

N° 495

CRÓNICA DE LA
ECONOMÍA
PERUANA EN
TIEMPOS DE
PANDEMIA

Jorge Vega Castro

DOCUMENTO DE TRABAJO N° 495

Crónica de la economía peruana en tiempos de pandemia

Jorge Vega Castro

Diciembre, 2020

DEPARTAMENTO
DE **ECONOMÍA**



DOCUMENTO DE TRABAJO 495
<http://doi.org/10.18800/2079-8474.0495>

Crónica de la economía peruana en tiempos de pandemia
Documento de Trabajo 495

© Jorge Vega Castro

Editado e Impreso:

© Departamento de Economía – Pontificia Universidad Católica del Perú

Av. Universitaria 1801, Lima 32 – Perú.

Teléfono: (51-1) 626-2000 anexos 4950 - 4951

econo@pucp.edu.pe

<http://departamento.pucp.edu.pe/economia/publicaciones/documentos-de-trabajo/>

Encargado de la Serie: Jorge Rojas Rojas

Departamento de Economía – Pontificia Universidad Católica del Perú

jorge.rojas@pucp.edu.pe

Primera edición – Diciembre, 2020.

ISSN 2079-8474 (En línea)

CRÓNICA DE LA ECONOMÍA PERUANA EN TIEMPOS DE PANDEMIA

Jorge Vega Castro

Resumen

En este artículo se analiza la evolución de la pandemia del virus COVID-19 en el Perú, desde mediados de marzo de 2020, en que se inicia la cuarentena nacional obligatoria, hasta el 16 de octubre del mismo año. Se muestra la doble crisis sanitaria y económica ocasionada por esta pandemia en el país, que ha ocasionado elevadas tasas de infección y mortandad entre la población nacional, y ha generado enormes pérdidas de producción y empleo, nunca antes vistas en la historia económica y sanitaria nacional. En comparación al resto del mundo, el Perú registra la mayor tasa de personas fallecidas a consecuencia del virus, y está asimismo entre los primeros países con mayor cantidad de personas infectadas a nivel mundial. En términos económicos, la contracción del PBI de Perú durante el presente año, será superior a la de los demás países de América Latina; mientras que la tasa de desempleo podría llegar hasta el 28.3% de la fuerza laboral del país. Estos penosos resultados son consecuencia de, por un lado, la debilidad del sistema de salud pública nacional existente antes de la pandemia, y, por otro lado, de las rigurosas medidas de confinamiento de personas y el cierre obligatorio de numerosas actividades económicas, para tratar de reducir la propagación del virus entre la población nacional. Luego de siete meses de extrema crisis sanitaria y económica, periodo durante el cual se reforzó la infraestructura de salud y se otorgaron diversos estímulo fiscales y crediticios, que en conjunto representan el 14% del PBI, hay actualmente indicadores que muestran que la peor parte de la turbulencia ya habría sido superada. Los sistemas hospitalarios ya cuentan con cierta holgura para atender a los pacientes infectados; se han reducido las tasas de positividad o presencia del virus entre la población analizada; se ha iniciado la progresiva reapertura y reactivación de diversos mercados y empresas y se han empezado a recuperar paulatinamente, los millones de empleos perdidos durante el período analizado. Ello no significa, sin embargo, que la crisis esté finalmente bajo control, ya que existe la posibilidad de algún rebrote de la epidemia, lo cual desencadenaría un nuevo ciclo económico recesivo, similar al experimentado en meses anteriores. El país y las autoridades de gobierno deberían de aprender la lección, y no descuidar la inversión en salud pública, de la manera como lamentablemente se hizo durante muchas décadas, por sucesivos gobiernos.

Palabras clave: COVID-19; pandemia; personas infectadas; fallecimientos; tasa de positividad; actividad económica; tasa de desempleo.

Código JEL: I118; I38; J21; H12; H51

Abstract

This article analyzes the evolution of the COVID-19 pandemic in Peru, since mid-march (when the government adopted a total lockdown of the country) throughout mid-October, 2020. The double sanitary and economic crisis caused by this pandemic, has resulted in extremely high rates of infection and deaths of the Peruvian population, as well as huge losses of income and employment, never seen before in the history of the nation. As compared to the rest of the world, Peru has recorded the highest number of people dying as a consequence of the virus. Similarly, the country is among the countries with higher rates of infections in the planet. In economic terms, the contraction of Peruvian GDP during the present year will be the highest among Latin American countries, while unemployment rate could reach 28.3% of total labor force. These dramatic results are consequence of, on one hand, the poor health infrastructure of the country before the pandemic, and, on the other hand, the extremely rigorous lockdown measures adopted by the government, in an effort to reduce the spread of the infection among population. After seven months of extreme sanitary and economic crisis, during which time the government managed to improve the health services and adopted diverse fiscal and financial stimulus measures, equivalent to about 14% of GDP, currently there are some positive indicators showing that the worst part of the crisis could be over. Hospitals have some slight extra capacity to attend new infected patients; positivity rates are decreasing steadily; markets and economic activities are being reopened gradually; and some of the millions of jobs lost during the pandemic are being recovered. However, it does not mean that the crisis is finally under control. A second wave of infections cannot be discarded, carrying out a new period of economic contraction, similar to the previous one. Government and citizens should learn the hard lesson, and consistently upsurge investment in public health.

Key words: COVID-19; pandemic; infected persons; death rates; positivity rates; economic activity; unemployment rates.

JEL Code: I118; I38; J21; H12; H51

CRÓNICA DE LA ECONOMÍA PERUANA EN TIEMPOS DE PANDEMIA

Jorge Vega Castro¹

INTRODUCCIÓN

El objetivo de este documento es reseñar los principales hechos ocurridos en el Perú en relación a la pandemia del COVID-19, desde el inicio de la cuarentena el 16 de marzo, hasta el 16 de octubre de 2020. Se analiza la evolución de los principales indicadores de los niveles de contagio y fallecimientos ocasionados por el virus COVID-19, y se muestra la debilidad del sistema de salud pública nacional para hacer frente a esta pandemia, que ha tenido y continúa teniendo efectos devastadores para la salud y la vida de la población nacional, a pesar de los esfuerzos realizados por el Gobierno para reforzar los sistemas de salud pública durante este período. Por otro lado, también se muestran los impactos de esta epidemia sobre la economía nacional, reflejados en la pérdida de ingresos y empleos para millones de peruanos. El Gobierno ha adoptado extraordinarias medidas fiscales y monetarias para paliar estos daños económicos. A pesar de ello, el perjuicio económico ha sido enorme. Nos encontramos en un escenario de doble crisis sanitaria y económica, que ha hecho retroceder la economía peruana a niveles similares a los que habíamos llegado hace aproximadamente una década. Aunque con menor intensidad por ahora, la pandemia aún continúa en el país. Por ello, es necesario mantener y perfeccionar las medidas sanitarias y económicas pertinentes para seguir enfrentando esta realidad, ya que no se puede descartar la posibilidad de un rebrote de las infecciones. Asimismo, debemos de revertir vigorosamente el atraso secular de la inversión en salud pública, que ha caracterizado al país durante sucesivos gobiernos.

PANORAMA GENERAL DE LA PANDEMIA

El virus COVID-19 tiene de rodillas a la humanidad entera. A mediados de octubre del presente año, al cabo de más de 10 meses de haberse declarado la aparición del virus en China, hay 40.3 millones de personas infectadas y 1.1 millones fallecidas a nivel mundial. El Perú no es ajeno a esta tragedia. Muy por el contrario, somos uno de sus principales protagonistas, ya

¹ Profesor principal del Departamento de Economía de la Pontificia Universidad Católica del Perú.

que tenemos el penoso privilegio de estar entre los países de mayor número de infectados y fallecidos en el orbe. Con un total de 868,676 infectados confirmados y 33,702 fallecidos al 16 de octubre, nuestra nación se ubicaba en el tercer lugar en cantidad de contagios y el primer lugar en el número de personas fallecidas en el mundo, en proporción a la población.

Pero, el virus no solo ha traído enfermedad y muerte, sino también severos perjuicios económicos. El Perú, considerado una de las estrellas de crecimiento económico internacional en las dos últimas décadas, se ha convertido ahora en el país con mayor caída del PBI en América Latina, esperándose una contracción de 13.9% hacia el final del presente año, según recientes proyecciones del FMI. Este resultado, y la consiguiente destrucción de millones de empleos y el aumento de pobreza generalizada, nos ha hecho perder –en pocos meses– todo lo alcanzado en una década de esforzado avance económico.

¿Por qué hemos llegado a esta trágica situación? ¿Que hemos hecho o dejado de hacer para mostrar resultados tan aflictivos, tanto en materia de salud como en bienestar económico?

La respuesta básica a ambas preguntas no es en realidad muy complicada, aunque sí lo son sus detalles específicos. Por un lado, durante muchos años, sucesivos gobiernos han mostrado un colosal descuido, diríamos abandono, de la salud pública del país, la cual quedó completamente al desnudo ante la pandemia. Por otro lado, en el mes de marzo del presente año, para tratar de contener el inminente ataque del virus, y ante la carencia de servicios de salud suficientes, el gobierno adoptó extremas medidas de confinamiento de personas y cierre de actividades económicas y sociales, que paralizaron numerosos mercados y sectores productivos, precipitando un colapso económico sin precedentes en nuestra historia republicana, salvo tal vez lo acaecido en la guerra con Chile a finales del siglo 19.

LAS CIFRAS COMPARADAS DE LA PANDEMIA

Como se mencionó líneas arriba, el Perú tiene el doloroso récord de ubicarse en los primeros lugares de muerte y contagio ocasionados por el virus COVID-19 en el mundo. Estas cifras se muestran con detalle en los siguientes cuadros.

En el Cuadro 1 se muestra cifras oficiales acerca de la cantidad de personas contagiadas o infectadas en los 16 países con mayor número de casos en el mundo, por millón de habitantes

en cada país, ordenadas en ranking. En la tercera columna se puede observar que Perú se ubica en el tercer lugar de la lista, con 26,143 personas infectadas por millón de habitantes.

Estas cifras, sin embargo, no representan con fidelidad la posición relativa de cada país, ya que no están ajustadas por la cantidad de muestras que se toman diariamente en cada uno de ellos. Así, por ejemplo, aun cuando Israel aparece en el primer lugar de la tabla, esto no necesariamente indica una gran crisis sanitaria en dicho país. Esta situación es más bien un reflejo del gran número de pruebas que se hacen en esta nación. Tal como se puede apreciar en la cuarta columna del mismo cuadro, en proporción a la población total de los respectivos países, en Israel se hace el mayor número de muestras o pruebas en el mundo, las cuales son, por ejemplo, 3.6 veces superiores a las que se realizan en el Perú, por habitante. Por el contrario, las pruebas realizadas en Argentina solo equivalen al 41% de las que se hacen en promedio en Perú, en proporción a la población.

Cuadro 1
COVID-19: Ranking de países según cantidad de personas infectadas

Ubicación	País	Casos de infecciones (personas por millón de habitantes)	Pruebas por millón de habitantes (miles de pruebas)
1	Israel	32,918	456
2	Panamá	28,630	134
3	Perú	26,143	128
4	Chile	25,567	203
5	Estados Unidos	25,179	379
6	Brasil	24,526	84
7	Argentina	21,605	52
8	España	21,250	312
9	Colombia	18,658	87
10	Bélgica	17,420	349
11	Francia	13,277	207
12	Bolivia	11,908	27
13	Reino Unido	10,375	426
14	Sud África	11,794	76
15	Suecia	10,200	190
16	Rusia	9,484	369

Fuente: worldometers.info (información al 16 de octubre)

Si, en lugar de este cuadro, elaboramos otro hipotético, que muestre los casos de infectados, ajustados por la cantidad de pruebas que se realizan en cada país, el ranking variaría. Aquellos países que, como Israel, realizan mayor número de pruebas, descenderían en su ubicación en el ranking, mientras que los que realizan relativamente menos pruebas, subirían de posición. En el caso del Perú, siendo un país que realiza relativamente un mayor volumen de pruebas, en comparación especialmente con otros países de la región, dicho ajuste mejoraría nuestra posición (es decir nos situaríamos más abajo) en dicho ordenamiento. Los resultados de este ranking ajustado se muestran en el Cuadro 2.

Cuadro 2

Ranking hipotético de infecciones por país, ajustado por la cantidad de pruebas realizadas

Ubicación	País	Cantidad hipotética de infectados (personas por millón de habitantes)
1	Bolivia	201,113
2	Argentina	189,459
3	Brasil	133,141
4	Colombia	97,794
5	Panamá	97,427
6	Perú	93,134
7	Sudáfrica	70,764
8	Chile	57,431
9	Israel	32,918
10	España	31,058
11	Estados Unidos	30,295
12	Francia	29,248
13	Suecia	24,480
14	Bélgica	22,761
15	Italia	13,560
16	Rusia	11,720

Fuente: Elaboración propia, en base al Cuadro No. 1

Las cifras de la tercera columna de este cuadro han sido elaboradas tomando como base el país que realiza la mayor cantidad de pruebas en proporción a su población, o sea, Israel. El número de pruebas por millón de habitantes reportadas por Israel, presentadas en la última columna del Cuadro 1, se ha dividido por las respectivas cantidades de pruebas realizadas en cada país, reportadas en la misma columna. Luego, dicho cociente se ha multiplicado por la

cantidad de contagios registrados en cada país (mostrados en la tercera columna del Cuadro 1), obteniéndose así los valores hipotéticos mostrados en la última columna del Cuadro 2. Estas cifras se pueden interpretar —ceteris paribus— como la cantidad de contagios que habría en cada país, si cada uno de ellos hubiera realizado la misma cantidad de pruebas por millón de habitantes realizadas en Israel. En el caso de Perú, por ejemplo, la cifra hipotética de 93,134 personas infectadas, resulta de multiplicar el cociente de 456/128 por 26,143. Cabe indicar que, en todo caso, más que las cifras absolutas hipotéticas, lo más relevante de este cuadro es reflejar de manera más apropiada, la posición relativa de cada país en cuanto a personas infectadas se refiere. Así, por ejemplo, se aprecia que países como Bolivia, Argentina o Brasil, que registran un reducido número de infecciones, en realidad tendrían una cantidad mucho mayor de infectados de la que reportan, ya que realizan solo un número pequeño de pruebas, en proporción a sus respectivos tamaños de población.

Por otro lado, en cuanto al número de fallecidos a causa del COVID-19, en el siguiente cuadro podemos observar las cifras comparativas de cada país. En este caso, como ya se indicó antes, nuestro país ostenta el récord de contar con la mayor cantidad de fallecidos en el mundo, con 1,020 casos por millón de habitantes. A diferencia de las cifras de contagios, la cantidad de fallecimientos no está directamente influenciada por la cantidad de pruebas realizadas, por lo cual, en este caso, no cabría hacer un tipo de ajuste de datos similar al anterior. Lo que aquí correspondería, sería ajustar las cifras oficiales, por las tasas de subregistro de muertes que pudiera haber en cada país. No conocemos cifras comparadas de subregistro entre países. Sin embargo, en el caso de Perú se sabe que, por estimaciones realizadas por otros autores, tomando en cuenta el exceso de fallecimientos, la cifra de muertes sería más del doble que la registrada oficialmente. De ser así, ello nos mostraría una situación nacional más dramática, pero no alteraría nuestra ubicación en el ranking mostrado en este cuadro.²

² Cabe indicar que ya en dos oportunidades en meses pasados, el Gobierno peruano ha hecho ajustes hacia arriba para tratar de sincerar las cifras de fallecidos, a pesar de lo cual aún persistiría un nivel de subregistro importante. No conocemos los niveles de subregistro que pudiera haber en otros países. Pero, de ser similares a los del Perú, el ranking no variaría.

Cuadro 3
COVID-19: Ranking de fallecidos por país

Ubicación	País	Fallecidos (personas por millón de habitantes)
1	Perú	1,020
2	Bélgica	897
3	Bolivia	724
4	Brasil	723
5	España	722
6	Chile	711
7	Ecuador	699
8	Estados Unidos	678
9	México	666
10	Reino Unido	642
11	Italia	605
12	Panamá	591
13	Suecia	585
14	Argentina	580
15	Colombia	568
16	Francia	513

Fuente: worldometers.info (información al 16 de octubre)

LA DOBLE CRISIS SANITARIA Y ECONÓMICA

Dada la naturaleza altamente contagiosa del virus COVID-19, que se transmite principalmente a través del contacto entre personas físicamente cercanas entre sí, los epidemiólogos consideran que —ante la inexistencia de vacunas— la manera directa de controlar la diseminación de este virus es evitar o minimizar la interacción social, estableciendo cuarentenas o confinamientos domiciliarios generalizados o focalizados. Así, mientras menos interacción social haya, existirán menores posibilidades de contagios o infecciones. Necesariamente, dicho confinamiento implica la suspensión de diversas actividades económicas y sociales, ya que, por su propia naturaleza, tales actividades congregan a personas que interactúan entre sí, en distintas etapas de los procesos de producción, distribución y consumo de bienes y servicios.

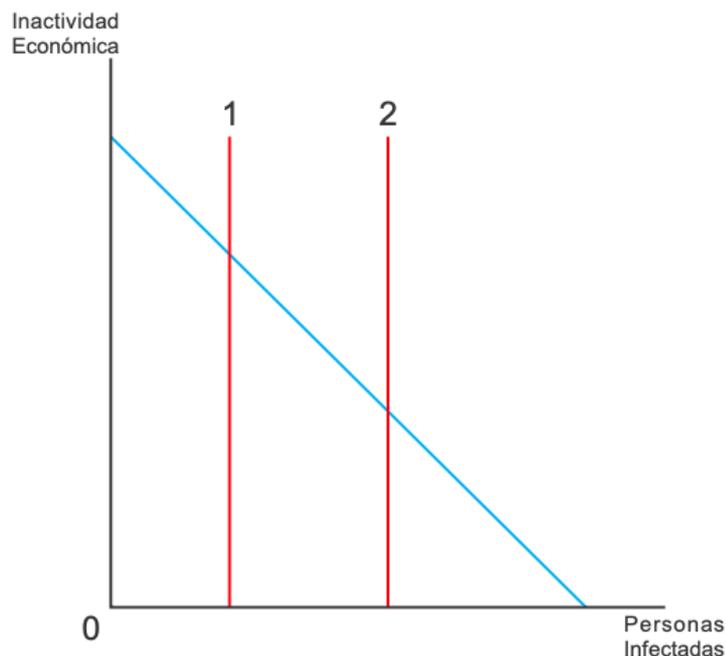
Existe entonces una relación directa entre la intensidad o volumen de las actividades económicas (y sociales) que se realizan en una comunidad y el número de contagios o infecciones de los miembros de dicha colectividad. Dicho de otra manera, mientras más actividades económicas y sociales permanezcan cerradas, es decir, mientras más personas

queden confinadas en sus domicilios, existirían menos probabilidades de contagio entre la población.

Esta simple relación se puede representar en el Gráfico 1. En el eje horizontal, se muestra la cantidad de personas infectadas de COVID-19 en un país hipotético, mientras que en el eje vertical se presenta el nivel de inactividad económica o la cantidad de actividades económicas cerradas por decisión del gobierno, en el mismo país. La línea decreciente que une ambos ejes ilustra la relación de sustituibilidad entre ambas variables. A mayor nivel de **inactividad** económica, habría menor cantidad de personas infectadas. Por el contrario, mientras menor **inactividad** económica exista, o sea que mayor cantidad de personas confluyan en los mercados, medios de transporte o centros laborales, mayores serán los niveles de interacción y por tanto de contagio entre ellas.

Gráfico N° 1

Relación Entre Personas Infectadas y Cierre de Actividades Económicas



Las autoridades políticas y sanitarias de un país pueden limitar temporalmente la cantidad de contagios o infecciones, restringiendo el funcionamiento de empresas y mercados, y obligando a las personas a permanecer en sus respectivos domicilios. Obviamente, no es

posible mantener a la totalidad de la población confinada, ya que siempre algunas actividades esenciales tienen que seguir funcionando, como la producción de alimentos, el transporte de mercancías, los mercados de abastos, hospitales, farmacias, vigilancia policial, etc. Pero, aparte de este tipo de actividades, el gobierno se encuentra ante un dilema. ¿Cuántas y cuáles de las restantes labores no esenciales deben de permanecer cerradas mientras dure la pandemia? Un factor, o restricción relevante para la toma de este tipo de decisiones es la capacidad del sistema de salud para atender los casos de contagios que se puedan presentar entre la población. Mientras más fuerte y eficaz sea el sistema de salud pública, no sería necesario cerrar muchas actividades económicas. Esta restricción, es decir, la fortaleza del sistema de salud del país, se puede representar por las líneas verticales mostradas en el gráfico anterior. La primera línea representa el caso de un sistema de salud débil, frente al cual el nivel de inactividad económica aceptable para mantener cierto control médico de la epidemia, sería elevado. Sin embargo, si dicho sistema fuera más fuerte, es decir, capaz de atender adecuadamente a un mayor número de personas infectadas, sería justificado permitir el funcionamiento de un mayor número de actividades económicas.

La situación del Perú a inicios de la pandemia, estaría representada por la restricción definida en la línea vertical 1. Según han explicado las autoridades políticas y sanitarias del país, la calamitosa situación de nuestro sistema de salud no dejaba más alternativa que un cierre masivo y generalizado de empresas y actividades económicas del país. Al decretarse la cuarentena nacional el 16 de marzo del presente año, el país apenas contaba con 276 camas UCI y 2,000 camas hospitalarias, para una población de 32.6 millones de habitantes. En términos relativos, estas cifras nos ubicaban en los últimos lugares de la infraestructura hospitalaria a nivel mundial. Así, según los índices de capacidad de clínicas, hospitales y centros comunitarios de salud, elaborados por Global Health Security Índex, el Perú se ubicaba en el puesto 147, entre 195 países analizados.³ Análogamente, en comparación a otros países de América Latina y el Caribe, previo a la pandemia, Perú ocupaba el último puesto en cantidad de profesionales de salud per cápita, con tan solo 8 médicos por cada 10 mil habitantes.

³ www.ghsindex.org.

Frente a esta dura realidad, el gobierno consideró ineludible decretar una cuarentena general rígida, como una manera de contener la diseminación rápida de la pandemia, e ir ganando tiempo para fortalecer la infraestructura hospitalaria y ponerla en mejor situación para poder atender los previsibles aumentos de infecciones. Gran parte de la población del país fue forzada a permanecer confinada en sus hogares, estando permitida de trabajar y circular sin restricciones, solamente la población dedicada a actividades esenciales. Este cierre de actividades en el Perú, ha sido uno de los más severos a nivel mundial. Según el índice internacional de severidad de la respuesta gubernamental frente al COVID-19⁴, durante el segundo trimestre del presente año, el Perú se ubicaba entre los 10 primeros países de mayor grado de cierre económico y social, con un puntaje de 96.3 ante un máximo de 100. En términos puramente económicos, según informes oficiales del MEF, el 55.9% de la actividad económica nacional fue cerrada por decreto el 16 de marzo, la cual luego fue progresivamente re abierta en los meses subsiguientes, a medida que se reforzaba o potenciaba la infraestructura hospitalaria del país.

La cuarentena rígida, que obligaba a las personas a permanecer la mayor parte del tiempo en sus respectivos domicilios y obligaba también al cierre de la mayoría de empresas y actividades económicas, duró un poco más de 100 días, desde el 16 de marzo hasta los primeros días de julio. Un mes antes, a inicios de junio hubo una primera apertura de la economía, que permitió la operación de algunos sectores de servicios públicos y otras operaciones de servicios técnicos privados y de distribución o reparto de mercancías y alimentos preparados a domicilio, con lo cual —según cifras del MEF— solo el 27.2% de la economía nacional permaneció cerrada a partir de entonces. Poco después, a mediados de julio, se autorizó a reabrir, parcialmente, el transporte aéreo y terrestre, así como diversos centros comerciales, restaurantes, empresas de exportación y otras de producción para el mercado interno, con lo cual solo el 8.4% de las actividades económicas se mantuvieron totalmente cerradas.

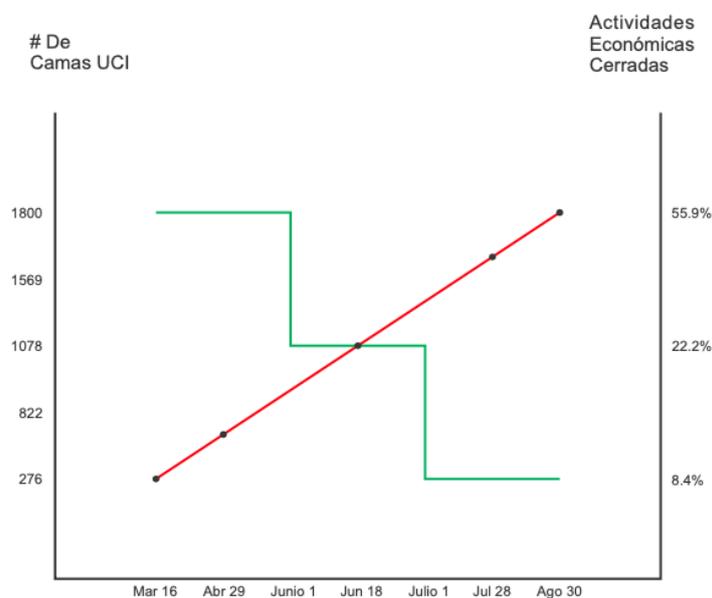
Tal como se ilustra en el Gráfico 2, la reapertura económica avanzó conforme se iba reforzando la infraestructura hospitalaria del país. Entre marzo y agosto, el porcentaje de

⁴ www.ourworldindata.org. Entre los factores utilizados para construir este índice se encuentran: cierre de escuelas y centros de trabajo, cancelación de eventos públicos, prohibiciones de viaje interno e internacional, cuarentena domiciliaria, restricciones de reuniones, entre otros.

actividades económicas cerradas (representado en el eje vertical derecho del gráfico) establecido en 55.9% el 16 de marzo, cayó a 22.2% en junio y a 8.9% a mediados de julio. En sentido inverso, la cantidad de camas UCI (representado en el eje vertical izquierdo), aumentó de 276 que había en marzo, a 822 en abril, 1,078 en junio, 1,569 en julio y 1,810 en agosto, con una meta de llegar a 3,000 en los siguientes meses⁵. Estos incrementos, de alrededor de 700% en menos de cinco meses, lucen impresionantes, pero, lamentablemente, resultaron insuficientes frente a la feroz arremetida del virus.

Gráfico No. 2

Evolución de Camas UCI y Apertura de Actividades Económicas



Además de la ampliación de la infraestructura hospitalaria y la mayor provisión de equipamiento y medicinas, el mayor esfuerzo del gobierno durante este período, estuvo orientado a la toma de pruebas o muestras entre la población nacional, para detectar a las personas infectadas del virus. Desde el inicio de la cuarentena en la segunda quincena de marzo, hasta mediados de octubre, se han realizado en el país 4.2 millones de pruebas en total, lo cual equivale a un promedio de unas 21 mil pruebas diarias. Aún con sus dificultades

⁵ Asimismo, la cantidad de camas hospitalarias subió a 6,337 en abril, 10,965 en mayo y 13,000 en junio.

propias⁶, este proceso de toma de pruebas ha sido importante tanto para conocer la magnitud de la propagación del virus, así como para identificar los principales focos de contagio en el país. Sería deseable contar con un mayor número de pruebas, pero las cifras alcanzadas tampoco son deleznable para nuestra realidad, sobre todo en términos comparativos con varios países de la región, de similar o incluso mayor nivel de desarrollo socio económico que el nuestro. Así, tal como se mostró antes en el Cuadro 1, países como Brasil, Argentina o Colombia, por ejemplo, han realizado menor cantidad de pruebas per cápita que el Perú.

EVOLUCIÓN DE LA PANDEMIA EN EL PERÚ

Según se puede apreciar en el Cuadro 4, la cantidad de personas infectadas o contagiadas en el Perú no ha cesado de crecer desde la confirmación del primer caso en marzo. Pero el período más crítico ocurrió entre la segunda quincena de julio y las primeras tres semanas de setiembre, cuando aumentaron dramáticamente los casos de infecciones en todo el país (en agosto las cifras de contagios diarios fueron las más elevadas, llegando a registrarse en algún momento más de 10,000 casos de infecciones por día) y colapsó la infraestructura hospitalaria nacional, tanto pública como privada. Las aproximadamente 1,600 camas UCI (y camas hospitalarias en general) disponibles a nivel nacional, resultaron insuficientes para atender los miles de casos graves que a diario ocurrían. Los infectados tenían que aguardar varios días en espera de que alguna cama se liberara, ya sea porque el paciente que la ocupaba era dado de alta, o porque, trágicamente, fallecía. Durante dicho período crítico, aumentó rápidamente la cantidad de personas fallecidas a consecuencia del virus. Muchas personas fallecieron en los hospitales, en espera de una cama, y muchas otras ni siquiera alcanzaron a llegar a algún centro de salud: fallecieron en sus casas o abandonados en la calle. Las muertes diarias, que hasta julio no llegaban a 100, sobrepasaron 200 durante varios días de agosto, haciendo colapsar ya no solo los hospitales, sino también las agencias funerarias y los cementerios.⁷

⁶ Una limitación que aún existe en la toma de pruebas, es que en gran mayoría se utilizan las llamadas pruebas serológicas, en vez de las moleculares, que son de mejor precisión y más útiles para el monitoreo de la pandemia.

⁷ Trágicamente, un factor clave que habría precipitado este gran aumento de mortandad, sería la escasez de oxígeno medicinal en hospitales y centros de venta autorizados, que aparentemente no

Los dramáticos aumentos de infecciones registrados entre la segunda quincena de julio y agosto no son solo un resultado estadístico, reflejo de que en este período se hicieron más pruebas que antes (entre inicios de mayo y mediados de julio se realizaron 20,308 pruebas diarias en promedio, mientras que, entre la segunda quincena de julio y fines de agosto, la cifra subió a 26,206), sino porque en realidad las infecciones se propagaron crecientemente entre la población total del país en dicho período. Esto se comprueba analizando los indicadores de tasas de positividad o la proporción de pruebas que muestran presencia del virus, mostradas en la última columna del Cuadro 4. Mientras que, a mediados de julio, la población infectada representaba el 17.2% de la población analizada, la tasa se elevaba a 21.1%, 28.5% y 26.4% en las siguientes tres quincenas, llegando incluso a pasar de 30% en algunos días del fatídico mes de agosto. Este aumento real de contagios coincide con la eliminación de la prohibición de viajes de personas dentro del país y con la reapertura de actividades económicas a partir de julio, ilustrada en el Gráfico 2 presentado anteriormente.

Cuadro 4
Perú: Evolución de la tasa de positividad, abril – octubre 2020

Período	Promedio de pruebas diarias	Promedio de infectados diarios	Tasa de positividad (%)
Abril 1-15	6,328	694	11.0
Abril 16-30	13,924	1,700	12.2
Mayo 1-15	19,142	3,168	16.5
Mayo 16-31	28,342	4,999	17.6
Junio 1-15	21,569	4,567	21.2
Junio 16-30	20,199	3,481	17.2
Julio 1-15	20,303	3,501	17.2
Julio 16-31	22,779	4,813	21.1
Agosto 1-15	25,989	7,405	28.5
Agosto 16-31	29,851	7,890	26.4
Setiembre 1-15	23,472	5,732	24.4
Setiembre 16-30	21,628	5,121	23.7
Octubre 1-15	17,734	2,994	16.9

Fuente: Elaboración propia en base a cifras del MINSA

había sido prevista por las autoridades sanitarias al programar la adquisición de nuevas camas y equipamiento y suministros médicos al inicio de la pandemia.

Esta tragedia humana y sanitaria del país, empezó a mostrar signos de claro alivio a partir de la segunda quincena de setiembre. La tasa de positividad se redujo a 23.7% en dicho periodo y volvió a caer aun con mayor intensidad en la primera quincena de octubre, llegando a 16.9%.⁸ Pari passu, la congestión de pacientes en hospitales y clínicas también se redujo, permitiendo cierta holgura en la disponibilidad de camas hospitalaria. A mediados de octubre, la cantidad de camas UCI ocupadas por enfermos de COVID-19 a nivel nacional era de 1,114, existiendo así más de 400 camas libres o disponibles. En cuanto al número de fallecidos, esta cifra también se redujo notablemente, aun cuando sigue siendo elevada. A mediados de octubre, la cantidad promedio de muertes diarias era de 68 personas, con tendencia a seguir cayendo en los días subsiguientes.

De no haber un rebrote, se espera que la situación sanitaria muestre un importante alivio para fines de año. Este panorama ha despertado mayor optimismo entre las autoridades políticas y sanitarias, lo cual haría acelerar la reapertura económica de diversas actividades económicas y sociales que aún continúan restringidas parcial o totalmente en el país.

LOS COSTOS ECONÓMICOS DE LA PANDEMIA

Decenas de miles de vidas se han perdido y continúan perdiéndose debido a la pandemia. Pero también se han destruido empresas, empleos y proyectos de vida de millones de personas. A fines del año 2019, previo a la pandemia, el FMI proyectaba que el PBI del Perú crecería 3.6% durante 2020. A la fecha, se proyecta que nuestro PBI caerá 13.9% en este año, es decir una contracción neta de 17.5 puntos porcentuales. Por otro lado, según cifras del INEI, solo en Lima Metropolitana, se perdieron 1.2 millones de empleos en el tercer trimestre (julio – setiembre) de 2020⁹, en comparación al mismo periodo del año anterior (ver el Cuadro 5). Esto implica un sustancial aumento de la tasa de desempleo, de 5.7% en 2019, a 16.5% en el presente año. Sin embargo, esta tasa de desempleo sería mucho mayor si consideramos que la tasa de participación laboral se ha reducido notablemente en el mismo período. Hay 735 mil personas en Lima que no salen a buscar trabajo, ya sea porque piensan que no lo

⁸ Con posterioridad al 15 de octubre, la tasa de positividad ha continuado cayendo, ubicándose en alrededor de 12% a fines de mes. En comparación, la tasa promedio de positividad en Estados Unidos es de 5%, aunque en algunos Estados del oeste medio es mayor a 20%.

⁹ Lima solo representa la tercera parte de la fuerza laboral del Perú. Extrapolando los datos al resto del país, es plausible que el total de empleos perdidos a nivel nacional sea superior a 3 millones.

encontrarán o porque tienen temor a contagiarse, y prefieren permanecer en sus casas mientras dure la pandemia. Hipotéticamente, si todas esas personas buscaran trabajo, la tasa de desempleo actual sería de 28.3%.

Cuadro 5

Indicadores de Empleo en Lima Metropolitana (miles)
(promedio móvil julio-setiembre)

	2019	2020	Var. miles	Var. %
A. Población en edad de trabajar	7,825	7,929	103	1.3
B. Fuerza laboral	5,228	4,493	-735	-14.1
C. Tasa de participación (%) (B/A)	66.8	56.7	n.a	-10.1
D. Ocupados	4,927	3,750	-1,178	-23.9
E. Tasa de ocupación (%) (D/A)	63.0	47.3	n.a	-15.7
F. Tasa de desempleo (%) (B-D/B)	5.7	16.5	n.a.	10.8

Fuente: INEI

La mayor reducción de empleos ocurrió durante los primeros meses de la cuarentena rígida, llegándose a perder 2.7 millones de puestos de trabajo entre abril y mayo. Con la reapertura de actividades económicas, los niveles de empleo se empezaron a recuperar progresivamente a partir de julio; pero en base a empleos de menor calidad, ya que la población con empleo adecuado se redujo en 46.9%. En términos reales, las remuneraciones promedio en Lima, en el tercer trimestre del presente año, equivalen a lo obtenido en similar periodo en el año 2011, lo cual implica un retroceso de 9 años en el poder adquisitivo de la fuerza laboral. La OIT estima que durante el próximo año se podrían recuperar los niveles de empleo previos a la pandemia. Sin embargo, tales empleos tendrían otra composición, con mayor predominio de empleos informales y, por tanto, menores niveles de remuneraciones.

El gobierno y el Banco Central diseñaron e implementaron un importante programa fiscal y monetario para aliviar y contrarrestar los efectos económicos de la pandemia. Por el lado fiscal, incluyendo reducciones tributarias y transferencia directas a empresas y personas, el MEF ha destinado recursos fiscales por valor de unos 43 mil millones de soles adicionales a los que tenía previsto antes de la pandemia, que en conjunto equivalen a 6% del PIB. Este mayor gasto, aunado a la caída de recaudación fiscal, genera un fuerte aumento del déficit

fiscal, que pasa de tan solo 1.6% del PBI en 2019, a 9.2% en 2020 y 5.1% en 2021. A su vez, el saldo de la deuda del sector público no financiero se elevaría de 26.8% del PBI en 2019 a 34.8% en 2021. Dada la fortaleza fiscal del país, estos montos no causarían mayores trastornos macroeconómicos, e incluso habría espacio para incrementar aún más el gasto público y continuar apoyando la reactivación económica, sin afectar la solidez macroeconómica nacional. Es destacable, por ejemplo, notar que las reservas internacionales se mantienen elevadas, el riesgo país no ha variado, la tasa de cambio real ha sufrido una pequeña devaluación de alrededor de 4% (inferior a lo acontecido en la mayoría de países de la región) y la inflación se mantiene en el rango meta establecido.

Por otro lado, el BCR implementó un novedoso y efectivo sistema de otorgamiento de liquidez y apoyo al crédito del sector productivo, con garantía del Tesoro, que ha permitido el sostenimiento de numerosas empresas y ha evitado el rompimiento de la cadena de pagos (Programa Reactiva Perú). Este programa, de 60 mil millones de soles, ha llegado a más de 480 mil empresas, el 98% de las cuales son MYPES, y ha permitido reducir las tasas de interés activas para un amplio espectro de sectores y tamaños de empresas. Así, las tasas de interés activas para las empresas grandes, medianas, pequeñas y micro, hoy equivalen, respectivamente, al 71%, 42%, 27% y 24% de las que se aplicaban a comienzos del presente año.

En conjunto, todos estos nuevos recursos fiscales y monetarios adicionales, asignados para mitigar los efectos de la pandemia (43 mil más 60 mil millones de soles), equivalen a alrededor de 14% del PBI. Esta es una cifra extraordinaria, de magnitud nunca antes conocida en la economía peruana. A pesar de ello, no se ha podido evitar la severa crisis económica nacional.

Según las proyecciones del FMI, el PBI mundial caerá 4.4% en el presente año, con cierta variabilidad entre los distintos países y regiones. Así, por ejemplo, el PBI caerá 4.3% en Estados Unidos, 8.3% en la Zona del Euro, 5.3% en Japón, 10.3% en India y 8.1% en América Latina y el Caribe. Irónicamente, uno de los pocos países en el mundo, cuyo PBI crecerá durante este año, es precisamente aquel en donde se originó la pandemia. En todo caso, mostrando aires de optimismo para el futuro, según tales proyecciones, el mundo retomará la senda de crecimiento económico prestamente el próximo año. La velocidad de recuperación de los ingresos perdidos en 2020, dependerá de las tasas de crecimiento de PBI

que se tengan en los próximos años. En el caso de Perú, si, a partir de 2021, crecemos a un ritmo de 4% anual en promedio, tardaremos 5 años en alcanzar el nivel de PBI que teníamos antes del inicio de la pandemia.

Las perspectivas de renovado crecimiento económico del país podrían verse opacadas si se diera un rebrote de la epidemia en los meses subsiguientes. Ante esta eventualidad, probablemente el gobierno proceda nuevamente a confinamientos forzados de la población y al cierre de algunas actividades económicas¹⁰, replicándose así el proceso recesivo sufrido durante el presente año. No se conoce la posible magnitud que podría tener una eventual segunda ola de contagios en el país. Sin embargo, en todo caso, es posible que dicha ola no sea tan grave como la primera. Por un lado, es posible que en pocos meses más ya se cuente con vacunas que logren prevenir las infecciones causadas por el COVID-19. Por otro lado, dado el elevado nivel de contagios sufrido en todo el país en lo que va del año, es posible que un importante porcentaje de la población peruana ya haya quedado inmunizada frente al virus. No hay estudios de seroprevalencia oficiales que indiquen con certeza la cantidad de personas que hubieran adquirido inmunidad. Los estimados existentes son muy variados, oscilando entre 35% y 70% de la población total.

Ubicándonos en un punto medio hipotético de 50%, esto significa que la mitad de la población peruana aún estaría susceptible de infectarse. Sin embargo, debe advertirse que esto no significa que la posibilidad de volver a contagiarse para aquellas personas que ya hubieran tenido antes el virus, haya desaparecido. Recientes estudios internacionales revelan que la llamada inmunidad de rebaño podría desaparecer al cabo de tres meses. Así, mientras el virus no ceda, es necesario continuar con los protocolos y las medidas sanitarias básicas de uso de mascarillas, distanciamiento social y prácticas de higiene y desinfección personal en todo tipo de espacios públicos y privados.

En todo caso, es importante insistir en la necesidad de elevar los recursos presupuestarios destinados a la salud en el Perú. El gasto público en salud en el país, de alrededor de 3% del PBI en años recientes, es inferior al promedio latinoamericano, habiendo países que duplican esta cifra. La propuesta de presupuesto fiscal para el próximo año 2021 contempla un incremento real de solo 0.3 puntos porcentuales en salud, equivalente a 2,400 millones de

¹⁰ Esto ya está sucediendo en varios países europeos, con el rebrote de la pandemia.

soles. Parece que no hubiéramos aprendido la lección de lo enormemente costoso que ha sido, y sigue siendo, el lastimoso descuido histórico de la inversión en salud en el Perú. Un adecuado y eficiente gasto e inversión en salud hoy, permite ahorrar cuantiosos expendios que se tendrían que realizar en el futuro para atender a la población. A modo de ilustración, el gobierno ha tenido que asignar recursos fiscales adicionales, no previstos, de unos 43,000 millones de soles durante el presente año para enfrentar la pandemia (incluyendo medidas de alivio tributario a familias y empresas, bonos familiares, facilidades administrativas, reforzamiento de la infraestructura de salud y otros). En comparación, una habitación de hospital totalmente construida y equipada con camas UCI y otros dispositivos clínicos, cuesta aproximadamente unos 250 mil soles. Esto significa que con 500 millones de soles podríamos haber tenido una infraestructura hospitalaria adecuada con 2,000 camas UCI, en vez de las exiguas 276 camas que teníamos al inicio de la pandemia. Con este gasto fiscal sumamente pequeño en comparación a lo que se ha tenido que gastar por la pandemia (1.2%), no solo se habrían salvado miles de vidas, sino que también se habría podido reducir el cierre de tantas actividades económicas y la pérdida de millones de empleos.

ÚLTIMAS PUBLICACIONES DE LOS PROFESORES DEL DEPARTAMENTO DE ECONOMÍA

▪ Libros

Roxana Barrantes y Paulo Matos

2020 *Making Open Development Inclusive: Lessons from IDRC Research. Capítulo 9. Who Benefits from Open Models? The Role of ICT Access in the Consumption of Open Activities.* Londres, IDRC, MIT Press.

Cecilia Garavito

2020 *Microeconomía: Consumidores, productores y estructuras de mercado. Segunda edición.* Lima, Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú.

Adolfo Figueroa

2019 *The Quality of Society Essays on the Unified Theory of Capitalism.* New York. Palgrave MacMillan.

Carlos Contreras y Stephan Gruber (Eds.)

2019 *Historia del Pensamiento Económico en el Perú. Antología y selección de textos.* Lima, Facultad de Ciencias Sociales PUCP.

Barreix, Alberto Daniel; Corrales, Luis Fernando; Benitez, Juan Carlos; Garcimartín, Carlos; Ardanaz, Martín; Díaz, Santiago; Cerda, Rodrigo; Larraín B., Felipe; Revilla, Ernesto; Acevedo, Carlos; Peña, Santiago; Agüero, Emmanuel; Mendoza Bellido, Waldo; Escobar Arango y Andrés.

2019 *Reglas fiscales resilientes en América Latina.* Washington, BID.

José D. Gallardo Ku

2019 *Notas de teoría para para la incertidumbre.* Lima, Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú.

Úrsula Aldana, Jhonatan Clausen, Angelo Cozzubo, Carolina Trivelli, Carlos Urrutia y Johanna Yancari

2018 *Desigualdad y pobreza en un contexto de crecimiento económico.* Lima, Instituto de Estudios Peruanos.

Séverine Deneulin, Jhonatan Clausen y Arely Valencia (Eds.)

2018 *Introducción al enfoque de las capacidades: Aportes para el Desarrollo Humano en América Latina.* Flacso Argentina y Editorial Manantial. Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú.

Mario Dammil, Oscar Dancourt y Roberto Frenkel (Eds.)

2018 *Dilemas de las políticas cambiarias y monetarias en América Latina.* Lima, Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú.

▪ *Documentos de trabajo*

- No. 494 "Epidemia y nivel de actividad económica: un modelo". Waldo Mendoza e Isaías Chalco. Waldo Mendoza e Isaías Chalco. Setiembre, 2020.
- No. 493 "Competencia, alcance social y sostenibilidad financiera en las microfinanzas reguladas peruanas". Giovanna Aguilar Andía y Jhonatan Portilla Goicochea. Setiembre, 2020.
- No. 492 "Empoderamiento de la mujer y demanda por servicios de salud preventivos y de salud reproductiva en el Perú 2015-2018". Pedro Francke y Diego Quispe O. Julio, 2020.
- No. 491 "Inversión en infraestructura y demanda turística: una aplicación del enfoque de control sintético para el caso Kuéalp, Perú". Erick Lahura y Rosario Sabrera. Julio, 2020.
- No. 490 "La dinámica de inversión privada. El modelo del acelerados flexible en una economía abierta". Waldo Mendoza Bellido. Mayo, 2020.
- No. 489 "Time-Varying Impact of Fiscal Shocks over GDP Growth in Peru: An Empirical Application using Hybrid TVP-VAR-SV Models". Álvaro Jiménez y Gabriel Rodríguez. Abril, 2020.
- No. 488 "Experimentos clásicos de economía. Evidencia de laboratorio de Perú". Kristian López Vargas y Alejandro Lugon. Marzo, 2020.
- No. 487 "Investigación y desarrollo, tecnologías de información y comunicación e impactos sobre el proceso de innovación y la productividad". Mario D. Tello. Marzo, 2020.
- No. 486 "The Political Economy Approach of Trade Barriers: The Case of Peruvian's Trade Liberalization". Mario D. Tello. Marzo, 2020.
- No. 485 "Evolution of Monetary Policy in Peru. An Empirical Application Using a Mixture Innovation TVP-VAR-SV Model". Jhonatan Portilla Goicochea y Gabriel Rodríguez. Febrero, 2020.
- No. 484 "Modeling the Volatility of Returns on Commodities: An Application and Empirical Comparison of GARCH and SV Models". Jean Pierre Fernández Prada Saucedo y Gabriel Rodríguez. Febrero, 2020.
- No. 483 "Macroeconomic Effects of Loan Supply Shocks: Empirical Evidence". Jefferson Martínez y Gabriel Rodríguez. Febrero, 2020.
- No. 482 "Acerca de la relación entre el gasto público por alumno y los retornos a la educación en el Perú: un análisis por cohortes". Luis García y Sara Sánchez. Febrero, 2020.
- No. 481 "Stochastic Volatility in Mean. Empirical Evidence from Stock Latin American Markets". Carlos A. Abanto-Valle, Gabriel Rodríguez y Hernán B. Garrafa-Aragón. Febrero, 2020.

- No. 480 “Presidential Approval in Peru: An Empirical Analysis Using a Fractionally Cointegrated VAR2”. Alexander Boca Saravia y Gabriel Rodríguez. Diciembre, 2019.
- No. 479 “La Ley de Okun en el Perú: Lima Metropolitana 1971 – 2016.” Cecilia Garavito. Agosto, 2019.
- No. 478 “Peru’s Regional Growth and Convergence in 1979-2017: An Empirical Spatial Panel Data Analysis”. Juan Palomino y Gabriel Rodríguez. Marzo, 2019.

▪ *Materiales de Enseñanza*

- No. 5 “Matemáticas para Economistas 1”. Tessy Vázquez Baos. Abril, 2019.
- No. 4 “Teoría de la Regulación”. Roxana Barrantes. Marzo, 2019.
- No. 3 “Economía Pública”. Roxana Barrantes, Silvana Manrique y Carla Glave. Marzo, 2018.
- No. 2 “Macroeconomía: Enfoques y modelos. Ejercicios resueltos”. Felix Jiménez. Marzo, 2016.
- No. 1 “Introducción a la teoría del Equilibrio General”. Alejandro Lugon. Octubre, 2015.