

**EVALUACIÓN  
DIAGNÓSTICA**

**EPIDEMIAS Y PANDEMIAS, EXPERIENCIAS DEL PASADO Y LECCIONES PARA EL FUTURO**

<b>COMPETENCIAS A EVALUAR</b>	Construye interpretaciones históricas // Gestiona responsablemente el espacio y el ambiente.
<b>CAPACIDADES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Interpreta críticamente fuentes diversas//comprende el tiempo histórico // Elabora argumentos sobre procesos históricos.</li> <li>✓ Comprende las relaciones entre los elementos naturales y sociales // maneja fuentes de información para comprender el espacio geográfico y el ambiente // genera acciones para conservar el ambiente local y global.</li> </ul>
<b>EVIDENCIA</b>	<b>Evidencia (Construye interpretaciones históricas - Gestiona responsablemente el espacio y el ambiente):</b> Un ensayo argumentativo que responda a las siguientes preguntas: ¿Por qué en el contexto de la pandemia por el cólera en la década de 1990 la población peruana ha sido vulnerable? ¿Qué acciones podrían plantearse para reducir nuestra vulnerabilidad ante la COVID-19 o afrontar sus consecuencias?

**PROPÓSITO:** Argumentamos y explicamos los factores asociados a peligros generados por las enfermedades y su impacto en nuestra salud en el contexto de la COVID-19, en sus dimensiones política, económica y social.

**CRITERIOS DE EVALUACIÓN**

- ✓ Asume una posición y susténtala con argumentos en diversas fuentes confiables.
- ✓ Jerarquiza y analiza los factores que hicieron que la población de la década de 1990 sea vulnerable ante la pandemia del cólera.
- ✓ Describe los cambios y permanencias en cuanto a la vulnerabilidad del país ante enfermedades como el cólera y la COVID-19.
- ✓ Formula tus argumentos realizando comparación y contrastando fuentes.
- ✓ Propón acciones para reducir nuestra vulnerabilidad ante la Covid-19 o afrontar sus consecuencias.
- ✓ Explica los factores asociados a peligros generados por las enfermedades y su impacto en nuestra salud en el contexto de la COVID-19, en sus dimensiones política, económica y social.
- ✓ Explica las responsabilidades de los distintos actores respecto a la vulnerabilidad ante las enfermedades como la COVID-19

**I. SITUACIÓN SIGNIFICATIVA:**



La humanidad, a lo largo de su historia, ha enfrentado y enfrenta diversas enfermedades que afectan a una zona, región, país o a todo el mundo, ya sea de manera temporal, permanente o como un evento aislado. En el año 1991, la epidemia del cólera azotó a 14 países de América Latina y el Caribe.

En el Perú, hubo 322 562 afectados, de los cuales 2909 fallecieron; así, el Perú registró el 83% del total de casos presentados en América Latina. En la actualidad, frente a la pandemia de la COVID-19, las cifras que se reportan de afectados y muertos en el país también son altas: el Perú es uno de los países donde la pandemia ha tenido mayor incidencia y consecuencias más graves.

En el contexto actual, la ciudadanía tiene una opinión dividida respecto a ¿por qué nuestro país es vulnerable ante las enfermedades? Unos dicen que desde años atrás persisten condiciones de insalubridad en nuestro país, como situación precaria de las instalaciones hospitalarias y de los servicios sanitarios en las ciudades y viviendas.

Otros señalan que las medidas implementadas por el gobierno han sido poco eficaces para hacer frente a las pandemias, también señalan que existen escasas prácticas de higiene, y algunos mencionan que somos vulnerables por el problema del crecimiento desordenado de nuestro espacio.

**Reflexionamos de manera crítica sobre las siguientes preguntas:**

¿Qué factores contribuyen a que una localidad, región o país sea vulnerable ante las enfermedades?

.....

¿Qué desafíos hemos tenido que enfrentar como ciudadanía frente a la pandemia de la COVID-19?

.....

¿En qué regiones del país los efectos de la pandemia han sido más graves? ¿Por qué?

.....



## ¡EMPECEMOS NUESTRA AVENTURA!... ES HORA DE INVESTIGAR Y RECURRIR A DIVERSAS FUENTES:



### **Fuente 1** **Culpando a las víctimas: el cólera de 1991**

Deterioro. Este término, con su connotación de incapacidad no solo para mejorar, sino además para conservar niveles previamente alcanzados, describe lo que pasó con la salud pública, el saneamiento ambiental y los servicios sanitarios en el Perú durante los años anteriores a la epidemia. El deterioro se expresó en 1991 en una mortalidad infantil de 78 por mil, la tercera más alta de América Latina después de Haití y Bolivia. Asimismo, las enfermedades diarreicas como la gastroenteritis, la disentería y la fiebre tifoidea, cuyas causas ambientales son parecidas a las del cólera, eran una de las principales causas de retardo del crecimiento, malnutrición y defunción entre los niños menores de un año, y eran, junto con las enfermedades respiratorias, las principales causas de mortalidad infantil de los menores de cinco años. Es grave observar que entre 1965 y 1990 el Perú tenía una alta tasa de mortalidad por diarrea en niños menores de cinco años que solo era superada en la región por Nicaragua, Guatemala y Honduras.

La persistencia de las enfermedades diarreicas indica la importancia de los factores ligados a la ecología del cólera, como la ausencia de agua potable en cantidad suficiente, la falta de sistemas adecuados para eliminar excretas y la contaminación de bebidas y alimentos. Según un estudio realizado en 1988, solo el 55 % de la población tenía acceso a agua potable y el 41 % a sistemas de alcantarillado (en las zonas rurales los promedios eran mucho más bajos: 22 y 16 %, respectivamente).

La contaminación ambiental era agravada porque en los años anteriores a la epidemia de 1991 las zonas marginales de las ciudades costeras tuvieron un acelerado crecimiento demográfico por la llegada de migrantes del campo que huían del desempleo, la crisis agraria y la violencia terrorista. Este crecimiento fue superior a la construcción de la infraestructura sanitaria en estas zonas.

Los migrantes y otros habitantes de las barriadas tenían muchas veces que recorrer grandes distancias para llegar a su trabajo y al mediodía compraban en la calle alimentos y bebidas de bajo precio y consumo rápido.

La falta de saneamiento reseñada hasta ahora fue producto de la pobreza, de la recesión, del virtual colapso de los servicios de salud y de la retracción del gasto social del Estado peruano. Los gastos en salud representaban en 1991 apenas el 23,56 % de lo que el Estado gastó en ese rubro en 1980. Desde los años ochenta se estimaba que seis millones de peruanos, casi un tercio de la población, no tenían acceso a los servicios oficiales de salud.

El Gobierno, los medios de comunicación, las clases sociales con mayores recursos, e inclusive las de menores recursos, insistieron durante la epidemia en que la principal causa de contagio era la falta de higiene personal. Esta era considerada como producto de la irresponsabilidad, la ignorancia, la desidia, la indolencia y en alguna medida de la pobreza.

Según el discurso de la campaña oficial promovido por el Gobierno, lo más importante era cambiar los hábitos de higiene personal y mejorar el manejo de pacientes (hidratándolos rápidamente en casa o dirigiendo los casos graves a los hospitales). El éxito de estas medidas dependía en gran parte de conductas individuales y no de modificaciones en el grado de contaminación ambiental en que vivían los peruanos. De esta manera, la asociación entre suciedad individual y epidemia fue una manera de apoyar una campaña de bajo y menor costo de la que hubiese implicado la solución a los problemas estructurales que generaron la epidemia.

El cólera reveló brutalmente las diferencias en las condiciones de vida urbana de los peruanos. Unos vivían en un sector de la ciudad con agua potable, desagüe y otros —la mayoría— carecían de estos servicios.

**Extraído y adaptado de Cueto, M. (1997). Culpando a las víctimas: El cólera de 1991. En El regreso de las epidemias. Salud y sociedad en el Perú del siglo XX (pp. 174-218). Instituto de Estudios peruanos.**

### **Fuente 2** **Nuevo coronavirus en el Perú: 5 factores que explican por qué es el país con la mayor tasa de mortalidad entre los más afectados por la pandemia**

**1. Deficiencias en el sistema de salud:** El doctor Eduardo Gotuzo, profesor emérito de la Universidad Cayetano Heredia de Lima y ex director del Instituto de Medicina Tropical de esa institución, señala como uno de los factores de la crisis el hecho de que la pandemia sorprendiera a Perú con una baja inversión en salud, con una escasez de camas hospitalarias y de cuidados intensivos, con personal mal pagado y un solo laboratorio capaz de procesar pruebas moleculares.

El gasto público en salud, como porcentaje del crecimiento económico, ha aumentado levemente en las últimas dos décadas. En 2017 llegó a un 4,9 % del PBI, según la última estimación que tiene el Banco Mundial.

**2. Enfoque en cuidados intensivos en vez de en prevención:** El doctor Ernesto Gozzer, experto en salud pública de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, sostiene que el factor más importante es que no se tuvo un enfoque preventivo. Al centrar los esfuerzos en aumentar el número de camas de cuidados intensivos, Gozzer cree que “se ha actuado sobre el punto final del recorrido (de la enfermedad) al que llega una persona con COVID-19, una cama de cuidados intensivos”. “Los que trabajamos en salud pública buscamos contener un brote, que los pacientes no lleguen a cuidados intensivos”, dijo. Asimismo, critica que el Gobierno haya utilizado más pruebas serológicas o rápidas como pruebas de diagnóstico de COVID-19, cuando sirven para otros propósitos, en vez de las pruebas moleculares.

**3. Escasez de oxígeno:** Otro problema que afectó la lucha contra la pandemia fue la escasez de oxígeno. En varios momentos de la emergencia, los medios difundieron imágenes de gente formando largas colas para conseguir oxígeno, demanda que llevó a que muchos proveedores subieran los precios del insumo y que se abrieran puestos clandestinos para su venta. “La falta de oxígeno influyó en la mortalidad, porque la gente que necesitaba oxígeno y que con eso se podía haber curado, probablemente se agravó y tuvo que llegar a UCI o ya no llegó a UCI”, dijo Gozzer a BBC Mundo.

**4. Reacción del Gobierno:** Al inicio de la pandemia en Perú, el Gobierno decretó una de las cuarentenas más restrictivas de la región. Al mismo tiempo, destinó entre el 9 % y el 12 % de su PIB para ayudar a la gente que hubiera perdido su empleo y a las empresas que se hubieran quedado sin ingresos a causa del cierre de la economía. Pero Hugo Ñopo cree que les faltó adaptar estas medidas a la realidad peruana. Alrededor del 71 % de la población económicamente activa en Perú vive de la economía informal o se desempeña en oficios en los que obtienen sus ingresos día a día, por lo que no podían quedarse en casa y debían salir a trabajar a la calle.

El reparto de los bonos económicos también propició que se formaran aglomeraciones en los bancos, pues solo un 38,1 % de los peruanos adultos tiene cuenta bancaria. El resto debía ir en persona a cobrar el dinero. “Los planes iniciales de alguna forma eran copia de las estrategias de Europa. Nos faltó pensar en una solución distinta, para nosotros”, dijo Ñopo a BBC Mundo.

**5. Cumplimiento de restricciones:** Los últimos días, mucha gente responsabilizó a aquellos peruanos que incumplen las restricciones destinadas a prevenir los contagios. Pablo Lavado, profesor de Economía de la Universidad del Pacífico, dijo a BBC Mundo que “las reuniones clandestinas han contribuido, sin duda, a la tasa de mortalidad, pero no creo que sean la principal causa, no es preciso atribuírselas”. “Son hipótesis creíbles, pero no hay datos. Además, no solo hay que considerar las fiestas clandestinas. La gente ha seguido saliendo a trabajar, se ha seguido moviendo, ha habido interacción en los mercados, en los bancos, todo eso ha ido sumándose”, dijo Lavado.

**Adaptado de BBC. (28 de agosto de 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. <https://www.bbc.com/mundo/noticiasamerica-latina-53940042>**

**Fuente 3**  
**la década de 1990****Saneamiento y salud a inicios de**

El pésimo estado de los sistemas de saneamiento, no solo en Lima, sino también en el resto del país, fue crucial para la rápida difusión del cólera en el Perú. Debido a que la enfermedad se transmite a través del agua, resulta fundamental contar con una buena distribución de este recurso, así como con un adecuado tratamiento de los desechos. Sin embargo, existían preocupantes cifras del alcance de estos servicios a nivel nacional. Solo el 55.4 % de viviendas en el país contaban con conexiones de agua y desagüe, y el 51.6 % carecía de este último servicio. Ello significaba que el 50 % de la población evacuaba en condiciones antihigiénicas. En zonas rurales, el sistema de eliminación de los desechos consistía en letrinas sanitarias, silos o en el entierro de las heces en un hoyo (Cueto 1997: 181).

Tomado de Lossio, J. y Barriga, E. (2017). *Salud pública en el Perú del siglo XX: paradigmas, discursos y políticas*. Pontificia Universidad Católica del Perú- Instituto Riva-Agüero, pp. 114. Recuperado el 22 de 09 del 2020 de <https://ira.pucp.edu.pe/biblioteca/wp-content/uploads/sites/4/2017/02/Salud-publicaen-el-peru-del-siglo-XX.pdf>

**Fuente 4****Finales de 1980, un escenario de crisis**

La inflación y la pobreza, hicieron posible que la enfermedad del cólera se expandiera de forma rápida. A finales de 1980, específicamente en el plano económico el Gobierno de García [primer gobierno] había terminado con una fuerte crisis financiera e hiperinflación llegó a alcanzar el 3,000 % anual. Como consecuencia, “desapareció el crédito de consumo, se retrajo el comercio, aumentó el desempleo y se extendió la pobreza crítica” (Contreras y Cueto 2007: 358). La alta tasa de hiperinflación intentó ser combatida, sin éxito, a través de devaluaciones, ajustes fiscales, alzas de precios, impuestos elevados, entre otras medidas. Al mismo tiempo, los servicios del Estado empezaron a colapsar (Klarén 2005: 475-476; Contreras y Cueto 2007: 359).

Las medidas económicas que se tomaron tuvieron un alto costo social, pues afectaron de forma directa la alimentación de la población. Al finalizar el Gobierno de García [primer gobierno] había aumentado el precio de los alimentos básicos, como el pan, la harina, los fideos, los huevos y el pollo. La situación era tan crítica que para muchas familias solo era posible comprar huesos, grasa de cerdo, cabezas y colas de pescado (Crabtree 2005: 214).

Tomado de Lossio, J. y Barriga, E. (2017). *Salud pública en el Perú del siglo XX: paradigmas, discursos y políticas*. Pontificia Universidad Católica del Perú- Instituto Riva-Agüero, pp. 112-113. Recuperado el 22 de 09 del 2020 de <https://ira.pucp.edu.pe/biblioteca/wp-content/uploads/sites/4/2017/02/Saludpublica-en-el-peru-del-siglo-XX.pdf>

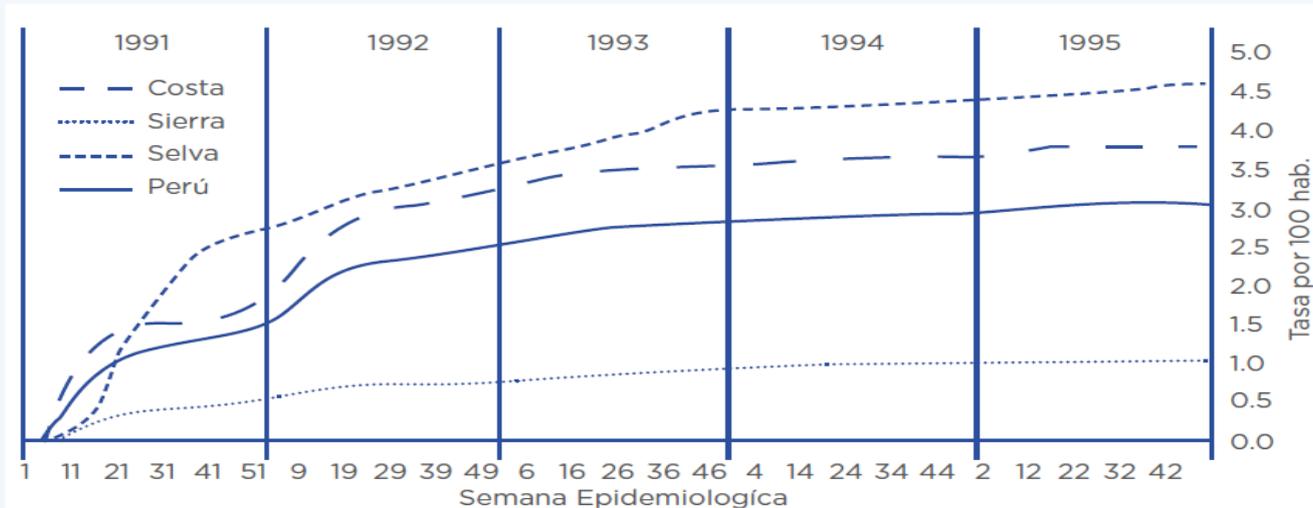
**Fuente 5****Fuente 5**

*Casos, defunciones y letalidad de COVID-19, por regiones, Perú 2020 (SE-45) según etapa de vida*

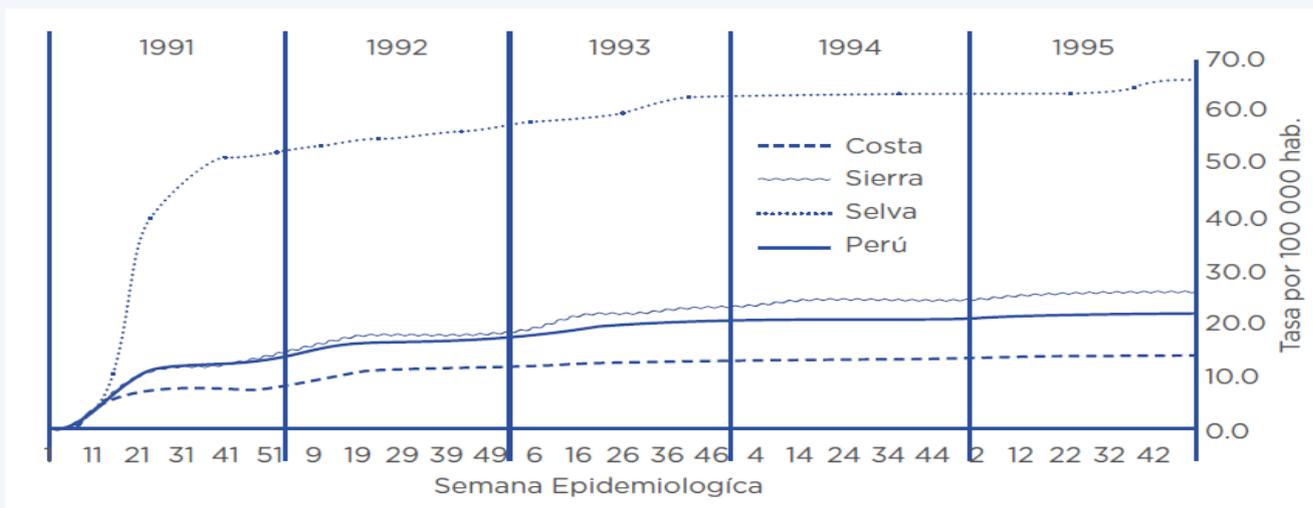
Regiones	Casos confirmados de COVID-19	De funciones confirmadas por COVID-19	Letalidad
Amazonas	17,215	232	1.35
Áncash	27,044	1,386	5.12
Apurímac	5,982	121	2.02
Arequipa	45,097	1,478	3.28
Ayacucho	13,587	338	2.49
Cajamarca	22,675	531	2.34
Callao	38,456	1,858	4.83
Cusco	22,818	467	2.05
Huancavelica	7,382	127	1.72
Huánuco	17,783	430	2.42
Ica	30,205	1,690	5.60
Junín	23,932	861	3.60
La Libertad	33,454	2,314	6.92
Lambayeque	29,157	1,787	6.13
Lima	414,112	15,643	3.78
Loreto	22,885	976	4.26
Madre de Dios	8,935	148	1.66
Moquegua	14,601	282	1.93
Pasco	5,767	117	2.03
Piura	38,979	2,047	5.25
Puno	17,555	349	1.99
San Martín	22,116	745	3.37
Tacna	13,326	245	1.84
Tumbes	8,660	317	3.66
Ucayali	18,287	351	1.92
TOTAL	920,010	34,840	3.79

Extraído de Boletín Epidemiológico del Perú 2020. Volumen 29-SE 45, Semana Epidemiológica del 01 al 07 de noviembre (p. 502). Ministerio de Salud (Minsa) y Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades ([https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/boletin/boletin\\_202045.pdf](https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/boletin/boletin_202045.pdf)). En dominio público.

*Incidencia de casos acumulados de Cólera según regiones naturales. Perú 1991-1995*



*Tasa de mortalidad acumulada Cólera según regiones naturales. Perú 1991-1995*



Extraído de: *Epidemia de cólera en el Perú. MINSA-Dirección general de epidemiología. En: [https://www.paho.org/per/images/stories/ftpage/2011/20110923\\_vigilancia\\_de\\_colera.pdf](https://www.paho.org/per/images/stories/ftpage/2011/20110923_vigilancia_de_colera.pdf)*

**Fuente 7** **PNUD: 6 de cada 10 peruanos vivían en situación de vulnerabilidad hasta antes del COVID-19**

De acuerdo con datos del PNUD el tipo de vulnerabilidad más frecuente es la laboral (34 %), seguida de la financiera (30 %). Los detalles aquí. Gabriela Elgegren, oficial del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), dijo que, de los 9 millones de hogares en el Perú, 2,5 millones vivían en condiciones de hacinamiento. En una entrevista a RPP Noticias, indicó que el PNUD ha elaborado un informe que grafica la realidad del Perú antes de la pandemia, el cual indica “qué tan vulnerables eran las familias peruanas”.

Detalló que se han priorizado las cinco vulnerabilidades más representativas y que están vinculadas a los activos principales con los que cuentan los hogares: monetaria, alimentaria, laboral, financiera e hídrica. “El 65 % de los hogares peruanos eran vulnerables, 6 de cada 10 eran vulnerables, registrando al menos un tipo. Esto equivale a 5,8 millones de hogares”, indicó la representante del PNUD.

Detalló que el tipo de vulnerabilidad más frecuente es la laboral (34 %), seguida de la financiera (30 %). “La vulnerabilidad financiera es la principal en zonas urbanas, mientras que la laboral [lo es] en las zonas rurales”. En ese sentido, dijo que, si se combinan los cinco tipos de vulnerabilidades, hay más de 500 000 hogares que sufren de falta de acceso al agua y no tienen ingresos salariales. Agregó que, de los 9 millones de hogares en el país, 2,5 millones viven en condiciones de hacinamiento.

**Adaptado de Diario Gestión. (31 de mayo de 2020). PNUD: 6 de cada 10 peruanos vivían en situación de vulnerabilidad hasta antes del COVID-19. Recuperado de <https://gestion.pe/economia/coronavirus-peru-pnud-6-de-cada-10-peruanosvivan-en-situacion-de-vulnerabilidad-hasta-antes-del-covid-19-nndc-noticia/>**



ESTUDIANTE:.....

GRADO:

Luego de haber realizado la lectura de las fuentes 1, 2, 3 y 4 completa el siguiente cuadro:

Preguntas a las fuentes	Fuente 1	Fuente 2	Fuente 3	Fuente 4
¿Quién es el autor?				
¿En qué época se escribió?				
¿Cuál es la idea principal?				
¿Qué tienen en común las fuentes?				
¿Son fuentes confiables? ¿Por qué?				

Según la fuente 05:

▶ ¿Cuáles son las regiones con mayor índice de casos confirmados y defunciones de COVID-19? ¿a crees que se debe?

.....  
.....

▶ ¿Cuáles son las regiones con menor índice de casos de contagio y defunciones de COVID-19? ¿a crees que se debe?

.....  
.....

▶ Según la información del cuadro ¿se puede afirmar que la región Ancash es tan vulnerable ante el COVID-19? ¿Por qué?

.....  
.....

LUEGO DE HABER REALIZADO EL ANALISIS DE LA FUENTE 06, COMPLETA:

▶ Nombre del grafico 01:.....

▶ Nombre del grafico 02:.....

▶ Identifica ¿Cuál fue la región con mayor nivel y el más bajo con incidencia de casos acumulados y tasa de mortalidad acumulada de cólera según las regiones naturales?

.....  
.....

▶ ¿Qué información nos muestran los gráficos en su totalidad?

.....  
.....

❖ ¿Cuál es la relación de vulnerabilidad de las enfermedades de la fuente 5 y la fuente 6?

.....  
.....

❖ Según la fuente 7 ¿Cuál es la situación de vulnerabilidad laboral en el Perú? ¿Cuáles crees que son las causas?

.....  
.....

.....  
.....

