

ARTÍCULO DE REFLEXIÓN

PARADIGMAS, CIUDADES Y EPIDEMIAS: LA TRAYECTORIA HACIA LOS TIEMPOS DEL "GRAN ENCIERRO" EN EL PERÚ

PARADIGMS, CITIES AND EPIDEMICS: THE TRAJECTORY TOWARDS THE TIMES OF THE "GREAT ENCIERRO" IN PERU

DOI: <https://doi.org/10.47796/ra.2020i18.441>

MARIEL CYNTHIA CHÁVEZ VARGAS¹

RESUMEN

El presente artículo realiza un recorrido desde comienzos de siglo XX sobre las principales epidemias que sacudieron al Perú. Sin embargo, el énfasis recae en el análisis contextual a través de la influencia que ejercieron los paradigmas de desarrollo que acompañaron estas décadas. El trayecto comienza por observar cómo es que las enfermedades aceleraron reformas en materia de salud pública y saneamiento, pasando a una etapa donde la concepción de salud se alinea al modelo desarrollista caracterizado por la intervención estatal, que también marca el inicio del fenómeno urbano latinoamericano. Tras su agotamiento, desmantelamiento y bajo la creencia en los mercados abiertos y competitivos como un mecanismo óptimo de desarrollo, las problemáticas heredadas y desigualdades del período anterior se agudizan. Al llegar la pandemia de COVID-19, al igual que las epidemias antecesoras, sobresalen la serie de deficiencias acumuladas, demandando una vez más, respuestas que toquen temas de fondo.

PALABRAS CLAVE: epidemias, fenómeno urbano, modelos de desarrollo, paradigmas.

INTRODUCCIÓN

La pandemia del Covid-19 se ha convertido en un suceso que marcará la historia de la humanidad. Desde el ámbito académico, diversas reflexiones vienen siendo expuestas,

más aún por la incertidumbre de un futuro post pandemia. En el caso de Perú, pese a ser uno de los primeros en imponer restricciones, las medidas fueron sobrepasadas por la compleja realidad que caracteriza al país, llegando a convertirse en unos de los casos con mayor mortalidad (BBC, 2020; DW, 2020).

En el presente escrito se realizó un recorrido de corte histórico y analítico desde principios de siglo XX donde, bajo los parámetros inscritos en los modelos de desarrollo que acompañaron los diferentes períodos, se puso en relieve el contexto de las principales epidemias que han azotado al Perú desde entonces. Se observó cómo las enfermedades tienden a relucir las deficiencias acumuladas y la fragilidad de las ciudades por constituir su reflejo. Fue de gran notoriedad aquellos puntos de inflexión de cada etapa, como la década de despegue del fenómeno urbano. Asimismo, se analizó la manera en que diversas condicionantes pasaron a influir en el accionar del Estado.

La finalidad consistió en entregar una reflexión que permita rastrear y aproximarse a una comprensión de la situación de la pandemia del año 2020. Para ello se hizo una revisión bibliográfica que incluyó producciones académicas que abordaron las primeras apreciaciones al respecto y las principales complejidades inherentes al contexto latinoamericano, en especial al Perú.

¹ Arquitecta por la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa y Magister en Desarrollo Urbano de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

EL LEGADO DE LAS EPIDEMIAS EN EL PERÚ A PRINCIPIOS DE SIGLO XX

Cueto (1997, 2005, 2020) e Ibarra (2016, 2020), quienes han estudiado el impacto de las epidemias en el contexto peruano y chileno respectivamente, coinciden en que el período entre fines de siglo XIX y mediados de siglo XX, fue una etapa donde a partir de las epidemias se puso en relieve el tema de salud pública y pasó a ser asunto de Estado. Lo que condujo a los primeros avances hacia su institucionalidad y posteriormente la instauración de medidas de prevención con impacto directo en las ciudades, detonando en las primeras políticas urbanas en materia de diseño y saneamiento.

Cabe mencionar que en el Perú, a fines del siglo XIX, surgieron algunas iniciativas de institucionalidad en materia de salubridad como las Juntas Departamentales de Sanidad (Lorente, 1926) o el Instituto Municipal de Higiene de Lima (1902), inspirado en referentes europeos (Cueto, 1997). No obstante, hacia 1903 el Perú comenzó a ser sacudido por la peste bubónica (1903-1930). Un aspecto clave mantiene una estrecha relación con las ciudades de la época, debido a su condición frente a las epidemias, al considerarse un medio frágil para la propagación de enfermedades por factores como la insalubridad, hacinamiento, infraestructura y hábitos de su población (Ibarra, 2020).

En efecto, estas fueron las características de las urbes que favorecieron la proliferación de los principales portadores de la peste, los roedores. Cueto (1997) señaló que la epidemia indujo a que las condiciones precarias de vida urbana adquirieran mayor visibilidad, siendo los médicos quienes demandaron la necesidad de intervención. Entonces, el temor a la enfermedad y la sensación de urgencia apresuraron diversas medidas e institucionalidad sobre salud pública. Siguiendo al autor, en respuesta surgió la Dirección de Salubridad (1903), adscrita al Ministerio de Fomento, pero sentando las bases para el Ministerio de Salud (1935).

Además de las condiciones precarias de vida urbana, Cueto (1997) sostuvo que afloraron grietas en el tejido social que revelaron temores entre grupos sociales en un mismo espacio urbano. El autor resaltó episodios de discriminación surgidos a partir de construcciones sociales de connotación negativa erigidas alrededor de la peste, asociadas a condiciones de vida inferiores e incluso atribuidas a características étnicas específicas. Se vio afectada la población indígena y mestiza, proveniente de barrios pobres y propensas a la infectarse, como también la población china, culpándoseles por la epidemia. Incluso desde el Estado se consolidó la tendencia política que distinguió entre una migración indeseable y deseable, la última refiriéndose a la europea principalmente.

Como aporte, de este período se heredó la apuesta por la prevención ante las enfermedades mediante medidas de saneamiento y construcción (Cueto, 1997). Otra contribución fue la inspección técnica y reglamentación de las construcciones urbanas que expuso Lorente (1926), como la cimentación de concreto en los edificios y que los barrios debieran tener avenidas pavimentadas, parques proporcionados, servicios de agua, desagüe y alumbrado.

Estos avances encajan con lo establecido por Quispe (2005) y Torres (2016), quienes aducen una etapa de modernización del país durante las primeras décadas de siglo XX, propiciada por el gobierno de Leguía (1919-1930), donde se enfatiza el apoyo y empréstitos facilitados por Estados Unidos (Cueto, 1997; Torres, 2016). Aquí convergen factores políticos y económicos que entraron a colación en epidemias como la fiebre amarilla y la malaria, que también afectaron al Perú en este tiempo.

En referencia a la fiebre amarilla (1919 - 1922), según Cueto (1997), más allá de la salud, el interés fue consolidar la influencia política y afán económico, dado que la enfermedad atacó

principalmente la zona costera norte, favorecida por el alza de precios durante la Primera Guerra Mundial (1914-1918). Esto refleja el sustento de la economía peruana en la producción agrícola y exportación de materias primas de la época (Quispe, 2005).

Y en cuanto a la malaria, cabe indicar la importancia de la migración proveniente del campo para el sistema económico de la época, dado que fue una respuesta a la demanda de mano de obra (Cueto, 1997; Torres, 2016). Por lo tanto, el Estado propició el movimiento poblacional, esto fue a manos del gobierno de Leguía. No obstante, el factor humano vulnerable caracterizó a la enfermedad, al ser endémica en la costa y la selva, los principales afectados fueron la población serrana que trabajaban en estos destinos (Cueto, 1997). Al verse afectada la fuerza laboral necesaria, el accionar tuvo una primera etapa dirigida al control de larvas y atención de enfermos mediante quinina, y una segunda etapa por desarrollar en la siguiente sección.

El centralismo fue otro aspecto observado por Cueto (1997) en las dos últimas epidemias señaladas. Por ejemplo, la disolución de las Juntas Departamentales de Sanidad, a cargo de los municipios, y en su reemplazo se crearon Oficinas Departamentales de Salubridad dirigidas desde Lima en 1922. Otro aspecto fue la vulnerabilidad de la población y la precariedad institucional cuando la malaria azotó a Quillabamba (Cuzco) en 1932. Para el autor lo llamativo fue la tardía respuesta, hasta casi un año después, demostración de que lo ocurrido en provincias alejadas de la capital no merecía mayor atención, incluso entrega evidencia de restársele importancia dada la crisis que atravesaba el país.

Para culminar esta sección, es importante destacar lo que Torres (2016) relató que factores como la crisis mundial de 1929 afectaron el proceso de modernización indicado anteriormente, donde las condiciones de desempleo propiciaron las primeras invasiones

y la tugurización de sectores de la ciudad de Lima, proceso que continuó sin cesar y que convirtió a la barriada en un modelo de crecimiento urbano característico de la realidad peruana.

EL MODELO DESARROLLISTA, EL FENÓMENO URBANO Y EL CONTROL DE LA MALARIA

La segunda etapa sobre el accionar del Estado por el control de la malaria que relató Cueto (1997) se enmarcó en el modelo de desarrollo de la época. Se caracterizó por el régimen de acumulación fordista y su mayor vigencia fue durante las tres décadas posteriores a la segunda posguerra según De Mattos (2018), y que resultó el punto de despegue del fenómeno urbano. Para su comprensión se debe tomar en cuenta algunas consideraciones.

En primer lugar, el posicionamiento de Perú con énfasis en el marco de Guerra Fría. A pesar de la inestabilidad política del país, entre gobiernos democráticos y militares, prevaleció el apoyo al bloque capitalista. Esta influencia norteamericana también fue subrayada por Cueto (1997), la cual atravesó regímenes como el de Manuel Prado (1939-1945), Bustamante y Rivera (1945-1947), el "Ochenio de Odría" (1948-1956). La tendencia continuó con Prado y Ugarteche (1956-1962), el gobierno militar de Pérez Godoy/Nicolás Lindley (1962-1963) y el gobierno de Fernando Belaúnde (1963-1968).

En segundo lugar, el reconocimiento de las ideas estructurantes del paradigma. Su base fueron las teorías de desarrollo económico, basado en el intervencionismo keynesiano y el sistema productivo fordista (De Mattos, 2010b). Almandoz (2008) explicó que la ecuación de desarrollo consistió en una secuencia causal de industrialización, urbanización y su conducción hacia la modernización. Entre sus características estuvo el predominio de la escala nacional con un crecimiento promovido hacia adentro, la limitación al capital extranjero, cuyo núcleo dinámico fue el sector primario exportador y la

Industrialización por Sustitución de Importaciones (De Mattos, 2010b). Estas ideas fueron respaldadas desde 1948 por agencias internacionales y los crecientes intereses económicos estadounidenses en la región (Almandoz, 2008), con la convicción de ofrecer un camino efectivo para superar el subdesarrollo (De Mattos, 2010b).

En tercer lugar, considerar el rol intervencionista y proteccionista del llamado Estado de bienestar keynesiano, caracterizado por el aumento de la inversión pública, creación de empleos, aumento de la demanda de bienes de consumo, estímulo de la inversión privada y provisión generalizada de servicios sociales (Salazar, 2006). El llamado Estado de Bienestar implicó “promesas bastante explícitas de alcanzar las metas del desenvolvimiento económico, de trabajo para todos, de igualdad de oportunidades para los jóvenes, de seguridad social y de normas mínimas protegidas en lo que se refiere no solo a ingresos, sino a alimentación, vivienda, salud y educación para las personas de todas las regiones y de todos los sectores sociales” (Myrdal, 1961, p. 75, citado por De Mattos, 2010a).

Precisamente, Cueto (1997) contextualizó al panorama del Perú bajo los parámetros de la época, siendo imprescindible cubrir la necesidad de mano de obra que se sometiese a trabajos intensos en las ciudades. Siguiendo al autor, tomando en cuenta que la malaria fue una enfermedad que atacaba sobre todo a trabajadores temporales en la costa, se justificó el accionar estatal por erradicar la enfermedad, aunado a las políticas con énfasis en el sentido nacionalista del trabajo sanitario que caracterizó la campaña.

En estas circunstancias, resulta imprescindible recalcar que desde la década de los cuarenta, en ciudades capitales de países latinoamericanos, ya se empezaban a visibilizar cambios socio-demográficos de creciente urbanización, atribuida a una etapa de

"despegue" económico dentro de la ecuación desarrollista (Almandoz, 2008), marcando el inicio del fenómeno urbano. Bajo este escenario, Cueto (1997) sostuvo que el control de la enfermedad también constituyó un estímulo, debido a que el rociamiento de insecticidas logró notable control de la enfermedad, facilitando la migración campo-ciudad.

Ahora bien, Torres (2016) alegó que la migración no pudo ser absorbida dada la insuficiente producción de vivienda que cubriera la demanda, entonces, afloró esta informalidad urbana que se tradujo principalmente en invasión de tierras en zonas periféricas y la autoconstrucción como el medio más eficaz para obtener vivienda. En el contexto peruano, las barriadas si bien tuvieron un origen desde la crisis mundial de 1929 (Quispe, 2005; Torres, 2016), se acentuó desde la década de los cincuenta en adelante como una respuesta paliativa frente al crecimiento explosivo y concentración, sobre todo en la ciudad de Lima, pasando a replicarse como estilo dominante de crecimiento en otras ciudades del Perú (Matos Mar, 1986). Hasta este punto, debe enfatizarse el centralismo acuñado al siglo XX, que si bien tuvo que ver con la predominante escala nacional propia del modelo vigente, también guardó relación con la tradición centralista latinoamericana que aludió Boisier (2004), al mantener una organización desde un centro administrativo al conformarse como nación (Contreras, 2000), y que contribuyó a la tendencia de absorción del flujo migratorio a la ciudad capital.

De la misma forma, conviene evidenciar que en el caso latinoamericano, aunque algunos rasgos lograron replicarse en países que alcanzaron cierto nivel de industrialización, como Venezuela y Brasil, el proceso ocurrió en forma incompleta y fragmentada (Almandoz, 2008), calificándose a la situación emergente como "fordismo periférico" (Lipietz, 1986). Según Almandoz (2008), hubo un desequilibrio donde la industrialización no atrajo a la

urbanización, sino que fue “empujada” (pushed), al no poder ser absorbida por el sistema productivo. De modo que, a fines de los sesenta, el panorama era demasiado evidente sobre este desbalance (Almandoz, 2013), al mismo tiempo, las fallidas instalaciones de los Estados de Bienestar.

Además, este abrupto proceso de "inflación urbana o superurbanización" (Almandoz, 2008) tuvo que ver con la informalidad, que se convirtió en distintiva de ciudades latinoamericanas desde mediados de siglo XX (Torres, 2016). En consecuencia, una serie de problemas como el incremento de los niveles de pobreza, desigualdad y hacinamiento acompañaron a la proliferación de barrios informales. En referencia, Torres y Ruiz-Tagle (2019) relataron cómo el Perú fue pionero en políticas sobre la informalidad urbana (1961), no obstante, se privilegió la seguridad de la tenencia jurídica sobre la provisión de servicios básicos e infraestructura, situación que se mantuvo hasta 1980, con el devenir de la crisis.

La campaña por el control de la malaria fracasó luego de 1970, no sólo en el Perú, sino a nivel mundial, y guardó coincidencia con la etapa de creciente agotamiento del modelo, agudizada por la crisis internacional de combustibles de 1974 (Cueto, 1997). En este período se llevó a cabo el "Reformismo Militar" del autodenominado "Gobierno Revolucionario de las Fuerzas Armadas", que abarcó principalmente el gobierno de Juan Velasco Alvarado (1968-1975). En este contexto, Cueto (1997) manifestó el cambio de discurso acerca de la solución de la pobreza rural, que ya no provino de la salud pública, sino de una reforma agraria que redistribuyera la tierra, perdiendo popularidad la erradicación de la malaria. El autor indicó que con la campaña una enfermedad endémica casi desapareció, cuyo fracaso preparó un cambio de percepciones sociales y políticas donde controlar las enfermedades resultaría un lujo, visible aún más en la próxima epidemia.

Resulta pertinente señalar que, en esta etapa de agotamiento, se tiene registro que en una primera fase se emprendieron radicales reformas sociales y económicas, pero que, en una segunda fase, a partir de 1975, terminaron por desmontarse a manos del gobierno militar de Francisco Morales Bermúdez (1975-1980). La etapa de crisis continuó en mandatos posteriores, acrecentándose en el segundo gobierno de Fernando Belaúnde (1980–1985) y en el primer gobierno de Alan García (1985-1985). González, Rojas y Villa (2000) adujeron que la situación de crisis concatenó en la reducción estatal de las responsabilidades sociales, repercutiendo principalmente en la salud y educación. Cabe resaltar que, la fallida reforma agraria, el desempleo y los movimientos subversivos, como es el caso de Sendero Luminoso, contribuyeron a que el fenómeno urbano se extendiera más aún, llevándose a cabo un éxodo masivo hacia las ciudades (Torres, 2016). De hecho, Cueto (1997) resaltó que los efectos del acelerado crecimiento de zonas marginales favorecieron las condiciones de propagación de la siguiente epidemia que azotó al Perú. Y, paralelamente, como alternativa a la crisis, fue surgiendo de manera abrupta un cambio de paradigma desde Chile que luego se replicó prácticamente a nivel global.

HACIA LA APERTURA DE LOS MERCADOS EN CONTEXTO DEL CÓLERA Y SUS EFECTOS

En respuesta a los síntomas de agotamiento del modelo sustentado en el modo de producción fordista, adquirió relevancia la necesidad de un ajuste estructural (De Mattos, 2018). Bajo la creencia de que los mercados abiertos y competitivos serían un mecanismo óptimo para el desarrollo socioeconómico, se justificaron medidas que implicaron la desregulación de la intervención del Estado y el desmantelamiento de políticas proteccionistas y asistenciales (Brenner et al., 2009). A nivel de Latinoamérica esta serie de reformas del pensamiento neoliberal acaecen desde la

década de los noventa, en el Perú se inserta visiblemente en la Constitución de 1993.

Reincidentemente, las ciudades adquirieron las características idóneas para la enfermedad que afectó al Perú en 1991, el cólera. Subrayándose el hecho de que nuevamente se evidencia a la ciudad como un medio frágil, dadas las condiciones deplorables que acompañaron a la dinámica del fenómeno urbano informal y que favorecieron la propagación de la enfermedad. Nuevamente una enfermedad reveló con gran claridad las precarias condiciones de los servicios básicos y la necesidad por su mejoramiento. Conviene revisar aspectos sobre la vivienda y la salud, ya que guardan relación directa y en ambos confluye el accionar del Estado.

Respecto a la salud, con anterioridad a la epidemia ya se vislumbraba un escenario deteriorado por enfermedades de causas ambientales similares a las del cólera, debido a la proliferación de asentamientos informales, crecimiento que fue superior a la construcción de infraestructura sanitaria (Cueto, 1997; Gonzales et al., 2000; Vargas, Ramos & Rodas, 2010). Los factores para la propagación del cólera estuvieron aunados a la contaminación, deterioro y ausencia de provisión de servicios oficiales de salud generalizados (Cueto, 1997; Ghersi & Ñaurapi, 2005; Vargas et al., 2010), por lo que el cólera fue calificado como un desastre esperando por suceder (Cueto, 1997). Vargas et al. (2010) ilustraron que, para el año de 1991, en el caso de Lima Metropolitana, de los 6 459 000 de habitantes cerca de 1 617 486 vivían en condiciones de extrema pobreza, y en otras ciudades como Trujillo y Piura, el agua que se distribuía se extraía de pozos contaminados e insuficientemente clorada. Por otro lado, las grandes distancias hacia los centros de trabajo indujo al consumo de alimentos en la calle con malas condiciones (Cueto, 1997; Vargas et al., 2010).

Cabe destacar que los efectos económicos se reflejaron en las restricciones

severas hacia las exportaciones peruanas por considerarse un país insalubre (Cueto, 1997; Vargas et al., 2010). Asimismo, la respuesta hacia la epidemia generó opiniones divergentes. Por ejemplo, para Vargas et al. (2010) sirvió para unir a la población con sus autoridades por la gran concientización, donde la salud fue revalorada, pese a que la inversión en salud fue superada por la epidemia. Mientras que Cueto (1997) entregó una perspectiva crítica al respecto, en primer lugar, señaló que la campaña pareció adquirir segunda prioridad por significar demasiado gasto estatal, al dirigirse su estrategia hacia la culpabilidad individual de la enfermedad por hábitos de higiene. En segundo lugar, enfatizó que revivieron connotaciones negativas por contraer la enfermedad, renovándose viejos estigmas sobre ciertos sectores de población. Y, en tercer lugar, destacó que la salud había dejado de ser asunto primordial del Estado, de esta manera se restó importancia a las carencias de infraestructura sanitaria como problema estructural. Por lo tanto, la evidente demanda en materia de salud pública y la respuesta en el marco de la implementación de reformas en salud condujo al deterioro en los sistemas de salud y las brechas de inequidad (Homedes & Ugalde, 2005).

Respecto a la vivienda, Torres (2016) señaló que el enfoque neoliberal, mercantilista e individualista del rol estatal en el desarrollo urbano y la dotación de vivienda se caracterizó por ceder la responsabilidad hacia el mercado, dejando un papel subsidiario al Estado, centrado en la demanda y ya no en la oferta. La autora sostuvo que, con la política de titulación masiva ejecutada en 1996 se optó por la entrega de títulos de dominio, omitiéndose la habilitación urbana y acceso a la vivienda de manera simultánea. Con estas reformas radicales se incrementó la pobreza y desigualdad, amplificándose el fenómeno de informalidad, especialmente en Lima, y a la vez contribuyendo al incremento de tráfico de tierras (Torres & Ruiz-Tagle, 2019). Otro punto clave recae sobre

la descoordinación de la demanda de vivienda con los fines mercantilistas, al ser evidente que el déficit habitacional concentrado en el aspecto cualitativo por la calidad de viviendas, por encima de un déficit cuantitativo (BID, 2012; Libertun & Osorio, 2020).

Un aspecto que no debe dejarse de lado en esta sección tiene que ver con este cambio de paradigma, debido a que la lógica de apertura externa (globalización) tiene el requerimiento de una apertura interna, ya que las estructuras centralizadas no poseen la velocidad requerida (Boisier, 2004). Aunque cabe mencionar que desde comienzos de siglo XX ha tenido sus idas y vueltas en la agenda política (Ballón & Monge, 2018). A partir de la implantación de reformas, la descentralización volvió a cobrar relevancia como política de Estado en el caso de Perú. Este proceso ha sido analizado por diversos autores (Ballón & Monge, 2018; Dulanto, 2017; Remy, 2011; Contreras, 2000), quienes coinciden en la inconclusión y paralización del mismo. Dulanto (2017) relató que la agenda de descentralización debía seguir un modelo gradual de transferencia de competencias, el cual se detuvo en el fracaso de referéndum por la conformación de macrorregiones del 2005 y en adelante no volvió a haber voluntad política para retomarlo verdaderamente. Mientras que Remy (2011) acusó que este proceso, aunado a los mecanismos de participación ciudadana creados fueron sufriendo un desmontaje y debilitamiento.

Para finalizar esta sección, es necesario destacar la manera en que estos cambios de la dinámica económica influyeron en la conformación de una nueva geografía urbana (De Mattos, 2018) que modificó a aquel heredado del paradigma de siglo XX. En esta lógica, Harvey (2016) resaltó cómo históricamente la urbanización ha desempeñado un papel crucial en la absorción del excedente de capital, acrecentando cada vez más la escala geográfica. De Mattos (2018) explicó que en el plano intra – urbano, las

ciudades pasaron a ser una aglomeración amorfa y difusa, diluyéndose las diferencias entre lo urbano y rural, con tendencias de crecimiento que Lefebvre, (1970) llamó "implosión /explosión", con tendencias hacia la expansión del tejido hacia afuera, como la concentración que se visibiliza en las principales ciudades capitales de Latinoamérica.

Además, existen impactos críticos imbricados a esta dinámica, como el aumento de las desigualdades sociales y el deterioro del medio ambiente, tendencias realmente alarmantes (De Mattos, 2018). Brenner (2009) sostiene que esta desigualdad representa una faceta co-evolutiva y co-dependiente del proceso neoliberal. En gran parte del siglo XX esta dinámica se caracterizó por la migración campo- ciudad, pero con oportunidades de trabajo y acceso a servicios sociales o vivienda que el Estado le pudiese proveer (Katzman, 2009). Con el cambio de modelo estos servicios y provisiones tendieron a dejar de ser responsabilidad estatal, apreciándose a diversas escalas. Resultando alarmante que el 1% superior posee el 50.1% de toda la riqueza de los hogares en el mundo (Credit Suisse, 2018).

A modo de conclusión: los tiempos de covid-19 como punto de inflexión

Al igual que epidemias antecesoras, el COVID-19 no debiera considerarse excepcional (Badiou, 2020), sino como una situación predecible (Harvey, 2020; Lossio & Torres, 2020). Incluso hubieron enfermedades en el presente siglo que proporcionaron bastantes advertencias como el Ébola y el SRAS (Badiou, 2020; Harvey, 2020). Conviene agregar la comparación que hizo Urquiza (2020) de esta situación como sólo una fracción visible en la metáfora del iceberg, existiendo una jerarquía de factores que van desde patrones, estructuras y modelos mentales que "empujan" estos sucesos, los cuales deben ser motivo de profundo análisis debido a que, como señalan Lossio y Torres (2020), rara vez las respuestas involucraron cambiar temas de fondo. En el caso

de Perú, la respuesta inicial en el manejo de la pandemia generó percepciones optimistas, sin embargo, con el pasar de las semanas las medidas fueron sobrepasadas por la complejidad inherente a su realidad, cuyas consecuencias vinieron a ser "crónicas de muertes anunciadas" desde antes de la pandemia (Yon, 2020). Se develó que las cifras de aparente crecimiento económico, en realidad estuvieron escondiendo profundas desigualdades.

Centrándose en el contexto peruano, mediante el presente escrito se reveló que, tras cada epidemia, se identificaron una serie de patrones reincidentes o relacionados a la precedente. En primer lugar, se observó que estas enfermedades guardaron las características precisas para sacar a relucir los problemas acumulados y reflejados en las ciudades, las que terminaron siendo un medio frágil para su propagación. En segundo lugar, se destacó que las enfermedades han influido y acelerado el accionar por necesidad de cambios. Sin embargo, estas respuestas tendieron a enmarcarse bajo los parámetros de los paradigmas de los últimos siglos, priorizando fines económicos como en el caso de la malaria y la fiebre amarilla, por afectar zonas de provecho económico según Cueto (1997).

Asimismo, se resaltan los puntos de inflexión que marcaron el inicio de períodos. Este es el caso de fines de los años cuarenta que, además de arrancar fuertemente el fenómeno urbano, también significó un salto en distintas variables, dada la creencia de que los recursos eran inagotables y por ende, se incentivó el aumento al consumo y la producción sin límites, el fenómeno llamado "la gran aceleración" (Trischler, 2017). Y como se mencionó, con la instalación del régimen caracterizado por la apertura de los mercados, se pasó a dismantelar los beneficios sociales de la época anterior. Entre estos cambios, Cueto (2020b) resaltó el paso de la concepción de la salud asumida como un derecho integral de bienestar físico, mental y social para pasar a priorizarse el

ahorro por encima de las intervenciones sanitarias. Entonces, se dejó al mercado la responsabilidad de asumir las necesidades de los habitantes, cuyos intereses no se alinearon a la reducción de desigualdades que continuaron acrecentándose. Por tal motivo, Harvey (2020) considera a la pandemia actual como una respuesta después de décadas de un violento y desregulado extractivismo de la propia dinámica económica.

En tercer lugar, se enfatizan los patrones de tipo sociocultural que vienen renovándose tras cada epidemia. Por un lado, la serie de prejuicios hacia ciertos grupos de población, quienes suelen ser los más vulnerables. Por otro lado, referido al contexto de COVID-19, entre las primeras medidas estuvo el cierre de fronteras, pese al carácter global del virus (Galindo, 2020), aunque, esto se debe a que los sistemas de salud y accionar de los gobiernos responden a una escala nacional (Gabriel, 2020), lo cual también ha servido para generar exclusiones. Además, ha sido motivo de crítica que, dado el carácter global, organizaciones supranacionales como la Organización Mundial de la Salud debieran ser vinculantes (Cueto, 2020a; Zizek, 2020).

A lo largo del escrito se destacó a la informalidad como inseparable del contexto latinoamericano, especialmente para el Perú. Característica que fue catalogada como un factor que impidió la eficacia de las estrategias del gobierno en la pandemia de 2020. No obstante, como señaló Torres, (2016), esta informalidad tiene larga data, por lo cual resulta necesario empezar a comprenderla desde su complejidad, superando su entendimiento como la excepción a la lógica formal. A esto se suma la realidad heterogénea del país, lo que convierte al modo de pensar centralista en una estrategia insuficiente, lenta y que inhibe la comprensión desde el territorio con su diversidad de escenarios. Al respecto, Remy (2020) resaltó que la emergencia evidenció precariedades acumuladas, tras un diseño de descentralización fallida y que debe retomarse en la agenda para romper con inercias

ineficientes de discrecionalidad, desorden e incertidumbre en la asignación de responsabilidades y presupuestos en los niveles de gobierno.

Profundizando en las estructuras que sostienen la sociedad actual, se viene haciendo una crítica generalizada al modo de producción, cuyo funcionamiento reproduce las desigualdades. Visible más aún en pandemia, donde recurrentemente se dice que el virus no discrimina, sin embargo, las diferencias sociales y de clase han actuado como filtraciones (Harvey, 2020): quienes pueden quedarse en casa, quienes deben exponerse por trabajo, quienes al enfermar pueden optar por servicios de salud, etc. Entre algunos datos de respaldo está la encuesta realizada por el Instituto de Estudios Peruanos (2020), donde el 51% de personas consultadas afirmó tener más miedo al hambre que al virus (Amaya, 2020). Luego está el Censo realizado por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) del 2017 y citado por Reátegui (2020), que mostró que sólo el 34% de población tiene computadora y en el área rural sólo el 3%, por lo tanto, la educación virtual más que una alternativa constituye un privilegio, al sólo ser accesible a una porción reducida de población.

Finalmente, la incertidumbre por un escenario posterior a la pandemia ha desencadenado una serie de discusiones prospectivas en variedad de materias. De ser este un punto de inflexión, existe consenso de que es tiempo y oportunidad para cambios radicales, repensando conceptos distorsionados sobre lo que significa verdaderamente salud o desarrollo, asumiéndose generalmente este último como sinónimo de crecimiento económico sin límites. Al respecto, Zizek (2020) hizo notoria que las primeras impresiones sobre la pandemia fue que "los mercados se estén poniendo nerviosos", por encima de la salud de las personas. La manera en la que hemos venido concibiendo el desarrollo sólo ha conducido a un panorama de insostenibilidad, donde la producción y consumo masivo aumentan al

igual que el detrimento de los ecosistemas, cuyas señales vienen aflorando fuertemente en las últimas décadas. Valga mencionar la apreciación de Harvey (2020), quien subrayó que el modelo de acumulación actual ya mostraba señales de agotamiento, reflejado en la serie de movimientos de protestas en diversas partes como Beirut o Santiago de Chile. Para cerrar, debemos reflexionar cómo es que necesitamos una catástrofe para repensar las características básicas de la sociedad en la que estamos viviendo (Zizek, 2020).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almandoz, A. (2008). Despegues sin madurez: Urbanización, industrialización y desarrollo en la Latinoamérica del siglo XX. *EURE (Santiago)*, 34(102).

Almandoz, A. (2013). Modernización urbana en América Latina. De las grandes aldeas a las metrópolis masificadas. Instituto de Estudios Urbanos y Territoriales.

Amaya, L. (2020). Cuando el virus no es el único enemigo. Instituto de Estudios Peruanos. <https://iep.org.pe/noticias/columna-cuando-el-virus-no-es-el-unico-enemigo-por-laura-amaya/>

Badiou, A. (2020). Sobre la situación epidémica. En *Sopa de Wuhan* (pp. 67–78). ASPO.

Ballón, E., & Monge, C. (2018). Relanzar la descentralización para recuperar la democracia. *Intercambio: revista del Apostolado Social de la Compañía de Jesús en el Perú*, 43, 6.

BBC. (2020). Coronavirus en Perú: 5 factores que explican por qué es el país con la mayor tasa de mortalidad entre los más afectados por la pandemia. *BBC News Mundo*. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-53940042>

BID. (2012). Room for development: Housing markets in Latin America and the Caribbean. Washington, DC: Inter-American Development Bank.

- Boisier, S. (2004).** Desarrollo territorial y descentralización: El desarrollo en el lugar y en las manos de la gente. *EURE* (Santiago), 30(90).
- Brenner, N., Peck, J., & Theodore, N. (2009).** Urbanismo Neoliberal: La ciudad y el imperio de los mercados. Santiago, n°66: Temas Sociales.
- Contreras, C. (2000).** Centralismo y descentralismo en la historia del Perú Independiente. *JCAS-IEP Series 2*, 4.
- Credit Suisse. (2018).** Global Wealth Report 2018.
- Cueto, M. (1997).** El regreso de las epidemias: Salud y sociedad en el Perú del siglo XX (2da edición). Instituto de Estudios Peruanos.
- Cueto, M. (2005).** Instituciones sanitarias y poder en América Latina. *Dynamis: Acta hispanica ad medicinae scientiarumque historiam illustrandam*, N°25, 47–57.
- Cueto, M. (2020a).** Historia, coronavirus y liderazgo mundial. En *Crónica del Gran Encierro* (pp. 67–70). Instituto de Estudios Peruanos.
- Cueto, M. (2020b).** Por un sistema de salud fuerte y vigoroso. *El Comercio Perú*. <https://elcomercio.pe/eldominical/actualidad/por-un-sistema-de-salud-fuerte-y-vigoroso-noticia/>
- De Mattos, C. A. (2010a).** De planificación a gobernanza: ¿gestión pública para una sociedad urbana? En *Globalización y metamorfosis urbana en América Latina* (pp. 97–166). OLACCHI.
- De Mattos, C. A. (2010b).** Globalización y metamorfosis urbana en América Latina. Municipio Metropolitano de Quito.
- De Mattos, C. A. (2018).** Encrucijada ante los impactos críticos de un crecimiento urbano financiarizado. Instituto de Estudios Urbanos y Territoriales UC, N°4, 31.
- Dulanto, G. (2017).** Descentralización y subsidiariedad: El caso peruano [Tesis de Doctor en Gobierno y Cultura de las Organizaciones]. Universidad de Navarra. Instituto Empresa y Humanismo.
- DW, D. (2020).** Perú, el país más mortal en la pandemia del coronavirus. DW. <https://cutt.ly/lgo3L4r>
- Gabriel, M. (2020).** El virus, el sistema letal y algunas pistas. En *Sopa de Wuhan*. ASPO.
- Galindo, M. (2020).** Desobediencia, por tu culpa voy a sobrevivir. En *Sopa de Wuhan*. ASPO.
- Gherzi, E., & Ñaurapi, H. (2005, agosto 23).** Agua sucia: Las causas y los responsables del cólera en Perú. *Elcato.org*. <https://www.elcato.org/agua-sucia-las-causas-y-los-responsables-del-colera-en-peru>
- Gonzales, R., Rojas, V., & Villa, T. (2000).** Visión panorámica de la situación de salud en el Perú. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 8(6), 7–12.
- Harvey, D. (2016).** *The Ways of the World*. Oxford University Press.
- Harvey, D. (2020).** Política anticapitalista en tiempos de COVID-19. En *Sopa de Wuhan*. ASPO (Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio).
- Homedes, N., & Ugalde, A. (2005).** Why neoliberal health reforms have failed in Latin America. *Health policy* (Amsterdam, Netherlands), 71(1), 83–96.
- Ibarra, M. (2016).** Higiene y salud urbana en la mirada de médicos, arquitectos y urbanistas durante la primera mitad del Siglo XX en Chile. *Revista médica de Chile*, 144(1), 116–123.
- Ibarra, M. (2020).** Aprender del pasado: La ciudad previsor para tiempos de epidemia. *El Mostrador*. <https://www.elmostrador.cl/noticias/opinion/2020/03/27/aprender-del-pasado-la-ciudad-previsor-para-tiempos-de-epidemia/>
- Katzman, R. (2009).** A dimensión espacial de la cohesión social en las grandes ciudades de América Latina. In document presented at the regional seminar “Alcanzando convergencias en

la medición de la cohesión social". Santiago, Chile, Economic Commission for Latin America and the Caribbean (ECLAC) (Vol. 31).

Lefebvre, H. (1970). La revolución urbana.

Libertun, N., & Osorio, R. (2020). El efecto del gasto público en el déficit de vivienda en el Perú a nivel municipal. Inter-American Development Bank. <https://doi.org/10.18235/0002515>

Lorente, S. (1926). La Organización de los Servicios Sanitarios en el Perú (Digitalizado en 2011). Imp. Americana. University of Chicago.

Lossio, J., & Torres, T. (2020). Pandemias en el siglo XXI: Lecciones históricas. Revista Ideele, 293. <https://www.revistaideele.com/2020/05/18/pandemias-en-el-siglo-xxi-lecciones-historicas/>

Matos Mar, J. (1986). Desborde popular y crisis del Estado: El nuevo rostro del Perú en la década de 1980 (3era ed.). Instituto de Estudios Peruanos.

Myrdal, G. (1961). El Estado del futuro. México: Fondo de Cultura Económica.

Quispe, J. (2005). El Problema de la Vivienda en el Perú, Retos y Perspectivas. Revista INVI, 20(53), 20–44.

Reátegui, L. (2020). La desigualdad educativa en tiempos del covid-19. En Crónica del Gran Encierro (pp. 48–49). Instituto de Estudios Peruanos.

Remy, M. (2011). Participación ciudadana y gobiernos descentralizados (Grupo Propuesta ciudadana).

Remy, M. (2020). Descentralización en tiempo de pandemia". En Crónica del Gran Encierro (pp. 126–130). Instituto de Estudios Peruanos.

Salazar, F. (2006). Teoría económica y Estado del Bienestar. Una aproximación. Cuadernos de Administración, 22(35), 127–144.

Torres, D. (2016). La organización social como promotor urbano frente al fracaso de la Política Nacional de Formalización (1996-2015) [Tesis de magíster]. Pontificia Universidad Católica de Chile.

Torres, D., & Ruiz-Tagle, J. (2019). ¿Derecho a la vivienda o la propiedad privada? De la política pública a la informalidad urbana en el Área Metropolitana de Lima (1996-2015). Revista EURE - Revista de Estudios Urbano Regionales, 45(136), Article 136.

Trischler, H. (2017). El Antropoceno, ¿un concepto geológico o cultural, o ambos? Desacatos, 57, 40–57.

Urquiza, F. (2020). Círculos de aprendizaje: La encrucijada de la sustentabilidad. https://www.youtube.com/watch?v=W9ybdkBZiwg&list=PL7ju0U18j77ibW6u9nA_QlGKuvFAjr2tc&index=9&ab_channel=UCSustentable

Vargas, C. M., Ramos, C. S., Rodas, E. G., & Canchanya, J. J. S. (2010). Historia del cólera en el Perú en 1991. Acta Med Per, 27(3), 6.

Yon, C. (2020). Teoría social, ética y política en tiempos de pandemia: Decisiones sobre la vida y la muerte. En Crónicas del Gran Encierro. Instituto de Estudios Peruanos.

Zizek, S. (2020). El coronavirus es un golpe al capitalismo a lo "Kill Bill" que podría reinventar el comunismo. RT en Español. <https://cutt.ly/4go3CrJ>