

Recibido: 05/03/2026

Aceptado: 21/05/2026

Publicado en línea: 22/05/2026

Resiliencia del sistema de salud ante la COVID-19 en el Cusco, Perú (2020-2024): Un análisis ecológico desde las dimensiones operativa y estructural.

Resilience of the health system to COVID-19 in Cusco, Peru (2020-2024): An ecological analysis from the operational and structural dimensions.

Antony Condori Tapia¹   | Hugo Hernán Flores Laime²   | Felisiano Anaya Quispe¹  

Filiación Institucional

¹ Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, Cusco, Perú

² Universidad Nacional Intercultural de Quillabamba, Cusco, Perú

Palabras clave:

COVID-19, Vacunación, Unidades de cuidados intensivos, Factores Socioeconómicos, Perú.

Keywords:

COVID-19, Vaccination, Intensive Care Units, Socioeconomic Factors, Peru.

RESUMEN

El estudio tuvo como objetivo evaluar y describir la resiliencia del sistema de salud del departamento del Cusco, Perú, frente a la pandemia de COVID-19, utilizando como marco analítico las cuatro dimensiones de Blanchet et al. (2017). Para ello, se desarrolló un análisis ecológico de datos secundarios extraídos del Repositorio Único Nacional de Información en Salud (REUNIS), examinando series temporales (2020-2024) sobre indicadores macroeconómicos, estadísticas de vacunación por dosis y sector, dinámica de camas hospitalarias y mortalidad. Los resultados evidenciaron que la priorización de la atención por COVID-19 generó una caída crítica en las coberturas de vacunación de rutina, agravada por una contracción del PBI y un aumento de la desigualdad. En la inmunización frente a la COVID-19, se demostró una alta aceptación inicial en áreas rurales (61 %), pero una cobertura de refuerzo desigual, con predominio en las zonas urbanas (61,9 %). La rápida expansión inicial de la capacidad hospitalaria (camas UCI), además, no fue sostenible en el tiempo, colocando al Cusco como uno de los diez departamentos con mayor cantidad de defunciones por la pandemia. Finalmente, el sistema exhibió una resiliencia operativa limitada, no pudiendo mantener la salvaguarda de sus funciones esenciales ante una crisis prolongada. Estos resultados dan una prueba empírica fundamental, que sirve como una 'prueba de estrés', sentando las bases analíticas para corregir las debilidades estructurales y mejorar la gestión hospitalaria frente a futuras crisis epidemiológicas o humanitarias del contexto altoandino.

ABSTRACT

The study aimed to assess and describe the resilience of the health system in the department of Cusco, Peru, in the face of the COVID-19 pandemic, using the four dimensions proposed by Blanchet et al. (2017) as an analytical framework. To this end, an ecological analysis was conducted using secondary data extracted from the National Health Information Repository (REUNIS), examining time series (2020–2024) on macroeconomic indicators, vaccination statistics by dose and sector, hospital bed dynamics, and mortality. The results showed that prioritizing COVID-19 care led to a critical drop in routine vaccination coverage, exacerbated by a contraction in GDP and an increase in inequality. Regarding COVID-19 vaccination, there was high initial uptake in rural areas (61%), but booster coverage was uneven, with a higher rate in urban areas (61.9%). Furthermore, the rapid initial expansion of hospital capacity (ICU beds) was not sustainable over time, placing Cusco among the ten departments with the highest number of deaths from the pandemic. Finally, the system exhibited limited operational resilience, unable to maintain its essential functions in the face of a prolonged crisis. These results provide fundamental empirical evidence, serving as a "stress test" and laying the analytical groundwork for correcting structural weaknesses and improving hospital management in the face of future epidemiological or humanitarian crises in the high Andean context.

Citar como: Condori Tapia, A., Flores Laime, H. H., & Anaya Quispe, F. (2026). Resiliencia del sistema de salud ante la COVID-19 en el Cusco, Perú (2020–2024): Un análisis ecológico desde las dimensiones operativa y estructural. *Revista de Administración y Ciencias Sociales*. 2026, 2(1): <https://doi.org/10.69507/racs.5.2.1>.

INTRODUCCIÓN

Si bien el siglo XXI, se caracterizó por brotes epidémicos como la influenza H1N1 (2009), la poliomielitis (2014), el brote de ébola en África occidental (2014), la epidemia del virus del Zika (2015-2016) y la epidemia de Ébola de Kivu (2018-2019) (Apaza et al., 2021), la pandemia de COVID-19 es el evento de salud pública que recibe mayor cobertura al punto de compararlo con la peste bubónica de inicios del siglo XX (Palma & Lizarme, 2021), ubicándola como el evento pandémico de mayor relevancia en el período de los últimos 30 años según estas fuentes. Esta crisis reveló aspectos esenciales para el funcionamiento social de la salud, ingresos, empleo y la necesidad de gestionar la crisis de manera efectiva extrayendo enseñanzas para el futuro (De Bruijn, 2020).

En el Perú se han resaltado disparidades en la atención médica en las regiones del Perú. Mientras que las zonas costeras como Lima enfrentaron desafíos severos, las regiones andinas como Cusco y Puno mostraron resultados más favorables, con tasas más altas de casos asintomáticos y un mejor manejo de la enfermedad (Tello, 2020). Sin embargo, la pandemia expuso desigualdades regionales de larga data en infraestructura y recursos de atención médica, siendo el sistema de salud de Lima 17 veces más grande que el promedio de otras regiones (Díaz, 2022). En respuesta a estos desafíos, las comunidades en Cusco y otras áreas desarrollaron estrategias adaptativas, incluyendo cambios en el comportamiento personal, dinámicas familiares y un mayor uso de tecnologías de la comunicación (Chacón et al., 2024). Además, algunas comunidades reactivaron memorias colectivas y mecanismos de resiliencia de crisis pasadas, como comedores comunitarios y equipos locales de respuesta a la COVID, para hacer frente a los impactos de la pandemia (Romio et al., 2022).

Más allá de las características de la pandemia de COVID-19, ha demostrado tener un alcance sistémico, en el cual la rápida propagación y las graves consecuencias se explican, en gran medida, por las fallas estructurales previas y la baja resiliencia de los sistemas de salud. La resiliencia, en este sentido, no solo se refiere a la capacidad de las instituciones para prever o hacer frente a una crisis, sino también para aprender de estos bruscos choques y añadir nuevos conocimientos que les permitan fortalecerse ante acontecimientos adversos (Pérez et al., 2024).

Por lo tanto, a pesar del reconocimiento de las desigualdades territoriales y del impacto devastador de la pandemia, existe una evidencia insuficiente sobre la resiliencia sanitaria en las regiones altoandinas. La crisis actuó como un factor disruptivo que no solo sobrepasó los servicios médicos, sino que también amplificó las vulnerabilidades socioeconómicas preexistentes. Por ello, el presente

estudio aporta conocimiento empírico sobre la resiliencia en sistemas de salud en contextos geográficos y socioculturales poco estudiados.

El objetivo principal de este estudio es evaluar y describir la resiliencia del sistema de salud del Departamento del Cusco frente a pandemias y crisis humanitarias, mediante el análisis conceptual estructurado de datos secundarios en relación a las cuatro dimensiones clave de resiliencia propuestas por Blanchet et al. (2017): Conocimientos, Gestión de incertidumbre, Interdependencia y Legitimidad.

MATERIALES Y MÉTODOS

El presente manuscrito se ha estructurado como un Artículo Especial. Se trata de un estudio observacional basado en un análisis ecológico de datos secundarios con alcance descriptivo. El objetivo fue reflexionar, evaluar y describir la resiliencia operativa y estructural del sistema de salud de las 13 provincias del Cusco frente a la pandemia de COVID-19. La investigación se basó en el marco teórico-conceptual propuesto por Blanchet et al. (2017), el cual estructuró el orden metodológico de este análisis reflexivo en cuatro dimensiones específicas: i) Conocimientos, ii) Gestión de incertidumbre, iii) Interdependencia y iv) Legitimidad.

El procedimiento está realizado según:

1) Establecimiento del marco analítico: Se comenzó tomando el modelo propuesto por Blanchet et al. (2017) para definir las cuatro dimensiones de la resiliencia a evaluar.

2) Procesamiento de datos: Para tal efecto, se utilizaron datos secundarios provenientes del Repositorio Único Nacional de Información en Salud (REUNIS) del Ministerio de Salud (MINSU). Se analizaron datos de series temporales de dinámica del PBI y de desigualdad (2000-2023), de vacunación total por provincia y por dosis en Cusco (2021-2023), de dinámica de camas hospitalarias (2021-2024) y de defunciones por COVID-19 (2020-2023). Con esta base de datos se elaboró un conjunto de tablas y de figuras descriptivas.

3) Análisis dimensional: Finalmente, la evaluación de la resiliencia se ejecutó mediante un análisis pormenorizado de la totalidad de los datos disponibles, los cuales fueron organizados y presentados bajo cada una de las cuatro dimensiones del marco conceptual para describir la situación del sistema de salud del Cusco en su conjunto.

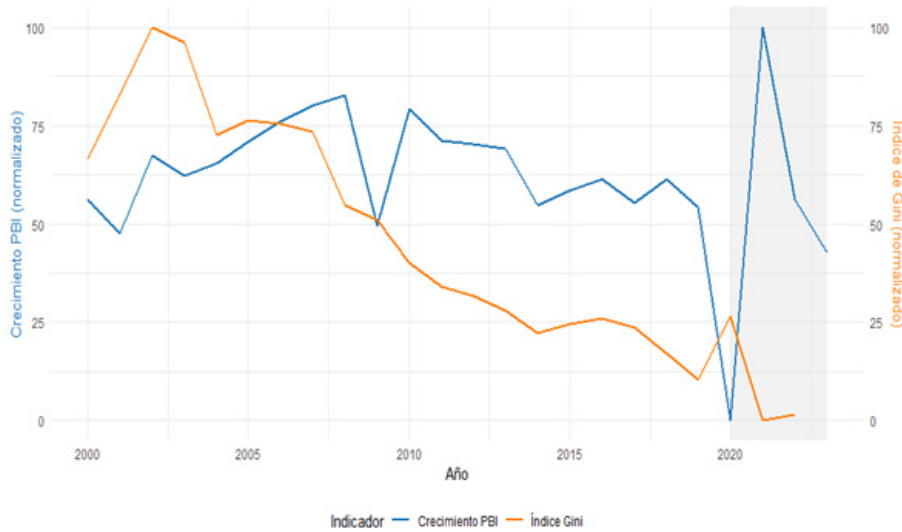
Es importante precisar que el estudio no se basó en la selección de una muestra probabilística o no probabilística de individuos o pacientes. Por el contrario, el análisis se sustentó en la totalidad de datos secundarios disponibles, utilizando indicadores masivos del sistema sanitario y socioeconómico multidimensional.

RESULTADOS

De acuerdo a Blanchet et al. (2017) su análisis recae en 4 dimensiones en cuanto a conocimientos, gestión de incertidumbre, interdependencia y legitimidad.

A nivel macroeconómico, la pandemia actuó como un factor disruptivo, reflejándose en una contracción abrupta del PBI departamental y un incremento paralelo de la desigualdad (índice de Gini), tal como se observa en la Figura 1.

Figura 1: Dinámica del PBI y desigualdad en el Perú (2000 – 2023)

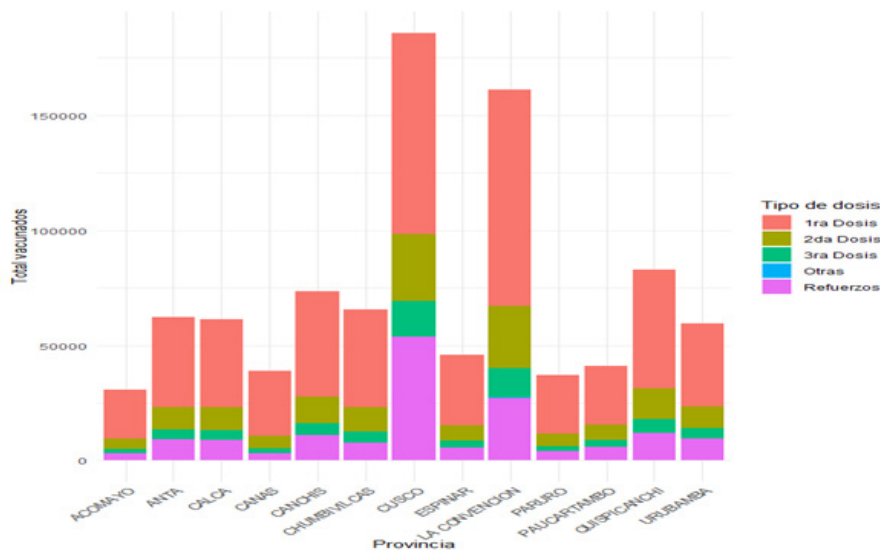


Nota: Elaborado en relación a datos abiertos REUNIS-MINSA

La figura 2 muestra la distribución de personas vacunadas en la región, destacando las provincias de Cusco, La Convención y Quispicanchi como las zonas con mayor cobertura, mientras que Acomayo,

Paruro y Canas presentaron las cifras más bajas de vacunación. Siendo la segunda y tercera dosis las que menos cantidad de vacunados tuvieron.

Figura 2: Vacunación total por provincia y dosis en el departamento de Cusco (2021-2023)



Nota: Elaborado en relación a datos abiertos REUNIS-MINSA

La tabla 1; revela una distribución desigual en la vacunación: mientras la primera dosis tuvo mayor cobertura en zonas rurales (61%), los refuerzos se concentraron predominantemente en áreas urbanas

(61.9%). La segunda y tercera dosis presentaron una distribución equilibrada entre ambos sectores, aunque a nivel global el ámbito rural registró un ligero predominio (55%) en la cobertura total.

Tabla 1: Comparación de dosis por sector (escenario) del departamento de Cusco (2021-2023)

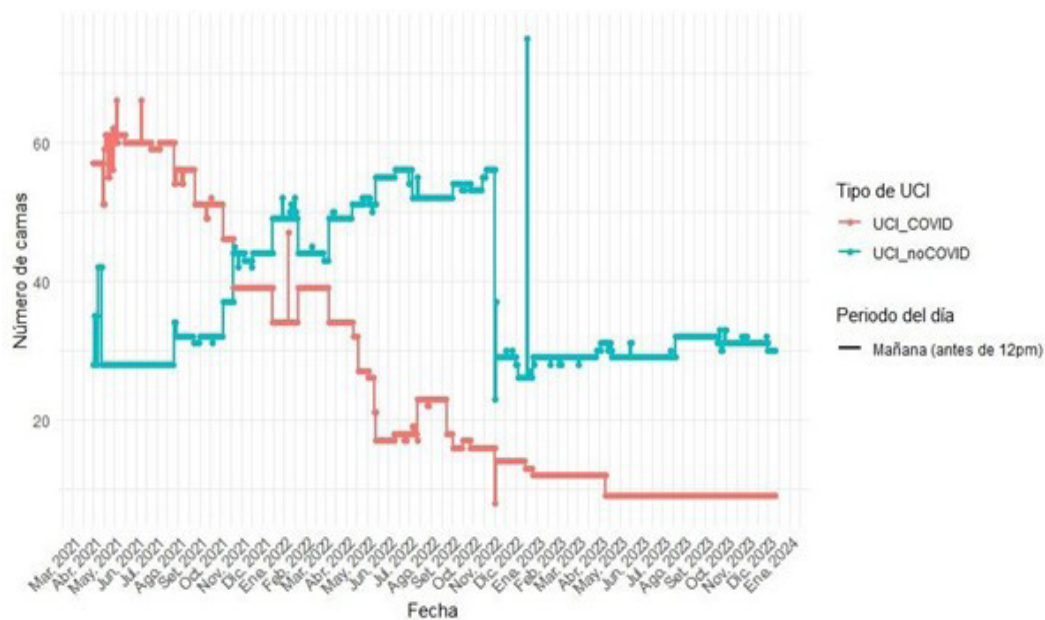
Tipo Dosis	Porcentaje		Total
	Urbano	Rural	
Primera Dosis	39.00%	61.00%	100.00%
Refuerzos	61.90%	38.10%	100.00%
Segunda Dosis	46.10%	53.90%	100.00%
Tercera Dosis	51.30%	48.70%	100.00%
Total	44.93%	55.07%	100.00%

Nota: Elaborado en relación a datos abiertos REUNIS-MINSA

En la Figura 3 se muestra cómo estuvo distribuida la cantidad de camas UCI en Cusco durante la pandemia, mostrando una capacidad del sistema sanitario de responder con flexibilidad, pero de manera limitada. Esta priorización de recursos para pacientes con COVID reveló una notable capacidad

de adaptación operativa (con gestión dinámica por turnos), pero puso de manifiesto al mismo tiempo debilidades estructurales críticas: capacidad inicial insuficiente (≤ 60 camas UCI para población $>$ medio millón) y potencial deterioro en la atención de otras emergencias médicas.

Figura 3: Indicador de Resiliencia Hospitalaria - Cusco (Mensual)

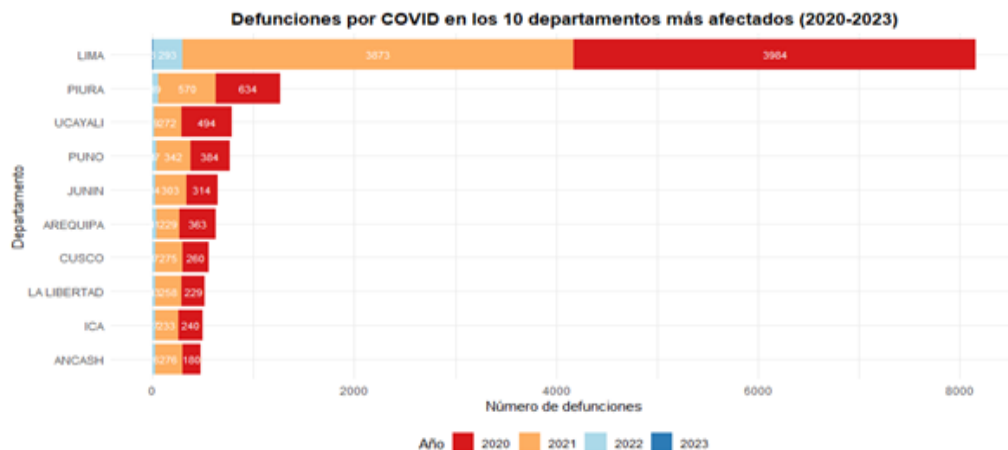


Nota: Elaborado en relación a datos abiertos REUNIS-MINSA

De acuerdo a la Figura 3, la evolución de las camas UCI en Cusco durante el periodo de estudio evidencia una resiliencia ante la pandemia del

del COVID-19, caracterizada por una reasignación dinámica de recursos críticos.

Figura 4: Defunciones por COVID en los 10 departamentos más afectados (2020 - 2023).



Nota: Elaborado en relación a datos abiertos REUNIS-MINSA

Según la Figura 4, este comportamiento sugiere que el sistema de salud regional se adaptó progresivamente a la crisis sanitaria, pero también se

identifica al departamento del Cusco como uno de los 10 departamentos con mayor cantidad de defunciones producto de la pandemia.

DISCUSIÓN

Los conocimientos aplicados para la gestión de la pandemia exigen un análisis multidimensional que combine de manera directa los datos macroeconómicos y los indicadores sanitarios, los cuales son determinantes para mejorar la resiliencia estructural (Oltra & Boso, 2020). Este enfoque de análisis de datos revela que la falta de previsión y de alertas tempranas cuantitativas basadas en el estado socioeconómico hubiese permitido anticipar y mitigar los impactos iniciales de la emergencia sobre la infraestructura médica (Palma & Lizarme, 2021). La evaluación de series temporales confirma que el análisis de hechos extremos pasados sirve como evidencia para mejorar la capacidad de aprendizaje del sistema, permitiendo orientar la protección futura y optimizar las medidas operativas de reducción de riesgos epidemiológicos (Çan et al., 2025).

Esta disminución se atribuye al estado de emergencia sanitaria debido a la COVID-19, que implicó la suspensión de actividades asistenciales en salud y la priorización de la atención relacionada con COVID-19, descuidando las actividades propias de la inmunización. La tendencia de baja actividad de los programas de inmunización fue reportada a nivel mundial debido a las declaratorias de emergencia y suspensión de actividades sanitarias regulares. (Pereira et al., 2020)

La interdependencia implica evaluar las sinergias y desequilibrios generados (Murillo et al., 2021). El colapso sanitario generado por la priorización del COVID-19 descuidó otros servicios de salud, así

como la falta de articulación entre actores locales exacerbó las brechas en cobertura de vacunación (Cortés et al., 2025) además también la gestión acerca de distancias de centros poblados (Cusacani et al., 2024).

La resiliencia del sistema depende de una gestión coordinada que reconozca estas conexiones, desde escalas locales hasta globales (Mercogliano et al., 2025); lo cual servirá para mitigar efectos en cadena y fortalecer capacidades adaptativas ante futuras crisis.

Un sistema de inmunización bien establecido y percibido como legítimo contribuye a una mayor adherencia a las campañas de vacunación (De Vasconcelos, 2022)

Es necesario tener en cuenta que la capacidad hospitalaria recae sobre el sector público, la cual es una característica muy recurrente a nivel mundial (Sundararaman et al., 2021). Sin embargo, el posterior descenso indica que esta expansión no se mantuvo en el tiempo, lo que cuestiona su sostenibilidad y el grado de cambio que un sistema puede experimentar manteniendo su funcionalidad (Biddle et al., 2020). La estabilización en un nivel más bajo podría reflejar un retorno a condiciones pre-pandémicas, revelando falencias en inversión, planificación o gestión del sistema de salud; tal como en el contexto nacional (Gamboa et al., 2021). En relación al registro de fallecimientos que probablemente fueron muchos más, como señala Komasa et al. (2025), y que no fueron identificadas.

Las brechas de accesibilidad son reveladoras de serios problemas, y están determinadas por la poca

continuidad de las intervenciones y una reducción de la cobertura del servicio a nivel regional. Es decir, todo esto demuestra desigualdades en la gestión de las provincias durante la pandemia. Este patrón coincide con los hallazgos de Stimpson et al. (2025) y pone relieve un problema sistémico que, claro, también existe en Puerto Rico.

Como señala Ramos (2024), los conocimientos aplicados durante la pandemia son analizados desde múltiples dimensiones.

Las provincias con mayor aceptación fueron Cusco y La Convención. Los varones muestran una cobertura mayor que las mujeres, y va disminuyendo de forma progresiva el número de vacunados por dosis a medida que avanza el tiempo. En algunos sectores la ineficacia pone al descubierto las dificultades del sistema de salud para comprender obstáculos estructurales, como, entre otros, las limitaciones legales y los problemas económicos (Rosenbaum et al., 2025).

Ha habido una respuesta inicial, pero Cusco enfrenta importantes desafíos estructurales para desarrollar una infraestructura hospitalaria sostenible. Es una pieza clave para fortalecer la capacidad del sistema de salud frente a eventuales nuevas pandemias o emergencias (Froughi et al., 2025).

CONCLUSIONES

Al analizar el sistema de salud del Cusco con base en las cuatro dimensiones que proponen Blanchet et al. (2017), se hace evidente que, frente al largo camino de la pandemia de COVID-19, su resiliencia — tanto operativa como estructural — fue bastante limitada.

Si nos guiamos por lo que los datos nos dicen directamente, se concluye que atender la emergencia como prioridad terminó desordenando los servicios regulares de salud. Claro, esto se nota, por ejemplo, en el desplome estadístico de las coberturas de vacunación de rutina. En cuanto a los factores socioeconómicos, esta interrupción no hizo más que amplificar la vulnerabilidad regional: el PBI del departamento se contrajo de golpe y, al mismo tiempo, creció la desigualdad en los ingresos, medida por el índice de Gini.

Pero también hay que mirar lo que pasó en los hospitales. Aunque al inicio el sistema reaccionó rápido, ampliando camas UCI, las cifras a lo largo del tiempo muestran que esa adaptación no se pudo sostener. Esa falta de capacidad para mantener el ritmo a mediano plazo terminó pasando factura, y el Cusco se ubicó entre los diez departamentos con más muertes.

En cuanto a las vacunas, se ven diferencias marcadas según el territorio. La primera dosis tuvo buena aceptación, sobre todo en zonas rurales (61%). Pero la historia cambia con los refuerzos: ahí la respuesta fue desigual, concentrándose en áreas urbanas (61.9%). Entre otros aprendizajes, esto nos recuerda que, si bien esta pandemia fue un hecho único e irrepetible en sus condiciones exactas, medir estas brechas nos dejó una “prueba de estrés” muy valiosa para el sistema de salud regional. Con esos hallazgos, podemos sentar bases más sólidas para corregir debilidades estructurales y mejorar la gestión hospitalaria ante futuras crisis — ya sean epidemiológicas, climáticas o humanitarias — en el contexto altoandino.

REFERENCIAS

- Apaza, H., Espetia, F., & Villanueva, S. (2021). La pandemia del COVID-19 en el altiplano peruano. *Waynarroque - Revista de ciencias sociales aplicadas*, 1(Vol.1, Num. 1), 81-98. <https://www.unaj.edu.pe/revistacienciaWaynarroque/index.php/rCSaw/article/view/25/19>
- Biddle, L., Wahedi, K., & Bozorgmehr, K. (2020). Health system resilience: A literature review of empirical research. *Health Policy and Planning*, 35(8), 1084-1109. <https://doi.org/10.1093/heapol/czaa032>
- Blanchet, K., Nam, S. L., Ramalingam, B., & Pozo-Martin, F. (2017). Governance and Capacity to Manage Resilience of Health Systems: Towards a New Conceptual Framework. *International Journal of Health Policy and Management*, 6(8), 431-435. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2017.36>
- Çan, G., Kartal, H., Toraman, Ç., & Bakar, C. (2025). *The relationship between public health system resilience and psychological resilience: Multilevel regression study*. 23(1), 1-10. https://www.researchgate.net/publication/390971051_The_relationship_between_public_health_system_resilience_and_psychological_resilience_Multilevel_regression_study
- Chacón, R. A. C., Ticona, W. E. P., Mamani, E. F., Obregon, F. S., Quiroz, N. R. M., & Rojas, E. P. S. (2024). Resilience in the Population of Cusco in Times of COVID-19. *Journal of Ecohumanism*, 3(7). <https://doi.org/10.62754/joe.v3i7.4604>
- Cortés, J. J., Fulano, B. C., & Velazco, A. F. (2025). *Adaptación y resiliencia durante la pandemia mundial*. 1, 4(1), 40-55. https://www.academia.edu/167377114/Adaptaci%C3%B3n_y_resiliencia_durante_la_pandemia_mundial?source=swp_share
- Cusacani, J., Adco Charpa, N. H., De La Cruz Vargas, A. D., Montes-Salcedo, M., & Cahuana Sánchez, J. H. (2024). La pandemia COVID-19 y la administración de la salud: El caso de la región Puno. *Revista Vive*, 7(19), 102-120. <https://doi.org/10.33996/revistavive.v7i19.287>

- De Bruijn, K. (2020). Resilience. *Journal of Flood Risk Management*, 13(4). <https://doi.org/10.1111/jfr3.12670>
- De Vasconcelos, L. (2022). Resiliencia de los sistemas de salud. *Cadernos de Saúde Pública*, 38(10), e00176622. <https://doi.org/10.1590/0102-311xes176622>
- Díaz, S. D. (2022). Pandemia y disparidades regionales de salud en el Perú: 1997-2020. *Socialium*, 6(1), e939. <https://doi.org/10.26490/uncp.sl.2022.6.1.939>
- Foroughi, Z., Ebrahimi, P., Yazdani, S., Aryankhesal, A., Heydari, M., & Maleki, M. (2025). Analysis for health system resilience against the economic crisis: A best-fit framework synthesis. *Health Research Policy and Systems*, 23(1), 33. <https://doi.org/10.1186/s12961-025-01285-0>
- Gamboa, L. N., Becerra, K. G., López, Y. I., & Goicochea, E. (2021). Nivel de resiliencia del personal de salud frente a la pandemia por Covid-19. *Revista del Cuerpo Médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo*, 14(Sup1), 49-54. <https://doi.org/10.35434/rmhnaaa.2021.14Sup1.1170>
- Komasawa, M., Aung, M. N., Nsereko, C., Saito, K., Ssekintoleko, R., Isono, M., & Yuasa, M. (2025). Determinants maintaining healthcare personnel's motivation during COVID-19 pandemic in Uganda. *Scientific Reports*, 15(1), 3373. <https://doi.org/10.1038/s41598-025-86685-6>
- Mercogliano, M., Spatari, G., Noviello, C., Di Serafino, F., Mormile, M. E., Granvillano, G., Iagnemma, A., Mimmo, R., Schenone, I., Raso, E., Sanna, A., Frasson, E., Gallinoro, V., Di Pumpo, M., Shellah, D., Rizzo, C., & Zotti, N. (2025). Building evidences in Public Health Emergency Preparedness ("BePHEP" Project)—A systematic review. *International Journal for Equity in Health*, 24(1), 41. <https://doi.org/10.1186/s12939-025-02382-w>
- Murillo, J. P., Mendoza, P. J., Rojas, L. R., Huamán, L. A., Peralta, F., Riega, P. A., Chilca, M. L., Silva, J., Ugarte, C. M., Loayza, J. C., Pérez, W., Moscoso, M., Cabana, A., & Escobar, S. A. (2021). Cambios en la densidad de recursos humanos en salud durante la epidemia de COVID-19 en el Perú, abril—Agosto 2020. *Anales de la Facultad de Medicina*, 82(1). <https://doi.org/10.15381/anales.v82i1.20822>
- Oltra, C., & Boso, À. (2020). Lecciones aprendidas de la crisis del coronavirus: Preparación y resiliencia social. *Revista Española de Sociología*, 29(3), 769-775. <https://doi.org/10.22325/fes/res.2020.50>
- Palma, P., & Lizarme Villcas, N. (2021). Epidemias en los márgenes: La peste bubónica (1903-1905) y la COVID-19 en el sur andino peruano. *Revista Ciencias de la Salud*, 19. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.10596>
- Pereira, C. J., Saldívar, T. L., & Valladares, M. J. (2020). Coberturas de vacunación en tiempos de COVID-19: Un análisis desde la epidemiología social en la región del Cusco. *Revista del Cuerpo Médico del HNAAA*, 13(2), 167-174. <https://doi.org/10.35434/rmhnaaa.2020.132.668>
- Pérez, Y. M. P., Romaní, M. E. T., Méndez, A. E. U., Echevarría, M. F., & Peña, M. A. S. (2024). La resiliencia como recurso indispensable en el enfrentamiento a la pandemia de la COVID-19. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*, 61. <https://repositorio.sld.cu/index.php/hie/article/view/1518>
- Ramos López, J. (2024). "El hampiq me curó": La medicina andina durante la COVID-19, Perú. *Alteritas*, (13). <https://doi.org/10.51440/unsch.revistaalteritas.2023.13.513>
- Romio, S., Rivera Holguín, M., Delmotte, C., Arenas Sotelo, E., Grad De Dubois, C., & Piccoli, E. (2022). Resiliencia y memorias en Perú durante la pandemia. *Debates en Sociología*, (55). <https://doi.org/10.18800/debatesensociologia.202202.001>
- Rosenbaum, P., Rehn, C., Wennberg, K., Nordström, A., & Alfvén, T. (2025). Navigating global health diplomacy: Challenges and opportunities in building a community of practice. *Globalization and Health*, 21(1), 9. <https://doi.org/10.1186/s12992-025-01100-z>
- Stimpson, J. P., Mercado, D. L., Rivera-González, A. C., Purtle, J., & Ortega, A. N. (2025). A regional analysis of healthcare utilization trends during consecutive disasters in Puerto Rico using private claims data. *Scientific Reports*, 15(1), 5249. <https://doi.org/10.1038/s41598-025-89983-1>
- Sundararaman, T., Muraleedharan, V. R., & Ranjan, A. (2021). Pandemic resilience and health systems preparedness: Lessons from COVID-19 for the twenty-first century. *Journal of Social and Economic Development*, 23(S2), 290-300. <https://doi.org/10.1007/s40847-020-00133-x>
- Tello, C. A. (2020). Evolución de la pandemia COVID19 en las regiones andinas del Perú. *Anales de la Facultad de Medicina*, 81(2). <https://doi.org/10.15381/anales.v81i2.17774>

Correspondencia:

Antony Condori Tapia

correo: 243068@unsaac.edu.pe ✉

Felisiano Anaya Quispe

correo: 243061@unsaac.edu.pe ✉

Hugo Hernán Flores Laime

correo: hugo.flores@uniq.edu.pe ✉**Conflicto de intereses:**

El autor declara que no existe conflicto de intereses.

Fuentes de Financiamiento:

La investigación no recibió financiamiento específico de entidades públicas, privadas ni de organizaciones sin fines de lucro. Los gastos derivados del desarrollo del estudio fueron asumidos por los autores.

Contribución de los autores

ACT (autor principal): conceptualización del estudio, recopilación y organización de la base de datos, procesamiento de información sobre resiliencia, análisis estadístico, interpretación de resultados.

FAQ (coautor): elaboración de tablas y figuras, redacción del borrador original y revisión final del manuscrito.

HHFL (coautor): asesoramiento metodológico, revisión crítica del diseño de investigación, validación de resultados, apoyo en la interpretación técnica de la relación de las dimensiones de la resiliencia, revisión académica del manuscrito y aprobación de la versión final.