionales y regionales de cooperación en materia tributaria, entre otros.

Esta reforma debe ir acompañada de una vigilancia cercana del uso y gestión de los recursos, para establecer si la asignación de los recursos está siendo dirigida según las prioridades establecidas. Para ello debe haber una apertura a la participación ciudadana en todos los niveles (planificación, presupuesto, ejecución y evaluación), así como una absoluta transparencia y rendición de cuentas de parte del Estado.

La integración regional de los países de América Latina debe servir como una plataforma estratégica que propicie la coordinación y cooperación para llevar adelante políticas sociales y sanitarias que generen bienestar social e impulsen al mismo tiempo un desarrollo económico sostenible y equitativo. Por ello es necesario que las acciones a futuro sean abordadas desde el ámbito regional a fin de establecer mecanismos y soluciones articuladas entre los países de la región, incluyendo la compra de vacunas, equipos e insumos médicos que pueden ayudar a obtener mejores condiciones de compra y en menos tiempo, lo que significa menos pérdida de vidas humanas.

La poca participación de la iniciativa COVAX en el mercado de las vacunas contra la COVID-19 demuestra que el mundo debe contar con mecanismos más efectivos en cuanto a la intervención en la compra y distribución de vacunas que aseguren un abastecimiento en condiciones óptimas de estos bienes dirigidos a los países en desarrollo. Una pandemia como la de la COVID-19 exige la coordinación y puesta en marcha de medidas a nivel global que aseguren el acceso universal a los bienes que son necesarios para salvar vidas, empezando por asegurar la inmunización de las poblaciones más vulnerables y las que están en la primera línea, sin diferenciar a los países por el nivel de sus ingresos. En ese marco, deben ser rescatados los roles de organismos oficiales y multilaterales como los que tienen aquellos que forman parte de la Organización de las Naciones Unidas para determinar los lineamientos del proceso de vacunación global, con la OMS a la cabeza como el ente idóneo y especializado.

Bibliografía

- Alden, C., & Dunst, C. (2020). COVID-19: Latin America and the Caribbean and MERCOSUR and CARICOM. Obtenido de London School of Economics and Political Science: <https://www.lse.ac.uk/international-relations/centres-and-units/global-south-unit/COVID-19-regional-responses/Latin-America-and-COVID-19>
- Alianza del Pacífico, .. (2020). PLAN DE TRABAJO FRENTE AL COVID-19. Obtenido de https://alianzapacifico.net/wp-content/uploads/PLAN_TRABAJO_COVID-19_19.pdf
- Álvarez, M. V. (2022). La gestión de la pandemia de COVID-19 y el regionalismo en América Latina y el Caribe. Aprendizajes y desafíos pendientes. Documentos de trabajo (Fundación Carolina): Segunda época, (71).
- Apuzzo, M., & Gebrekidan, S. (1 de febrero de 2021). Los acuerdos secretos por las vacunas. Obtenido de The New York Times: <https://www.nytimes.com/es/2021/02/01/espanol/vacunas-secretos.html>
- Ardanaz et al, .. (2021). The Output Effects of Fiscal Consolidations: Does Spending Composition Matter? Banco Interamericano de Desarrollo.
- Arias, L. (2021). Política fiscal y tributaria frente a la pandemia global del coronavirus.
- Avila, G. (2023). Documento de trabajo N°10: El sistema tributario y el financiamiento a la educación en Perú.
- Banco Mundial . (16 de junio de 2020). Los países de Latinoamérica y el Caribe necesitan gastar más y mejor en salud para poder enfrentar una emergencia de salud pública como la COVID-19 de manera efectiva. Obtenido de <https://www.bancomundial.org/es/news/press-release/2020/06/16/latin-america-caribbean-health-emergency-COVID-19>
- Barreix, A., & Corrales, L. (2019). Las Reglas Fiascales en América Latina. En A. Barreix , & L. Corrales (Edits.), Reglas fiscales resilientes en América Latina (pág. Banco Interamericano de Desarrollo). Washington, D.C.
- Barría, C. (10 de agosto de 2020). Coronavirus: qué es el “impuesto a las ganancias extraordinarias” aplicado en tiempos de guerra (y por qué algunos economistas

- creen que deberíamos usarlo hoy). Obtenido de BBC News Mundo: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-53618080>
- Bastías et al, .. (31 de diciembre de 2021). Los ingredientes de la exitosa campaña de vacunación de Chile contra la COVID-19. Obtenido de Banco Mundial Blogs: <https://blogs.worldbank.org/es/latinamerica/los-ingredientes-de-la-exitosa-campana-de-vacunacion-de-chile-contra-la-COVID-19>
- BBC. (22 de junio de 2021). Coronavirus | “Los países ricos se comportaron peor que en las peores pesadillas”: las duras palabras de The Lancet sobre el fracaso del mecanismo Covax. Obtenido de BBC News Mundo: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-57567048>
- BCRP. (2023). Nota Semanal N°10. Lima.
- Belleville, J. (09 de setiembre de 2021). COVAX reduce su objetivo de entrega de vacunas por problemas logísticos. Obtenido de France 24: <https://www.france24.com/es/europa/20210909-covax-reduce-objetivo-entrega-vacunas-problemas-logisticos>
- CAF. (2022). Ideal 2022: Energía, agua y salud para un mejor medio ambiente. Caracas: CAF.
- CAN. (8 de abril de 2020). Declaración de los Ministros de Relaciones Exteriores y de Comercio Exterior de la Comunidad Andina respecto a la propagación del coronavirus (COVID-19). Obtenido de <https://www.comunidadandina.org/notas-de-prensa/comunidad-andina-respecto-a-la-propagacion-del-coronavirus/>
- Carbajal, j. [@juank23_7]. (2022, 1 de marzo). El Ministro de Salud Hernán Condori desmientedesensoenlosnivelesdevacunación.Sin embargo, las mismas cifras del REUNIS.[Tweet]. Obtenido de Twitter. https://twitter.com/juank23_7/status/1506098447459524612?t=dOSJgV8PwJ9xyFr8Cslrww&s=19
- Carolina Fundación. (14 de Julio de 2020). Obtenido de Análisis, debate, intercambio y pensamiento crítico a través de seminarios y reuniones virtuales: <https://www.fundacioncarolina.es/analisis-debate-intercambio-y-pensamiento-critico-a-traves-de-seminarios-y-reuniones-virtuales/>
- Castro, J. (1 de Marzo de 2023). El sistema de Salud peruano y el impacto de la pandemia en el sector . (J. Portocarrero, & R. Varillas, Entrevistadores)
- CELAC. (2021). DECLARACIÓN DE LA CIUDAD DE MÉXICO .
- CELAC. (2023). DECLARACIÓN DE BUENOS AIRES.

- CEPAL & IEF. (2014). Los efectos de la política fiscal sobre la redistribución en América Latina y la Unión Europea. Madrid.
- CEPAL. (2020a). Las restricciones a la exportación de productos médicos dificultan los esfuerzos por contener la enfermedad por coronavirus (COVID-19) en América Latina y el Caribe. Obtenido de https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45510/1/S2000309_es.pdf
- CEPAL. (2020b). Panorama Fiscal de América Latina y el Caribe 2020.
- CEPAL. (11 de mayo de 2020c). La Agenda 2030 en el mundo post COVID-19 nos exige más cooperación e integración regional, más multilateralismo y mayor integración productiva: Alicia Bárcena. Obtenido de <https://www.cepal.org/es/comunicados/la-agenda-2030-mundo-post-COVID-19-exige-mas-cooperacion-integracion-regional-mas>
- CEPAL. (2020d). Construir un nuevo futuro: una recuperación transformadora con igualdad y sostenibilidad.
- CEPAL. (2021). Innovación para el desarrollo: la clave para una recuperación transformadora en América Latina y el Caribe. Santiago .
- CEPAL. (2021b). Lineamientos y propuestas para un plan de autosuficiencia sanitaria para América Latina y el Caribe. Santiago.
- CEPAL. (2022). Estudio Económico de América Latina y el Caribe, 2022 . Santiago.
- CEPAL. (2022b). El futuro de las reglas fiscales en América Latina y el Caribe: respuestas de los países ante la pandemia de COVID-19 y propuestas para su reformulación. Santiago.
- CEPAL. (2023). Iberoamérica: espacio de oportunidades para el crecimiento, la colaboración y el desarrollo sostenible . Santiago.
- Cevallos, H. (27 de Febrero de 2023). El sistema de salud peruano y el impacto de la pandemia de la COVID-19. (R. Varillas, & J. Portocarrero, Entrevistadores)
- CIDH. (2021). Resolución No. 1/2021 Las vacunas contra la COVID-19 en el marco de las obligaciones interamericanas dederechos humanos.
- Concytec. (21 de julio de 2020b). Marina de Guerra del Perú reconoce aporte del Concytec en el desarrollo de respirador artificial Samay. Obtenido de <https://www.gob.pe/institucion/concytec/noticias/214142-marina-de-guerra-del-peru-reconoce-aporte-del-concytec-en-el-desarrollo-de-respirador-artificial-samay>

- Concytec. (2021). Informe sobre las causas del elevado número de muertes por la pandemia. Lima: Concytec.
- Concytec. (21 de junio de 2022). Tecnología peruana frente a la COVID-19: Investigadores presentaron proyectos exitosos que se desarrollaron durante la pandemia. Obtenido de <https://www.gob.pe/institucion/concytec/noticias/625885-tecnologia-peruana-frente-a-la-COVID-19-investigadores-presentaron-proyectos-exitosos-que-se-desarrollaron-durante-la-pandemia>
- Congreso de la República del Perú . (2022). Proyecto de Ley N°02664/2021-PE Ley que Aprueba Crédito Suplementario para el Financiamiento de la Adquisición de la Vacuna Contra el SARS-COV-2.
- CONIET. (4 de junio de 2020). El MERCOSUR ocurrió un fondo de emergencia destinado al combate coordinado contra la COVID-19. Obtenido de <https://www.conicet.gov.ar/el-mercosur-aprobo-un-fondo-de-emergencia-de-us16-millones-que-seran-destinados-al-combate-coordinado-contra-el-COVID-19/?lan=en>
- Contraloría General de la República . (2021). Incidencia de la corrupción y la inconducta funcional en el Perú 2020. Documento de Política en Control Gubernamental. Lima: Contraloría General de la República.
- Contraloría General de la República . (2022). Incidencia de la corrupción e inconducta funcional, 2021. Documento de investigación. . Lima: Contraloría General de la República .
- Contraloría General de la República. (2020). Cálculo del tamaño de la corrupción y la inconducta funcional en el Perú: Una aproximación exploratoria. Documento de Política en Control Gubernamental. Lima: Contraloría General de la República.
- Costa, C., & Tombesi, C. (11 de diciembre de 2020). COVID-19: cuánto tiempo se demoró en encontrar la vacuna para algunas enfermedades (y por qué este coronavirus es un caso histórico). Obtenido de BBC News Mundo: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-55232518#:~:text=La%20vacuna%20contra%20el%20COVID-19,sin%20precedentes%20en%20la%20historia>
- COVID-1919.trackvaccines.org. (2 de diciembre de 2022). TASAS DE VACUNACIÓN, APROBACIONES Y ENSAYOS POR PAÍS. Obtenido de <https://COVID-1919.trackvaccines.org/trials-vaccines-by-country/#approvals>
- Cozzubo, A., Herrera, J., & Razafindrakoto, M. y. (2021). El impacto de políticas diferenciadas de cuarentena sobre la mortalidad por COVID-19: el caso de

- Brasil y Perú- Documento de trabajo 501. Lima: Departamento de Economía, Pontificia Universidad Católica del Perú .
- Crespi, G., & Castillo, R. (2020). Retos de la institucionalidad pública del sistema de ciencia, tecnología e innovación de Perú. Banco Interamericano de Desarrollo.
- Datosmacro.com. (07 de Marzo de 2023). Comparativa: Gasto Público Salud. Obtenido de <https://datosmacro.expansion.com/estado/gasto/salud/peru>
- Derechos y política fiscal.org. (2021). Principios de Derechos Humanos en la Política Fiscal. Obtenido de https://derechosypoliticaefiscal.org/images/ASSETS/Principios_de_Derechos_Humanos_en_la_Politica_Fiscal-ES-VF-1.pdf
- Diario Gestión . (17 de abril de 2018). El 76% de peruanos está insatisfecho con centros médicos y el 68%, con carreteras. Obtenido de <https://gestion.pe/economia/76-peruanos-insatisfecho-centros-medicos-68-carreteras-231698-noticia/?ref=gesr>
- Diario Gestión. (01 de 12 de 2021). ¿Cuánto le costaría al Perú adquirir las vacunas contra la COVID-19? Esto es lo que se sabe. Obtenido de <https://gestion.pe/economia/cuanto-le-costara-a-peru-adquirir-las-vacunas-contra-el-COVID-19-esto-es-lo-que-se-sabe-sinopharm-covax-facility-pfizer-biontech-astrazeneca-oxford-nndc-noticia/?ref=gesr>
- Diario El Comercio. (24 de abril de 2021). COVID-19 | Investigadores terminan el desarrollo de prueba molecular rápida de saliva. Obtenido de <https://elcomercio.pe/tecnologia/ciencias/pruebas-moleculares-saliva-COVID-19-investigadores-peruanos-terminan-el-desarrollo-de-test-molecular-rapido-de-saliva-noticia/?ref=ecr>
- Diario La República . (09 de junio de 2020). ¿Pueden los pacientes con COVID-19 usar oxígeno industrial en lugar del medicinal? Obtenido de <https://larepublica.pe/sociedad/2020/06/04/coronavirus-en-peru-oxigeno-medicinal-e-industrial-para-que-sirven-y-cuales-son-sus-diferencias-atmp>
- Dueñas, E. (2023). OMS: Acceso a tecnologías sanitarias a nivel mundial, innovación, y propiedad intelectual. En Seminario Científico: Plataforma C-TAP de la OMS como mecanismo para promover tecnologías. Instituto Nacional de Salud. Obtenido de https://www.facebook.com/watch/live/?ref=watch_permalink&v=1519238575238979
- El País. (24 de febrero de 2022). Covax distribuyó mil millones de vacunas hasta enero de 2022, la mitad de su objetivo. Obtenido de <https://elpais.com/planeta-futuro/2022-02-25/covax-distribuyo-mil-millones-de-vacunas-hasta-enero-de-2022-la-mitad-de-su-objetivo.html>

El Peruano. (01 de diciembre de 2021a). Perú paga S/ 94 millones por primer lote de un millón de vacunas que llegará este mes. Obtenido de <https://elperuano.pe/noticia/113347-peru-paga-s-94-millones-por-primer-lote-de-un-millon-de-vacunas-que-llegara-este-mes>

El Peruano. (13 de Diciembre de 2021b). MEF: elusión y evasión tributaria representa un 8% del PBI. Obtenido de <https://elperuano.pe/noticia/135321-mef-elusion-y-evasion-tributaria-representa-un-8-del-pbi>

El Peruano. (04 de julio de 2021c). Sinopharm: Universidad Peruana Cayetano Heredia sanciona a responsables del estudio clínico. Obtenido de <https://elperuano.pe/noticia/124627-sinopharm-universidad-peruana-cayetano-heredia-sanciona-a-responsables-del-estudio-clinico>

El Peruano. (31 de enero de 2022a). Minsa y EsSalud avanzan con nuevo Registro Nacional de Historia Clínica Electrónica Única. Obtenido de <https://elperuano.pe/noticia/138438-minsa-y-essalud-avanzan-con-registro-nacional-de-historia-clinica-electronica-unica>

El Peruano. (11 de Octubre de 2022b). Sunat amplía a 13 el número de esquemas de alto riesgo fiscal. Obtenido de <https://elperuano.pe/noticia/193709-sunat-amplia-a-13-el-numero-de-esquemas-de-alto-riesgo-fiscal>

El Peruano. (31 de agosto de 2022c). MEF: Gran parte de Reserva de Contingencia se destinó a la compra de vacunas. Obtenido de El Peruano: <https://www.elperuano.pe/noticia/185775-mef-gran-parte-de-reserva-de-contingencia-se-destino-a-la-compra-de-vacunas>

El Peruano. (20 de marzo de 2023). COVID-19: ventilador mecánico MASI con tecnología peruana fue presentado en México. Obtenido de <https://andina.pe/agencia/noticia-presentan-ventilador-mecanico-masi-foro-ciencia-y-tecnologia-mexico-933328.aspx>

Fairlie, A. (2019). Análisis del Plan Nacional de Competitividad y Productividad.

FAO. (25 de agosto de 2022). El Perú es el país con la Inseguridad Alimentaria más alta de Suramérica. Obtenido de <https://www.fao.org/peru/noticias/detail-events/es/c/1603081/>

Forbes. (18 de abril de 2022). Estas son las empresas que más han ganado en el segundo año de la COVID-19. Obtenido de <https://forbes.es/empresas/153583/estas-son-las-empresas-que-mas-han-ganado-en-el-segundo-ano-del-COVID-19/>

- Forbes. (20 de Setiembre de 2022). Un año “excepcional”: riqueza global creció en 2021, pero su concentración persiste en pocas manos. Obtenido de <https://forbes.pe/economia-y-finanzas/2022-09-20/un-ano-excepcional-riqueza-global-crecio-en-2021-pero-su-concentracion-persiste-en-pocas-manos/>
- Ganoza, C. (2020). Coronashock: Un diagnóstico económico y una propuesta de tratamiento. En C. Trivelli, H. Ñopo, P. Ghezzi, & C. Ganoza, Coronashock: ¿Cómo reactivar la economía? (págs. 06-33). Lima: Debate.
- GJF. (2021). Las devoluciones tributarias: Un problema mayor para el balance Fiscal. Lima.
- Guzman, M., & Stiglitz, J. (01 de abril de 2016). Cómo los fondos buitres se aprovecharon de Argentina. Obtenido de The New York Times: <https://www.nytimes.com/es/2016/04/01/espanol/opinion/como-los-fondos-buitres-se-aprovecharon-de-argentina.html>
- Hooker, L., & Palumbo, D. (15 de diciembre de 2020). Vacunas contra el coronavirus: cuánto dinero pueden ganar realmente las farmacéuticas con la inmunización. Obtenido de BBC Negocios: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-55293057>
- INEI. (2016). “Encuesta Nacional de Usuarios en Salud – 2016”. Lima.
- INEI. (2020). Producción y Empleo Informal en el Perú, Cuenta Satélite de la Economía Informal 2007-2019. Lima: INEI.
- INEI. (2021a). Estado de la población peruana 2020. Obtenido de https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1743/Libro.pdf
- INEI. (2021b). Informe Técnico N° 1 Marzo 2021 - Perú: Comportamiento de los indicadores de mercado laboral a nivel nacional.
- INEI. (2021c). Producción y Empleo Informal en el Perú, Cuenta Satélite de la Economía Informal 2007-2020.
- INEI. (2021d). Informe Técnico: Evolución de la Pobreza Monetaria 2009-2020. Lima.
- INEI. (2022a). Producción y Empleo Informal en el Perú, Cuenta Satélite de la Economía Informal 2007-2021. Lima.
- INEI. (2022b). Informe Técnico: Evolución de la pobreza monetaria 2010-2021. Lima.
- INEI. (2023). Informe Técnico N° 1 Marzo 2023 - Perú: Comportamiento de los indicadores de mercado laboral a nivel nacional - . Lima.

- IPE. (12 de Julio de 2021). GASTO EN SALUD EN TIEMPOS De la COVID-19. Obtenido de <https://www.ipe.org.pe/portal/gasto-en-salud-en-tiempos-del-COVID-19/>
- La Moncloa. (24 de junio de 2020). Obtenido de El presidente del Gobierno preside la Conferencia de Alto Nivel “Juntos por una respuesta para América Latina y el Caribe ante la COVID-19”: <https://www.lamoncloa.gob.es/presidente/actividades/Paginas/2020/240620-sanchez.aspx>
- Latindadd. (2020). Impuestos a la riqueza y las grandes fortunas en América Latina y el Caribe. Latindadd.
- Latindadd. (21 de mayo de 2021). Obtenido de Fiscalidad de las empresas: planes de la OCDE deben incluir intereses de países en desarrollo: <https://www.latindadd.org/2021/05/21/fiscalidad-de-las-empresas-planes-de-la-ocde-deben-incluir-intereses-de-paises-en-desarrollo/>
- León-Velarde, F., & Raymundo, M. (2021). Un espacio de construcción: la ciencia, la tecnología y la innovación en el Perú. En C. Guadalupe (Ed.), La educación peruana más allá del Bicentenario:Nuevos rumbos (págs. 213-235). Lima: Universidad del Pacífico.
- MEF. (2019). Plan Nacional de Infraestructura para la Competitividad. Lima. Obtenido de https://www.mef.gob.pe/contenidos/inv_privada/planes/PNIC_2019.pdf
- MEF. (23 de Noviembre de 2020). Perú colocó tres nuevos bonos por US\$ 4000 millones, incluyendo una emisión con vencimiento dentro de 101 años. Obtenido de https://www.mef.gob.pe/es/?option=com_content&language=es-ES&Itemid=100148&view=article&catid=667&id=6800&lang=es-ES
- MEF. (2021). Análisis del rendimiento de los tributos 2020. Lima.
- MEF. (2021). Informe de Actualización de Proyecciones Macroeconomicas 2021-2024.
- MEF. (2022a). Informe de Actualización de Proyecciones Macroeconómicas 2022-2025. Lima.
- MEF. (2022b). Marco Macroeconómico Multianual 2023-2026.
- MEF. (27 de diciembre de 2022c). Tablero de Control de Seguimiento del Presupuesto COVID-19. Obtenido de https://www.mef.gob.pe/es/?option=com_wrapper&language=es-ES&Itemid=102662&lang=es-ES&view=wrapper
- MEF. (25 de marzo de 2022d). Informe del FMI señala que régimen fiscal vigente para la minería es competitivo, y recomienda considerar solo un ajuste

- moderado a la tasa del impuesto. Obtenido de https://www.mef.gob.pe/es/?option=com_content&language=es-ES&Itemid=101108&view=article&catid=100&id=7330&lang=es-E
- MEF. (28 de Marzo de 2023). APLICATIVO DE SEGUIMIENTO AYNI. Obtenido de <https://www.mef.gob.pe/ayni/objectives/search/3/objective/0/period>
- Mencias, A. (2022). Manejo de deuda en Perú: reglas fiscales, derechos y desarrollo humano. Lima: Latindadd.
- Mendoza, W. (2021). Del neoliberalismo al borde del precipicio. ¿Qué nos pasó? Confesiones y preocupaciones de un exministro de Economía y Finanzas. Lima: Escuela de Gobierno y Políticas Públicas - PUCP.
- Mendoza, W., & Anastacio, Y. (2021). La historia fiscal del Perú: 1980-2020. Colapso, estabilización, consolidación y el golpe de la COVID-19. Lima : Fondo Editorial - Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Mercosur. (17 de marzo de 2020). Los presidentes de la región acuerdan medidas para combatir la COVID-19. Obtenido de <https://www.mercosur.int/los-presidentes-de-la-region-acuerdan-medidas-para-combatir-el-COVID-19/>
- Mercosur. (17 de marzo de 2020). Los presidentes de la región acuerdan medidas para combatir la COVID-19. Obtenido de <https://www.mercosur.int/los-presidentes-de-la-region-acuerdan-medidas-para-combatir-el-COVID-19/>
- Ministerio de Economía de la República de la Argentina. (2020). Ley N° 27.605. Aporte solidario y extraordinario para ayudar a morigerar los efectos de la pandemia. Obtenido de <https://www.argentina.gob.ar/economia/politicatributaria/COVID-19-medidas-tributarias-congreso-nacional-y-otros-organismos/ley>
- Ministerio de Hacienda y Crédito Público de Colombia. (30 de marzo de 2023). Hacia una tributación global incluyente, sostenible y equitativa. Obtenido de Ministerio de Hacienda y Crédito Público de Colombia: https://www.minhacienda.gov.co/webcenter/portal/TributacionIncluyente/pages_TributacionIncluyente
- MINSA. (2020). Diagnóstico de brechas de infraestructura o acceso a servicios en el Sector Salud 2020.
- MINSA. (2021a). Proyecto de presupuesto 2022 Sector Salud. Presentación ante el Congreso de la República del Perú. Obtenido de https://www.congreso.gob.pe/Docs/comisiones2021/Presupuesto/files/pleno_exposici%C3%B3n/9_-_salud_-_presentaci%C3%B3n_sms_al_congreso_de_la_rep%C3%BAblica.pdf

- MINSa. (2021b). Diagnóstico de brechas de infraestructura y equipamiento del Sector Salud 2021. Obtenido de <https://www.minsa.gob.pe/Recursos/OTRANS/08Proyectos/2021/DIAGNOSTICO-DE-BRECHAS.pdf>
- MINSa. (27 de julio de 2021b). Ministerio de Salud declara el 7 de febrero como “Día de la vacunación contra la COVID-19 en el Perú. Obtenido de <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/508663-ministerio-de-salud-declara-el-7-de-febrero-como-dia-de-la-vacunacion-contra-la-COVID-19-en-el-peru>
- MINSa. (2021c). Tiempos de pandemia 2020 - 2021. Lima: Ministerio de Salud.
- MINSa. (2022). Compendio Estadístico: Informe de Recursos Humanos del Sector Salud Perú 2013-2021. Lima. Obtenido de <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5883.pdf>
- MINSa. (30 de marzo de 2023). Vacuna COVID-19 en el Perú. Obtenido de <https://www.minsa.gob.pe/reunis/data/vacunas-COVID-1919.asp>
- OCDE. (2022). Estadísticas tributarias en América Latina y el Caribe 2022 - Perú. Obtenido de <https://www.oecd.org/tax/tax-policy/estadisticas-tributarias-america-latina-caribe-peru.pdf>
- OCDE. (20 de Marzo de 2023). Estadísticas tributarias en América Latina y el Caribe. Obtenido de <https://www.compareyourcountry.org/tax-revenues-latin-america/es/0//ranking/>
- OCDE, & Banco Mundial, .. (2020). Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe 2020. Paris: OECD Publishing. doi:<https://doi.org/10.1787/740f9640-es>.
- OECD et al, .. (2021). Perspectivas económicas de América Latina 2021: Avanzando juntos hacia una mejor recuperación. Paris: OECD Publishing.
- Ojo Público. (11 de Setiembre de 2019). Informes oficiales cuestionan beneficios tributarios a grandes farmacéuticas. Obtenido de <https://ojo-publico.com/1361/informes-oficiales-cuestionan-beneficios-tributarios-grandes-farmacaceuticas>
- Ojo Público. (4 de octubre de 2020a). Más de la mitad de empleos formales perdidos en pandemia fueron por suspensión perfecta. Obtenido de <https://ojo-publico.com/2140/el-55-del-empleo-formal-se-perdio-por-suspension-perfecta>
- Ojo Público. (7 de junio de 2020b). Una dolorosa espera: pacientes de cáncer luchan por sus tratamientos durante la pandemia. Obtenido de <https://ojo-publico.com/1906/una-dolorosa-espera-los-pacientes-de-cancer-en-la-pandemia>

- Ojo Público. (20 de abril de 2020b). Más de 33 millones de mascarillas salieron a China antes de restricción de exportación. Obtenido de <https://ojo-publico.com/1772/peru-envio-millones-de-mascarillas-china-antes-de-pandemia>
- Ojo Público. (2021a). #VACUNAGATE. Historia secreta de la vacunación irregular en el Perú. Lima: Aguilar.
- Ojo Público. (7 de Febrero de 2021b). Los millonarios y nada transparentes contratos de compra de vacunas contra la COVID-19. Obtenido de <https://ojo-publico.com/2466/opacidad-en-contratos-de-compra-de-vacunas-contra-la-COVID-19>
- Ojo Público. (9 de febrero de 2021c). Los primeros vacunados contra COVID-19: grupos con mayor exposición y riesgo de contagio. Obtenido de <https://ojo-publico.com/2474/los-primeros-vacunados-grupos-con-mas-riesgo-de-contagio>
- Ojo Público. (7 de febrero de 2021e). <https://ojo-publico.com/2470/vacunas-contra-la-COVID-19-esta-semana-inicio-plan-de-inmunizacion>. Obtenido de <https://ojo-publico.com/2470/vacunas-contra-la-COVID-19-esta-semana-inicio-plan-de-inmunizacion>
- Ojo Público. (6 de mayo de 2021f). Reactiva Perú: más créditos millonarios y pagos adelantados a un año del programa. Obtenido de <https://ojo-publico.com/2686/reactiva-creditos-millonarios-pagos-adelantados-y-despidos>
- Ojo Público. (29 de abril de 2021g). a confidencialidad en los contratos de vacunas contra la COVID-19 ¿Está justificada? Obtenido de <https://dernegocios.uexternado.edu.co/controversia/en-nuestra-opinion-la-confidencialidad-en-los-contratos-de-vacunas-contra-el-COVID-19-ha-dejado-de-estar-justificada/>
- Ojo Público. (8 de noviembre de 2021h). Empresas peruanas que controlan mercados facturaron millones en pandemia. Obtenido de <https://ojo-publico.com/3146/las-empresas-peruanas-que-facturaron-millones-en-pandemi>
- Ojo Público. (4 de setiembre de 2022a). Soberanía sanitaria: América Latina busca reducir su dependencia para acceder a vacunas y medicamentos. Obtenido de <https://ojo-publico.com/3659/america-latina-busca-reducir-dependencia-en-acceso-vacunas>
- Ojo Público. (2022c). Solo el 25% de la población objetivo ha recibido las cuatro dosis contra la COVID-19 en Perú. Obtenido de <https://ojo-publico.com/3386/vacunacion-su-punto-critico-razones-detras-la-caida>

- Ojo Público. (27 de febrero de 2022c). Los derechos humanos no fueron prioridad para la industria farmacéutica en la pandemia. Obtenido de <https://ojo-publico.com/3339/los-derechos-humanos-no-fueron-una-prioridad-para-las-farmaceuticas>
- OMC. (2021). EL COMERCIO DE PRODUCTOS MÉDICOS EN EL CONTEXTO DE LA LUCHA CONTRA LA COVID-19: EVOLUCIÓN EN 2020. Obtenido de https://www.wto.org/spanish/tratop_s/COVID-1919_s/medical_goods_update_jun21_s.pdf
- OMS. (29 de Mayo de 2020). Alocución del Director General de la OMS en la rueda de prensa sobre la COVID-19 celebrada el 29 de mayo de 2020. Obtenido de <https://www.who.int/es/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-COVID-19---29-may-2020>
- OMS. (29 de enero de 2021). Cronología de la respuesta de la OMS a la COVID-19. Obtenido de <https://www.who.int/es/news/item/29-06-2020-COVID-19timeline>
- OMS. (21 de junio de 2021b). El centro de transferencia de tecnología de vacunas de ARNm. Obtenido de <https://www.who.int/initiatives/the-mrna-vaccine-technology-transfer-hub>
- OMS. (2022a). GLOBAL VACCINE MARKET REPORT 2022. Geneva: Organización Mundial de la Salud.
- OMS. (16 de junio de 2022b). Nuevo acuerdo en virtud del C-TAP con el fin de mejorar el acceso mundial a tecnologías para realizar pruebas contra la COVID-19. Obtenido de <https://www.who.int/es/news/item/16-06-2022-new-agreement-under-c-tap-aims-to-improve-global-access-to-COVID-19-testing-technologies>
- OMS. (15 de febrero de 2023b). Avanza el programa de OPS/OMS de transferencia de tecnología para que Argentina produzca vacunas ARN mensajero. Obtenido de <https://www.paho.org/es/noticias/15-2-2023-avanza-programa-opsoms-transferencia-tecnologia-para-que-argentina-produzca>
- ONU. (17 de Febrero de 2021). Diez países han acaparado el 75% de las vacunas COVID-19 administradas, denuncia Guterres al Consejo de Seguridad. Obtenido de <https://news.un.org/es/story/2021/02/1488202>
- OPS. (26 de marzo de 2021a). Preguntas Frecuentes sobre el Mecanismo COVAX y vacunas COVID-19 en las Américas. Obtenido de <https://www.paho.org/es/>

noticias/26-3-2021-preguntas-frecuentes-sobre-mecanismo-covax-vacunas-COVID-19-

- OPS. (30 de Julio de 2021b). CD59/8 - Aumento de la capacidad de producción de medicamentos y tecnologías sanitarias esenciales. Obtenido de <https://www.paho.org/es/documentos/cd598-aumento-capacidad-produccion-medicamentos-tecnologias-sanitarias-esenciales>
- OPS. (23 de marzo de 2022a). OPS participó de Reunión de ministros de salud del Mercosur y Estados Asociados en Uruguay. Obtenido de <https://www.paho.org/es/noticias/23-3-2022-ops-participo-reunion-ministros-salud-mercosur-estados-asociados-uruguay>
- OPS. (2022b). Análisis de impacto presupuestal de la vacunación contra COVID-19 en América Latina.
- OPS. (9 de marzo de 2023a). A tres años de la COVID-19, la vigilancia y la vacunación son clave para poner fin a la pandemia en las Américas. Obtenido de <https://www.paho.org/es/noticias/9-3-2023-tres-anos-COVID-19-vigilancia-vacunacion-son-clave-para-poner-fin-pandemia>
- ORAS- CONHU. (30 de Marzo de 2023). Fortalecimiento de la toma de decisiones en el control de la pandemia de la COVID-19 mediante la vigilancia genómica en los países de Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú. Obtenido de <http://www.orasconhu.org/es/node/2144>
- ORAS-CONHU. (2021). Informe de Gestión 2020 - Agosto 2021 del Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue.
- ORAS-CONHU. (2022). Informe de Gestión Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue.
- OXFAM. (17 de Setiembre de 2020). Small group of rich nations have bought up more than half the future supply of leading COVID-19 vaccine contenders. Obtenido de <https://www.oxfam.org/es/node/14233>
- OXFAM. (2021). Una vacuna efectiva y universal en América Latina y el Caribe. Obtenido de <https://lac.oxfam.org/proyectos-destacados/una-vacuna-efectiva-y-universal-en-am%C3%A9rica-latina-y-el-caribe>
- OXFAM et al. (2023). Vacunas y desigualdad. Lecciones de la vacunación contra la COVID-19 en el Perú. Lima. Obtenido de <https://oi-files-cngv2-prod.s3.eu-west-2.amazonaws.com/peru.oxfam.org/s3fs-public/Vacunas-y-desigualdad-Lecciones-de-la-vacunacion-contra-covid19.pdf?VersionId=bscto6V0WrhEQ.KgRL726MZK9wNSQ2yQ>

- Oyarzún, L. (2021). *La Alianza del Pacífico en tiempos convulsos*. México: Fundación Konrad Adenauer.
- Parodi, C. (2022). *Perú 2011-2022: economía, política y sociedad*. Lima: Fondo Editorial Universidad del Pacífico.
- Pichel, M. (11 de febrero de 2021). *Coronavirus en Chile: las claves que explican la exitosa campaña de vacunación contra la COVID-19 en el país sudamericano*. Obtenido de BBC News Mundo: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-56026037>
- Procuraduría Pública Especializada en Delitos de Corrupción . (2021). *Informe sobre Corrupción durante el Estado de Emergencia por COVID-19 en el Perú*. Lima: Procuraduría Pública Especializada en Delitos de Corrupción .
- Quispe. (2 de marzo de 2023). *El rol de la CTI en el manejo de la pandemia de la COVID-19*. (J. Portocarrero, & R. Varillas, Entrevistadores)
- REUNIS . (11 de marzo de 2023). *PERU: Número de Camas Hospitalarias por habitantes*. Obtenido de REUNIS - Repositorio Único Nacional de Información en Salud: https://www.minsa.gob.pe/reunis/recursos_salud/index_camas_hospitalarias.asp
- REUTERS. (23 de Abril de 2020). *OMS lanza iniciativa para compartir drogas COVID-19, exámenes y vacunas: comunicado*. Obtenido de REUTERS: <https://www.reuters.com/article/salud-coronavirus-oms-iniciativa-idLTAKCN2253IA>
- RICYT. (25 de Marzo de 2023). *RICYT Indicadores*. Obtenido de <http://www.rieyt.org/category/indicadores/>
- Ríos Sierra, J. (2020). *La inexistente respuesta regional a la COVID-19 en América Latina*. *Revista de Estudios sobre Espacio y Poder* 11 (Especial),, 209-222.
- Rodríguez, J. (11 de junio de 2020). *La increíble traición de los negocios sanitarios en el Perú*. Obtenido de The Washington Post: <https://www.washingtonpost.com/es/post-opinion/2020/06/18/la-increible-traicion-de-los-negocios-sanitarios-en-el-peru/>
- Rogers, J. (2020). *Estudio de línea base del gasto público en ciencia, tecnología e innovación en el Perú*. Lima: Fondo Nacional de Desarrollo Científico, Tecnológico y de Innovación Tecnológica (Fondecyt).
- Salud con Lupa. (27 de abril de 2020). *Latinoamérica en Cuidados Intensivos*. Obtenido de <https://saludconlupa.com/noticias/latinoamerica-en-cuidados-intensivos/>

- Salud con Lupa. (3 de Octubre de 2021a). Vacunas COVID-19: Nueve contratos de Pfizer revelan cláusulas abusivas con los gobiernos. Obtenido de <https://saludconlupa.com/noticias/vacunas-COVID-19-nueve-contratos-de-pfizer-revelan-clausulas-abusivas-con-los-gobiernos/>
- Salud con Lupa. (24 de Marzo de 2021b). OMS: La desigualdad en el acceso a las vacunas COVID-19 es cada día más grotesca. Obtenido de <https://saludconlupa.com/noticias/oms-las-desigualdades-en-el-acceso-a-las-vacunas-son-mas-grotescas-cada-dia/>
- Salud con Lupa. (2021c). VACUNAGATE: Las conexiones del Poder. Obtenido de <https://saludconlupa.com/series/vacunagate-las-conexiones-del-poder/>
- SBS . (2021). La Pandemia y el acceso anticipado a los fondos de pensiones del SPP:2020-2021. Lima.
- SICA. (26 de marzo de 2020). Plan de Contingencia Regional del SICA frente al COVID-1919. Obtenido de https://www.sica.int/documentos/plan-de-contingencia-regional-del-sica-frente-al-COVID-1919_1_121512.html
- Sifuentes, M. (2021). Casi Bicentenarios. Lima: Editorial PlanetaPerú S.A.
- SIS. (2021). Memoria Anual Seguro Integral de Salud – SIS. .
- SPDA. (9 de Marzo de 2018). Obtenido de ¿Cuáles serían los beneficios de ponerle un impuesto al carbono?: <https://www.actualidadambiental.pe/cuales-serian-los-beneficios-de-ponerle-un-impuesto-al-carbono/>
- SUNAT. (2021). Principales Gastos Tributarios para el año 2022.
- SUSALUD. (2021). Balance de Gestión 2016 – 2021 Protegiendo los Derechos en Salud: Avances en la construcción de una cultura de derechos en salud. Lima. Obtenido de <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/2302975/Balance%20de%20Gesti%C3%B3n%202016-2021.pdf?v=1635441815>
- Tarazona, A. (2022). Respuestas del Sistema de Salud Frente a la pandemia de la COVID-19. En C. M. Perú, Foro: Lapandemia de la COVID-19- 19 en el Perú: impactos en la sociedad peruana - Lecciones aprendidas. Obtenido de https://www.facebook.com/watch/live/?ref=watch_permalink&v=620811649759164
- TJN. (6 de julio de 2021a). Tax Justice & Human Rights: The 4 Rs and the realisation of rights. Obtenido de Tax Justice Network: <https://taxjustice.net/reports/tax-justice-human-rights-the-4-rs-and-the-realisation-of-rights/>

- TJN. (2021b). Country profile: Peru. Obtenido de <https://taxjustice.net/country-profiles/peru/>
- Transparencia Internacional. (2021). Análisis de la transparencia en 39 contratos de Vacunas contra COVID-19 en el mundo. Obtenido de <https://drive.google.com/file/d/1nAj3zC8STFtv0PiFLj3gj7HNOScPds0j/view>
- UNESCO. (2021). COVID-19 y vacunación en América Latina y el Caribe: desafíos, necesidades y oportunidades. Paris. Obtenido de <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000378377>
- Universidad del Externado. (29 de abril de 2021). La confidencialidad en los contratos de vacunas contra la COVID-19 ¿Está justificada? Obtenido de <https://dernegocios.uexternado.edu.co/controversia/en-nuestra-opinion-la-confidencialidad-en-los-contratos-de-vacunas-contra-el-COVID-19-ha-dejado-de-estar-justificada/>
- Vega, J. (. (2020). Crónica de la economía peruana en tiempos de pandemia, Documento de Trabajo 495. Lima: Departamento de Economía – Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Wayka.pe. (14 de junio de 2020). Gobierno de García permitió monopolio de oxígeno medicinal. Obtenido de <https://wayka.pe/gobierno-garcia-permitio-monopolio-de-oxigeno-medicinal/>
- Wayka.pe. (14 de junio de 2020). Gobierno de García permitió monopolio de oxígeno medicinal. Obtenido de <https://wayka.pe/gobierno-garcia-permitio-monopolio-de-oxigeno-medicinal/>
- Wemos. (2022). Make pooling work to end pandemics: A qualitative analysis of the COVID-19 Technology Access Pool. The Netherlands.
- Zamora, C. (2021). Vacunación contra la COVID-19 y desigualdad. Lima: Pulso PUCP. Obtenido de https://repositorio.pucp.edu.pe/index/bitstream/handle/123456789/182089/EVIDENCIAPULSO_0001.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Zamora, V. (28 de abril de 2023). El Sistema de Salud peruano desde la perspectiva de un exfuncionario. (B. Bejarano, J. Portocarrero, & R. Varillas, Entrevistadores)

Con el apoyo de:



OXFAM