

Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, FLACSO Ecuador
Departamento de Sociología y Estudios De Género
Convocatoria 2019 - 2021

Tesis para obtener el título de maestría de investigación en Sociología Política

¿LA CULPA ES DEL PASADO? COMPARACIÓN DE LA GESTIÓN DEL DETERIORO
DEL EMPLEO Y LA ENFERMEDAD EN LOS REGÍMENES DE BIENESTAR DE
COLOMBIA Y ECUADOR DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19

Andrade Molina Carla Samanta

Asesor: Ramírez Gallegos Franklin Vinicio
Lectores: Espinosa Quintana Betty Argentina
Argento Melisa

Quito, octubre de 2024

Índice de contenidos

Resumen	8
Agradecimientos	9
Introducción	10
Parte I. Sedimento de las pautas de interacción entre el Estado, el mercado y la familia: 1900-2019	25
Historización de la región latinoamericana	27
De incipientes modelos de protección social a vaivenes autoritarios (1900-1970).....	27
El acceso al bienestar: de la privatización a la focalización (1970-2000).....	31
Crisis neoliberal y fortalecimiento del Estado (2000-2019).....	34
Capítulo 1. Construcción del régimen de bienestar de Colombia	36
1.1. Construcción de una alianza entre el Estado y el mercado (1900-1970).....	36
1.2. Mercantilización de la salud y precarización del empleo (1970-2000).....	39
1.3. Neoliberalismo y conflicto armado, los intereses del Estado (2000-2019).....	42
1.4. A modo de síntesis.....	46
Capítulo 2. Construcción del régimen de bienestar de Ecuador	49
2.1. Incipientes esfuerzos de política social (1900-1970)	49
2.2. Década pérdida y feriado bancario (1970-2000)	51
2.3. Retorno del Estado y ruptura (2000-2019)	54
2.4. A modo de síntesis.....	60
Parte II. Gestión de la enfermedad y el deterioro del empleo en los regímenes de bienestar de Colombia y Ecuador durante la pandemia por COVID-19: 2020-2021.....	63
Gestión de la enfermedad	64
Gestión del deterioro del empleo	70
Contexto latinoamericano.....	74
Capítulo 3. Gestión durante la pandemia en Colombia	77
3.1. Contexto de Colombia	77
3.2. Gestión de la enfermedad	81
3.3. Gestión del deterioro del empleo.....	98
3.4. ¿Cómo se gestionó la enfermedad y el deterioro del empleo en el régimen de bienestar colombiano?.....	113
Capítulo 4. Gestión durante la pandemia en Ecuador	117
4.1. Contexto de Ecuador	117
4.2. Gestión de la enfermedad	121
4.3. Gestión del deterioro del empleo.....	137

4.4 ¿Cómo se gestionó la enfermedad y el deterioro del empleo en el régimen de bienestar ecuatoriano?.....	149
Conclusiones	152
Referencias	164
Anexos	176
Anexo 1. Propuesta de la OMS para evaluar la capacidad de respuesta de los sistemas de salud.....	176
Anexo 2. Nuevos casos diarios de contagios en Colombia	177
Anexo 3. Nuevas muertes diarias en Colombia.....	177
Anexo 4. Nuevos casos diarios de contagios en Ecuador.....	177
Anexo 5. Nuevas muertes diarias en Ecuador	178
Anexo 6. Nuevos casos diarios de contagios en Perú.....	178
Anexo 7. Nuevas muertes diarias en Perú	178
Anexo 8. Nuevos casos diarios de contagios en Bolivia	179
Anexo 9. Nuevas muertes diarias en Bolivia.....	179
Anexo 10. Porcentaje de hogares con acceso a acueducto por departamento 2020.....	179
Anexo 11. Porcentaje de hogares con acceso a internet por departamento 2020.....	180
Anexo 13. Distribución de Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) según naturaleza jurídica y departamento en Colombia para el año 2019	180
Anexo 14. Departamentos de Colombia con mayor infraestructura hospitalaria.....	181
Anexo 15. Oferta de servicios en salud en Colombia para 2019.....	181
Anexo 16. Estado de operación de la empresa y su relación con el COVID-19	182
Anexo 17. Incremento de camas hospitalarias en establecimientos de salud del MSP 2020-2021	182
Anexo 18. Disponibilidad y ocupación de camas de hospitalización y UCIS	183
Anexo 19. Dosis recibidas por provincia en Ecuador	184
Anexo 20. Número de afiliaciones, variación 2019-2020	184
Anexo 21. DONACIONES RECEPTADAS EN LA PLATAFORMA DAR UNA MANO ECUADOR.....	185
Anexo 22. Personas con empleo por categoría de ocupación en Ecuador entre junio 2019 y junio 2020.....	186
Anexo 23. Encuesta realizada como trabajo de campo	186

Lista de ilustraciones

Gráficos

Gráfico 1.1. Organización del sistema de salud colombiano	45
Gráfico 2.1. Número de establecimientos de salud en Ecuador 2000-2019	59
Gráfico 2.2. Organización del sistema de salud ecuatoriano	60
Gráfico II.1. Exceso total de muertes por todas las causas frente a proyecciones basadas en años anteriores.....	67
Gráfico II.2. Distribución de las respuestas de protección social según componentes, por regiones	73
Gráfico II.3. Medidas de protección social para enfrentar al COVID-19 en América Latina y el Caribe	74
Gráfico 3.1. Ocupados por posición ocupacional y rama de actividad en Colombia 2019	78
Gráfico 3.2. Porcentaje de personas afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud y por regímenes 2020	80
Gráfico 3.3: Pruebas diarias por cada mil habitantes en Colombia	85
Gráfico 3.4. Defunciones por COVID-19 según estrato socio económico del fallecido de marzo 2020 a septiembre 2021.....	97
Gráfico 3.5. Número de empleados con respecto al escenario pre-pandemia.....	99
Gráfico 3.6. Tasa de desempleo comparada en Colombia 2019-2020.....	109
Gráfico 3.7. Transición en el tamaño de los hogares de Colombia comparando julio 2019-2020.....	110
Gráfico 3.8. Soluciones que implementaron los hogares para afrontar los efectos de la pandemia COVID-19 en Bogotá por porcentajes de hogares	113
Gráfico 4.1. Composición de empleados por rama de actividad en 2019.....	119
Gráfico 4.2. Evolución histórica de asegurados por tipo en Ecuador (2015-2020)	120
Gráfico 4.3. Número de pruebas COVID diarias por cada 1000 habitantes	130
Gráfico 4.4. Porcentaje de la población con una dosis de vacuna por provincia de Ecuador	135
Gráfico 4.5. Evolución del empleo en Ecuador (2019-2020)	138
Gráfico 4.6. Población ocupada en Ecuador en el año 2021	148
Gráfico 0.1 Comparación del número de muertes confirmadas por COVID-19 y el exceso de muertes en Colombia y Ecuador	158
Gráfico 0.2. Pruebas diarias por cada mil habitantes en Colombia y Ecuador	159

Tablas

Tabla 0.1. Matriz analítica sobre la gestión de los riesgos sociales enfermedad y deterioro del empleo de los regímenes de bienestar en Colombia y Ecuador	23
Tabla 1.1. Síntesis de las trayectorias históricas del régimen de bienestar colombiano	48
Tabla 2.1. Síntesis de las trayectorias históricas del régimen de bienestar ecuatoriano	62
Tabla II.1. Síntesis del número de contagios y muertes trimestrales en Colombia, Ecuador, Perú y Bolivia desde el primer caso hasta diciembre 2021	66
Tabla II.2. Indicadores a observarse en Colombia y Ecuador para capturar la capacidad y desempeño del sistema de salud y los servicios de salud pública frente al COVID-19.....	68
Tabla 3.1. Medidas estatales de Colombia para mitigar y contener el virus SARS-COV-2....	82
Tabla 3.2. Acciones del sector privado-empresarial colombiano respecto a la mitigación y contención del virus SARS-COV-2	87
Tabla 3.3. Medidas estatales de Colombia para incrementar la capacidad del sistema sanitario durante la pandemia	89
Tabla 3.4. Acciones del sector privado-empresarial colombiano respecto al incremento de capacidad del sistema sanitario	93
Tabla 3.5. Indicadores epidemiológicos primarios e intervalos propuestos para evaluar el nivel de capacidad y desempeño del sistema de salud y los servicios de salud pública frente a la COVID-19 en Colombia	95
Tabla 3.6. Medidas estatales de Colombia para gestionar el deterioro del empleo entre marzo 2020 y diciembre 2021 que inciden en trabajadores	101
Tabla 3.7. Medidas estatales de Colombia para gestionar el deterioro del empleo entre marzo 2020 y diciembre 2021 que inciden en personas jurídicas.....	103
Tabla 3.8. Medidas estatales de Colombia para gestionar el deterioro del empleo entre marzo 2020 y diciembre 2021 que inciden en trabajadores del campo	105
Tabla 3.9. Medidas estatales de Colombia para gestionar el deterioro del empleo entre marzo 2020 y diciembre 2021 que inciden en población vulnerable.....	106
Tabla 3.10. Postura del sector empresarial privado ante la gestión del deterioro del empleo	108
Tabla 4.1. Medidas estatales de Ecuador para mitigar y contener el COVID-19	123
Tabla 4.2. Acciones y comunicados del sector privado-empresarial a medidas de contención y mitigación del virus SARS-COV-2 en Ecuador.....	126
Tabla 4.3. Acciones y comunicados del sector privado-empresarial respecto al incremento de capacidad sanitaria en Ecuador	131
Tabla 4.4. Indicadores epidemiológicos primarios e intervalos propuestos para evaluar el nivel de capacidad y desempeño del sistema de salud y los servicios de salud pública frente a la COVID-19 en Ecuador.....	137
Tabla 4.5. Medidas estatales de Ecuador para gestionar el deterioro del empleo entre marzo 2020 y diciembre 2021	140

Tabla 4.6. Postura del sector empresarial privado ante la gestión del deterioro del empleo en Ecuador..... 143

Declaración de cesión de derecho de publicación de la tesis

Yo, Carla Samanta Andrade Molina, autora de la tesis titulada “¿La culpa es del pasado? Comparación de la gestión del deterioro del empleo y la enfermedad en los regímenes de bienestar de Colombia y Ecuador durante la pandemia por COVID-19”, declaro que la obra es de mi exclusiva autoría, que la he elaborado para obtener el título de maestría de investigación en Sociología Política, concedido por la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, FLACSO Ecuador.

Cedo a la FLACSO Ecuador los derechos exclusivos de reproducción, comunicación pública, distribución y divulgación, bajo la licencia Creative Commons 3.0 Ecuador (CC BY-NC-ND 3.0 EC), para que esta universidad la publique en su repositorio institucional, siempre y cuando el objetivo no se obtener un beneficio económico.

Quito, octubre de 2024.



Firma

Carla Samanta Andrade Molina

Resumen

La investigación propone analizar cómo inciden las trayectorias históricas en la gestión de los regímenes de bienestar de Colombia y Ecuador de la enfermedad y del deterioro del empleo en el marco de la pandemia por COVID-19. Así, se plantea identificar vínculos entre el pasado y el presente, rastrear la relación entre el despliegue de acciones en el marco de la pandemia y sedimentos de la historia de los regímenes de bienestar.

Para ello, buscamos entender la configuración de los roles de las esferas de bienestar mediante un enfoque relacional e identificar los legados que dejan en clave de regímenes de bienestar.

Además, buscamos captar cómo se gestionó la enfermedad y el deterioro del empleo en Colombia y Ecuador para poder generar un diálogo entre el pasado y el presente.

Agradecimientos

Cursar esta maestría habría sido imposible sin el financiamiento del Estado ecuatoriano y la confianza que FLACSO depositó en mi al aceptarme en el programa de Sociología Política. Gracias FLACSO por permitirme iniciar esta formación y gracias a quienes han luchado por la educación pública.

Agradezco a todos los docentes de FLACSO que han compartido generosamente su conocimiento y sin quienes mi formación profesional y académica no sería la misma. Agradezco muy especialmente a Franklin Ramírez por su apoyo, guía y paciencia a lo largo del desarrollo de esta tesis.

A mis padres que ha sido siempre un apoyo incondicional, gracias infinitas por todo el amor, acompañamiento y empuje durante este proceso. Gracias infinitas por todo el esfuerzo que han hecho para que hoy sea quien soy y haya podido recorrer el camino que he recorrido.

A mis hermanos, gracias por estar siempre pendientes y por sus consejos.

Y finalmente, Vale, gracias por ser un soporte gigante, todo este trayecto habría sido mucho más difícil sin tu amistad. A Patty, gracias por siempre estar pendiente, por la paciencia y apoyo durante este proceso.

Introducción

Contextualización y definición del problema

La pandemia por SARS-CoV-2 fue identificada por primera vez en Wuhan, China. Durante las primeras semanas de 2020 investigaciones epidemiológicas determinaron que los casos reportados por la Comisión Municipal de Salud de Wuhan eran causados por un nuevo coronavirus. Para el 11 de marzo de 2020, la expansión del virus alrededor del mundo llevó a la OMS a declarar a la COVID-19 como una pandemia con efectos que pondrían en crisis no solo a la salud pública sino también a otros sectores.¹ Para esta fecha el virus ya se había esparcido por prácticamente todo el mundo y los canales de comunicación habían transmitido las limitaciones que habían encontrado los sistemas de salud de varios países, principalmente en el suroccidente de Europa, para afrontar al virus.

Las camas de hospitales no eran suficientes para la cantidad de individuos que requerían atención médica, el virus se esparcía rápidamente y no quedaba claro cómo tratar y salvar a los contagiados (Lavell et al. 2020). El virus llegó a América Latina el 26 de febrero 2020, identificándose el primer presunto caso en Brasil. Para el 19 de marzo 2020 todos los países latinoamericanos presentaban casos de individuos contagiados de SARS-Cov-2 y en la mayoría se registraban defunciones por esta causa (Gutiérrez, Herrera y Kemner 2020, 9). Al no existir mecanismos de aislamiento selectivo ni medicamentos específicos para combatir el virus, al menos durante el primer año de esparcimiento, en un intento por mitigar las consecuencias de la pandemia, los gobiernos alrededor del mundo implementaron una serie de medidas no farmacéuticas que variaron de país a país, tanto por forma de intervención como por el momento de aplicación.

Las medidas incluyeron restricciones de movilidad para evitar el contagio como cuarentenas, toques de queda, distanciamiento social, cierre de escuelas y lugares de trabajo, prohibición de eventos públicos o reuniones sociales, etc.; esfuerzos por mantener un registro de contactos de infectados; pruebas masivas; campañas informativas; inversiones en equipos médicos; y medidas económicas para apoyar a individuos cuyos ingresos se vieron disminuidos a causa de las restricciones ya mencionadas (Ratto et al. 2021). Las medidas económicas de apoyo fueron necesarias ya que, si bien la pobreza y el desempleo han estado presentes históricamente en mayor y menor grado alrededor del mundo y que han sido abordados de forma distinta en cada país, estos se han visto exacerbados debido al impacto que han tenido

¹ OMS. “Cronología de la respuesta de la OMS a la COVID-19”. 21 de enero de 2021.

en la actividad económica las medidas de cuarentena y distanciamiento físico implementadas alrededor del mundo para contener la propagación del COVID-19 (CEPAL 2020).

Las características del virus y sus repercusiones han llevado a que este sea comparado con otras grandes crisis globales como las guerras mundiales, crisis financieras internacionales y pandemias precedentes como la peste negra y la gripe española. Sin embargo, la globalización incidió en que el SARS-Cov-2 se expanda de forma mucho más rápida que las enfermedades mencionadas, y que la interconexión económica entre países traiga consecuencias más devastadoras que crisis anteriores (Gutiérrez, Herrera y Kemner 2021; Lavell et al. 2020). Los sistemas de salud en su mayoría llegaron a un punto de colapso, los niveles de desempleo o reducción de la actividad económica se elevaron, se observó problemas en el acceso a educación, alimentos, entre otros. En pocas palabras, el COVID-19 desencadenó en una crisis mundial que requirió el enfrentamiento simultáneo de múltiples problemáticas, convirtiéndose como bien señala López-Calva (2020) en una pandemia que plantea uno de los mayores desafíos que ha enfrentado el mundo en los últimos tiempos.

Además, “la pandemia ha dejado en evidencia sistemas de salud totalmente inadecuados, enormes brechas en materia de protección social y grandes desigualdades estructurales entre los países y dentro de ellos”.² Pues, a pesar de que el mundo entero se ha enfrentado a un mismo virus, los impactos que este ha tenido en cada país y en especial en América Latina han sido distintos, tanto en el número de infectados y fallecidos porcentuales, como en ámbitos socioeconómicos tales como el deterioro de empleo, pobreza, etc. (Filgueira et al. 2020).

Dado que el virus llegó a Latinoamérica después de haber afectado a Asia y Europa, los gobiernos de estos países lograron, en cierta medida, implementar medidas para afrontar al virus de forma más rápida que en los primeros países afectados (Benítez et al. 2020, 2). Sin embargo, estas medidas, en su mayoría de contención y mitigación y el intento de fortalecer los sistemas de salud, probaron ser ineficientes para responder a la pandemia debido a condiciones socioeconómicas y estatales preexistentes en la región como los altos niveles de informalidad laboral, las inequidades sociales, las bajas capacidades de testeo y seguimiento de los casos, entre otros (Benítez et al. 2020).

² António Guterres “Cobertura sanitaria universal y unos sistemas de salud pública robustos”. Naciones Unidas, s.f.

El virus ha puesto en evidencia las carencias de los sistemas de protección social y de los regímenes de bienestar de América Latina³ que ya limitaban el acceso al bienestar de grupos poblacionales vulnerables, pero que en el marco de la pandemia han agravado sus limitaciones. Ha visibilizado no solamente la necesidad de sistemas de salud más fuertes, sino también las consecuencias catastróficas de sistemas de protección social inadecuados y de desigualdades estructurales a nivel nacional y global (Guterres 2020).

Considerando las múltiples problemáticas de la pandemia desencadenada por el virus SARS-COV-2 y sus implicaciones en el bienestar de los individuos, que como se ha mencionado, han afectado a todos, aunque en diferente magnitud, se vuelve relevante analizar ¿cómo afectó la pandemia a las sociedades? ¿cómo se produce el bienestar en el marco de la pandemia? Las interrogantes planteadas pueden ser analizadas desde múltiples enfoques, sin embargo, en esta investigación abordamos estos cuestionamientos desde la gestión colectiva de riesgos, basándonos para su análisis en la literatura vinculada con los regímenes de bienestar observando la interrelación de la gestión del Estado, el mercado y las familias.

Para ello nos interesamos por la afectación al bienestar, entendiéndolo a partir de los postulados de Martínez Franzoni (2007, 1), es decir, en tanto que capacidad para manejar riesgos. Siendo los riesgos las incertidumbres vinculadas con los ciclos y condiciones de vida, el bienestar sería la capacidad de dar respuesta a los riesgos, a las incertidumbres tales como ¿podré alimentarme mañana? ¿podré curar mi enfermedad? A su vez, bajo esta misma línea, observamos dichas respuestas como producto de la interacción de los tres pilares de bienestar, donde “si uno ‘fracasa’, existe la posibilidad de que la responsabilidad sea absorbida por los otros dos o, alternativamente, que se acumulen problemas no resueltos” (Martínez Franzoni 2007, 1).

Partimos también de la premisa de que la naturaleza de cada régimen de bienestar responde a una trayectoria histórica ya que las dinámicas históricas entre las esferas crean ciertos legados de política pública que inciden en las capacidades de gestión actuales y van definiendo aquello que es (o no) problema del Estado. La dependencia histórica puede entenderse, así, como un “factor de restricción de las opciones realmente disponibles de la política pública en un momento determinado” (Mintegiuga y Ubasart-Gonzalez 2013, 4). La degradación de lo público por largos periodos, así como la incrustación en la sociedad de mercados excluyentes e informales, no permite reparaciones de corto plazo, aunque exista activismo y voluntad

³ “CEPAL propone avanzar hacia un ingreso básico para ayudar a la población más vulnerable a superar los efectos del coronavirus”. CEPAL, 12 de mayo de 2020.

desde las élites gubernativas para resolver ciertos asuntos (Ramírez, Vizúete y Bermejo 2021, 158).⁴

Considerando la necesidad de respuestas urgentes en la gestión colectiva de riesgos durante la pandemia y que esta misma característica la convierte en un evento diagnóstico (Olivier de Sardan 2008, 76)⁵ perfecto para observar el peso de la trayectoria histórica en las acciones recientes, la presente investigación estudia, desde la literatura de los regímenes de bienestar la incidencia de la trayectoria histórica en la gestión de riesgos sociales durante la pandemia por COVID-19 en dos países andinos, Colombia y Ecuador. En ese sentido, la pregunta general que guía la investigación es: ¿cómo incide la trayectoria histórica en la gestión de los riesgos sociales de los regímenes de bienestar? Esta pregunta no puede responderse, sin embargo, sin antes abordar los siguientes cuestionamientos sobre los países escogidos como caso de estudio: 1. ¿cómo se configuraron los roles del Estado, el mercado y la familia y sus mecanismos de provisión del bienestar en Colombia y Ecuador? 2. ¿cuál es la trayectoria histórica de los regímenes de bienestar de Colombia y Ecuador? 3. ¿cuáles son sus legados? 4. ¿Cómo se gestionaron los riesgos sociales durante la pandemia por COVID-19? 5. ¿Existieron diferencias en la forma de gestionar ‘un mismo problema’? 6. ¿A qué podrían responder estas diferencias?

Estas preguntas emergen de la influencia que tiene en esta investigación la literatura sobre regímenes de bienestar en la que se da relevancia a las trayectorias históricas y su relación con la gestión de riesgos sociales en el presente. Al respecto Martínez Franzoni (2008, 53) indica:

El análisis de las prácticas de asignación de recursos y de los regímenes de bienestar presentes requiere informarse en el pasado. ¿Qué del presente es lo nuevo y qué obedece a trayectorias de largo aliento? ¿Puede la larga duración ayudarnos a distinguir las constantes de los márgenes de acción? Y a la hora de hacerlo, ¿cómo relacionar el análisis del presente con las marcas que deja la trayectoria del pasado?

⁴ En el estudio de Ramírez, Vizúete y Bermejo (2021) que compara la intervención estatal durante la pandemia por COVID-19 en Perú y Ecuador, los autores indican que: “en sociedades largamente organizadas en torno a políticas pro-mercado y con débiles capacidades para regular la economía, redistribuir la riqueza social y garantizar derechos, ni siquiera una relativamente poderosa intervención del Estado peruano —política social, transferencias monetarias, inversión pública— puede morigerar los efectos de la pandemia, en particular, entre los y las vulnerables” (Ramírez, Vizúete y Bermejo 2021, 157-158).

⁵ Un evento diagnóstico es descrito por Olivier de Sardan (2008, 76-traducción propia) como: “un evento social escogido por el investigador por sus características sintomáticas que le sirven como ‘revelador’, dado que las interacciones que en él se producen, se observa un juego de lógicas sociales bastas, la implementación de normas comúnmente difundidas, el despliegue de estrategias recurrentes, el peso de limitaciones exógenas y el efecto de fuerzas o mecanismos externos”.

Conscientes de la amplitud investigativa de estas interrogantes, en esta investigación se intenta responder a ellas a partir del análisis de dos riesgos sociales concretos: 1) la enfermedad, enfatizando en la gestión frente al virus SARS-COV-2 al ser el desencadenante de la pandemia;⁶ y 2) el deterioro del empleo, dadas las implicaciones que este conlleva en la vida de los individuos y su capacidad para gestionar otros riesgos. Nos circunscribimos territorialmente, como se mencionó anteriormente, a dos países andinos: Colombia y Ecuador. Seleccionamos estos países como casos de estudio dentro de la región, al considerar que son casos relativamente poco estudiados frente a otros países latinoamericanos⁷ que además presentan características adecuadas para los objetivos de esta investigación; concretamente, el enfoque político que estos países presentaron en sus trayectorias históricas fue disímil mientras que en el marco de la coyuntura tanto Colombia como Ecuador mantuvieron gobiernos que han sido calificados como de tendencia neoliberal (Ramírez, Vizúete y Bermejo 2021).

El enfoque político de los gobiernos interesa a esta investigación en cuanto, de acuerdo con la clasificación que realiza Esping Andersen (2000) de los regímenes de bienestar, el tipo de gestión de los riesgos sociales está vinculado con el modelo de desarrollo del Estado en cuestión, siendo que aquellos con tendencia más liberal se observaron reticentes a universalizar las garantías, mientras que aquellos de tendencia socialdemócrata brindan garantías basadas en la ciudadanía y socializan globalmente los riesgos sociales. Las acciones sociales y específicamente las políticas públicas están influidas por ideas de los tomadores de decisión directa o indirectamente, “las ideas son influyentes dentro de la formulación de políticas siempre y cuando logren incrustarse en los individuos u organizaciones clave, es decir, siempre y cuando logren institucionalizarse” (Farfán 2007, 95).

En lo que respecta a las trayectorias históricas de los casos de estudio seleccionados, hay similitudes y diferencias que nos permitirían hacer una lectura más profunda de la incidencia del pasado. Por un lado, los dos países fueron clasificados como ‘familiaristas’ en el estudio de Martínez Franzoni (2007) que aborda datos recopilados entre 1999 y 2004, lo que implicaría que en este periodo sus regímenes de bienestar compartían interacciones similares

⁶ Aunque estamos conscientes de que otras enfermedades se mantuvieron presentes durante el periodo de estudio como por ejemplo el dengue y paludismo, analizar la gestión de la enfermedad de forma general saldría de las posibilidades de esta investigación por lo que nos circunscribimos específicamente a la gestión del COVID-19.

⁷ Al respecto Martínez Franzoni (2007, 8) menciona que: “la mayor parte de la investigación comparada sobre política social establece generalizaciones basadas en unos pocos países más estudiados de la región: los más grandes, los pioneros, o los considerados por distintas razones excepcionales. Estos son Argentina, Brasil, Chile, México y Uruguay”.

en las que el peso de la gestión de riesgos recaía principalmente en las familias. Por otro lado, los dos países presentarían diferencias en su pasado más reciente pues durante el siglo XXI Colombia ha estado bajo el mandato de sucesivos gobiernos neoliberales, mientras que Ecuador formó parte de los países latinoamericanos que vivieron un periodo de gobiernos progresistas entre 2007 y 2017 (Stoessel 2014).

Partiendo de la premisa de que los gobiernos progresistas se han interesado en el fortalecimiento de los servicios públicos y la desmercantilización del bienestar, las diferencias y similitudes mencionadas nos podrían dar también indicios de cómo los ciclos estatales marcan los legados históricos. Así, en esta investigación, bajo el objetivo de ‘reconstruir los mundos de bienestar’ (Martínez Franzoni 2007, 33) de Ecuador y Colombia hacemos una recapitulación histórico-social desde 1900 hasta el 2019 basándonos en la periodización expuesta por Midaglia y Antia (2017, 45)⁸ dividiendo la parte histórica en tres periodos: 1) de 1900 a 1970, periodo embrionario de políticas sociales y del Estado social; 2) 1970 a 2000, periodo de reformas neoliberales y luchas sociales; y 3) 2000 a 2019, fase en la que los casos de estudio, como se mencionó anteriormente mostraron bifurcaciones en sus ciclos políticos y que, al ser el pasado más reciente, permitiría observar la realidad que irrumpe la pandemia.

Lineamientos teóricos clave: riesgos sociales y regímenes de bienestar

Consideramos que para hablar de regímenes de bienestar es necesario primero abordar el bienestar para entender cómo este se vincula con los riesgos sociales, la familia, el mercado y el Estado. Martínez Franzoni (2008, 23-24) al abordar la concepción del bienestar menciona que este suele definirse de dos formas: como un estado, entendido como contraposición de la pobreza y la inequidad; y como una capacidad para manejar la incertidumbre. Los riesgos, de acuerdo con la autora, son aquello que está sujeto a incertidumbre como la discapacidad, el desempleo, la enfermedad, etc. Así, el bienestar sería entendido como “la capacidad para el manejo colectivo de riesgos” (Martínez Franzoni 2007, xi).

Esping-Andersen define los regímenes de bienestar como “la forma conjunta e interdependiente en que se produce y distribuye el bienestar por parte del estado, el mercado y la familia” (Esping Andersen 2000, 52) en un momento histórico y sociedad específicos. Estas tres instituciones, o esferas del bienestar como suele denominárseles también, están interrelacionadas ya que cada una muestra capacidades distintas y consecuentes formas

⁸ Las autoras señalan cuatro grandes periodos que identifican a partir de clasificaciones y periodizaciones que se han expuesto previamente en la literatura sobre regímenes de bienestar y estados sociales de América Latina (Midaglia y Antia 2017, 45).

distintas de gestionar los riesgos tanto por su naturaleza como por construcciones históricas de los roles que cada una ha de cumplir.

Los riesgos sociales entendidos por Martínez Franzoni (2007) de forma general como incertidumbres vinculadas con los ciclos de vida, Esping Andersen los desagrega en función de sexo, edad, clase social, y variación histórica, indicando que pueden ser de varios tipos: perennes, pasajeros, democráticos o estratificados (Esping Andersen 2000, 55). Los riesgos sociales no son estáticos, sino que varían en función de su contexto y de que un riesgo percibido sea o no politizado (desde arriba o desde abajo). El contexto varía en función de los cambios en cualquiera de las instituciones del régimen de bienestar, cambios demográficos, desarrollos tecnológicos (Esping Andersen 2000), creciente complejidad de la sociedad en términos de mayor interconexión e interdependencia, entre otros como cambio climático, desastres naturales, pandemias, etc.

Según Esping Andersen (2000, 55), los riesgos que pueden ser de clase, de trayectoria vital o intergeneracionales, pueden pasar de ser individuales a sociales por tres razones: 1) lo que sucede con un individuo (o, grupos de individuos) tiene consecuencias colectivas; 2) la sociedad los reconoce como merecedores de atención pública; y 3) la complejidad de la sociedad produce fuentes de riesgo que escapan al control de los individuos. A partir de las explicaciones que da el autor sobre cada uno de los riesgos señalados, se entiende que los riesgos sociales para él se pueden definir como la probabilidad de afección de circunstancias que condicionan la supervivencia de individuos que no tienen mayor capacidad de absorberlas (Esping-Andersen 2000, 55-67).

Los regímenes de bienestar se entienden también como una combinación de prácticas organizadas que brindan bienestar o asignan recursos desde las instituciones mencionadas. Martínez Franzoni (2008, 33-36) retoma a Polanyi para explicar las lógicas de asignación de recursos de las instituciones del bienestar.⁹ Se menciona primero la estructura ‘simétrica’ que asigna recursos por reciprocidad reflejada en relaciones personales, es decir, la familia. Respecto a esta estructura cabe recuperar la crítica que hace Martínez Franzoni a la calificación de ‘simétrica’ pues los recursos al interior de la familia se distribuyen en realidad según la división sexual del trabajo basada en relaciones de dependencia económico-afectivas, de género y relaciones generacionales. Después está la estructura céntrica, una entidad central

⁹ La primera lógica abordada de estructuras autárquicas no se considera en la investigación puesto que hace referencia a estructuras sociales que son cada vez menos comunes por lo que iniciamos la explicación con la segunda estructura mencionada en el texto de Martínez Franzoni (2008).

que capta y redistribuye los recursos. Esto refiere al Estado que capta recursos por recaudación de impuestos, venta de activos colectivos, etc. que después son redistribuidos mediante políticas públicas. Finalmente está la estructura de mercado basada en el intercambio mercantil. Esta lógica de asignación de recursos depende de los ingresos de los que dispongan los individuos y por ende del mercado laboral (que puede o no absorber la fuerza laboral total en condiciones apropiadas) y la educación, experiencia laboral, tiempo, etc. que los individuos hayan podido adquirir.

De forma general, se entiende así, que la familia basa su gestión del bienestar en la reciprocidad, el mercado en el intercambio monetario y el Estado en la redistribución (Esping-Andersen 2000, 54). Las diferentes capacidades y roles que tienen estas instituciones implican que no puedan ser sustituibles unas por otras pues no son equivalentes funcionales. Además, observando las lógicas de asignación de recursos descrita en el párrafo anterior, se logra vislumbrar ya de forma rápida la interdependencia entre las esferas y específicamente de los recursos que los individuos obtienen de una para poder acceder a los recursos de otra. Así, el bienestar de los individuos, o de la unidad familiar entendida esta como destino último del reparto del bienestar, depende por un lado de la relación que se cree entre las tres esferas del bienestar y la asignación de sus roles; y por otro lado de cómo los individuos agrupan los inputs de cada esfera (Esping-Andersen 2000, 54).

Estudiar la producción y distribución de bienestar mediante la gestión de riesgos implica por ende un análisis de las interconexiones entre las tres esferas pues dejar de lado alguna de las instituciones o “limitarse a estudiar el estado del bienestar deja sin explicar un enorme ‘remanente de bienestar’” (Esping-Andersen 2000, 52). No considerar el mercado, el Estado y las familias al analizar la gestión de riesgos no solo impide explicar de mejor forma la producción de bienestar por los roles y capacidades de cada una y que ya fueron abordados, sino también porque las decisiones y comportamientos de una esfera influyen en las decisiones y comportamientos de las otras dos.

La interdependencia y co-influencia de las esferas no significa sin embargo que sus relaciones sean armónicas y sinérgicas, más bien estas están cargadas de conflicto y tensión por las relaciones de poder que determinan la asignación de recursos (Martínez Franzoni 2008, 36). Analizar la gestión de riesgos sociales desde los regímenes de bienestar permite así una visión más amplia y un mejor diagnóstico de cómo enfrentan las familias los riesgos sociales, así como el peso que recae en cada esfera del bienestar para afrontar esos riesgos. Sin embargo, sin dejar de lado el rol fundamental en la provisión de bienestar de las otras esferas, es

importante rescatar que el Estado toma un rol central ya que, por acción u omisión, este distribuye papeles y responsabilidades a las otras esferas (Mintegiaga y Ubasart-Gonzalez 2013). Esto hace referencia a la inclinación del Estado a crear condiciones para que el acceso a satisfacer necesidades básicas pueda funcionar como un bien o de actuar en pro de la supervivencia de formas no mercantilizadas de bienestar (Del Valle 2010), lo que lleva a escenarios de (des)mercantilización y (des)familiarización del bienestar (Esping Andersen 2000; Martínez Franzoni 2007).

En el caso de América Latina, aunque existen diferencias entre un país y otro, sus regímenes de bienestar se han caracterizado de forma general en mayor o menor medida por su ‘familiarismo’ y por una informalidad laboral que impide a una proporción importante de la población “lidiar razonablemente con los riesgos sociales a través de su participación en los mercados laborales o en los servicios públicos” (Martínez Franzoni 2007, 23-24). Esto se debe en gran medida a que el rol del Estado en América Latina ha sido central “tanto al ejercer su papel en la asignación colectiva de recursos como al no hacerlo” (Martínez Franzoni 2008, 40). Uno de los estudios más trascendentes respecto a los regímenes de bienestar de la región latinoamericana lo hace Martínez Franzoni (2007) estudiando a 18 países de la región basándose en los trabajos de Esping Andersen (2000), pero usando sus propios indicadores.¹⁰ En este estudio, indica que la producción de bienestar de los regímenes de bienestar de Colombia y Ecuador recae principalmente en arreglos familiares y comunitarios.

Respecto a las tipologías, Esping Anderson (2000, 101) señala que estas “proporcionan una instantánea del mundo en un momento del tiempo, y no captan fácilmente las mutaciones ni el nacimiento de nuevas especies”. Por lo que la validez de las tipologías estaría sujeta a sus circunstancias y, por ende, es pertinente una reevaluación de los regímenes de bienestar ante nuevos contextos. Sin bien se acepta que los regímenes de bienestar y, por ende, la interacción de las esferas del bienestar en su rol de gestionar los riesgos sociales puede cambiar por distintas circunstancias, no se puede dejar de lado que estos son un producto de su historia. Así, es necesario recordar “que el presente del bienestar está necesariamente moldeado por trayectorias históricas” (Martínez Franzoni 2007, 33).

Esto respondería a que la naturaleza de cada régimen de bienestar responde a una dependencia histórica ya que a lo largo de la historia las tensiones y acuerdos entre Estado, mercado y

¹⁰ El estudio de Martínez Franzoni (2007) toma datos de los países latinoamericanos para el periodo 1998-2003.

familia van determinando la forma de gestionar los riesgos. Como mencionamos ya al abordar los regímenes de bienestar, estos están llenos de tensiones que determinan la asignación de recursos, las luchas históricas de movimientos sociales que demandan garantías sociales, los intereses del mercado y cambios políticos a lo largo de la historia de las sociedades van determinando los roles que cada esfera ha de cumplir, está dispuesta a cumplir y puede cubrir (Esping Andersen 2000; Martínez Franzoni 2008).

Las dinámicas históricas entre las esferas crean ciertos legados de política pública (Ubasart-Gonzalez y Minteguiaga 2014) que inciden en las capacidades de gestión actuales y van definiendo aquello que es (o no) problema del Estado. La dependencia histórica puede entenderse, así, como un “factor de restricción de las opciones realmente disponibles de la política pública en un momento determinado” (Minteguiaga y Ubasart-Gonzalez 2013, 4). Al mismo tiempo se reconoce, parafraseando a Subirats y Gomà (1998,14 en Minteguiaga y Ubasart 2013, 4), la posibilidad de que nuevos paradigmas cognitivos y/o nuevas correlaciones de fuerza emerjan permitiendo giros de política que traspasan las limitaciones que el legado construye. En otras palabras,

se reconoce que nunca es un todo o nada. Más bien se trata de ver qué sucede en el marco (y en el medio) de ese inerradicable trade off entre la fuerza de las determinaciones históricas y sus continuidades, y la emergencia de condiciones novedosas que permiten producir mudanzas y disrupciones, y siendo plenamente conscientes que estas últimas conllevan siempre “algo” de las primeras (Minteguiaga y Ubasart 2013, 5).

Metodología y Método

Las interrogantes planteadas en esta investigación emergen de la influencia que tiene en esta la literatura sobre los regímenes de bienestar. Consecuentemente, la base de nuestro análisis es la observación de la interacción entre el Estado, el mercado y la familia como proveedores de bienestar, entendiendo al bienestar como la capacidad para afrontar la incertidumbre que en nuestro caso de estudio genera la pandemia por COVID-19 en cuanto al riesgo de contraer el virus y/o morir por su causa y la incertidumbre de cómo afrontar el deterioro del empleo que se enmarca en la misma causa. Esto implica que aquí no nos interesamos por hacer una clasificación de los regímenes de bienestar de Colombia y Ecuador, más bien, usamos esta literatura como un marco analítico para entender la gestión colectiva de riesgos y la relación entre las esferas del bienestar.

Así, para esta investigación fue necesario acercarse a la gestión en la provisión del bienestar de cada una de las esferas. Y, aunque entendemos que los regímenes de bienestar son “la

forma conjunta e interdependiente en que se produce y distribuye el bienestar por parte del estado, el mercado y la familia” (Esping Andersen 2000, 52), no dejamos de lado que el Estado juega un rol fundamental en la asignación de roles de las dinámicas de provisión de bienestar, por lo que la esfera estatal se aborda en mayor medida que la mercantil y familiar. Además, si bien observamos el rol de las familias, entendidas de forma amplia, es decir como individuos que comparten un vínculo afectivo, lo hacemos viendo como estas afrontan las incertidumbres como núcleo familiar o incluso comunitario, más no nos adentramos en la división sexual del trabajo pues esto sale de las posibilidades de la investigación.

También consideramos que la historia deja legados que van marcando rasgos característicos en las sociedades que después establecerían límites y márgenes de acción (Martínez Franzoni 2007, 34). Varios autores que analizan los regímenes de bienestar utilizan explicaciones estructurales y consideran la dependencia de trayectoria para sus análisis considerando que “la naturaleza de los sistemas de bienestar en la región encuentra claves explicativas en variables estructurales y en secuencias históricas” (Filgueira 1998, 7). Por eso, aquí buscamos poner en conexión la trayectoria de los regímenes de bienestar, los legados históricos de dichas trayectorias y la gestión en el marco de la pandemia de la enfermedad y el deterioro del empleo.

El estudio de la trayectoria de la dependencia parte del supuesto de que las estructuras sociales resultantes del comportamiento social colectivo, aunque pueden ser perdurables también están sujetas a cambios continuos provocados por los movimientos sociales, por lo que considera la estructura social como condicionante del accionar social y a la vez como transformada por las luchas sociales (Sánchez 1991). Esta aproximación permite analizar el legado institucional producto de la interacción histórica entre familia, mercado y Estado y así abordar las instituciones estatales y la implementación de políticas sociales desde una perspectiva más holística que no se limita únicamente a aspectos técnicos y focalizados de política social (Minteguiaga y Ubasart-González 2014).

Este enfoque es más explicativo que predictivo y considera a las variables como interdependientes entre sí, entendiendo que las acciones políticas no son esencialmente iguales a lo largo del tiempo ni en todo contexto, por lo que las variables explicativas deben estar situadas en un contexto apropiado (Steinmo 2013). Además, los roles del mercado, familia y Estado, así como sus relaciones, si bien son el producto de una construcción histórica, no son estáticos pues están sujetos a interpelaciones y resistencias dentro de la sociedad desde y hacia cualquiera de las esferas, y a circunstancias externas que pueden

obligar a las esferas a reajustar sus “modus operandi” en especial porque la tensión y el conflicto se incrementan ante mayores falencias y debilidades en la gestión colectiva de riesgos.

Es decir, la aproximación teórico-metodológica de la investigación lleva a combinar un marco temporal actual e histórico y relacionar la agencia con la estructura entendida como socio-históricamente construida y como condicionante del campo de acción de los actores sociales, de la evolución de los regímenes de bienestar y de las capacidades estatales para gestionar los riesgos sociales en el marco de la pandemia. Concretamente la investigación plantea una indagación histórica sobre la gestión de riesgos sociales de y durante el período de pandemia delimitado a marzo 2020- diciembre 2021 al considerarse el período más crítico, por la novedad del caso y por el retorno paulatino a la “normalidad” tras el desarrollo de la vacuna contra el virus SARS-COV-2.

La investigación al estar orientada a dos casos de estudio: Colombia y Ecuador, “tiene por objetivo la descripción profunda de pocos casos de un fenómeno específico” (della Porta 2013, 198-traducción propia). La investigación profundiza específicamente sobre la gestión de la enfermedad y el deterioro del empleo, usando tres dimensiones: 1) trayectoria de los regímenes de bienestar, 2) legados históricos y su incidencia en el rol estatal y 3) gestión de riesgos sociales en momentos de crisis. Para ello desarrollamos dos marcos temporales: el periodo de construcción de los regímenes de bienestar comprendido entre 1900 y 2019 y el periodo de pandemia comprendido entre marzo 2020 y diciembre 2021. El primer periodo se subdivide a su vez en tres periodos: 1) 1900-1970, 2) 1970-2000 y 3) 2000-2019. Para el periodo de pandemia hacemos una descripción densa de la gestión de la enfermedad y el deterioro del empleo enfatizando las medidas de protección social implementadas por los gobiernos, pero considerando también el rol de las familias y el mercado.

Para el análisis de la construcción de los regímenes de bienestar se hace una revisión de literatura secundaria sobre los regímenes de bienestar latinoamericanos y otras publicaciones de referencia histórica sobre la gestión de todas a alguna de las esferas del bienestar. Es decir, la parte I de la investigación se abordó metodológicamente mediante la investigación documental, revisión bibliográfica y análisis histórico. La segunda parte de la investigación, que comprende el periodo de la pandemia se abordó mediante la investigación y revisión bibliográfica, pero aquí además se utilizó el análisis de datos secundarios y encuestas. Específicamente el análisis de datos de la segunda parte de la investigación conllevó la búsqueda y clasificación de decretos y resoluciones estatales para gestionar la enfermedad

(COVID-19) y el deterioro del empleo obtenidos de archivos legales de ministerios y otras instituciones gubernamentales; comunicados emitidos por el sector privado-empresarial entorno a las medidas implementadas por el gobierno y en general respecto a la situación de la enfermedad y deterioro de empleo, obtenidas de las páginas web de dichos gremios; y noticias en prensa con testimonios sobre cómo afrontaron las familias dichos riesgos sociales durante la pandemia.

El análisis de datos también se utilizó en la segunda parte de la investigación para observar la situación del deterioro del empleo, el contexto situacional de provisión de servicios públicos y la capacidad del sistema de salud de Colombia y de Ecuador. Para observar la capacidad del sistema de salud se utilizó como base la propuesta de la OMS (2020) “Indicadores epidemiológicos primarios e intervalos propuestos para evaluar el nivel de capacidad y desempeño del sistema de salud y los servicios de salud pública frente a la COVID-19” que se muestra en el anexo 1. De esta propuesta tomamos tres indicadores: 1. el porcentaje de camas de hospital ocupadas para medir la atención clínica, 2. la tasa de letalidad de los casos hospitalizados para observar el desempeño de los centros de salud y 3. el número de personas sometidas a pruebas diagnósticas para calificar la capacidad de respuesta de la salud pública. Además, incluimos como indicadores adicionales el número de camas UCI por cada 100.000 habitantes, la cantidad de personal médico por cada 10.000 habitantes y el presupuesto público destinado a salud como porcentaje del PIB. Esta información se recopiló de datos estadísticos nacionales de encuestas como ENEMDU y RAS en Ecuador y Pulso Social en Colombia y estadísticas específicas disponibles en la página web de instituciones gubernamentales. El análisis de estos datos se hizo con cortes semestrales, para enero 2020, junio 2020, diciembre 2020, junio 2021 y diciembre 2021. También se realizó una encuesta (anexo 23) a ciudadanos de Antioquia en Colombia de forma digital por medio de la plataforma Survey Monkey y de Quito en Ecuador de forma presencial, lo que permitió para este segundo grupo una profundización en la información.

Estructura narrativa

Nuestra investigación se divide en dos grandes partes para facilitar la exposición de información. La primera aborda la construcción de los regímenes de bienestar con un estudio histórico desde 1900 al 2019 en el que buscamos identificar los legados históricos de los regímenes de bienestar tanto en formas de interacción entre las esferas como en construcción de capacidades para la gestión de la enfermedad y el deterioro del empleo. Esta parte se subdivide en el primer y segundo capítulo de la investigación que abordan a cada caso de

estudio, Colombia y Ecuador respectivamente. Los capítulos se dividen a su vez en tres periodos históricos: 1) de 1900 a 1970, al considerar este periodo como una fase embrionaria de políticas sociales y del Estado social, 2) 1970 a 2000, periodo de reformas neoliberales y luchas sociales, y 3) 2000 a 2019, fase que nos permite contextualizar y entender la situación de los regímenes del bienestar antes de la irrupción de la pandemia. El primer periodo aborda de forma general la construcción de los regímenes de bienestar; en el segundo se aborda cambios trascendentes en la configuración del rol del Estado y el mercado, pero también se observa incipientemente la gestión de la enfermedad y el deterioro del empleo; y en el tercer periodo profundizamos sobre la gestión de los riesgos sociales que estudiamos en esta investigación.

La segunda parte de la investigación, que aborda el periodo de la pandemia delimitado entre marzo 2020 y diciembre 2021, está conformada por el tercer y cuarto capítulo que nuevamente engloba a cada caso de estudio, Colombia y Ecuador respectivamente. Estos capítulos se subdividen por un contexto específico que contextualiza la llegada de la pandemia, la gestión de la enfermedad y la gestión del deterioro del empleo. Para exponer la información sobre la gestión de los riesgos sociales durante la pandemia no se hacen subdivisiones, sino que se pretende generar un diálogo entre la gestión del Estado, el mercado y las familias con una exposición principalmente cronológica de lo sucedido.

Finalmente, nuestra conclusión genera un diálogo comparando las trayectorias históricas y la gestión durante la crisis sanitaria de Colombia y Ecuador y a su vez, conecta la primera y la segunda parte de la investigación con el objetivo de observar cómo incide la trayectoria histórica en la gestión de los riesgos sociales de los regímenes de bienestar. Nuestra matriz analítica en definitiva se expondría en función de la tabla 0.1:

Tabla 0.1. Matriz analítica sobre la gestión de los riesgos sociales enfermedad y deterioro del empleo de los regímenes de bienestar en Colombia y Ecuador

Objeto de estudio	Preguntas específicas	Observamos	Periodo
La gestión de los riesgos sociales (enfermedad y deterioro del empleo) y los regímenes de bienestar en	¿Cuáles son sus trayectorias históricas?	Construcción de roles de las esferas del bienestar en la gestión de riesgos	Largo plazo
	¿Qué legados dejan?	Interacción de los Regímenes de bienestar y gestión de riesgos sociales	Mediano plazo
		Gestión de la enfermedad	

Colombia y Ecuador	¿Cómo se gestionan los riesgos en un momento de crisis?	Gestión del deterioro del empleo	Momento coyuntural
		Capacidad de los sistemas de salud de responder a la pandemia	

Elaborado por la autora

Parte I. Sedimento de las pautas de interacción entre el Estado, el mercado y la familia: 1900-2019

La realidad social no se imagina como algo armado y organizado desde afuera esperando a ser explicado, sino que se crea históricamente y es cotidianamente reproducida y transformada por las relaciones que constituyen los procesos sociales.

— Viviane Brachet-Márquez y Mónica Uribe

La perspectiva relacional alude a la noción de que los actores, ya sean estos individuos, grupos, instituciones u otro “forman y transforman las relaciones sociales, y son formados y transformados por ellas” (Brachet-Márquez y Uribe 2016, 11). La sociedad, el Estado, el mercado y los diversos actores y grupos que conforman el entramado social se relacionan y esas ‘trans-acciones’ que se dan en un tiempo específico están arraigadas en procesos históricos propios en los que tanto los actores como las relaciones fueron formándose y transformándose mutuamente (Brachet-Márquez y Uribe 2016, 11-13).

El concepto de regímenes de bienestar refiere a la interacción entre el Estado, el mercado y la familia para proveer bienestar (Esping 2000). Desde esta literatura se observa a las mencionadas instituciones, o esferas del bienestar, como interconectadas, interdependientes, capaces de co-influirse, y cuyas prácticas y roles están moldeadas por trayectorias históricas (Martinez Franzoni 2007, 33). Las decisiones e interacciones entre las esferas a lo largo del tiempo van generando configuraciones que pueden condicionar las acciones y decisiones de los actores de cada una de las esferas en el momento presente, empero las prácticas sociales pueden también “generar agentes sociales, o modificar el equilibrio entre agentes existentes, de tal manera que algunos rasgos de las configuraciones estructurales cambien en un momento dado” (Adelantado, Noguera y Rambla 2010, 4).

Autores como Jessop (2016) observan una doble dialéctica entre estructuras y agencia, misma que implica dar relevancia a la dimensión temporal puesto que las relaciones de poder actuales se entienden como una consecuencia, como una sedimentación histórica de relaciones de fuerza pasadas. Las relaciones históricas generan determinados legados que determinan a su vez selectividades estratégicas, decisiones que toman los actores de forma consciente para satisfacer sus intereses priorizando ciertos temas frente a otros y que, aunque son difícilmente modificables, no son inamovibles. Los actores, pudiendo ser estos élites económicas y políticas, así como grupos subalternos, tienen capacidad de generar estrategias propias, reflexionar sobre la selectividad estratégica y responder ante esta (Jessop 2006; Brachet-Márquez y Uribe 2016).

Los ciclos históricos permiten observar cómo bajo ciertas estrategias selectivas se puede llegar a compromisos políticos, y cómo las relaciones históricas van formando y legando las instituciones del presente. Así, se considera que el pasado influye en las configuraciones institucionales, las fuerzas sociales, las identidades, las estructuras, y las interacciones entre las distintas esferas que componen el entramado social. Las estrategias selectivas pueden ir generando a lo largo del tiempo una trayectoria de dependencia en tanto van sedimentando la estructura de los regímenes de bienestar. Tener una vista histórica, aunque sea general, de las formas de relación socio-estatal y las dinámicas de inclusión o exclusión ciudadana permite así analizar el presente y por ello interesa a esta investigación.

La permanencia de ciertas características de los regímenes de bienestar responde a que, si bien las acciones sociales tienen la capacidad de ir alterando poco a poco las pautas sociales, estas últimas son el resultando de configuraciones históricas, son el efecto de prácticas anteriores que se fueron sedimentando y cristalizando de forma que las configuraciones terminan funcionando de forma aparentemente natural (Adelantado, Nogueira y Rambla 2010, 4). Los actores que interpelan los intereses del Estado, mercado y familias intentan implementar estrategias de acción dentro de una estructura social que se ha configurado por

los modos en que las prácticas de grupos e individuos están organizadas (instituciones) y relacionadas entre sí (procesos sociales), de manera que se crean unos ejes de desigualdad que configuran la identidad de esos individuos y grupos, así como los cursos posibles de la acción social (individual y colectiva) (Adelantado, Nogueira y Rambla 2010, 6).

Así, en esta parte de la investigación, que aborda los capítulos 1 y 2, interesa la configuración de los legados históricos de los regímenes de bienestar. En concreto, nos interesa observar, la formación de pautas relacionales entre Estado, mercado y familia. Específicamente buscamos identificar pistas sobre la configuración de: los roles de las esferas del bienestar y sus mecanismos de provisión de bienestar; así como las estrategias selectivas que pudieron ir dando forma a instituciones de bienestar, y el las capacidades que pudo ir adquiriendo el Estado, necesarias en su gestión como proveedor de bienestar.

Para ello aquí hacemos una revisión histórica de los regímenes de bienestar de Colombia y Ecuador en tres periodizaciones: 1) de 1900 a 1970, al considerar este periodo como una fase embrionaria de políticas sociales y del Estado social, 2) 1970 a 2000, periodo de reformas neoliberales y luchas sociales, y 3) 2000 a 2019, fase que nos permite contextualizar y

entender la situación de los regímenes del bienestar antes de la irrupción de la pandemia.¹¹

Para los dos primeros periodos, observamos la construcción de los mundos de bienestar pretendiendo ver la relación existente entre Estado, Mercado y familia, mientras que en el tercer periodo nos acercamos más específicamente a la gestión colectiva de los riesgos sociales que trabajamos en esta investigación: la enfermedad y el deterioro del empleo. A forma de analogía, esta parte de la investigación pretende observar el bosque del mundo del bienestar y después y acercarse a los árboles concretos de los riesgos sociales seleccionados.

Esta parte de la tesis presenta a modo de introducción, una historización breve de la región latinoamericana. El cuerpo de esta primera parte de la investigación se conforma por el capítulo 1 y 2 que aborda los tres periodos mencionados de la historia de Colombia y Ecuador respectivamente. Es decir, en cada capítulo abordamos un país y su historia. Como conclusión, hacemos un análisis comparado de los legados de los dos países. Si bien nos adentramos más en la historia de los casos específicos, coincidimos aquí con la advertencia de Martínez Franzoni (2007, 34) sobre la dificultad de lograr capturar la complejidad de la realidad al hacer este ejercicio. Lograr hacerle justicia requeriría un tipo de investigación que está fuera de los objetivos de esta tesis: obtener pistas sobre la configuración histórica relacional entre Estado, mercado y familia y sus legados históricos.

Historización de la región latinoamericana

De incipientes modelos de protección social a vaivenes autoritarios (1900-1970)

Al abordar aquí la región latinoamericana como un todo, no podemos adentramos en momentos específicos sino más bien en periodos que fueron más o menos compartidos por los países de la región. Uno de estos momentos es el período de modernización económica que tuvo lugar para cada país en un momento distinto entre las décadas de 1920 a 1940. Este período toma importancia para los objetivos de la investigación pues fue aquí cuando empiezan a establecerse los sistemas de protección social y a mutar las relaciones entre Estado, mercado y familia como consecuencia de cambios en los modos de producción, los procesos de urbanización, y el desarrollo de sistemas políticos e instituciones estatales (Franzoni 2007, 34). Este período se entiende como un proceso de cambio estructural en el que no solo toma lugar la implementación de una serie de mecanismos para el crecimiento económico, sino también se dan cambios en la esfera política que buscan en cierta medida “la

¹¹ En inicios del siglo XXI encontramos para Colombia el inicio del periodo gubernamental de Álvaro Uribe en 2002 quien marca un rumbo trascendente en el régimen político colombiano y el inicio de la dolarización en Ecuador en 2001, hito que marca el desarrollo del país ecuatorial.

organización racional del Estado”, establecer cierto grado de cohesión social y de inclusión política, en algún grado, de la población (Germani 1971, 17-19).

Como legados de transformación estatal se entienden a aquellos momentos de consolidación de nuevos modelos de acumulación, los cambios de regímenes políticos, los nuevos actores sociales que presionan al sistema político, transformaciones en la organización familiar y en su relación con el mercado laboral, entre otros (Martínez Franzoni 2007, 35). Los legados históricos son difíciles de generalizar pues son específicos de la historia de cada país. En esta parte de la investigación pretendemos identificar justamente aquellas transformaciones que pueden ser observadas en mayor o menor medida en diversos países latinoamericanos.

El inicio del siglo XX en América Latina estuvo marcado por la consolidación de relaciones capitalistas basadas en procesos de exportación de productos primarios producidos en latifundios. La producción y exportación respondía a los intereses de la burguesía local y a la demanda del mercado internacional de materias primas. La explotación de la tierra se dio principalmente en base a sistemas de estratificación social y dominación heredados de la época colonial. Pero también estuvo fuertemente marcada por un factor externo: la división del trabajo mundial ya estaba de cierta forma establecida e impulsaba a que las economías que se le adscribieran de forma incipiente se relegaran a la exportación de materias primas siendo con ello más susceptibles a las crisis capitalistas mundiales (Guerra 1997, 32).

El primer quindenio del siglo XX estuvo atravesado por el concepto de raza, apoyando visiones etnocentristas que catalogaban a la población nativa latinoamericana y afroamericana como inferiores e incapaces (Ramírez Bacca 2020, 57) legitimando así dinámicas de exclusión a una amplia parte de la población en la organización política y económica de los países de la región. Sin embargo, en medio de dichos discursos emergían en los pueblos latinoamericanos ideas de ciudadanía incluyente, derechos y soberanía popular, configuradas principalmente por la participación de las poblaciones en los procesos independentistas y el apoyo de aliados liberales que buscaban representar a grupos populares (Sanders 2018).

Gran parte de la región latinoamericana vivió desde la década de los 30 la incorporación del modelo sustitutivo de importaciones que resultó de un fortalecimiento estatal frente al proceso de desarrollo económico y social. El rol del Estado en este periodo se basó en ordenar de cierta forma el crecimiento económico mediante la inversión de los ingresos percibidos por la exportación de materias primas en industrias específicas, implementar medidas proteccionistas, absorber mano de obra excedente y financiar infraestructura económica y

social (Filgueira 1998, 5). Se considera por ello a este periodo como relevante en el proceso de modernización social y económica, marcando un incipiente sistema de distribución. Sin embargo, “en lo que refiere a las políticas de bienestar, estas presentaron un desarrollo limitado, fuertemente orientado a los sectores urbanos y con cobertura preferencial —si no única, para los sectores integrados al mercado de empleo formal” (Filgueira 1998, 5).

La década de 1930 abrió también en América Latina una serie de reordenamientos socioeconómicos que empujados por los efectos de la crisis económica mundial de 1929 y sus consecuencias en las exportaciones, además de otros factores internos, vieron surgir a movimientos nacionalistas, revueltas sociales y organizaciones obreras y campesinas. Frente a las revueltas en varios países las clases oligárquicas buscaron mantener el poder mediante la represión y alianzas con el ejército u otros grupos (Guerra 1997, 38-40). La crisis económica mundial toma lugar en medio de lo que se considera el primer periodo de construcción de ciudadanía social o incorporación en América Latina que se ubica en la primera mitad del siglo XX. De acuerdo con el estudio de Collier y Collier (1991, 6-7) en América Latina se dieron cambios fundamentales en las relaciones estado-laborales producto de periodos políticos definidos que trajeron consigo la adopción, al menos incipiente, por parte del Estado de responsabilidades entorno a la protección social, bienestar y legislaciones laborales. Los periodos en los que estos cambios tuvieron lugar se vinculan con experiencias cronológicamente diversas que van desde 1917 en México hasta 1940 en Argentina.

La incorporación popular, principalmente de obreros, se da cuando los Estados latinoamericanos empiezan a asumir responsabilidades sociales e introducir legislaciones para regular el trabajo debido al impulso del modelo de industrialización por sustitución de importaciones (ISI) aproximadamente desde 1930 a 1970 (Filgueira 2013, 18-28; Collier y Collier 1991, 7). Las sociedades latinoamericanas se levantaron en casi todo el continente en la primera mitad de los cuarenta reclamando por la democratización y obligando a las oligarquías aliadas a Estados Unidos a hacer concesiones al pueblo. Con ello se fortalecieron los movimientos obreros, así como movimientos nacional populares que empujaron a que las masas tuvieran representación política.

Sin embargo, este periodo de revueltas fue contestado con una oleada antidemocrática en todo el continente, apoyada por Estados Unidos como forma de control ‘anticomunista’ en el marco de la Guerra Fría, ya sea por cambios de gobierno o giros antidemocráticos de los gobiernos en turno. Los gobiernos de la segunda mitad de los 40 promovieron políticas

económicas de derecha, eliminaron algunas reivindicaciones populares y aplacaron los movimientos obreros y comunistas (Guerra 1997, 40-47).

Ramírez Bacca (2020, 77-79) indica que a partir de este periodo toman vigor las recomendaciones de Raúl Prebisch de promover la industrialización con un fuerte rol estatal mediante la inversión pública para la infraestructura de sectores estratégicos. Se observa a esta época como una segunda fase del modelo ISI justamente por los intentos de industrialización impulsados desde el Estado. La principal diferencia con su fase predecesora sería el intento de promover la industrialización por medio de la integración regional con el fin de aumentar el tamaño de los mercados. De la mano de las pretendidas reformas económicas se dio también un fortalecimiento del Estado en términos militares debido a la doctrina de Seguridad Nacional estadounidense que logró que casi todos los países latinoamericanos suscribieran a inicios de los años 50 programas de cooperación militar con Estados Unidos (Victoriano 2010, 190).

Desde los años 50 gran parte de América Latina estuvo marcada por gobiernos dictatoriales cuyo principal objetivo fue mantener la estructura política, económica y social que se había sostenido hasta la época. Para ello recurrieron a formas de represión hacia quienes cuestionaban el statu quo y favorecieron la consolidación de oligarquías. Con apoyo internacional, se trataba de reprimir cualquier forma de comunismo que intentara germinar en la región, por lo que se impulsó sistemas de gobiernos contrarrevolucionarios que llevaron a concentrar el poder político y económico en una minoría y que declaraban continuamente el estado de emergencia para lidiar con la población sin estar sujetos a sus garantías jurídicas justificando las acciones gubernamentales con un discurso de modernización económica (Yturralde 2017, 97).

Las décadas del 60 y 70 en América Latina se vivieron entre un tira y afloja de momentos dictatoriales, antirrevolucionarios y olas de luchas nacional populares, llegando las últimas incluso a periodos de gobierno o a influir en los gobiernos militares de turno. Se observaron ciertos cambios como diversas reformas agrarias que tuvieron lugar en casi toda Latinoamérica durante dicho periodo, el fortalecimiento de organizaciones obreras y civiles, y en algunos países se dieron alianzas policlasistas (Guerra 1997, 49-54). Al mismo tiempo, hay quienes aluden que este mismo periodo vislumbra un proceso en el que el Estado dejó de actuar como un órgano decisivo de política y economía para servir a los intereses del capitalismo mundial. Esto no implicaría necesariamente un desmantelamiento del Estado sino

más bien su fortalecimiento con el fin de dismantelar ciertas acciones nacional populares (Victoriano 2010, 176).

Este contexto histórico permite dar cuenta de la construcción histórica del Estado y su relación con la sociedad y otros actores como un proceso de constante cambio, dado por la reiteración de relaciones de mutua influencia entre agentes estatales y sociales. Estos momentos, o pautas relacionales como las denominarían Brachet-Márquez y Uribe (2016, 294-295), observan periodos de estabilidad en los que se mantienen las estructuras económicas, políticas y sociales existentes, y también periodos de cambio que buscan desmoronar las pautas precedentes. Especialmente durante los años 60 y 70, siguiendo la terminología de Brachet-Márquez y Uribe, se puede hablar de una pauta trans-accional autoritaria exclusionista¹² que, más allá del término, interesa por el vaivén entre luchas sociales y autoritarismo dado porque la primera empuja a intentos de mantener el statu quo y el segundo a la lucha social. Estas pautas interesan a la construcción de los regímenes de bienestar al generar legados de autoritarismo que limitan las movilizaciones sociales y luchas populares por derechos sociales.

Respecto a la construcción de los regímenes de bienestar se observa en este periodo un incipiente modelo de protección social, marcado por un vaivén entre fortalecimiento y reducción del Estado. El desarrollo de políticas sociales en la región no fue uniforme pues los países latinoamericanos fueron incorporando incipientes formas de redistribución mediante políticas sociales en distintos momentos, pero de forma general, la protección social y servicios públicos de este periodo se destinaron a grupos específicos de la población como trabajadores formales e incluso dentro de este grupo se vieron segmentaciones en la calidad de las prestaciones sociales. “En este marco, la familia se constituyó en una fuente de seguridad contra los riesgos sociales, especialmente entre los grupos de bajos ingresos” (Midaglia y Antía 2017, 48).

El acceso al bienestar: de la privatización a la focalización (1970-2000)

A finales de los años 70 el modelo de desarrollo y de protección social que se venía consolidando entra en crisis por déficits fiscales estatales y cambios económicos, políticos y sociales (Filgueira 2014, 24). A partir de la década de los 80 la estructura económica de la

¹² Según los postulados de Brachet (2016, 323-324) la pauta trans-accional autoritaria exclusionista se genera cuando frente a autoritarismos exclusionistas se generan periodos de insurgencia que a su vez generan una respuesta contrainsurgente del autoritarismo. La autora identifica este tipo de pautas en la región latinoamericana entre 1960 y 1980, relacionado esto con el marco mundial de la Guerra Fría que llevó a algunos gobiernos autoritarios de América Latina a recibir apoyo externo para controlar despliegues ‘comunistas’.

mayor parte de América Latina entró en una etapa neoliberal que obstaculiza la protección social y llevó a un retroceso del desarrollo socioeconómico que se había logrado hasta la época (Riesco 2009, 22). El modelo de sustitución de importaciones se vio en decadencia y la región impulsó las medidas establecidas en el Consenso de Washington.¹³ Este periodo, también conocido como la ‘década perdida’ por el estancamiento económico, turbulencias políticas y decaimiento de políticas sociales que representó para la región latinoamericana llevó también a una contracción del Estado

en su rol social, regulatorio y empresarial, lo que trajo consigo un cambio radical en la manera de entender la política social y más en general el rol del Estado en la cuestión social. Se privatizó parte de la provisión del bienestar, se redujo el gasto público social tanto en términos per cápita como en relación al gasto público total (Filgueira 2014, 24-25)

Dispositivos de solidaridad y distribución que habían empezado a desarrollarse el periodo anterior, aquí se dismantelaron en lugar de reformarse. En este periodo, prestaciones sociales en términos de salud, educación, seguridad social se contrajeron junto con el rol de Estado, buscando que quienes accedieran a ella fueran solamente personas que probaran su incapacidad de hacer frente a riesgos básicos. Se buscó así que el acceso de los individuos a dichos sistemas dependiera de sus capacidades en el mercado y de sus propios medios (Filgueira 2014, 25).

En consecuencia, en la región latinoamericana desde finales del siglo XX hasta inicios del XXI se implementaron una serie de programas para combatir la pobreza como una forma de responder a las situaciones de pobreza socioeconómica que experimentaba la región como resultado de la liberalización del mercado y la reducción del Estado (Midaglia y Antía 2017, 51-52).¹⁴ Estos programas se inscribían principalmente en el modelo de asistencia social pues estaban destinados a asistir a las poblaciones en situación de pobreza a través de iniciativas como las transferencias monetarias condicionadas (TMC), descuentos en servicios básicos, bonos o paquetes de alimentación, etc. (Midaglia y Antía 2017, 44). Es decir, es en este periodo en el que se fortalece la focalización como herramienta de protección social.

¹³ El Consenso de Washington fue el resultado de una búsqueda de organismos internacionales de implantar en América Latina un modelo económico abierto y liberal con políticas económicas basadas en lógicas de mercado (Martínez y Soto 2012, 43). Se ha criticado estas medidas al considerar que repercutieron en mayores índices de pobreza, desigualdad e inestabilidad social en la región latinoamericana.

¹⁴ “La operativa provisoria de esas iniciativas sociales parecía asociarse a la premisa liberal que el crecimiento por sí mismo resolvería los graves problemas sociales y por tanto la intervención pública debía centrarse en las fases de tránsito hacia la recuperación económica fundamentalmente de los sectores sociales más desfavorecidos” (Midaglia y Castillo 2014, 18-19)

Durante la década de los 90 es posible concluir a partir del estudio realizado por Juliana Martínez Franzoni (2007, 31) que: “los regímenes de bienestar actuales en América Latina comparten un rasgo común: son en gran medida informales, es decir, que a la luz de mercados laborales ineficientes y políticas públicas débiles o inexistentes, los arreglos familiares y comunitarios desempeñan un papel central”. Esto se debe a que, durante este periodo, aunque es un fenómeno que Latinoamérica viene arrastrando históricamente, la población no encuentra respuestas a los riesgos sociales en el mercado de trabajo o en los servicios públicos, lo que los ha llevado a ser familiaristas puesto que “el ámbito doméstico y el trabajo femenino en particular, desempeña un papel central sin el cual no es posible dar cuenta de la asignación de los recursos que tiene lugar en la región” (Martínez Franzoni 2007, xi).

La dependencia en los vínculos socio-afectivos sería un resultado de los cambios que vivió la región en el periodo de los ochenta. La mayoría de la región se caracterizó por su orientación neoliberal donde sus sistemas de protección social se estructuraban por lógicas de mercado, los mercados se desregularizaron, el mercado acaparó en cierto sentido el rol que había sido ocupado por el Estado en la provisión de educación y salud, las políticas de jubilaciones se endurecieron aunque para la población era cada vez más difícil tener trabajos estables y formales (Midaglia y Antía 2017, 52-53). La situación laboral en esta década, como resultado de las flexibilizaciones estuvo marcada por precarizaciones contractuales y reducciones salariales, lo que llevó a gran parte de la población a trabajar informalmente, por cuenta propia o simplemente a quedar en desempleo (Filgueira 2014, 25-26).

Para la década de los noventa se empezaron a revertir medianamente las políticas pro mercado, incrementando paulatinamente el gasto público en materia social, aunque esto se dio en mayor grado en ciertos países que durante la década anterior tampoco habían disminuido tanto sus sistemas sociales (Midaglia y Antía 2017, 52). Los mecanismos de protección social de los años 90 se basaron en la búsqueda del crecimiento económico bajo la premisa de que la pobreza reduciría en consecuencia. Se mantuvo la idea de que en parte la política social podía funcionar de forma privada delegando así la provisión de servicios de salud, educación, pensiones, etc. al mercado y sistemas de seguridad social basados en la familia nuclear tradicional donde el hombre, trabajador formal, es el beneficiario directo (Sunkel 2006, 23).

En términos de salud, durante las dos últimas décadas del siglo XX se implementaron paquetes de atención básico para grupos poblacionales específicos como madres, niños e individuos en pobreza y pobreza extrema, focalizando con ello el servicio público y buscando la mercantilización de la salud con fines de “eficiencia financiera” (Midaglia y Castillo 2014,

21-22). En el ámbito laboral durante los años 90 si bien en la región se elevó el porcentaje de empleo en la región, dicho porcentaje no reflejaba la informalidad y las condiciones de trabajo que experimentaban amplias proporciones de la población, ni se dio un aumento de salarios mínimos reales. Además, los sistemas de jubilación y pensiones durante esta década tendieron a privatizarse y estuvieron fuertemente basados en lógicas contributivas haciendo que, para finales del siglo XX, poco más de la mitad de trabajadores asalariados estuviera cubierto y la protección social bajara aproximadamente 5 puntos porcentuales entre 1990 y 1998 (Midaglia y Castillo 2014, 26-27).¹⁵

Crisis neoliberal y fortalecimiento del Estado (2000-2019)

Después de 1997 se puede ver un nuevo momento de transición en la mayoría de los países latinoamericanos que pretende generar cambios en la economía política, la inclusión social y el rol estatal (Riesco 2009, 22). Especialmente durante el siglo XXI la mayoría de los gobiernos electos en América Latina de tendencia progresista buscaron que el rol estatal se fortaleciera. Con los cambios de gobierno, la región vivió un proceso de cambio político que conllevó una pugna distributiva, intervención estatal en el mercado de empleo relativo a salarios mínimos y condiciones laborales, apoyos monetarios, entre otros (Midaglia y Castillo 2018, 661-662).

La atención pública a sectores vulnerables, población en pobreza e indigencia se implementó en gran parte de la región como una forma de inclusión social y de expansión de ciudadanía (Midaglia y Antía 2017, 44). De hecho, durante la primera década y parte de la segunda del siglo XXI, se pretendió en algunos países latinoamericanos implementar reformas y revisar la provisión pública de servicios con miras a la universalización, flexibilizando las condiciones de cobertura e incrementando los niveles de inversión estatal en sectores como salud, seguridad social, educación, etc. (Midaglia y Castillo 2014, 17).

Con el giro a gobiernos progresistas, aunque esto también responde en parte al incremento de precios de commodities como el petróleo sobre todo entre el 2010 y 2015, la región vio una disminución de los niveles de desempleo y mejoras en la calidad del empleo resultado de la intervención legislativa del Estado en el mercado. Los salarios se incrementaron, de acuerdo con datos de la OIT (2017), los salarios mínimos a nivel regional incrementaron en un 35% entre el 2005 y el 2015, dentro de la región el mayor cambio lo vieron los países andinos con

¹⁵ Cabe señalar que estos porcentajes son un reflejo general de la región, que dentro de sus heterogéneas experiencias no permite visibilizar que existieron países con una cobertura del 75% mientras otros no alcanzaban el 50% (Midaglia y Castillo 2014, 27).

un incremento de casi 50%. Las transferencias monetarias condicionadas se mantuvieron, pero incrementaron su alcance incluyendo a grupos poblacionales que antes no estaban cubiertos y las políticas de jubilación se flexibilizaron buscando aumentar las protecciones para adultos mayores (Midaglia y Antía 2017, 56-58).

En el siglo XXI, once de dieciocho países latinoamericanos formaron parte del llamado “giro a la izquierda”, aunque cada país se hizo parte de este giro en un momento distinto y lo vivió dentro del margen de su propia realidad, de forma general existe un consenso sobre una característica que lo unifica: el retorno del Estado. En contraste con el periodo anterior (la década perdida), donde se contrajo el rol del Estado, en este periodo se observó una recuperación de las capacidades estatales como herramienta para dar relevancia a la política sobre la economía. “En este sentido, la centralidad del Estado en la determinación de la agenda pública, la redistribución de la riqueza y la inclusión social ha sido un factor clave en la disputa política abierta durante estos gobiernos” (Stoessel 2014, 133).

Aunque sin duda las limitaciones de acceso al bienestar antes del 2000 eran muchas más que en el siglo XXI, las condiciones de vida de la mayoría de los latinoamericanos estaban lejos de ser ideales. En 2013 el 51% de la población de la región no estaba en condiciones de enfrentar una crisis económica pues el 28% de la población vivía en pobreza, de ellos el 12% estaba en pobreza extrema y el 23% se encontraba en situación de vulnerabilidad. Esto responde en gran medida a las fallas del mercado para absorber la fuerza laboral y la consistente informalidad laboral de la región. En 2013 el 49% de la población no estaba inserta en el trabajo formal y el 45% de asalariados no contaba con un contrato de trabajo (Cecchini 2016, 16).

A partir del año 2015 se empezó a dar a la región una cierta fragmentación ideológica con la que países en los que se habían establecido gobiernos progresistas en la primera década del siglo XXI, empezaron a tener gobiernos que se establecerían entre el centro y derecha del espectro ideológico (Mazzina y Leiras 2021, 121). El cambio político regional se enmarcaba a su vez en la reducción de precios de los commodities que redujo a su vez la capacidad fiscal de los países latinoamericanos. El final de la segunda década de este siglo vio así un retroceso en términos de política social y de condiciones de empleo (Ramírez, Vizúete y Bermejo 2021, 153), y un reavivamiento de las condiciones de vulnerabilidad que habían sido al menos medianamente reducidas durante la década anterior.

Capítulo 1. Construcción del régimen de bienestar de Colombia

1.1. Construcción de una alianza entre el Estado y el mercado (1900-1970)

En 1885 Rafael Núñez, expresidente colombiano, nombró una Asamblea Constituyente ‘independiente’ y conservadora para que redactara una nueva constitución, misma que: restauró la autoridad del gobierno central mediante una serie de reformas que daban al presidente el poder de nombrar a gobernadores; redujo la población electoral; declaró al catolicismo como religión única, oficial y base del orden social; redujo significativamente la libertad de prensa; restableció la pena de muerte; y eliminó el libre comercio de armas. Esta Constitución, se mantuvo en esencia intacta hasta 1991.¹⁶ La asistencia social de inicios del siglo XX mostraba un Estado más bien pasivo que delegó la atención de grupos vulnerables a la beneficencia y la caridad liderado por la Iglesia y la sociedad civil “construyendo un régimen asistencial que otorgó una serie de responsabilidades a diversos grupos familiares (extensos y nucleares) en el cuidado y atención de los miembros más vulnerables” (Otálvaro 2021, 37).

La vida política de los inicios del siglo XX en Colombia se mantuvo en manos conservadoras hasta 1930 periodo en el que se institucionaliza también el ejército nacional que adopta a largo plazo una tendencia conservadora y dependencia política (Bethell 1993, 292). En lo que respecta a las masas obreras, se podía identificar a un grupo obrero textil principalmente femenino en Medellín, fuerza laboral cafetera, minera y azucarera, todas ellas dispersas y escasas por lo que la organización obrera colombiana era débil (Bethell 1993, 290-300). En 1936 la Constitución colombiana vivió una reforma, que de acuerdo con Botero (2006, 86), se encuadra en el surgimiento del Estado interventor en el país. Esto se debe a que en este año se implementan cambios en el Estado, siguiendo de cierta forma las medidas del gobierno de Franklin Delano Roosevelt, como la creación del Ministerio del Trabajo, Higiene y Previsión Social, ministerio que estaba también a cargo de lo relacionado con la gestión de la salud¹⁷ (LaRosa y Mejía 2014, 82). Las reformas constitucionales de 1936 se consideran como el surgimiento del rol interventor del Estado pues promovieron como función del Estado la asistencia pública para quienes no pueden proveerse a sí mismos de salud y medios mínimos de protección (Botero 2006, 103).

¹⁶ La Constitución sufrió reformas desde 1886 hasta 1991 como la categorización de la ciudadanía y la elección popular de gobernadores y alcaldes, aunque esto no implicó cambios reales en el carácter excluyente del Estado ni en la descentralización del poder gubernamental (LaRosa y Mejía 2014, 79-81)

¹⁷ En 1946 se forma el Ministerio de Higiene, hoy Ministerio de Salud, retirando del Ministerio de Trabajo la responsabilidad de velar por la salud pública (LaRosa y Mejía 2014, 82).

En lo que respecta al acceso a salud en Colombia, Gonzalez et al. (2010, 111) argumentan que los servicios de salud han estado históricamente relacionados con el rol del Estado por acción u omisión y se pueden dividir en tres periodos: 1) el higienista que lo identifican de 1886 a 1950, 2) el periodo de subsidio a la oferta entre 1970 a 1989 y 3) el periodo de subsidio a la demanda que iniciaría en 1990. En este apartado observamos por ende el primer periodo y en el siguiente apartado veremos el segundo y tercer periodo.

En el periodo higienista, el Estado se encargaba principalmente de temas sanitarios como enfermedades epidémicas y saneamiento dejando por fuera todo lo vinculado con la atención preventiva y curativa.¹⁸ Además, hasta al menos 1930 el Estado se apartó de cualquier ámbito que se considerara privado, como la vida reproductiva, dejando su regulación en manos de la iglesia. La consecuencia fue que la descendencia procreada fuera de matrimonio se consideraba ilegítima y no podía acceder a educación ni enlistarse en el ejército o sacerdocio y se consideraban una vergüenza social, aunque no eran casos aislados (Pachón 2007, 149).¹⁹ Esto implicaría en clave de regímenes de bienestar que una amplia parte de la población era excluida incluso de los incipientes esfuerzos del Estado por proveer bienestar, dejando a estos individuos completamente en manos de relaciones familiares y el acceso a educación y salud que su familia pudiera adquirir por medio del mercado.

A mediados de la década de 1930 se empieza a compartir públicamente información sobre métodos de control de natalidad, empieza a cambiar la estructura familiar pues las familias de ingresos medios y altos reducen el número de embarazos y se empieza a instaurar la idea de la separación conyugal (Pachón 2007, 149). Sin embargo, para las mujeres de bajos recursos esto no disminuyó sus tasas de natalidad “y arriesgaban sus vidas cuando aterradas ante el futuro incierto de un nuevo embarazo o ante la deshonra de la posible llegada de un hijo ilegítimo, recurrían a métodos abortivos y peligrosos u optaban por el infanticidio o el abandono” (Pachón 2007, 150).

Por otro lado, la abstención del Estado del ámbito privado familiar, junto con las normas sociales de la época principalmente promulgadas por la iglesia, representaba un problema para las mujeres viudas, separadas y madres solteras. Las primeras eran socialmente relegadas y las terceras eran invisibilizadas pues no se hacía mención de ellas en ningún tipo de prensa

¹⁸ “En este periodo aparecen la Caja Nacional de Previsión que atendía la salud de los empleados públicos y, para 1946, se crea el Instituto Colombiano de Seguros que atendía a los empleados del sector privado formal” (Gonzalez et al. 2010, 111).

¹⁹ Se estima que para 1934 el índice de ilegitimidad alcanzaba entre el 50 y 60% en varias zonas de Colombia como Bogotá y la costa Atlántica. (Pachón 2007, 149).

(Pachón 2007, 150). En lo laboral, las mujeres colombianas en las primeras décadas del siglo XX estaban relegadas a extender las labores del cuidado que ya hacían en sus hogares al ámbito social, ejerciendo como profesoras, trabajadoras sociales y enfermeras. La realidad de principios de siglo XX de las mujeres colombianas denota una fuerte dependencia en arreglos familiares para su supervivencia, aunque incluso esto llegaba a ser limitado para madres solteras, dejándolas, en muchos casos, simplemente aisladas de todas las esferas del régimen de bienestar.

Un aspecto relevante para la población femenina colombiana es que la Constitución retiró en 1945 la palabra ‘varón’ en su definición de ciudadanía, aludiendo con eso al reconocimiento de la ciudadanía de las mujeres. Sin embargo, no fue hasta 1957 que las mujeres pudieron votar y ejercer sus derechos políticos. Múltiples organizaciones sociales de género, étnicas y políticas empezaron a fortalecer su resistencia contra el régimen de mediados del siglo XX, mostrando la necesidad de ampliar las bases sociales del Estado e introducir los derechos sociales en su legislación (LaRosa y Mejía 2014, 73-75).

Aunque el Ministerio del Trabajo, Salud e Higiene se creó en Colombia en 1930, se observa que históricamente el Estado colombiano se ha mantenido más bien apartado de la gestión del deterioro del empleo, dejando que el mercado tome relevancia en este rol. Desde 1945 se reconoció, de todos modos, que las indemnizaciones y prestaciones de cesantía por despido quedan a cargo del empleador, quien además debe indemnizar económicamente a forma de liquidación al empleado despedido sin causa justa según su tipo de contrato. Sin embargo, pocos son los empleados que pueden ejercer estos derechos pues debido a la flexibilización laboral, los contratos más frecuentes eran por prestación de servicios y a término fijo por menos de un año (Londoño y Mejía 2019, 58-60).

En la década del sesenta se da una alianza en 1956 entre el partido conservador y el partido liberal con la firma del Pacto de Benidorm, lo que da inicio al Frente Nacional, con la finalidad de establecer alternancia política entre los partidos retornando a la democracia tras la dictadura de Pinilla, dinámica que se mantuvo hasta 1974 (CIDOB 2007). Esto responde a que el partido conservador y el liberal, aunque tenían diferencias en el ámbito político, en lo concerniente a política económica concordaban (Bethell 1993, 299), facilitándose así una alianza que se limitaba a la alternancia entre liberales y conservadores dejando de lado a cualquier otro partido político. Semejante dinámica excluyente incentivó el surgimiento de movimientos que divergían política e ideológicamente y no se sentían identificados ni representados por el gobierno como el Movimiento Revolucionario Liberal (MRL), el

Movimiento Obrero Independiente Revolucionario (MOIR), la Alianza Nacional Popular (ANAPO), las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia, entre otros (CIDOB 2007).

Se suma a la exclusión política un contexto socioeconómico inmerso en la desigualdad. De acuerdo a Uribe (2013, 471-473) la economía de Colombia de mediados del siglo XX tenía un tamaño modesto en comparación a otros países de la región, su mercado interno era precario e incapaz de absorber la fuerza laboral del país. El autor indica que para el caso colombiano el modelo ISI tuvo lugar realmente desde 1945 con el impulso de las exportaciones cafeteras,²⁰ lo que generó una alianza entre industriales y burgueses cafeteros.

La confluencia de los intereses de la burguesía cafetera con los de la burguesía industrial, en la fase de la depresión mundial, permitió instaurar un patrón de desarrollo en el cual el Estado se subordina a los intereses de la elite económica y no logra erigirse en el portavoz de los intereses generales de la sociedad (Misas 2002, 66).

La estrecha relación entre élites económicas y el Estado junto con otros factores como la geografía nacional que dificultaba el acceso del 'Estado' a todo su territorio y la expansión constante de la frontera agraria promovida por hacendados que buscaban apropiarse de más tierras, relegó la implementación de reformas sociales redistributivas que eran cada vez más necesarias con campesinos desplazados de sus tierras. De hecho, la reforma agraria en Colombia entró en la agenda pública por presión de Estados Unidos, con la Alianza para el Progreso, pero esto resultó en 'reformismo sin reformas' que implicó realmente que las grandes áreas de tierra se dispusieran a la venta para el Estado, pero con altísimos sobrepuestos (Uribe 2013, 485). Desde inicios del siglo XX, en Colombia se gesta una relación estrecha entre el mercado y el Estado, dejando a familias que no forman parte de las elites económicas a expensas de su inserción en relaciones laborales precarias.

1.2. Mercantilización de la salud y precarización del empleo (1970-2000)

Entre mediados y finales del siglo XX las políticas sociales en Colombia tendieron a mercantilizarse por medio de alianzas entre el Estado y el mercado con mecanismos de gobernanza corporativistas que fueron reduciendo el rol estatal y las instituciones públicas de provisión de servicios educativos y sanitarios, relegando el rol del Estado a la provisión de subsidios compensatorios. "Se construyó así una concepción contradictoria de la protección social, al promover la formulación de políticas sociales con perspectiva de derechos, pero con

²⁰ Uribe (2013, 473) menciona que las primeras etapas del modelo ISI en Colombia no fueron realmente deliberadas sino más bien coincidentes con eventos mundiales como la caída de Wall Street (1929) y la II Guerra Mundial.

estrategias de tipo asistencial focalizada en las que participó el sector financiero como operador de los recursos públicos” (Otálvaro 2021, 38). El régimen de bienestar que surge del siglo XX es así uno excluyente, familiarista y mercantil en el que el mercado se ha instaurado como una “solución” a los riesgos sociales y el Estado se ha limitado a dar subsidios focalizados con muy baja incorporación de grupos sociales y formas autoritarias frente a una participación ciudadana no muy articulada pero que si empujó a la creación de movimientos sociales que lucharan por derechos fundamentales (Otálvaro 2021, 38).

Durante el siglo XX Colombia vio el surgimiento de una serie de actores sociales, rebeliones políticas, enfrentamientos políticos y sociales que llevaron a buscar un cambio en el rol del Estado con la Constitución de 1991. Entre los factores que presionaron a la redacción de una nueva Constitución se encuentran: la radicalización del grupo guerrillero las FARC que respondía al fracaso de las conversaciones de paz de finales de la década de 1980 y el asesinato de la mayoría de quienes conformaban partidos izquierdistas; un intento de controlar los carteles de droga que tenían cada vez más influencia política; y el contexto de gran crisis políticas y revuelo social en el que toma el poder César Gavira (La Rosa y Mejía 2014, 73-79; Chernick 1996).

En esta Constitución se categoriza como ciudadanos a hombres, mujeres, indígenas y afrocolombianos por igual a diferencia de la constitución de 1886 que limitaban la condición de ciudadano a hombres blancos, se establece una nueva relación entre los poderes estatales que buscaba frenar el exceso de control del poder ejecutivo fortaleciendo al legislativo y judicial. En esta se pretendía generar una apertura a intereses que habían sido históricamente subalternizados, consagrando derechos sociales que incidirían en un incremento de los fondos públicos destinados a gasto social (Milán y Restrepo 2021, 20; Uribe 2013, 479).

Paradójicamente, en vista de la búsqueda de limitación al poder ejecutivo, se ampliaron las capacidades estatales para limitar ‘provisionalmente’ la libertad, y se adecua el objeto de gobernar entendiendo que el “Estado Social de Derecho es la equidad, y no el simple bienestar” (LaRosa y Mejía 2014, 82).

A pesar de los cambios aparentemente incluyentes de la Constitución de 1991 respecto de sus predecesoras, esta favoreció la desregularización de la economía y favoreció cambios legales como la flexibilización laboral, el incentivo de inversión extranjera, el aumento de impuestos indirectos y la privatización del mercado de divisas (Estrada 2006, 253-257). Esto se debió a la gran influencia en el país de organismos internacionales como el FMI y el Banco Mundial que presionaron por una apertura económica que incluyó también la desfinanciación de

hospitales públicos y la mercantilización del sistema de pensiones (Milán y Restrepo 2021, 20).

Aunque Colombia ha presentado características neoliberales desde los años 70, “existe un consenso en torno al papel clave de la administración del presidente César Gaviria Trujillo (1990-1994)” (Estrada 2006, 250) en la edificación de un orden neoliberal muy específico de Colombia. Este se ha caracterizado por tener rasgos autoritarios y una fuerte militarización de la política con la finalidad de reprimir diversas formas de resistencia social bajo el discurso de que las protestas sociales encubren intereses de las FARC (Estrada 2006, 250; 279).

Las bajas coberturas de seguridad social y las dificultades para obtener ingresos económicos suficientes han llevado a las familias colombianas a buscar formas de afrontar las crisis económicas y reducciones en los sistemas de seguridad social. De hecho, la segunda forma más común de organización familiar entre 1978 y 1993 es la organización familiar extensa²¹ que, aunque no es considerada una forma de familia ideal, permite a los grupos sociales con más bajos ingresos lidiar con las limitaciones económicas y es vista como una convivencia transitoria especialmente durante épocas de crisis (Puyana 2004, 78-80).

En lo que respecta al ámbito de la salud, durante este periodo se identifica, siguiendo la clasificación de Gonzales et al. (2010, 111) que mencionamos en el apartado anterior, el periodo de subsidio a la oferta que va desde 1970 a 1989. Durante este tiempo se crea el Sistema Nacional de Salud y la transferencia de fondos del gobierno a instituciones públicas hospitalarias para la atención de empleadores y empleados, lo que dejaba de lado a población no vinculada a un trabajo formal. El tercer periodo identificado por Gonzales et al (2010, 111) es el de subsidio a la demanda que inicia desde 1990 cuando mediante la ley 10 la salud se cataloga como servicio público, que ha de ejercerse con la participación de agentes públicos y privados (Guerrero et al. 2011).

Uno de los momentos clave en la configuración del sistema de salud de Colombia enmarcado en este periodo es la ley 100 de 1993 que reforma el sistema de salud tomando como ejemplo la administración norteamericana de salud y adoptando así un modelo de mercado regulado (Echeverry y Borrero 2015, 355). Con esta ley se instaura en Colombia un sistema basado en dos regímenes paralelos que diferencia a los ciudadanos según su capacidad de pago. La afiliación a uno u otro sistema está vinculada con la división de la población en estratos, así

²¹ La organización familiar extensa refiere a la convivencia de individuos de una misma familia no nuclear. Es decir que compartir el hogar con parientes consanguíneos como abuelos, tíos y/o primos.

los ciudadanos del estrato 1 y 2, quienes tienen menores ingresos, deben afiliarse al sistema de salud con la entrega de un carnet por parte de una Administradora de Régimen Subsidiado (ARS).²² Los ciudadanos con capacidad de pago, se afilian al Régimen contributivo por medio del pago a una Entidad Prestadora de Salud (EPS). Las instituciones prestadoras de salud (IPS), nombre que reciben los hospitales, en lugar de tener un presupuesto propio lo reciben de las ARS y de las EPS después de haber atendido y facturado a los usuarios (Médicos sin fronteras 2002).

En lo que respecta al empleo, en 1991 se profundizó la flexibilización laboral favoreciendo a los intereses del mercado. Debido a esto, pocos son los empleados que pueden ejercer sus derechos laborales y acceder a indemnizaciones y prestaciones de cesantía; y los contratos más frecuentes son por prestación de servicios y a término fijo por menos de un año (Londoño y Mejía 2019, 58-60). Las condiciones y los niveles de formalidad en el ámbito laboral se redujeron con mayor fuerza en los años 90 pues las industrias entraron en una fase recesiva que llevó al mercado a buscar reducir los costos de mano de obra traducido esto en despidos, cierres de empresas y mayor nivel de contrataciones temporales (Del Pino 2021).

1.3. Neoliberalismo y conflicto armado, los intereses del Estado (2000-2019)

Al iniciar el siglo XXI, a diferencia de otros países de la región, los gobiernos de Colombia mantuvieron la tendencia neoliberal de décadas anteriores. No obstante, al igual que los otros países andinos, Colombia también experimentó durante este periodo una reducción de la pobreza con un decrecimiento anual de 1,1 que llevó a reducir la pobreza en 25,8% entre el 2001 y el 2017, aunque tal tendencia se ralentizó entre 2012-2017 en consecuencia de la desaceleración del crecimiento económico global. Todo ello no implicó la reducción de la desigualdad en Colombia: el coeficiente de Gini disminuyó únicamente en 0,06 puntos entre 2000 y 2017 (Wanderley, Vera y Benavides 2020, 5-7).

Uribe gobernó desde el 2002 hasta el 2010, periodo en el cual mantuvo políticas neoliberales incentivando sobre todo la inversión extranjera como medida para afrontar la fuerte crisis económica en la que se encontraba Colombia desde antes de su gobierno. Si bien estas medidas permitieron mejorar la economía, mediante la acción extranjera en el país principalmente en la extracción de materias primas, hidrocarburos y minerales, las

²² La entrega de carnets que permiten el ingreso al sistema de salud se basa, a pesar de la “universalidad” de acceso a la salud, en función cupos disponibles en el sistema y no de la demanda de servicios. Además, existen ciudadanos que no han sido categorizados dentro de uno de los estratos o no han podido afiliarse a una ARS, lo que los excluye del sistema de salud (Médicos sin fronteras 2002).

condiciones sociales no mostraron mejoras pues los niveles de desempleo y desigualdad social se sostuvieron. Uno de los principales puntos de interés del gobierno de Uribe fue su lucha contra grupos armados (las FARC y ELN), su estrategia de seguridad estuvo basada en represión estatal y fue producto de críticas por abusos de derechos humanos y ejecuciones a civiles sin relación real a las guerrillas. Otro de los puntos a los que su gobierno dio mayor interés fue la lucha contra el narcotráfico para lo que trabajó de la mano con Estados Unidos (Uribe 2013b). Después, el presidente Santos, electo en el 2010, siguió con la línea política de sus antecesores.

De acuerdo a Eguren (2017), una de las principales razones para que en Colombia no se haya dado un giro a la izquierda, como en la mayoría de los países de la región, es que había al momento una tendencia en el país a considerar que la izquierda como responsable de la guerra interna colombiana. Así, en Colombia se habría generado un presidencialismo hegemónico en este periodo bajo la excusa de luchar contra el grupo armado de las FARC que permitió a Uribe desplegar un programa político militar fuerte (Caravarozi 2013, 2). La monopolización de la fuerza por parte del Estado limita su capacidad de consolidar “canales legales para la resolución, aunque fuera parcial, de los graves problemas de desigualdad que afectan a Colombia, especialmente, aunque no únicamente, en los ámbitos rurales” (Caravarozi 2013, 5).

La desigualdad en lo que respecta a la tenencia de tierra se intensificó durante el siglo XXI en Colombia. Mediante subsidios y transferencias directas se promovió que el sector privado adquiriera grandes proporciones de tierra, y asumiera la orientación de la producción agrícola.²³ El uso de la tierra en Colombia es especialmente problemático debido al conflicto interno. Miles de campesinos perdieron sus tierras a manos de grupos armados vinculados al narcotráfico y la concentración de la propiedad de tierras se centra en zonas afectadas por desplazamientos y de industrias extractivas, lo que coloca en una situación sumamente compleja a los campesinos rurales (Eguren 2017).

Ello explica que de acuerdo con una entrevista realizada en el año 2002 a 262 participantes en distintas localidades de las 16 zonas calificadas como prioritarias del marco de ejecución del Plan Nacional de Combate a la Pobreza como parte del estudio “La voz de los pobres”, la población de estas zonas considera necesario para mejorar sus condiciones de vida y acceso al bienestar además de un trabajo estable remunerado dignamente y servicios de cuidado para la

²³ “Según el Instituto Colombiano de Desarrollo Rural (INCODER), el 52% de la tierra en Colombia le pertenece al 1,5% de los propietarios, mientras que el 78% son minifundistas” (Eguren 2017, párrafo 34).

primera infancia, el acceso a tierras e inversiones comerciales que permitan la comercialización de productos y el turismo (Abramo, Cecchini y Morales 2019, 38).

Siguiendo la línea de políticas que se había mantenido en décadas anteriores, durante el siglo XXI se desmontó cualquier tinte proteccionista -aunque fuera débil- del Estado, colocando al mercado como principal proveedor del bienestar. El Estado actúa únicamente para mitigar los efectos de las políticas macroeconómicas en sectores sociales realmente afectados por la precarización de las condiciones de vida y la reprivatización de varios sectores (Franco, López y Castellano 2015). Así, en la primera década del siglo XXI, se redujo aún más el rol del Estado en la provisión del bienestar, incentivando políticas sociales focalizadas y asistencialistas que promueven el clientelismo político, políticas que fortifican el rol del mercado en la provisión de protección social y un creciente deterioro de los sistemas de salud y pensiones, lo que amplía la pobreza y vulnerabilidad de grupos sociales vulnerables (Otálvaro 2017, 68).

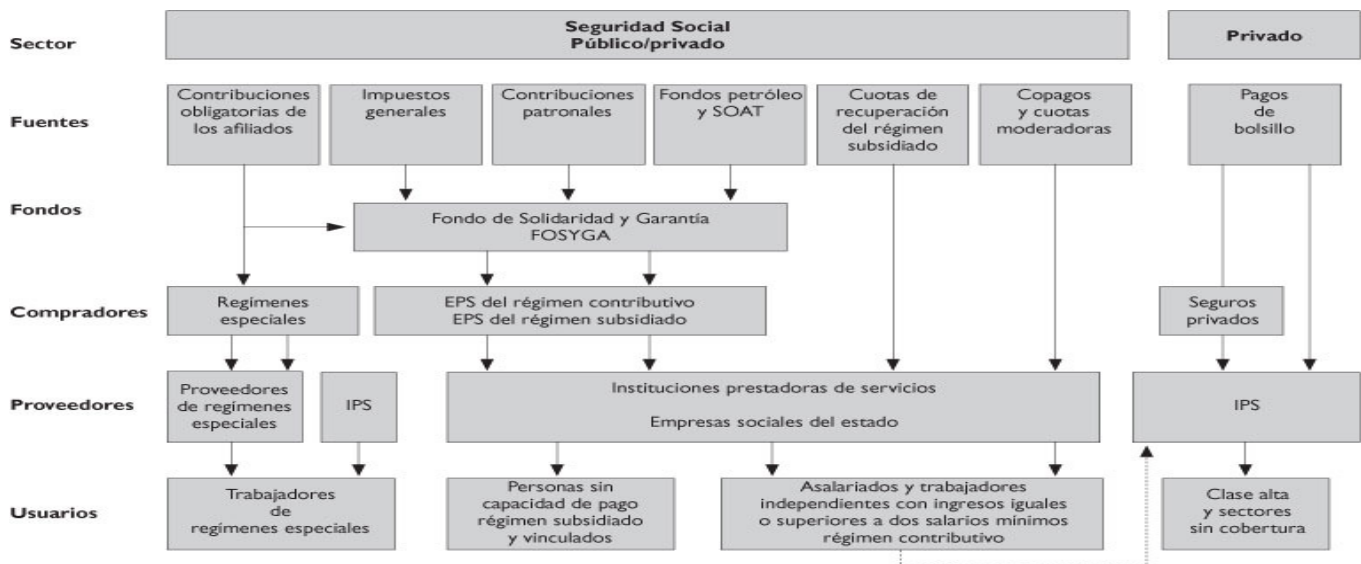
Ante el desamparo del mercado y del Estado para amplias proporciones de la población colombiana, las familias han tendido a generar estrategias para enfrentar sus limitaciones de acceso al bienestar, aunque esto no implica que la mayoría de ellas puedan llegar siquiera a satisfacer necesidades básicas. Las familias han “estableciendo una fuerte asociación entre su situación social particular y su organización para vivir bajo esas condiciones, y actúan como instancias de redistribución y protección en condiciones altamente precarias” (Franco, López y Castellano 2015, 41). Otra estrategia de las familias, muy frecuente también en toda Latinoamérica, es la migración que permite por medio de las remesas la subsistencia de miles de colombianos. De hecho, entre el 2000 y el 2005 la migración incrementó en un 46,9% (Franco, López y Castellano 2015, 52).²⁴

Uno de los problemas que se presenta en el acceso a la salud en Colombia, que mantiene en base la organización implementada con la ley 100 de 1993, es que el régimen contributivo es asequible únicamente para los trabajadores formales y el régimen subsidiado excluye a gran parte de la población pues para acceder al servicio los individuos deben ser categorizados

²⁴ Cabe señalar que, para el caso colombiano, las migraciones no responden únicamente a temas de subsistencia y búsqueda de ingresos en otros países, sino también de seguridad vinculada esta al conflicto armado del país. De hecho, en la década de los 90 migraron profesionales con altos ingresos económicos por miedo al secuestro y la extorsión, y mujeres y niños de bajos recursos afectados por la trata de personas (Franco, López y Castellano 2015, 52).

como muy pobres en la encuesta del Sistema de Identificación de Beneficiarios (SISBEN),²⁵ lo que limita el acceso a la salud de aquella población que ‘no es lo suficientemente pobre’ pero tampoco tiene un empleo formal (Giraldo 2007, 217). Además, la organización del sistema de salud en Colombia se basa en que el modelo subsidiado financie la afiliación de los pobres a través de aseguradoras que se encargan de pagar los servicios ofertados por los hospitales públicos. Es decir, los hospitales públicos ya no reciben fondos públicos directamente del Estado para su financiamiento, sino a través de la venta de servicios (Giraldo 2007, 217). Así, el sistema de salud de Colombia, organizado como muestra el gráfico 1.1, se mercantiliza limitando el bienestar de ciudadanos con bajos ingresos.

Gráfico 1.1. Organización del sistema de salud colombiano



Fuente: de Guerrero et al. (2011) .

La cuestión de subsidiar el desempleo desde el Estado fue abordada por primera vez a inicios del siglo XXI, con ciertas modificaciones al Código Sustantivo del Trabajo con la Ley 179. Con la ley se definió el Sistema de protección social y se creó el Fondo de Protección social para financiar el subsidio al empleo para las pequeñas y medianas empresas y las cajas de compensación familiar para protección durante el desempleo y se creó también el Fondo de Subsidio al Empleo y al Desempleo de forma adscrita al Ministerio de Trabajo y Seguridad Social y administrada por fiduciaria pública que observa que los beneficiarios reciban este

²⁵ De acuerdo con Giraldo (2007, 217-218) el SISBEN permite el clientelismo político según varias encuestas que dan cuenta de entradas y salidas arbitrarias del SISBEN. “Resulta evidente en las campañas políticas la utilización del SISBÉN como contraprestación al apoyo político” (Giraldo 2007, 2018).

fondo, que consiste en bonos de alimentación, educación y pago de seguridad social, en una única ocasión y solo de cumplir con los requisitos (Londoño y Mejía 2019, 58-60).²⁶

Sin embargo, el Ministerio del Trabajo fue reducido a un viceministerio adscrito al Ministerio de protección social en la primera década del siglo XXI (Reina 2013). Esto responde a que durante el gobierno de Uribe (2002-2010), se buscó principalmente fortalecer ‘la economía’ y promover el crecimiento económico mediante la apertura económica, lo que implicó flexibilizar lo más posible la legislación laboral y empresarial. Así la cuestión del empleo, tanto en calidad como en acceso al mismo, quedaron a expensas de las leyes del mercado bajo la alegación de que flexibilizar el mercado de trabajo ayudaría a crear más empleo y mejorar la empleabilidad (Uribe, Fajardo y Romero 2017).

Después durante el gobierno de Manuel Santos (2010-2014) se restituye el Ministerio de Trabajo, se pretende eliminar la tercerización laboral extralegal y reducir los niveles de subutilización de la población económicamente activa (Reina 2013; Uribe, Fajardo y Romero 2017). Reina (2013) señala que aunque el desempleo ha sido el tema más visibilizado y abordado por los gobiernos colombianos, este no es el único ni está desvinculado de otros que afectan a la población como la informalidad, la vulneración de derechos en el trabajo y el limitado acceso a la protección social pues “sólo un porcentaje limitado de la población trabajadora cotiza permanentemente a pensiones y puede gozar de los servicios del sistema de salud contributivo y de riesgos laborales” (Reina 2013, 2).

1.4. A modo de síntesis

La periodización que se abordó en este capítulo nos permite observar: 1) las pautas de interacción que se fueron estableciendo a lo largo del tiempo entre el Estado, el mercado y las familias; 2) los legados históricos que las trayectorias históricas van generando; y aunque derivado de los legados históricos, 3) las opciones que se generaron precisamente en cuanto a la gestión de la enfermedad y el deterioro del empleo. Estos tres puntos los observamos para lo que aquí denominamos el largo plazo (1900-1970), el mediano plazo (1970-2000) y el corto plazo (2000-2019).

Aunque la revisión histórica que hicimos de estos periodos fue breve por las características de esta tesis, nos ha sido de utilidad para vislumbrar los puntos mencionados y que después

²⁶ Entre los requisitos se encuentra el haber trabajado y realizado aportes por un año en relación de dependencia o dos años de forma independiente. En el 2013 este programa pasó a denominarse mecanismo de protección al cesante y benefició a 8600 colombianos de los 13844 que solicitaron el seguro de desempleo ese año (Londoño y Mejía 2019, 60).

sinetizamos en la tabla 1.1. Respecto al largo plazo podemos mencionar que se desde inicios del siglo XX se va pautando una fuerte relación entre el Estado y el mercado, dado esto por la injerencia que tuvieron en el gobierno las élites económicas (hacendados e industriales) y la coincidencia en términos de proyección de política económica de los partidos liberal y conservador. De cierta forma, esto pudo desencadenar en que exista en Colombia una cierta estabilidad política y económica, al menos en papel, pues la desigualdad y exclusión en el aspecto económico ha estado históricamente presente; y en términos políticos, aunque el derrocamiento del poder ejecutivo no ha sido un común denominador de la historia política colombiana, esta si ha estado marcada por conflictos sociales y beligerantes producto de la exclusión política de otras perspectivas ideológicas. Hasta casi la primera mitad del siglo XX la relación histórica que se fue gestando entre Estado y Mercado dio paso a que se institucionalice la precariedad.

La relación entre el Estado y las familias podría calificarse de inexistente pues el Estado relegó temas de asistencia social y aquello que consideraba 'lo privado' a la iglesia como ente caritativo y regulador de la vida social. Para algunas familias campesinas la relación con el Estado podría verse incluso como antagónica por los desplazamientos a los que se vieron forzadas. Entre el mercado y la familia la relación era excluyente para gran parte de la población que tampoco podía incluirse en dinámicas mercantiles y consecuentemente tampoco podía costear el acceso a ciertos servicios. Así, la mercantilización del bienestar era posible para una parte de la población, pero otra gran parte estaba limitada a arreglos familiares y acciones eclesíásticas. No se puede hablar de desmercantilización del bienestar en este periodo por el magro rol que jugaba el Estado en la provisión del bienestar.

Desde un poco antes de la segunda mitad del siglo XX se empieza a gestar un incipiente rol interventor del Estado y a buscar una mayor, aunque débil, inclusión de grupos sociales previamente excluidos. Esto se intensifica en los años 90s como respuesta a las presiones que se generaron por el conflicto que podría a su vez considerarse una respuesta de poblaciones que ven muy limitadas sus opciones de acceso al bienestar a través del Estado y el mercado, viéndose aquí una pauta trans-accional autoritaria exclusionista. Sin embargo, se sigue manteniendo la estrecha relación entre Estado y Mercado, lo que resulta en la delegación de la gestión de algunos servicios públicos por parte del Estado al mercado, y mayores flexibilizaciones en las condiciones laborales. Las familias continúan dependiendo de arreglos familiares principalmente para acceder al bienestar, aunque hay un incremento de individuos que pueden mercantilizar su fuerza laboral y así cubrir ciertas necesidades.

En el mediano y corto plazo la relación entre las esferas del bienestar mantiene en gran medida las pautas que se trazaron desde inicios del siglo XX. El contexto internacional, las demandas sociales y el conflicto armado pudieron incidir en las ligeras diferencias que se encuentra en el rol de Estado como esfera de bienestar. En el mediano y corto plazo se observa la provisión desde el Estado de políticas sociales focalizadas y asistencialistas y una alianza con el rol del mercado dentro de la provisión de protección social, generando con ello por ejemplo un sistema de salud mixto, gestionado por entes privados con fondos del Estado, pero que en principio oferta acceso a servicios de salud pagados y no pagados.

El rol del Estado en Colombia ha estado principalmente orientado a mantener el statu quo. Permite que el mercado defina mayoritariamente su actuar y se encargue de la provisión de servicios, mientras que en torno a la sociedad civil ha fortificado su rol de control y orden por medio de gobiernos que se han valido de la necesidad de ‘buscar seguridad frente a grupos armados’ para frenar luchas sociales. Así, las familias mantienen la necesidad de valerse de sí mismas para cubrir sus necesidades, sobre todo aquellas que no logran insertarse en el mercado laboral.

Tabla 1.1. Síntesis de las trayectorias históricas del régimen de bienestar colombiano

Periodo	Observamos	Mercado	Estado	Familia
Largo plazo (1900-1970)	Construcción de roles en la provisión del bienestar	Absorbe bajo sus propias condiciones la fuerza laboral	Su rol es pasivo en la provisión de bienestar y en la regulación del mercado	Acceden al bienestar por arreglos propios. Algunas pueden acceder al bienestar por medio del mercado
Mediano y Corto plazo (1970-2019)	Legados en la gestión de salud	Existe oferta de distintas instituciones de servicios de salud. Toma relevancia por su rol en la gestión del sistema de salud público	Sistema de salud mixto cuyos dos regímenes (subsidiado y contributivo) es gestionado por entidades privadas	Acceso al sistema de salud según sus características
	Legados en la gestión de deterioro del empleo	Flexibilidad laboral	Seguro de desempleo y ciertas condiciones laborales sujetas a contratos fijos	Apoyo en familiares, préstamos y migración

Elaborado por la autora.

Capítulo 2. Construcción del régimen de bienestar de Ecuador

2.1. Incipientes esfuerzos de política social (1900-1970)

El siglo XX encuentra a Ecuador bajo el gobierno de Eloy Alfaro de corte liberal y cuyo periodo presidencial coincidió con los inicios de la formación profesional del ejército nacional que “empezó a tomar forma en un ambiente progresista y aún rebelde. Nunca perdió enteramente ese tinte inicial (...) no dejó de considerarse una fuerza para el progreso nacional” (Bethell 1993, 306). La Iglesia Católica había logrado en Ecuador mayor influencia que en toda la región durante el siglo XIX, conservando tierras e influencia política. Bajo el gobierno de Alfaro y su sucesor Leónidas Plaza, sin embargo, la Iglesia perdió su capacidad de censurar a la prensa, el monopolio de registros civiles, la tributación eclesiástica, los votos eclesiásticos, la predicación con fines políticos y se inició un proceso de secularización de la educación. Parte de la educación continuó en manos de la Iglesia principalmente para las clases altas y la educación laica por largo tiempo no pudo igualar las proporciones de la educación católica. Además, con la caída del precio del cacao, la inversión pública en educación se redujo y las comunidades religiosas llenaron el espacio dejado por el Estado (Bethell 1993, 308).

Tras la muerte de Alfaro, la Iglesia volvió a ejercer poder en la vida sociopolítica ecuatoriana, con mayor fuerza tras 1924 periodo en el que, además de la caída del precio del cacao y de los golpes económicos que produjo la Primera Guerra Mundial, “los ingresos del gobierno central mermaron con continuas concesiones a las regiones, hasta que en 1924 el 80 por 100 de las rentas ordinarias habían sido descentralizadas por sucesivos congresos, dominados por los intereses locales” (Bethell 1993, 309). Un periodo de gran importancia para la construcción de relaciones socio-estatales se da entre 1930 y 1940 pues en este periodo las ciudades crecen, empiezan a modernizarse y con ello a darse un rompimiento de la sociedad tradicional, y más importante todavía se incorporan a amplias partes de la población a la vida política, no solo mediante el voto sino también mediante los intentos de inclusión de políticos hacia el pueblo.

El expresidente Velazco Ibarra, como muestra de interés de inclusión del pueblo en la política, se dirigía principalmente a grupos que habían sido históricamente excluidos. Este periodo marcó la forma en la que se relacionan los candidatos y gobernantes con la sociedad ecuatoriana y también se generó cierta infraestructura pues se invirtió en educación, vivienda, hospitales y viabilidad para gestionar la dificultad de acceso a dichos servicios de las clases más pobres (Paltán 2016, 15-16). Así, en la legislación ecuatoriana se encuentran varias estipulaciones desde 1929 que integran asuntos como el seguro social, exigencia de

condiciones de seguridad y salud hacia los empleadores, bases de un sistema de seguridad social consagrado como derecho irrenunciable de los trabajadores que, financiado con recursos del Estado, empleadores y trabajadores, plantea gestionar la enfermedad, invalidez, vejez y desocupación (Porras 2015, 99-102).

Sin embargo, las políticas de seguridad social fueron mayoritariamente de carácter caritativo bajo la noción de conferir favores a personas de la tercera edad, viudas, militares y empleados del sector público bajo la constitución de Caja de Pensiones hasta 1935 cuando se hace obligatorio el Instituto Nacional de Previsión que en 1963 cambia de nombre a Caja Nacional del Seguro Social (Espinosa 2011, 286). En 1967 se extiende la obligación del Estado de gestionar dichos riesgos para con toda la población ecuatoriana, obligando al Estado a proveer medios de subsistencia a los grupos poblacionales con menores recursos.

El sistema de seguridad social de Ecuador en la práctica, a pesar de aquello que se estipula en sus diversos documentos legislativos, es de base contributiva y no llega a proveer una prestación universal pues trabajadores informales e individuos con bajos recursos, quedan excluidos de este sistema por no poder cubrir el monto mínimo de aportación que se requiere para afiliarse al seguro social (Porras 2015, 99-102). Además, las mujeres enfrentaban más problemas para acceder al sistema de seguridad social pues para mediados del siglo XX componían apenas el 32% de la fuerza laboral y aquellas que trabajaban recibían un salario menor al de los hombres a pesar de realizar el mismo trabajo a tiempo completo, realidad que se mantuvo hasta casi finales de siglo (Cruz 2006, 193-194).

De acuerdo con Betty Espinosa, de forma general se puede identificar en Ecuador durante el periodo desde finales del siglo XIX hasta 1957 políticas sociales de caridad y filantropía pues los problemas sociales fueron gestionados en este periodo principalmente por actores privados e instituciones caritativas mientras que el Estado estaba centrado en temas de seguridad y orden. En lo que a salud respecta el Estado ecuatoriano mantuvo principalmente acciones de socorro a la población con menores recursos y las únicas medidas preventivas estaban destinadas a enfermedades contagiosas en los puertos con la finalidad de proteger la actividad exportadora (Espinosa 2011, 286).

Entre 1948 y 1964 Ecuador experimenta un boom bananero, lo que prepara el terreno para el periodo de la industrialización por sustitución de importaciones implementado por la Junta Militar en 1965 y empieza a fortalecer al Estado en comparación con años precedentes. En las décadas del 60 al 70 el Estado empieza a adquirir un rol de activador, redistribuidor e

interventor en las relaciones socioeconómicas y se consolida la integración nacional con el sistema vial, transportes, etc., lo que ayuda a que en esta época emerjan organismos de la sociedad civil como gremios, sindicatos y organismos campesinos y estudiantiles, etc. (Valarezo, Báez y Ospina 2004, 179-185).

A partir de la década de 1970 se puede identificar un segundo periodo de políticas sociales en la que la forma de gestionar los riesgos sociales se da principalmente en base a un mayor rol del Estado en la distribución de recursos con el fortalecimiento de derechos civiles, políticos y sociales. El objetivo de dichas políticas no consistió en la equidad pues el acceso a los recursos distribuidos fue diferenciado según clase, género y etnia al estar vinculados a la formalidad laboral, favoreciendo con ello a las clases medias. En esta misma década inicia en Ecuador el boom petrolero con el que el Estado registra los mayores ingresos percibidos hasta entonces e inicia una nueva fase económica. El boom petrolero incidió en la consolidación de un sector financiero e industrial y el crecimiento de las clases medias, pero también se acompañó de fuerte endeudamiento externo y corrupción (Valarezo, Báez y Ospina 2004, 180-181).

Ecuador fue el último país de la región en instaurar un ministerio de salud pública de acceso universal en 1967. “La rápida expansión del sistema de salud en esa época se constata en el hecho de que, de 72 centros comunitarios inventariados en 1967, se pasó a 1760 en la década de los ochenta” (Espinosa 2011, 287). También en la década de 1970 se amplía la cobertura del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) incluyendo seguros campesinos, trabajadores agrícolas, seguros para personas de bajos recursos y de afiliación voluntaria. Esto permite a una mayor proporción de la población acceder a servicios de salud y contar con ingresos durante la vejez (Espinosa 2011, 288).

2.2. Década pérdida y feriado bancario (1970-2000)

En 1979 empieza la etapa democrática en Ecuador luego de una serie de dictaduras militares, con el gobierno de Jaime Roldós (1979-1981) caracterizada por una fuerte inestabilidad política y pugnas entre los poderes del Estado (Marín-Mayoral 2009, 125). La década de los 80 en Ecuador también es conocida como la ‘década pérdida’ por ser una década de crisis con retrocesos en la inversión, la reducción del Estado, los mercados desregulados y la apertura comercial. Además, en este periodo se iniciaron cambios en la paridad nominal del sucre que se devaluó en un 3 857% entre 1980 y 1991. La deuda externa también incremento, en gran medida por el encarecimiento en sucre de la deuda externa de 4 651.7 millones de dólares en

1981 a 12 222 millones en 1990 (Oleas 2017). Esta década también estuvo marcada por la enfermedad holandesa como consecuencia de la esperanza puesta en la exportación de petróleo y un crecimiento económico estanco (Marín-Mayoral 2009, 125).

Los ingresos por el petróleo facilitaron el endeudamiento externo llegando este al 30% del PIB en 1980, lo que se volvió crítico al incrementarse las tasas de interés internacionales llevando a la implementación de una serie de ajustes, como la reducción (casi paralización) de la política social, para cumplir con las obligaciones internacionales (Oleas 2017, 214-216). Desde 1982 el Estado buscó combatir desequilibrios estructurales acarreados de la década, lo que hizo que los tres gobiernos de esta década: Hurtado (1981-1989), Febres Cordero (1984-1988) y Borja (1988-1992) ejecutaran medidas de ajuste macroeconómico que la sociedad ecuatoriana denominó “paquetazos” económicos (Oleas 2017, 218) y que resultaron en inflación e inestabilidad cambiaria.

En este periodo, a pesar de haberse dado una tercera reforma agraria,²⁷ se mantuvo la concentración de la tierra y la desigualdad social en especial para los campesinos de la sierra que se habían visto forzados a migrar a las plantaciones costeras por falta de ingresos. El conflicto bélico con Perú²⁸ intensificó los problemas sociales pues, además de pérdidas materiales y humanas, el gasto social se redujo como consecuencia de los problemas económicos ya descritos y los costos que implicaba la defensa nacional en el conflicto. Otra razón para la reducción del gasto social es que, desde los 80, el Estado ecuatoriano inicia un proceso para insertarse en la economía global, con políticas de corte neoliberal que privilegiaron los intereses de grupos económicos (Marín-Mayoral 2009, 125-128).

En 1988 cae el precio del petróleo y con eso inicia una crisis social, económica y política que, junto con otros factores, desencadena el levantamiento indígena de 1990,²⁹ una altísima inestabilidad política entre 1995 y 2005 y un empobrecimiento de la gran mayoría y enriquecimiento de unos pocos (Valarezo, Báez y Ospina 2004, 185).³⁰ Durante el gobierno

²⁷ La tercera reforma agraria “se inició con la promulgación de la Ley de Fomento y Desarrollo Agropecuario (1979) y se caracteriza por el retiro progresivo de la intervención estatal en las estructuras de tenencia. Al tenor de la citada ley, se enfatiza la protección de las estructuras de tenencia y se la impulsa con medidas de compensación y subsidios” (Jordan 2003, 299).

²⁸ El conflicto entre los países fronterizos data de 1829. Sin embargo, se firmaron distintos tratados de paz que estabilizaron el conflicto por varios periodos hasta alcanzar la paz finalmente en 1995. Aquí nos referimos específicamente al conflicto que tuvo lugar entre 1981 y 1995 (Marín-Mayoral 2009, 126)

²⁹ El levantamiento indígena de 1990 “marca la apertura de un período de movilización de diferentes sectores sociales que cuestionan a la vez la lógica de la representación política, el sistema de intermediación partidista y el cambio hacia un modelo económico excluyente” (Ramírez 2009,12).

³⁰ “mientras en 1990 el 20% más pobre recibía 4,6% de los ingresos, en 2000 captaba menos de 2,5%; en el mismo periodo, el 20% más rico incrementó su participación de 52% a más de 61%” (Marín-Mayoral 2009, 131).

de Jamil Mahuad (1998-2000) se vivió la peor crisis económica del país hasta ese entonces y el Estado implementó fuertes reformas económicas para enfrentar la crisis como la eliminación de subsidios, la privatización de empresas públicas, flexibilización del sistema laboral, reducción del aparato estatal y, quizá una de las medidas más controvertidas de esta época, la dolarización del país en el año 2000 (Marín-Mayoral 2009, 130; Valarezo, Báez y Ospina 2004, 185).

La crisis económica, el conflicto bélico y las medidas macroeconómicas implementadas durante este periodo repercutieron directamente en el empleo. El desempleo abierto urbano, que afecta principalmente a los quintiles de menores ingresos, pasó de 6% a finales de los 80 a 14,4% para 1990.³¹ De igual forma el subempleo urbano subió del 45,5% a 50% en el mismo periodo. El porcentaje de desempleo total se incrementó aún más desde 1991 debido a las medidas de flexibilización laboral que no solo excluyó a la nueva fuerza laboral sino también a quienes ya estaban empleados. Incluso para quienes lograron mantener sus empleos, las condiciones empeoraron pues entre 1998 y 2000 los contratos a tiempo fijo y la afiliación al IESS descendió del 52% al 42%. Los empleados, debido a la flexibilidad laboral que se dio en la época y al índice de desempleo, tendieron a aceptar condiciones precarias de trabajo para mantener sus ingresos (SAPRI-N 2001, 14-15).

Durante los tres últimos años del siglo XX, Ecuador vivió una crisis sistémica. El sistema económico decayó por la deuda externa, se vivió una crisis financiera,³² cayó el precio del petróleo (sumado a pérdidas consecuentes de la destrucción del oleoducto por el terremoto de 1987) y se dieron pérdidas agrícolas por el fenómeno del Niño en 1983. El sistema político institucional perdió credibilidad y confianza pública y se dio una captura estatal por parte de intereses privados y corporativos de élites económicas que resultaron en un largo “proceso de aniquilamiento del Estado como espacio de coordinación y representación pública” (Ramírez 2000, 17). Los cambios en el rol del Estado llevaron a su vez a una crisis social debido a las reducciones de cobertura en servicios públicos como educación, salud, etc., lo que impidió a gran parte de la población cubrir necesidades básicas de bienestar (Goycoechea y Ramírez 2002, 34-35; Oleas 2017, 220).

³¹ “Para el 20% más pobre de la población, el incremento en los niveles de desempleo es mucho más dramático: del 10% a fines de los ochenta, sube al 15% en 1992, al 17,7% en 1996 y termina la década con una tasa del 24%” (SAPRI-N 2001, 13)

³² Ramírez (2000, 192) explica que la crisis que se vivió en Ecuador no fue el resultado de distorsiones del sistema financiero sino “como resultado de una particular dinámica política que ha derivado en la total captura del Estado por intereses privados, particulares y corporativos”.

Velasco, Hurtado y Tapia (2020) exponen que el periodo de 1982 al 2006 se identifica como un momento clave en la trayectoria de política pública sanitaria debido al debilitamiento del sistema por la profundización de las políticas neoliberales. Para 1995 el Ministerio de Salud Pública (MSP) cubría al 28% de la población; el 20% de la población era cubierto por servicios privados; el 25% era cubierto por otros medios como los servicios de salud de las fuerzas armadas, Solca, entre otros; y el 27% de ecuatorianos estaban excluidos por completo de los servicios médicos, la población pobre y los habitantes de zonas rurales y urbano-marginales, viéndose obligados a gestionar la enfermedad con medicina ancestral y casera (Carpio 2001, 100-101). Los servicios públicos de salud se fueron debilitando cada vez más a lo largo de la década del 90 como consecuencia de los problemas presupuestales del Estado ya mencionados y de las políticas neoliberales. Para el año 1993 del gasto en salud general, 63% correspondió a gasto privado y solo 37% a gasto público en salud (Carpio 2001, 101).

2.3. Retorno del Estado y ruptura (2000-2019)

El siglo XXI inició en Ecuador con el proceso de dolarización iniciado el 11 de enero del año 2000. Los 7 primeros años del siglo estuvieron marcados por una fuerte inestabilidad política con cuatro mandatos presidenciales: Mahuad (1998-2000), Noboa (2000-2003), Gutiérrez (2003-2005) y Palacio (2005-2007) producto de dos derrocamientos presidenciales. En términos económicos la deuda externa se redujo 50 puntos porcentuales en relación con el PIB entre 1999 y el 2006, y la balanza de cuenta corriente se recuperó como consecuencia del alza del precio del petróleo a nivel internacional. La pobreza también disminuyó, pero en gran medida debido a las remesas enviadas por los ecuatorianos que migraron la década anterior, pues el gasto social público representaba únicamente el 22% del presupuesto del Estado frente a cerca del 40% destinado al pago de la deuda (Marín-Mayoral 2009, 131).

En el ámbito del empleo, los primeros años del siglo venían acarreado los problemas del anterior. Las condiciones laborales, la dificultad para encontrar trabajo y el retiro del Estado provocó en el país, en especial a partir del año 1999, una ola migratoria de alrededor del 12% de la población que ha apoyado con remesas a quienes se quedan en el país a expensas de las condiciones del mercado y estableciéndose como una válvula de escape ante la crisis socioeconómica. De hecho, “las remesas aportan divisas equivalentes a las exportaciones conjuntas de café, cacao, bananas, atún y pescado. (...) Alcanzan en promedio US\$ 175 o 150 por hogar” (Martínez Franzoni 2007, 44) siendo equivalentes a al menos un tercio de los ingresos de los hogares que los reciben.

Como apunta Martínez Franzoni (2007, 43), hasta parte del siglo XXI el mercado laboral de Ecuador se caracterizaba por ser precario, segmentado y mayoritariamente informal, con solo alrededor del 50% de la población trabajando formalmente y poco más del 30% desempeñando trabajo independiente no calificado. El empleo informal, el desempleo y el subempleo aumentaban cada día más, entre 1998 y 2003 el porcentaje de trabajadores informales aumentó en un 4%, lo que repercutió también en una disminución de la proporción de la población afiliada al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) que en ese mismo periodo bajó en un 10%. Uno de los principales problemas de esta época es que “existe un desempleo por encima del 10% pero lo que prima no es el desempleo sino casi un 50% de subempleo” (Martínez Franzoni 2007, 43).

Ante las fallas del mercado y el retiro del Estado, aunque lo venían haciendo históricamente, las familias empezaron a generar aún con más necesidad una serie de estrategias como el trabajo femenino y la organización familiar para crear redes migratorias, pues las remesas del trabajo transnacional permitieron en cierta medida mercantilizar el bienestar de quienes se quedaron en el país (Martínez Franzoni 2007, 44). Pero la migración también responde a la familiarización del bienestar, pues el proceso de migración depende, en la mayoría de los casos, enteramente del entorno familiar, desde el abastecimiento de recursos para pagar el viaje hasta la organización de la llegada: “oportunidades laborales, relaciones y posibilidades de inserción en el país receptor” (Goycochea y Ramírez 2002, 39). Así, aunque había ciertos indicios de mejoras en la economía, la crisis económica y social seguía palpable y empujaba a la población a gestionar los riesgos desde acuerdos familiares.

En 2007 el Ecuador entra en un periodo de estabilidad política con la elección de Rafael Correa (2007-2017). El partido del expresidente, Alianza País, no estaba institucionalizado y su discurso revolucionario se presentó como una disrupción del modo de organización social existente pretendiendo reconfigurar el espacio político con miras a consolidar procesos de cambio que sacaran a la sociedad de la crisis en la que se encontraba. Para ello se activó un proceso de reforma constitucional con la instauración de una Asamblea Constituyente que no pretendió enmendar la Constitución Nacional sino reemplazarla bajo una idea de revolución política que apelara a la soberanía popular y transformara la estructura básica del Estado observando demandas populares de organizaciones sociales al mismo tiempo que se distanciaba de grupos empresariales y partidos políticos interesados en mantener el statu quo (Ramírez 2014, 62- 64).

La ‘revolución ciudadana’, designación oficial del gobierno de Rafael Correa, refrendó por medio de un referéndum popular la nueva Constitución en septiembre de 2008. Esta nueva carta magna instauraba una serie de reformas entre las cuales se cuenta un mayor poder del Ejecutivo sobre temas económicos, la muerte cruzada entre el poder Legislativo y Ejecutivo, la introducción del concepto de *sumak kawsay*³³ y su prioridad por la inversión social. De hecho, se asignó 11% más del PIB a inversión social que al pago de la deuda en 2008, en contraste con los porcentajes asignados para dichos ámbitos en décadas anteriores (Marín-Mayoral 2009, 132).

Los aumentos en inversión social durante el gobierno de la revolución ciudadana repercutieron en aumentos en los porcentajes del PIB destinados a educación, salud, asistencia social, aunque ello no necesariamente implicó que la calidad de los servicios públicos alcanzara, de acuerdo con la percepción ciudadana, la calidad de los privados. También se observaron incrementos de la cantidad de individuos que recibían transferencias monetarias, afiliados a la seguridad social y a prestaciones asistenciales. Sin embargo, el modelo social del país, aunque presenta mejores, mantiene ciertas características del pasado pues continúa siendo “un sistema de seguridad social fragmentado y deficiente en cuanto a prestaciones, coberturas y sostenibilidad; (...) un sistema de prestaciones asistenciales que no ha conseguido salir de la lógica de la ‘pobretología’, con importantes sectores de la sociedad sin cobertura” (Ubasart-González y Minteguiaga 2014, 87).

La posibilidad de invertir en gasto social se da, aparte del incremento en los precios de petróleo, por una mayor recaudación tributaria, la renegociación de la deuda externa, la adecuación de contratos transnacionales sobre minería y petróleo, entre otros (Minteguiaga y Ubasart-González 2013, 17). La reticencia al pago de la deuda externa elevó el riesgo país limitando la inversión extranjera y la posibilidad de préstamos desde instituciones financieras internacionales tradicionales por lo que el Estado buscó financiamiento con Venezuela, Irán y China, además de promover la creación de organismos de crédito regionales (Marín-Mayoral 2009, 134).

De acuerdo con el estudio de Minteguiaga y Ubasart-González (2013), en el periodo 2007-2012 se pudo observar algunos cambios en el régimen de bienestar ecuatoriano, principalmente desde el rol estatal. La cobertura de los servicios públicos se expandió, aunque

³³ El Sumak kawsay es un término quichua para referirse al buen vivir entendido como la visión del ser humano como un organismo que vive en armonía y respeto con su entorno natural, respetando la naturaleza y favoreciendo colaboraciones comunitarias (Marín-Mayoral 2009, 132).

no necesariamente su calidad, con lo que se inicia un proceso de desmercantilización del bienestar pues es cada vez menos necesario depender del mercado para acceder a servicios básicos como salud y educación. Además, se dieron mejoras en las condiciones de empleo, e incrementó el número de beneficiarios de transferencias monetarias (especialmente para madres, personas de la tercera edad y enfermos). Sin embargo, todavía durante este periodo se observó limitaciones en la universalidad de los servicios públicos y accesos a derechos.

En su mayoría, para acceder a asistencia social se debe cumplir con la condición de vivir en condiciones críticas, lo que deja a un amplio rango de la sociedad que, aunque no vive en condiciones críticas, tampoco puede acceder a los servicios por medio del mercado. Además, el Estado aún no ha logrado traspasar ciertas responsabilidades de cuidado que caen sobre las mujeres a la esfera pública (Minteguiaga y Ubasart-Gonzalez 2013). La familiarización del bienestar que recae sobre las mujeres tiene consecuencias sobre el bienestar de estas debido a que en caso de que logren insertarse en el ámbito laboral, tienen una doble carga (una doméstica y una formal) lo que puede influir en su salud mental, física y emocional; y en muchos otros casos, la carga que representan los cuidados no les permite ajustarse a los horarios laborales y ello las vuelve dependientes de otros miembros de las familias al no percibir ingresos ni tener un seguro social.

Rafael Correa fue electo nuevamente como presidente en las elecciones de 2013. El segundo año de este periodo presidencial fue crítico debido a la baja en los precios del petróleo³⁴ que obligó al gobierno a incurrir en más deuda pública y reducir la inversión en gasto social, siguiendo en parte lineamientos de Fondo Monetario Internacional a pesar de las fuertes críticas que el expresidente hacía al organismo internacional (Vera y Llanos-Escobar 2016). Aún con los problemas existentes en el último periodo del mandato presidencial de Rafael Correa, en las elecciones de 2017 triunfó su sucesor Lenin Moreno frente a la mayor figura de oposición, el banquero Guillermo Lasso. Moreno (2017-2021) durante su campaña presidencial propuso continuar con la Revolución Ciudadana, pero de una forma menos ‘intransigente’, pues una de las mayores críticas al mandato de Correa fue su estilo agresivo en especial con la oposición. Sin embargo, durante su mandato, Moreno encontró como principal opositor a Rafael Correa, dándose con ello una ruptura de las líneas políticas de Alianza País y un acercamiento entre el gobierno de ese entonces con grupos de oposición, principalmente élites económicas (Ramírez 2018).

³⁴ “Con el precio internacional del barril entre los \$ 22 y \$ 40 en los últimos meses del 2015, los costos de producción superan los de venta” (Vera y Llanos-Escobar 2016, 149).

Durante el periodo de gobierno de Rafael Correa uno de los puntos más relevantes fue que se eliminó con un mandato constitucional la terciarización. También se hizo obligatoria la afiliación al IESS de las personas que trabajan en relación de dependencia, sea esta empresarial o doméstica y el salario mínimo unificado se incrementó en tres ocasiones entre el 2009 y el 2011, aunque no se dieron avances en la creación de algún tipo de seguro de desempleo (Minteguiaga y Ubasart-González 2013). Durante el gobierno de Moreno se inició un proceso de flexibilización del código laboral y se suprimió la posibilidad de que “las autoridades emprendieran acciones legales contra los empresarios que hubieran atentado contra los intereses de sus asalariados ocultando recursos o vaciando los talleres de máquinas” (Ramírez 2018).

En lo que respecta a salud, Velasco, Hurtado y Tapia (2020), mencionan que el período 2006-2014 mostró un fortalecimiento de la salud pública en concordancia con los cambios de la constitución de Montecristi que incrementaban el rol del Estado y los derechos ciudadanos de acceso a servicios públicos. Esto va de la mano con que en el año 2008 se reinstaura el derecho constitucional de acceso a la salud y “se dispone que el gasto en la salud debe ser el 4% del PIB” aunque ello no llegó a cumplirse (Velasco, Hurtado y Tapia 2020).

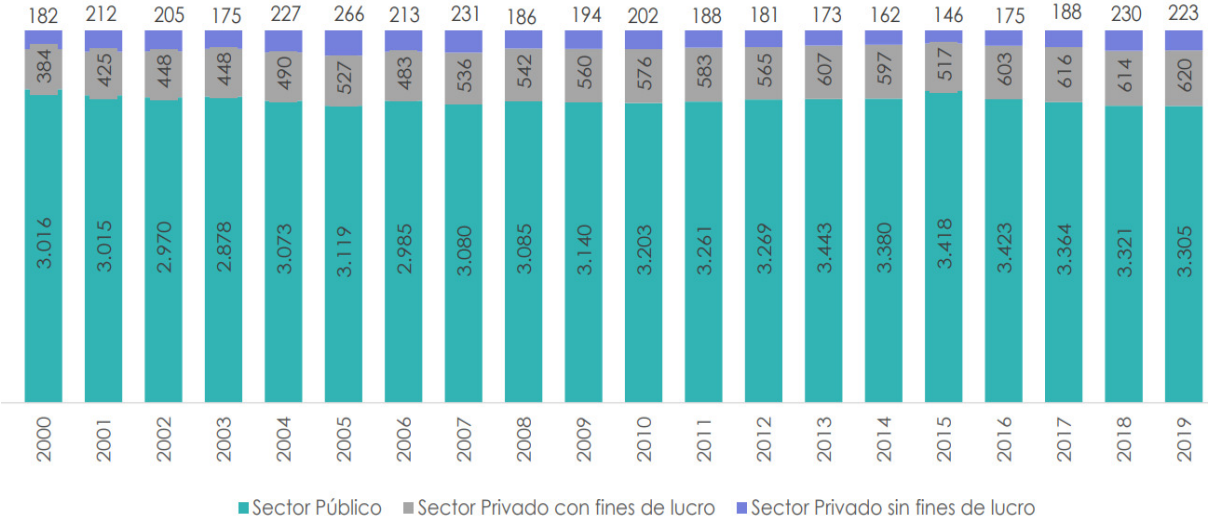
Además, un gran avance durante este periodo es el tratamiento de individuos con discapacidades mediante la Misión Solidaria “Manuela Espejo” que permitió a personas que nunca habían recibido atención accedan a atención médica. Este programa funcionó de la mano con la Misión “Joaquín Gallegos Lara” que entregaba un bono mensual de USD 240, medicinas y capacitación a un familiar responsable del cuidado de la persona con discapacidad, aunque ambas misiones condicionaban su focalización a individuos que aparte de condiciones severas de salud, certificaban una condición económica crítica (Minteguiaga y Ubasart-González 2013, 21).

Durante el siglo XXI, el número de establecimientos de salud a nivel nacional se fue incrementando como muestra el gráfico 2.1. Sin embargo, la distribución geográfica de los centros de salud, así como de personal médico no es uniforme en el país. La Sierra y la Costa, cuentan con el mayor número de ambientes físicos para atención médica del país.³⁵ A pesar de los esfuerzos por fortalecer el sistema de salud, la atención médica continuó siendo durante todo el siglo XXI principalmente curativa y no preventiva. Además, Velasco, Hurtado y Tapia

³⁵ Con la finalidad de mostrar la disparidad en la distribución de establecimientos de salud a nivel nacional, se puede mencionar que para el 2019, la región Sierra cuenta con 374 salas de parto, la Costa con 369, la Amazonía con 45 y la región Insular con 3; en cuanto a salas de operaciones la Sierra dispone de 729, la Costa con 742, la Amazonía con 51 y la región Insular con 2 (RAS 2022, 23)

(2020), en su análisis sobre la situación del sistema de salud ecuatoriano indican que a partir del 2018, tras la firma del acuerdo con el FMI, se inician una serie de recortes al sistema de salud como recorte de personal (se despidió a aproximadamente 3500 trabajadores del Ministerio de Salud Pública) y reducción del gasto en salud (se reduce entre el 10% y 15% del presupuesto del MSP); a esto se suma el hecho de que no todos los fondos destinados al sistema de salud se ocupan pues entre 20 y 40% de los recursos estatales destinados a servicios médicos se pierden por despilfarro o corrupción.

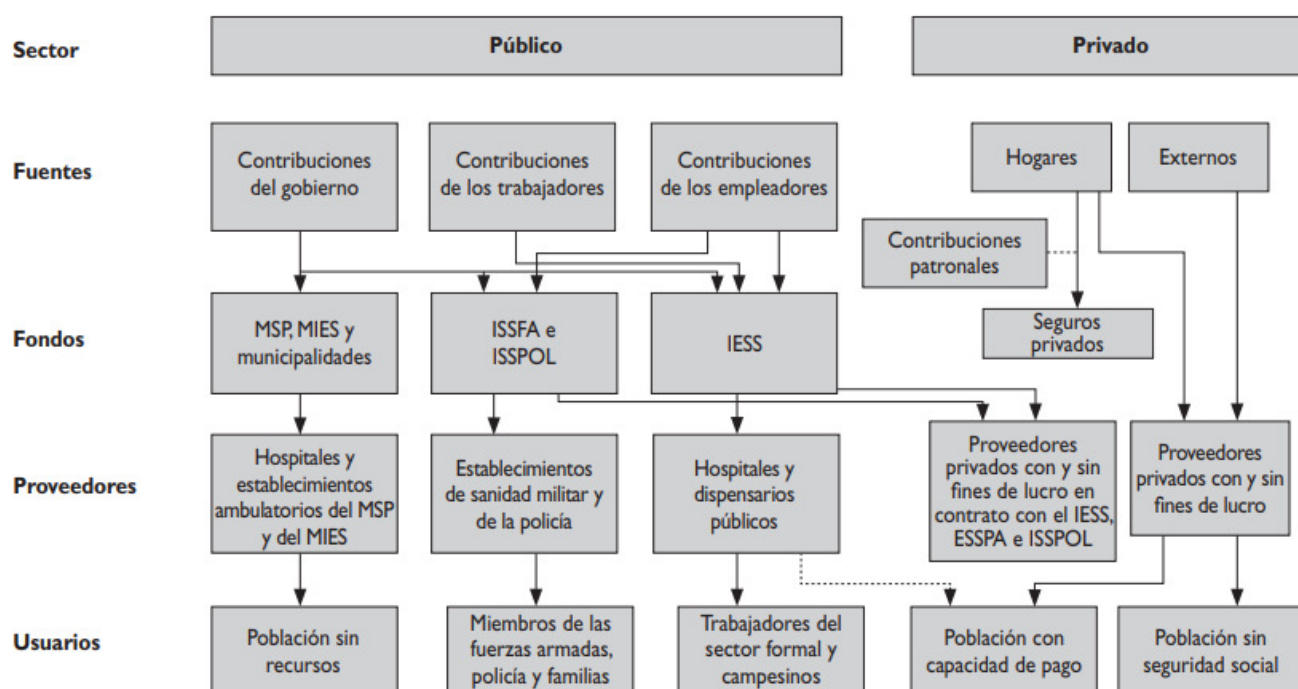
Gráfico 2.1. Número de establecimientos de salud en Ecuador 2000-2019



Fuente: RAS (2022,11).

El sistema de salud ecuatoriano se organiza como se muestra en el gráfico 2.2. Bajo este sistema, específicamente a partir del año 2008 se pretende brindar servicios de salud a toda la población ecuatoriana como un derecho ciudadano. Como se observa en el gráfico, el sistema de salud se compone de una estructura privada y una pública. La estructura privada se compone de hospitales y otros centros médicos privados, y de proveedores de salud sin fines de lucro como la Cruz Roja. La estructura del sistema público, aunque abarca a una serie de instituciones, puede dividirse a grandes rasgos en tres sectores: salud pública (MSP, MIESS y Municipios), seguridad social de la policía nacional y las fuerzas armadas, y el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS). Estas divisiones responden tanto a las fuentes de financiamiento como en la población que recibe el servicio de salud. Entre los principales desafíos del sistema de salud se cuenta la integración real de los tres sectores públicos bajo la rectoría del Ministerio de Salud Pública y una cobertura uniforme en el territorio nacional, pues las instituciones médicas como el personal de salud tiende a concentrarse en las ciudades principales (Lucio, Villacrés y Henríquez 2011, 181-186).

Gráfico 2.2. Organización del sistema de salud ecuatoriano



MSP: Ministerio de Salud Pública
 MIES: Ministerio de Inclusión Económica y Social
 ISSFA: Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas
 ISSPOL: Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional
 IESS: Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social

El sistema de salud de Ecuador está compuesto por dos sectores: público y privado. El sector público comprende al Ministerio de Salud Pública (MSP), el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES), los servicios de salud de las municipalidades y las instituciones de seguridad social (Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas e Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional). El MSP ofrece servicios de atención de salud a toda la población. El MIES y las municipalidades cuentan con programas y establecimientos de salud en los que también brindan atención a la población no asegurada. Las instituciones de seguridad social cubren a la población asalariada afiliada. El sector privado comprende entidades con fines de lucro (hospitales, clínicas, dispensarios, consultorios, farmacias y empresas de medicina prepagada) y organizaciones no lucrativas de la sociedad civil y de servicio social. Los seguros privados y empresas de medicina prepagada cubren aproximadamente a 3% de la población perteneciente a estratos de ingresos medios y altos. Además existen al menos 10 000 consultorios médicos particulares, en general dotados de infraestructura y tecnología elementales, ubicados en las principales ciudades y en los que la población suele hacer pagos directos de bolsillo en el momento de recibir la atención.

Fuente: Lucio, Villacrés y Henríquez (2011, 178).

2.4. A modo de síntesis

Al igual que en el capítulo anterior, en esta sección discutimos: 1) las pautas de interacción que se fueron estableciendo a lo largo del tiempo entre el Estado, el mercado y las familias; 2) los legados históricos que las trayectorias históricas van generando; y aunque derivado de los legados históricos, 3) las opciones que se generaron precisamente en cuanto a la gestión de la enfermedad y el deterioro del empleo, observadas en los periodos temporales abordados que denominamos para fines de esta tesis el largo plazo (1900-1970), el mediano plazo (1970-2000) y el corto plazo (2000-2019). Estos puntos son sintetizados en la tabla 2.1.

Respecto a las pautas de interacción que se fueron estableciendo desde el siglo XX entre las esferas del bienestar en Ecuador encontramos que estas no han seguido un camino estable, sino que ha habido ciertas rupturas y reconciliaciones a lo largo de su historia. El siglo XX inicia con un Estado que busca generar incipientes esfuerzos de gestión del bienestar como la provisión de educación pública y bases de un sistema de seguridad social. Aunque las políticas sociales de este periodo fueron mayoritariamente caritativas y excluyentes, demuestran un intento del Estado de gestar un rol activo en la provisión del bienestar y la redistribución que se fortalece en las décadas del 60 y 70. Este rol del Estado incide en el surgimiento de organizaciones de sociedad civil. Aunque las élites económicas tienen injerencia en el Estado, en el largo plazo no se podría concluir que existe una relación estrecha entre el Estado y el mercado. Las familias ecuatorianas, al igual que en otros países de la región dependen mayoritariamente en arreglos familiares para acceder al bienestar, aún con los incipientes intentos del Estado de adquirir un rol redistribuidor. Esto responde a que el mercado ecuatoriano de inicios de siglo XX, aunque esto se mantiene a lo largo de la historia, es débil y no logra absorber la fuerza laboral de la sociedad ecuatoriana y el Estado no disponía de las capacidades para generar una real redistribución. En resumen, se podría decir que no existe una interacción fuerte entre las esferas y los atisbos de relacionamiento son intermitentes.

Este relacionamiento cambia en el mediano plazo con la década pérdida, donde hay una captura del Estado por parte de élites económicas con lo que la relación entre el Estado y el mercado se estrecha, el rol del Estado se reduce y se remite al orden y seguridad nacional, y las familias quedan dependiendo aún más de arreglos familiares y de precarizar su fuerza laboral para obtener ingresos. La dependencia de las familias en si misma se intensifica tras la dolarización, cuando ante la falta de empleo se da un boom migratorio que aliviana en cierta medida la situación económica de las familias de los migrantes mediante el envío de remesas. En el corto plazo se da otro cambio en las relaciones entre el Estado, el Mercado y la Familia con la entrada al gobierno de Rafael Correa. Aquí se rompe la relación de la década anterior entre Estado y Mercado, con un Estado que busca fortalecerse, regular el mercado y desmercantilizar ciertos servicios sociales. Aunque estos cambios implican una disminución del peso que recaía en la muchas de familias para acceder al bienestar, muchas otras quedaban excluidas y la desfamiliarización no llegó a plantearse realmente en el marco del régimen de bienestar que se estaba gestando. De todas formas, este periodo (al menos hasta el 2017) deja como legado para la gestión del deterioro del empleo sus esfuerzos de regulación de

condiciones laborales y sistemas de protección social, y para la gestión de la enfermedad, el fortalecimiento del sistema de salud e inclusión de población que había sido excluida históricamente de los servicios públicos. Un nuevo quiebre se da a partir del 2017 con una nueva contracción del rol del Estado y cierto dismantelamiento de las estructuras de servicios que se habían generado buscando reducir el gasto público.

Tabla 2.1. Síntesis de las trayectorias históricas del régimen de bienestar ecuatoriano

Periodo	Observamos	Mercado	Estado	Familia
Largo plazo (1900-1970)	Construcción de roles en la provisión del bienestar	Baja capacidad de absorción de la fuerza laboral	Se dan ciertos esfuerzos por adquirir un rol redistributivo, pero continúa siendo débil y excluyente	Acceden al bienestar por arreglos propios. Algunas pueden acceder al bienestar por medio del mercado
Mediano y Corto plazo (1970-2019)	Legados en la gestión de salud	Diversas instituciones privadas ofertan servicios y seguros de salud	Sistema de salud público fragmentado, pero que pretende una cobertura universal	Cuidados familiares, conocimientos ancestrales
	Legados en la gestión de deterioro del empleo	Flexibilidad laboral	Sistema de protección social, regulación de condiciones laborales	Apoyo en familiares, préstamos y migración

Elaborado por la autora.

Parte II. Gestión de la enfermedad y el deterioro del empleo en los regímenes de bienestar de Colombia y Ecuador durante la pandemia por COVID-19: 2020-2021

No estamos en el mismo barco. Estamos en el mismo mar. Algunos en lancha, algunos en yate, otros en salvavidas y muchos otros nadando con todas sus fuerzas

-Anónimo

La ausencia de sistemas de protección social capaces de gestionar riesgos sociales de forma eficaz e incluyente deja a una gran proporción de la población a su suerte. Quienes no poseen los recursos para lidiar, por ejemplo, con la enfermedad y periodos de desempleo se encuentran frente a un destino muy distinto de quienes disfrutan de mayores ingresos o al menos de mejores condiciones laborales. Al respecto, Martínez Franzoni (2020) retomó acertadamente una frase de autoría anónima que recorrió las redes sociales durante la pandemia por COVID-19: “no estamos en el mismo barco: estamos en el mismo mar, unas personas en yate, otras en lancha, otras solo con salvavidas, y aún otras nadando con todas sus fuerzas”. La analogía captura la realidad de desigual capacidad de los individuos para enfrentar esta “misma situación”, sobre todo en una región caracterizada por la desigualdad como Latinoamérica.

Como se evidenció en la primera parte de esta tesis que abarca los capítulos 1 y 2, los mercados laborales de Colombia y Ecuador, al igual que los de otros países de la región, se han caracterizado históricamente por ser incapaces de absorber formalmente la fuerza laboral. Sus Estados no siempre han estado presentes para absorber los diversos riesgos sociales, dejando que las familias deban solventar un poco a su suerte las incertidumbres diarias. Aunque el análisis de cómo se gestionan los riesgos sociales siempre ha sido relevante, el contexto de crisis múltiple desatado por la pandemia por COVID-19 realza su importancia llevándonos a plantear preguntas como: ¿Qué ocurre con el bienestar de la población en el marco de la pandemia? ¿Ha tomado el Estado fuerza en su rol de regulación? ¿Se adoptaron medidas para igualar medianamente la capacidad de lidiar con la incertidumbre que genera la pandemia en la población? ¿Qué esfera del bienestar absorbió con más fuerza el peso de la enfermedad y el deterioro del empleo?

El objetivo de esta segunda parte de la tesis es analizar la gestión de la enfermedad y del deterioro del empleo de los regímenes de bienestar de Colombia y Ecuador durante la pandemia por COVID-19 entre 2020 y 2021. A forma de introducción, presentamos a continuación las implicaciones de la gestión de la enfermedad y del deterioro del empleo en el marco de la pandemia junto con un breve contexto de la realidad Latinoamericana con la finalidad de brindar perspectiva y un punto de comparación respecto a los países

seleccionados como caso de estudio. El cuerpo de esta segunda parte, compuesto por los capítulos 3 y 4, presenta el contexto en el que llegó la pandemia por COVID-19 respectivamente a Colombia y Ecuador y sus prácticas estatales, mercantiles y familiares para gestionar los riesgos sociales analizados en esta investigación. Como conclusión, comparamos las prácticas de gestión de riesgos de los dos regímenes de bienestar durante la pandemia por COVID-19.

Por la amplitud del objeto de estudio, para analizar las prácticas estatales nos enfocamos específicamente en las intervenciones públicas que se dieron en torno a esos temas mediante decretos y resoluciones estatales para observar la regulación desde el Estado del Mercado y las familias y la provisión de servicios públicos. Las prácticas mercantiles se observaron principalmente mediante reacciones del sector privado-empresarial tanto en acciones para asegurar sus ingresos, como con comunicados del gremio empresarial respecto a la situación de deterioro del empleo y gestión de la enfermedad. Las prácticas familiares se abordan de forma más magra en comparación a las estatales y mercantiles al disponer de menor cantidad de información sobre su accionar. Sin embargo, con la finalidad de no invisibilizarlas, presentamos datos que permiten leer entre líneas el rol del ámbito doméstico al momento de lidiar con la enfermedad y el deterioro del empleo.

Gestión de la enfermedad

Si bien la llegada del COVID-19 no elimina la existencia de otras enfermedades, en esta sección nos enfocamos principalmente en las medidas adoptadas para gestionar la enfermedad provocada por el virus SARS-COV-2. “La respuesta a una nueva pandemia, como el COVID-19, se basa típicamente en cuatro pilares: 1) vigilancia y detección; 2) manejo clínico de casos; 3) prevención del esparcimiento del virus; y 4) mantener servicios esenciales” (OCDE 2020, 2-traducción propia). Dichos pilares se sostienen con estrategias de mitigación y contención y atención a los individuos infectados en los sistemas de salud.

Los mecanismos de mitigación buscan reducir la rapidez de esparcimiento para evitar el colapso de los centros de salud mediante el distanciamiento social, mayor higiene, encierro comunitario y, de estar disponibles, tratamientos y vacunas. Los mecanismos de contención tienen como objetivo minimizar la transmisión del virus de individuos infectados para lo que se implementan estrategias de rastreo y detección de individuos que estuvieron en contacto con casos positivos, y el confinamiento de los últimos (OCDE 2020, 2). La implementación de estas medidas tiene consecuencias sociales y económicas como estrés y ansiedad; y

reducción de la actividad económica que impacta en el empleo, tema que será abordado en el siguiente apartado.

La mitigación y contención están condicionadas por la capacidad de los laboratorios de procesar las pruebas, la capacidad de monitoreo y de la evaluación acertada del riesgo. Además, estas medidas, si bien pueden ayudar a reducir altos niveles de demanda de los centros médicos, usualmente son de utilidad en las primeras etapas de transmisión. Una vez que se da un contagio comunitario, la gestión de la enfermedad requiere una determinada capacidad de los sistemas de salud tanto en infraestructura como en recursos humanos para tratar a los casos que requieren hospitalización.³⁶ La conjugación de medidas, capacidades, y acciones sociales en torno a la gestión del virus incide en cómo este afecta la salud de la población.

El número de contagios y muertes en exceso se han establecido como los principales indicadores a observar para analizar el grado en el que la enfermedad ha atacado a la población. En la tabla II.1 hemos sintetizado el número de contagios y muertes de forma trimestral registrados en cuatro países andinos para poder tener una comparación entre los países seleccionados y sus vecinos. Sin embargo, los cortes seleccionados, aunque ayudan a visualizar de forma más rápida las diferencias estadísticas entre los países, no responden necesariamente a la realidad al mostrar la cantidad de casos en un día específico pudiendo incrementarse significativamente su registro al día siguiente por la forma en la que se manejaron los datos. Por ello, para tener una noción más fidedigna de la evolución de contagios y muertes adjuntamos como anexo las curvas de nuevos casos de contagios y muertes diarios para cada país entre marzo 2020 y diciembre 2021 en los anexos 2-9.

Los datos presentados responden a la sistematización que el gobierno de cada país realizó y los casos que se lograron confirmar. Sin embargo, existen dudas sobre la capacidad de los reportes oficiales de capturar la realidad vivida en los territorios. Por ello, cabe observar comparaciones del número de muertes durante el periodo de la pandemia y periodos previos partiendo de la sospecha de que el exceso de muertes entre un periodo y otro puede dar una idea más fidedigna del número de muertes por COVID-19. La diferencia entre el número de

³⁶ Según datos de la OCDE (2020,10) a inicios de la pandemia, de forma general, la respuesta de los humanos al virus hace que entre cada cinco contagiados, uno requiere hospitalización y de entre los individuos hospitalizados, la cuarta parte requiere cuidados intensivos (OCDE 2020, 10).

muerres totales por todas las causas entre enero 2020 y diciembre 2021 en los cuatro países se puede observar en el gráfico II.1 obtenido de Our world in data de Oxford.³⁷

Tabla II.1. Síntesis del número de contagios y muertes trimestrales en Colombia, Ecuador, Perú y Bolivia desde el primer caso hasta diciembre 2021

		Colombia		Ecuador		Perú		Bolivia	
		contagios	muerres	contagios	muerres	contagios	muerres	contagios	muerres
netos	primer caso	8/3/2020	24/3/2020	29/2/2020	13/3/2020	6/3/2020	20/3/2020	10/3/2020	29/3/2020
	mar-20	798	14	2141	166	950	86	107	5
	jun-20	97846	3334	52452	11924	285213	46963	32125	1379
	sep-20	829679	25828	137047	19248	814829	86542	134641	7925
	dic-20	1642775	42909	212512	23773	1015137	100292	156887	9160
	mar-21	2397731	63225	328755	26432	1540077	138100	270347	12236
	jun-21	4240982	106544	458504	31000	2054475	192565	437623	16740
	dic-21	5147039	129901	551253	34055	2292254	202653	599753	20021
diarios	mar-20	*	*	*	*	98	32	*	4
	jun-20	2803	111	713	193	2848	770	601	74
	sep-20	5637	170	1298	132	3061	179	418	31
	dic-20	11639	304	1000	37	1588	125	1293	14
	mar-21	7952	176	2201	33	6956	443	719	25
	jun-21	25880	610	1015	14	2410	234	2055	71
	sep-21	1429	38	568	17	1016	28	442	10
	dic-21	8436	35	2236	14	4760	69	6149	29

Elaborado por la autora con base en worldometers (2021).

Nota: los datos se muestran con corte al 30 de cada mes y aquellos datos no disponibles muestran un asterísco

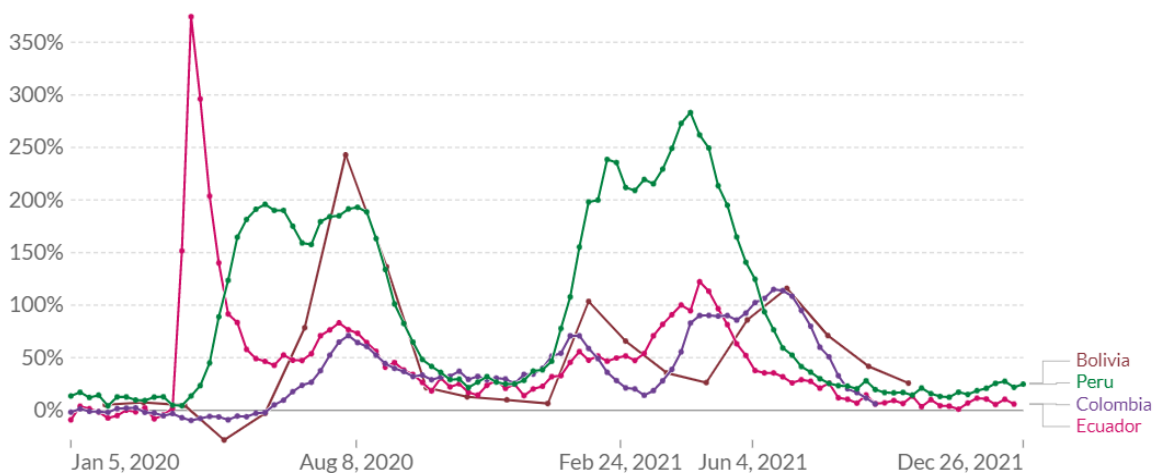
En base al gráfico se entiende que todos los países sufrieron altos en los índices de mortalidad debido al COVID-19. Sin embargo, en cada país los periodos con mayor número de muertes se dieron en distintos momentos. En Ecuador hubo un pico de muertes por COVID-19 en los primeros meses de 2020, en Perú a mediados del 2020 y primer semestre de 2021, en Bolivia a mediados de 2020, y en Colombia se mantuvieron menores diferencias que sus vecinos andinos frente a la mortalidad de años previos. Las razones para la diferencia entre picos de casos de COVID-19 se verán en las conclusiones. Por el momento cabe mencionar que si se comparan los datos del gráfico II.1 con los datos expuestos previamente de citas oficiales de fallecimientos por COVID-19 es evidente que los datos oficiales no lograron identificar todos los casos ni sistematizar adecuadamente los fallecimientos por esta causa. Aunque si se

³⁷ “Excess mortality during the Coronavirus pandemic (COVID-19)” Our World in Data.

rescata que al comparar las líneas del gráfico II.1 con los anexos 3,4,7 y 9 las curvas mantienen cierta similitud.

El virus SARS-COV-2 se ha posicionado como un problema público alrededor del mundo y ha generado la demanda social de que el Estado intervenga. Esto se debe a que la pandemia por COVID-19 cumple con todos los aspectos de formación de un problema público. El modelo de Subirats et al. (2008, 132-135) sobre los problemas públicos sustenta esta afirmación permitiendo ver que la pandemia: 1. Es un problema intenso, por sus efectos negativos en la salud que pueden desencadenar en la muerte; 2. Tiene un alto alcance, debido a la intensidad de contagio que lo volvió global; 3. Es un problema novedoso, pues aunque han existido otras pandemias estas no han tenido lugar en el último siglo ni en un contexto tan globalizado que permitiera una transmisión global sumamente rápida, lo que sumado al desconocimiento inicial del comportamiento del virus, su origen y falta de tratamiento específico generó una alta movilización de la opinión pública y la ciudadanía; y 4. Es un problema urgente debido a que el alto número de contagios lleva a una saturación de los sistemas de salud y con ello a un mayor índice de mortalidad.

Gráfico II.1. Exceso total de muertes por todas las causas frente a proyecciones basadas en años anteriores



Fuente: Our world in data (2021).

Considerando lo mencionado, aquí hacemos principalmente una revisión de las medidas adoptadas por el Estado para mitigar y contener el virus, y para fortalecer la capacidad de respuesta de sus sistemas de salud por la característica de problema público de la enfermedad. Sin embargo, no dejamos de lado las acciones del mercado y las familias con el fin de poder capturar la dinámica de gestión de la enfermedad de los regímenes de bienestar. La necesidad de que el Estado intervenga en la gestión de la enfermedad producida por el virus SARS-

COV-2 por su posicionamiento como problema público pone en relevancia el abordaje de la capacidad estatal en el ámbito sanitario. Por ello, con la finalidad de capturar al menos en cierta medida la evolución de la capacidad del sistema sanitario de Colombia y Ecuador observamos los indicadores presentados en la tabla II.2. Aquí consideramos algunos de los indicadores establecidos por la OMS (2020) para observar la capacidad de respuesta ante el COVID-19 de su propuesta “Indicadores epidemiológicos primarios e intervalos propuestos para evaluar el nivel de capacidad y desempeño del sistema de salud y los servicios de salud pública frente a la COVID-19” que se muestran en el anexo 1.

Tabla II.2. Indicadores a observarse en Colombia y Ecuador para capturar la capacidad y desempeño del sistema de salud y los servicios de salud pública frente al COVID-19

ESFERA	INDICADOR	CALIFICACIÓN		
		adecuado	moderado	limitado
Capacidad de atención clínica estatal	Cantidad de camas UCI/ 100.000 habitantes	+10	6 a 10	-6
	Porcentaje de camas de hospital ocupadas	<75%	75 - < 90%	90% +
	Medicos (enfermeras) por cada 10.000 habitantes	+30	23	-23
	Presupuesto público destinado al sector salud, % PIB	6%		-6%
Desempeño de la atención clínica	Tasa de letalidad en los casos hospitalizados	tendencia decreciente	tendencia estable	tendencia creciente
Capacidad de respuesta de la salud pública	Número de personas que se sometieron a pruebas diagnósticas por 1.000 habitantes	2+	1-<2	1

Elaborado por la autora con base a la propuesta de la OMS (2020).

De los cuatro indicadores escogidos por la OMS para evaluar el nivel de capacidad y desempeño de salud y servicios de salud pública frente a la COVID-19, escogimos aquí: 1. el porcentaje de camas de hospital ocupadas para medir la atención clínica, 2. la tasa de letalidad de los casos hospitalizados para observar el desempeño de los centros de salud y 3. el número de personas sometidas a pruebas diagnósticas para calificar la capacidad de respuesta de la

salud pública (OMS 2020). El cuarto indicador “porcentaje de casos para los que se ha llevado a cabo una investigación dentro de las 24 horas de su identificación” fue omitido al considerar que la obtención de dichos datos no sería posible en el contexto ecuatoriano y colombiano. Cada uno de los indicadores seleccionados mantiene la calificación propuesta originalmente por la OMS como adecuado, moderado y limitado.

También observamos indicadores que seleccionamos por considerar que permiten capturar la capacidad en términos infraestructurales del sistema de salud como el número de camas UCI por cada 100.000 habitantes, la cantidad de personal médico por cada 10.000 habitantes y el presupuesto público destinado a salud como porcentaje del PIB. Los indicadores reflejan por un lado los esfuerzos estatales por mejorar la capacidad del sistema de salud en el ámbito de infraestructura (camas hospitalarias, presupuesto público destinado a salud y número de pruebas diagnósticas) en el marco de la pandemia a partir de decretos y resoluciones. Por otro lado, indicadores como el porcentaje de camas de hospital ocupadas pueden dar pistas sobre la capacidad estatal de tomar decisiones acertadas en cuenta a las medidas para mitigar y contener el virus; y la tasa de letalidad en casos hospitalarios da luz sobre la capacidad de aprendizaje del sistema de salud para tratar la enfermedad.

El análisis de la capacidad y desempeño del sistema de salud se hace a nivel nacional pues hacerlo de forma desagregada para los territorios nacionales escapa los límites de esta investigación; sin embargo, con la finalidad de presentar una idea general de la penetración estatal en el territorio nacional, incluimos en el análisis menciones de las diferencias territoriales en este ámbito. Los rangos para definir a los indicadores como adecuado, moderado o limitado se definieron en función de la siguiente información: 1. de acuerdo con la OMS, es recomendado que los sistemas de salud cuenten con 10 camas UCI por cada 100.000 habitantes, y se debe contar al menos con 6 (Martins 2021, 12); 2. la misma organización recomienda un promedio de 35 médicos y enfermeras por cada 10.000 habitantes (CEPAL 2021, 5) y considera que para brindar servicios esenciales se requiere al menos 23;³⁸ y 3. el nivel recomendado de gasto público en salud es del 6% del PIB (OPS 2021).

³⁸ Organización Panamericana de la Salud (OPS) “La OPS/OMS destaca la necesidad de formar más personal de enfermería en América Latina y el Caribe”.

Gestión del deterioro del empleo

Como se mencionó, las principales medidas para gestionar la COVID-19 fueron estrategias de mitigación y contención a nivel global. Las primeras, que conllevan encierros comunitarios y distanciamiento social, incidieron en mayor medida en las actividades económicas, afectando la macro y microeconomía. Es decir, repercutió en la oferta y demanda a nivel global y local, en la capacidad de ahorro, en la inflación, en el crecimiento económico nacional, en niveles de desempleo, etc. Con el cambio de comportamiento en los consumidores que redujeron sus compras tanto por una posible disminución de ingresos como por el encierro comunitario, que al menos en los meses inmediatos a la detección del primer caso permitía en la mayoría de los países solo la compra de insumos básicos como alimentos y medicinas; la pandemia por el virus SARS-COV-2 llevó a que los negocios percibieran menos ingresos o debieran cerrar sus actividades y a que empleadores de todo tipo (empresas, ONGs, Estado, etc.) busquen disminuir sus costos operativos entre los que se incluyen las nóminas salariales.

Esta crisis laboral desencadenada en el 2020 ha sido la mayor en la región tanto en magnitud como en el número de países afectados. Según datos de la CEPAL (2021b, 126) basados en información de la Universidad de Groningen, si se observan las caídas en los niveles ocupacionales de la región, las tres recesiones más fuertes serían la de 1996, que afectó a 6 países, la del 2008 que afectó a 10 y la del 2020 que incidió en 17 países de la región. Los altísimos niveles de desocupación en la región, consecuentes de la crisis económica desencadenada por la pandemia, responde a que los sectores más afectados son aquellos que emplean a aproximadamente al 70% de la población ocupada: construcción, transporte, comercio, hospitalidad, manufacturas, y servicios sociales y personales (CEPAL 2021b, 127).

Los cambios dados a nivel global en ese sentido van desde situaciones drásticas como despidos masivos por cierre de empresas a cambios más leves como adaptación a nuevas modalidades de trabajo como el trabajo remoto. Una consideración importante respecto a dichos cambios es la incidencia diferencial de estas decisiones según el tipo de trabajo pues usualmente quienes pudieron mantener sus empleos e ingresos prácticamente estables pasando a la modalidad virtual, fueron profesionales de trabajos no manuales quienes además suelen percibir mayores ingresos que los trabajadores manuales. También, cabe considerar que alrededor del 60% del trabajo formal de la región es absorbido por las micro, pequeñas y medianas empresas (MIPYMEs), mismas que son sumamente vulnerables a periodos de crisis económica (Dini y Stumpo 2019) como la desencadenada con el virus.

Según estimaciones de la OIT, menos de un cuarto de los trabajadores latinoamericanos tenían trabajos que podían realizarse desde casa, restringiéndose principalmente a individuos con educación universitaria (Aillón 2022, 550). Esto genera una desigualdad en el riesgo de vivir desempleo o una disminución de ingresos, incrementándose el riesgo para grupos poblacionales que mayoritariamente no han tenido de forma histórica capacidad de ahorro y cuyos salarios pocas veces alcanzaban a cubrir los gastos básicos. En el marco de la pandemia, perder los empleos o ver reducidos sus ingresos por disminución de salario o de horas de trabajo, reducía aún más su menor capacidad de ahorro, limitando su capacidad de gestionar el riesgo de desempleo y enfermedad. Además, antes de la pandemia, según estimaciones de la OIT menos de la mitad de los empleados latinoamericanos aportaban a los sistemas de pensiones (CEPAL 2020, 1), lo que tiene consecuencias graves en periodos de crisis.

Una situación aún más crítica la vivieron los trabajadores informales, quienes aparte de una nula capacidad de ahorro, vieron completamente limitados sus ingresos y se enfrentaron a la dicotomía de morir de hambre o de COVID-19. El grupo poblacional que genera ingresos por medio del comercio informal fue uno de los más vulnerables durante la pandemia tanto en términos de decrecimiento de ingresos como en riesgo de contagio del virus. Por un lado, los trabajadores informales ya presentaban una tendencia a padecer enfermedades por sus condiciones de vida, limitaciones en alimentación y acceso a la salud, lo que incrementa aún más el riesgo de muerte al contraer COVID-19. Por otro lado, el requerir generar ingresos día a día mediante contacto directo, incrementa la probabilidad de contagio (CEPAL 2021c). Considerar las consecuencias de la pandemia en este grupo poblacional es altamente pertinente en América Latina pues antes de la pandemia, más de la mitad de la población se empleaba informalmente (CEPAL 2020b, 1).

En pocas palabras, el deterioro del empleo, aunque ya venía siendo un problema a nivel global sobre todo en países con economías débiles, incrementó su alcance y urgencia en el marco de la pandemia. De hecho, a diferencia de otros periodos de crisis, este implicó que ni siquiera el trabajo informal pueda servir de amortiguador para las fluctuaciones de empleo (CEPAL 2021b, 130). Ante esta situación organismos como la CEPAL (2020) llamaron la atención sobre la necesidad de que el Estado asuma actividades de planificación desde el inicio de la pandemia pues “dadas las desigualdades económicas y sociales de la región, los efectos del desempleo afectarán de manera desproporcionada a los pobres y a los estratos

vulnerables de ingresos medios” (CEPAL 2020, 11).³⁹ Desde un inicio se auguraba ya para la región latinoamericana un aumento en los índices de trabajo informal e infantil y de pobreza y pobreza extrema. Predicción poco sorprendente si se consideran los frágiles sistemas de protección social de la región frente al número de personas que requeriría algún tipo de apoyo económico durante la pandemia, la baja capacidad del mercado de absorber la fuerza de trabajo y la histórica dependencia en los círculos familiares para gestionar el deterioro de empleo.

A diferencia de la gestión de la enfermedad, frente a la cual se pueden generar lineamientos claros de rutas de acción, la gestión del deterioro del empleo tuvo respuestas diversas, un poco en función de las capacidades y la comprensión del riesgo como problema público de cada país. Esto responde a que “los modelos de institucionalidad de la política social y los alcances en cada país respecto a leyes, normas, políticas, programas, prácticas y mecanismos de rendición de cuentas y participación son heterogéneos” (Cecchini, Holz y Soto de la Rosa 2021, 10). Bajo dicha premisa, cabe esperar que los sistemas de protección social que se han instaurado históricamente en la región influyan en la capacidad de respuesta de los gobiernos durante la crisis.

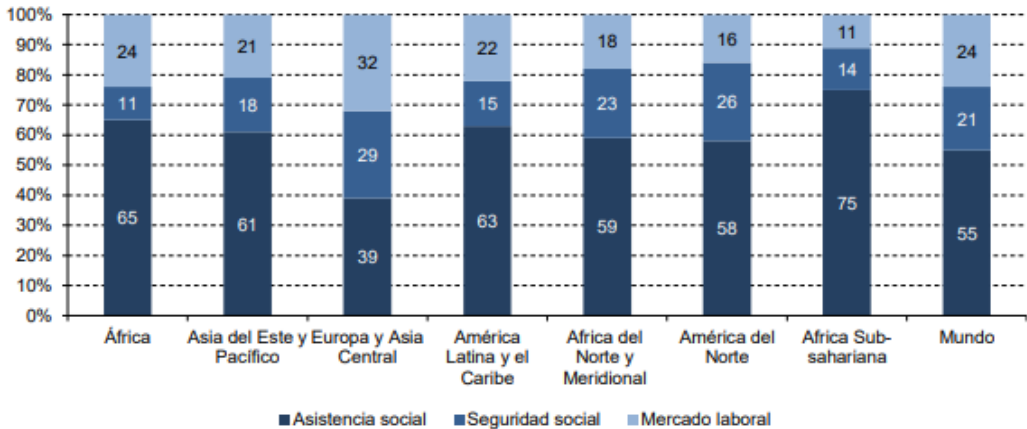
Los gobiernos adoptaron diversas medidas para hacer frente a las consecuencias económicas de la pandemia. Se implementaron una serie de medidas entre las que se encuentran políticas fiscales, monetarias, empresariales, etc. En términos de respuestas de políticas de protección social, en la región primaron las transferencias monetarias no contributivas, teniendo menor peso las medidas de seguridad social. Una de las principales razones para que se optara por dichas medidas está vinculada con las dificultades de focalización y registro de ciertos sectores poblacionales, lo que llevó a que muchos hogares que se encontraban en los límites entre los estratos medios y bajos vivieran importantes reducciones en sus ingresos (Amarante 2022, 5-6).

A nivel global se buscó implementar medidas para apoyar a los hogares con medidas de asistencia social, seguridad social y políticas que incidieran en el mercado laboral. El gráfico II.2 muestra la conglomeración de medidas en dichos ámbitos en el mundo hasta mayo 2021. Regiones como Europa y Asia Central, gracias a los altos índices de formalidad de sus

³⁹ “En la región, los mercados laborales suelen ser precarios: existe una alta proporción de empleos informales (un 53,1% en 2016, según la Organización Internacional del Trabajo (OIT, 2018)). En 2018 solo el 47,4% de los ocupados aportaba al sistema de pensiones y más de 20% de los ocupados vivía en la pobreza. Las mujeres, los jóvenes, los indígenas, los afrodescendientes y los migrantes están sobrerrepresentados entre los trabajadores informales.” (CEPAL 2020b, 1).

mercados de trabajo, pudieron implementar medidas contributivas mediante el aseguramiento social y la implementación de políticas de regulación laboral, subsidio laboral, entre otros. Las regiones con menores niveles de desarrollo mercantil priorizaron las medidas de asistencia social, siendo en América Latina las transferencias monetarias el principal recurso de apoyo social. Cabe señalar que la situación económico social desencadenada con la pandemia llevó a que se crearan nuevos programas y dispositivos de emergencia (Amarante 2022, 19).

Gráfico II.2. Distribución de las respuestas de protección social según componentes, por regiones



Fuente: Gentilini U. y otros (2021), "Social Protection and Jobs Responses to COVID-19: A Real-Time Review of Country Measures" (versión mayo 2021). World Bank, Washington, DC.

Fuente: Amarante (2022, 19).

Aquí nos centraremos en las medidas de protección social adoptadas por los Estados de Ecuador y Colombia para enfrentar la caída abrupta de los ingresos de los hogares basándonos en la clasificación de la CEPAL (2020b) que muestra el gráfico II.3 pues consideramos que estas medidas tienen una incidencia más directa en la calidad de vida de los ciudadanos al gestionar el deterioro del empleo y generar apoyo para los hogares más vulnerables. Enfatizamos en las medidas de protección social para trabajadores formales al ser medidas que pretenden regular y/o afrontar los cambios en la calidad del empleo durante la pandemia, y en las transferencias monetarias pues estas son medidas de apoyo para individuos que se encuentran fuera del trabajo formal y que en el marco de la pandemia encuentran cada vez más difícil satisfacer necesidades básicas como alimentación y cobertura de servicios básicos.

Gráfico II.3. Medidas de protección social para enfrentar al COVID-19 en América Latina y el Caribe

Transferencias monetarias ^a	Transferencias en especie	Suministro de servicios básicos	Protección social para trabajadores formales	Otros apoyos directos a personas y familias
<ul style="list-style-type: none"> Nuevos programas de transferencias monetarias Extensión de las existentes (anticipos de entregas, ampliación de montos y cobertura) 	<ul style="list-style-type: none"> Alimentos Medicamentos Mascarillas Productos de aseo 	Suspensión o exoneración del pago de cuentas: <ul style="list-style-type: none"> Agua Electricidad Gas TIC (teléfono, Internet, TV) 	<ul style="list-style-type: none"> Reducción de la exposición al COVID-19 (teletrabajo) Protección de ingresos y puestos de trabajo (seguros de desempleo, licencias, prohibición de despidos) 	<ul style="list-style-type: none"> Alivios tributarios Facilidad de pago de créditos e hipotecas Control de precios

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
^a Transferencias para personas y hogares en situación de pobreza y vulnerabilidad, incluyendo a los trabajadores informales.

Fuente: CEPAL (2020b).

Para esta revisión, observamos las medidas estatales para gestionar el deterioro del empleo en términos del control de condiciones laborales, protecciones a trabajadores formales y medidas de apoyo y alivio económico para hogares vulnerables por medio de decretos y resoluciones. Además, consideramos las prácticas del sector privado-empresarial como presiones y solicitudes hacia el Estado y los empleados para mantener su funcionamiento, y la evolución en indicadores que dan cuenta tanto de la capacidad del mercado de absorber y mantener la fuerza laboral en periodos de crisis, como de la relación entre Estado y Mercado. Finalmente, observamos cómo enfrentaron las familias desde el ámbito doméstico la reducción de ingresos y/o empeoramiento de condiciones laborales consecuentes del deterioro de empleo. Este último aspecto, al igual que en la gestión de la enfermedad, se observa en medida de las limitaciones en la información.

Contexto latinoamericano

El primer caso de COVID-19 en la región se confirmó en Brasil el 26 de febrero de 2020. Tres días después se registró el primer caso en México y Ecuador y la primera muerte por el virus se dio en Argentina el 8 de marzo de 2020. Para el 19 de marzo ya todos los países de la región registraban contagios y a finales del mismo mes, la mayoría empezaba a contar los fallecidos.⁴⁰ La experiencia de Asia y Europa en el manejo del virus alertó a los países latinoamericanos sobre su llegada y les dio luces sobre posibles medidas que pudieran adoptar para contener el esparcimiento del virus al menos momentáneamente. Si bien la región falló en la misión de prevenir la llegada del virus, pues los gobiernos se vieron dudosos de

⁴⁰ Our world in data (2022) Daily new confirmed cases per million people

implementar medidas drásticas de forma preventiva, una vez llegado el virus, se tomaron medidas estrictas de salud en la mayoría de los países (Paz y Santelices 2020, 83).

Aunque pudieron tomarse decisiones más acertadas, lo cierto es que a diferencia de regiones a las que el virus llegó antes, en Latinoamérica la mayoría de los países adoptaron medidas drásticas para contener al virus tempranamente (Benítez et al. 2020, 2). Una de las principales medidas fue el confinamiento de las poblaciones. Sin embargo, en Latinoamérica, donde el 53% de la población económicamente activa trabaja en la informalidad y no dispone de ahorros, obedecer el confinamiento implica para muchos no obtener los ingresos necesarios para subsistir (Gutiérrez, Herrera y Kemner 2020, 12). A esto se suma el contexto económico y político en que el virus encontró a la región.

Por un lado, en lo que refiere al ámbito económico, Latinoamérica mantiene modelos que siguen siendo dependientes de la exportación de los commodities y que, por la baja de precio de estos y los choques recesivos experimentados a lo largo del siglo XXI, experimentaba una desaceleración económica desde un lustro antes de la llegada de la pandemia. Además, la región no había podido superar algunos factores problemáticos entre los que se cuenta su heterogeneidad estructural, baja complejidad de la matriz sectorial y limitaciones en recaudación fiscal (Bárcena y Cimoli 2020, 25). Otro problema del contexto económico de la región refiere al endeudamiento público que dificulta maniobras fiscales en el marco de la pandemia (Peñafiel 2021, 16).

El ámbito laboral sentía las consecuencias del estancamiento económico, reduciéndose cada vez más los empleos formales de calidad e incrementándose el número de trabajadores por cuenta propia. Los únicos sectores que lograron emplear significativamente a nuevos trabajadores fueron los de comercio y restaurantes (Beteta 2020, 187), ambos afectados por las medidas de mitigación y contención del COVID-19. La capacidad de ahorro para enfrentar pérdidas de ingreso o costear enfermedades era prácticamente nula para la mayoría pues, para el 2019, 72 millones de personas en la región vivían en pobreza, lo que equivale a un 30.8% de la población; un 11.5% entraba en condiciones de pobreza extrema según datos de la CEPAL; y alrededor de 285 millones de personas aunque no entraran en la línea de la pobreza, se encontraban en una condición vulnerable con un riesgo del 82% de caer en pobreza (Beteta 2020, 188).

Por otro lado, la región experimentaba un cambio en la orientación política de la mayoría de los países frente a la década anterior. El relativo “giro a la derecha” como se le ha

denominado en contraste al giro a la izquierda de inicios del 2000, inició procesos de ajuste fiscal y de recortes en la política social, lo que llevó a que en varios países se dieran explosiones sociales a finales del 2019. Los países donde se vislumbraron con mayor fuerza las movilizaciones sociales fueron Chile, Bolivia, Ecuador, Colombia, Haití y Puerto Rico (Gutiérrez, Herrera y Kemner 2020, 12-14). Las protestas se dieron principalmente debido al incremento de desigualdades económico-sociales y desgaste en los servicios públicos, entre los que se incluye el sistema sanitario (Peñañiel 2021, 18).

Durante la primera década y media del presente siglo, los países latinoamericanos habían visto mejoras en sus niveles de empleo, protección social y reducción de la pobreza tanto por el giro político como por incrementos en los ingresos nacionales. Sin embargo, aproximadamente desde el 2015, además de recesiones económicas ya mencionadas, los cambios políticos llevaron a ajustes estructurales que buscaron reducir los gastos en protección social. A esto se suma que las prestaciones y servicios sociales en la región han sido históricamente mayoritariamente contributivos, lo que excluye a trabajadores informales y población en desempleo (del Pino 2021, 87-88). Y particularmente importante en el contexto de la pandemia, los sistemas de salud de la región han tendido a estar centralizados geográficamente, concentrando los servicios médicos especializados a centros urbanos, generando así una disparidad en la oferta de servicios a la población nacional (Peñañiel 2021, 18).

En otras palabras, el virus llega a la región en un contexto en el que sus Estados no disponen de una alta capacidad económica y presentan problemas estructurales acarreados de forma histórica que difícilmente permiten una pronta respuesta ante la crisis desencadenada con la pandemia. Además, muchos gobiernos de la región generan dudas respecto a la real voluntad política de afrontar el virus teniendo en consideración a los grupos poblacionales menos favorecidos, lo que es exacerbado en varios países por un apoyo político magro incrementando las limitaciones de gestionar eficazmente un riesgo social pues la capacidad institucional, requerida para gestionar un riesgo social, depende de una serie de elementos entre los que se cuentan: capacidades burocrático-profesionales, fuerza de trabajo, infraestructura física, presupuesto, experiencia, apoyo de actores significativos y libertad de acción (Oszlack 2014, 2-4).

Capítulo 3. Gestión durante la pandemia en Colombia

3.1. Contexto de Colombia

La pandemia por COVID-19 llegó a Colombia bajo el mandato gubernamental de Iván Duque (2018-2022) quien al inicio de su gobierno tenía un apoyo popular de aproximadamente 47%, pero que para finales de 2019 había perdido el 20% de aprobación (Rodríguez 2019). El descontento popular hacia el gobierno del mandatario colombiano no responde solamente a sus decisiones como poder Ejecutivo, especialmente aquellas vinculadas con medidas económicas de tradición neoliberal, sino también a una herencia de rechazo frente al expresidente Álvaro Uribe del mismo partido. A ello se le une la dificultad de gobernar con un poder ejecutivo fragmentado y movilizaciones sociales de grupos que históricamente han sido relegados en la distribución de recursos y acceso a derechos (Rodríguez 2019).

En ese contexto cabe señalar que los servicios básicos de energía eléctrica, acueducto, alcantarillado, recolección de basura, internet y gas natural no son asequibles para toda la población colombiana. Existen diferencias abismales entre los servicios básicos a los que tiene acceso la población dependiendo del departamento en el que resida, como muestran los anexos 10 al 12. El acceso a acueducto, servicio de vital importancia en todo momento, pero en especial para cumplir con medidas básicas de higiene durante la pandemia por COVID-19, para el año 2020 como muestra el anexo 10 es menor al 50% en un poco más de un cuarto de los departamentos colombianos y más de la mitad de ellos tienen un menor acceso a acueducto que el total nacional. El acceso a internet necesario para el teletrabajo es más bien un privilegio para la mayoría de los colombianos. Como se observa en el anexo 11 menos de la mitad de la población de 19 de los 33 departamentos tiene acceso a internet y en 12 departamentos el acceso a internet es una realidad para poco más de la mitad de los pobladores.

Finalmente, el anexo 12 que muestra la tenencia de vivienda comparada entre el año 2019 y 2020, evidencia, por un lado, un incremento en formas de vivienda colectivas y de usufructo y una reducción en la tenencia completamente pagada de viviendas propias, lo que respondería a una reducción de la capacidad adquisitiva de la población y un giro hacia prácticas familiares o comunitarias para gestionar la disminución de ingresos que pueden destinarse a vivienda. Por otro lado, la gráfica del anexo 12 muestra una diferencia significativa en tenencia de propiedades propias totalmente pagadas en centros poblados y rurales dispersos frente a las cabeceras. Una lectura de dicha diferencia puede ser la desigual afectación en

términos económicos entre un sector y otro o, dicho de otra forma, una mayor vulnerabilidad a riesgos sociales en las áreas rurales dispersas y centros poblados que en las cabeceras.

Para el año 2019 la estructura del mercado laboral de Colombia muestra un 50% de asalariados y 42% de empleados por cuenta propia. Del primer grupo, el 37% tiene un contrato que es solo verbal; del segundo grupo el 86% tiene una actividad permanente que suele durar aproximadamente 106 meses, el doble de tiempo promedio que un asalariado suele poder mantener su empleo. Estas cifras muestran que “la forma de trabajo más precaria en términos de ingresos y protecciones legales, se ha convertido, no obstante, en una forma de trabajo más estable” (Suárez 2020, 31). La actividad económica en este mismo año se ramifica según datos del DANE como muestra el gráfico 3.1, en el que se puede observar también que prácticamente todas las actividades económicas en el país presentan empleados por cuenta propia, y que en algunas de ellas representan entre el 20 y el 50% del total de ocupados.

Gráfico 3.1. Ocupados por posición ocupacional y rama de actividad en Colombia 2019



Fuente: Suárez (2020, 32).

La cantidad de población empleada por cuenta propia es relevante en el marco de la pandemia pues la repercusión de la disminución de actividades económicas en la cantidad de los ingresos es más directa para ellos que para los asalariados; ya sea porque simplemente dejan de percibir los ingresos, frente a un presunto salario o porque no llegan a percibir montos de liquidación en caso de ver completamente limitadas sus actividades comerciales frente a los presuntos beneficios legales que recibiría un asalariado en caso de cierre de su lugar de trabajo. Además, la informalidad laboral en el país atañe en mayor medida a las mujeres que a los hombres y sus cifras son altas pues incluyen a todas aquellas empresas que funcionan sin

haber sido debidamente registradas. Según el Departamento Nacional de Planeación el 75% de las microempresas en el país no han sido registradas e incumplen con normas de contratación laboral. Esto se debe en cierto grado a que el costo de realizar todos los trámites y pagos requeridos para funcionar en la ‘formalidad’ para una MIPYME es de entre el 35% y 45% de su utilidad bruta y se requieren aproximadamente 8 días de trámites (Salcedo, Moscoso y Ramírez 2020).

Las condiciones laborales inciden directamente en el acceso a la salud de los ciudadanos colombianos pues afecta tanto la cantidad de ingresos que perciben, como el régimen de salud del que se benefician. Del total de ocupados a nivel nacional, el 41,6% está afiliado al Régimen Contributivo de Salud, el 39,5% al Régimen Subsidiado, el 8,1% se beneficia del acceso a la salud por medio de otro afiliado, el 2,8% accede a la salud con ahorros personales, 2,1% con ayuda de familiares y el 5% requeriría pedir dinero prestado, vender su vivienda o simplemente no acceder a servicios de salud (Suárez 2020, 37).

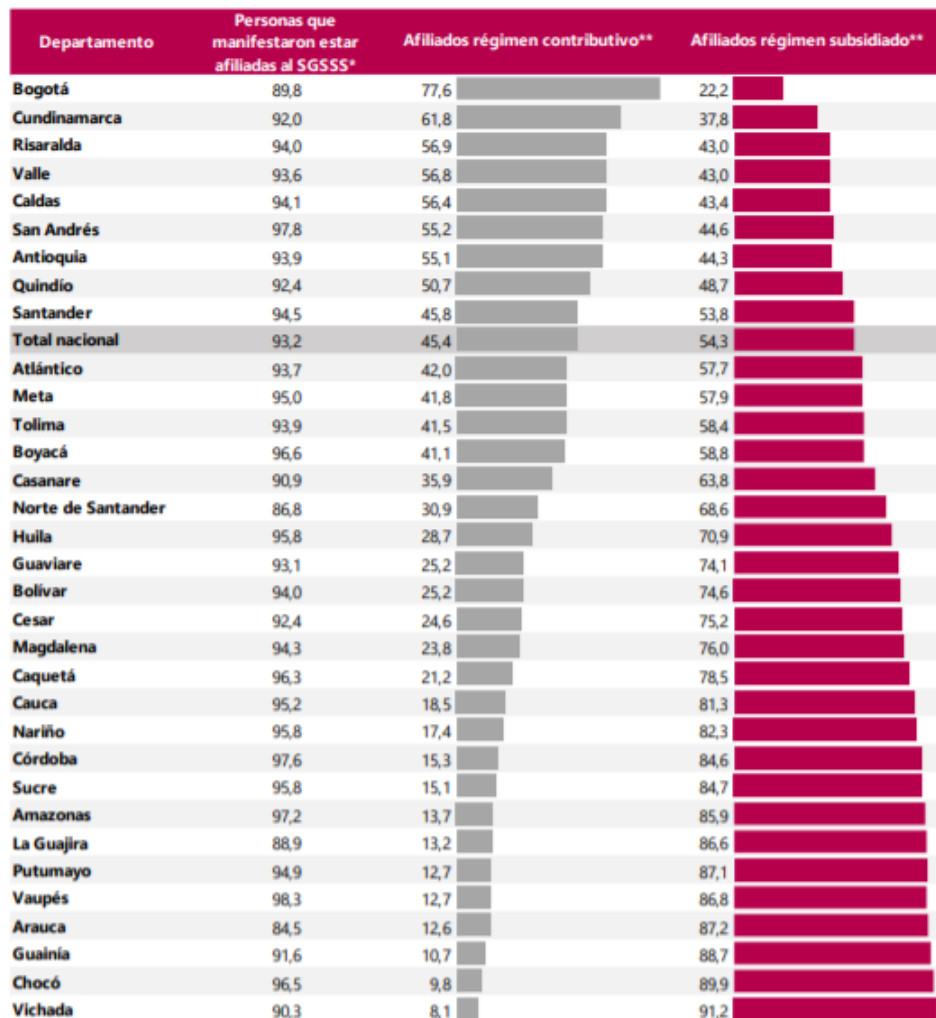
De estos porcentajes quienes acceden a servicios de salud mediante el Régimen Subsidiario son principalmente los trabajadores por cuenta propia, mientras los asalariados conforman la mayoría de quienes usan el Régimen Contributivo (Suárez 2020, 37). Existe además una diferencia geográfica en la proporción de individuos que están afiliados al régimen contributivo y al régimen subsidiado. Para el año 2020 la distribución según datos del DANE sigue el gráfico 3.2, lo que da pistas sobre la desigual capacidad del mercado de absorber la fuerza laboral a nivel nacional.

El contexto descrito, da luces sobre la situación general de Colombia al momento de llegada la pandemia y también explica en cierta medida las revueltas sociales que se dieron a finales de 2019 cuando diversos grupos sociales convocaron a un paro nacional frente a medidas fiscales, laborales y la venta de activos nacionales que respondían principalmente a la visión de Duque de crecimiento “por derrame” (Rodríguez 2019, 3).⁴¹ Cabe señalar que las manifestaciones no se dan simplemente por las reformas implementadas en el gobierno de Duque, sino que se pueden considerar una válvula de escape de décadas de tensiones.

⁴¹ “Aunque la mayoría de las medidas aún no estaban aprobadas, ya se habían hecho públicas (...) todas ellas habían creado una importante alarma social” (Rodríguez 2019, 4). Una vez convocado el paro, el primer mandatario desmintió las medidas, aunque en el margen de conversaciones con el comité del Paro anunció la suspensión de algunas de las medidas que había negado, y generó una estrategia de respuesta a las demandas sociales muy cuestionable y para la cual se alió con empresarios y comerciantes quienes señalaron los prejuicios de la protesta en la economía colombiana. Además, en diciembre aprobó la Ley de Crecimiento que incluyó varias de las polémicas medidas centradas en preceptos neoliberales que aprobaban por ejemplo exenciones fiscales que disminuyen los ingresos del Estado y su capacidad de gasto social (Rodríguez 2019, 5).

Por un lado, las desigualdades sociales y la estratificación están tan marcados en la sociedad colombiana, que existe en el país un sistema para dividir a la sociedad en segmentos según los ingresos y ubicación de residencia que determinan el acceso a servicios públicos. Por otro lado, tras la firma del acuerdo de paz con las FARC, de acuerdo con el Centro Internacional de Investigaciones Otras Voces en Educación, la sociedad civil ha empezado a generar una nueva forma de hacer política desde abajo, y la manifestación de noviembre 2019 fue “el resultado del surgimiento de un nuevo tejido ciudadano rebelde que aprende a diario con nuevas narrativas e imaginarios que exceden a las viejas tradiciones de lucha” (Jiménez et al. 2021, 8).

Gráfico 3.2. Porcentaje de personas afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud y por regímenes 2020



Fuente: DANE (2020).

Rodríguez (2019, 8) coincide con ello, pues según la autora, las manifestaciones en Colombia, además de ser una muestra de las demandas sociales, reflejan la desconfianza que existe entre representados y representantes. Sin embargo, es pertinente mencionar que, según la misma

autora, aunque existe gran descontento social y sobre todo que las clases medias han visto rotas sus expectativas, dentro de las manifestaciones no se ha pedido la salida de Duque (Rodríguez 2019, 8). Esto muestra el valor que da la sociedad colombiana al orden estatal y la autoridad, pero también nos presenta un importante contexto de la situación político-social que vivía el país cuando llegó la pandemia. Mismo que se vuelve relevante en un contexto en el que la población busca confiar en sus mandatarios y su gestión de los múltiples problemas que se enfrentan simultáneamente, y donde el gobierno necesita tener apoyo y autoridad suficiente para implementar las medidas que se consideren necesarias.

3.2. Gestión de la enfermedad

En este apartado abordaremos las principales medidas adoptadas por el gobierno colombiano para mitigar, contener e incrementar la capacidad del sistema sanitario ya sea por su relevancia para este tema o por su vínculo con acciones del sector privado empresarial y las familias. En la tabla 3.1 mostramos todas las medidas que se adoptaron desde el gobierno mediante decretos y resoluciones para mitigar y contener el virus entre marzo 2020 y noviembre 2021. En la tabla 3.2 por su parte mostramos aquellos decretos y resoluciones direccionados a incrementar la capacidad del sistema sanitario en el mismo periodo.

Además, abordaremos las acciones del sector privado-empresarial como representación del mercado y de las familias para gestionar la enfermedad durante el periodo de estudio. Como parte de la descripción de las acciones del sector privado-empresarial, con la finalidad de observar su posición frente a este tema y su nivel de incidencia en las decisiones estatales, recuperamos en la tabla 3.3 los comunicados de prensa emitidos por la Federación de Aseguradores Colombianos (Fasecolda), noticias y participación en medios en relación con el COVID-19 de la Asociación Nacional de Empresarios de Colombia (ANDI)⁴² respecto a la mitigación y contención del virus y en la tabla 3.4 aquellos relacionados al incremento de capacidad del sistema sanitario.⁴³ Para las acciones tomadas por las familias, tomamos estudios previos de carácter cualitativo, testimonios encontrados en prensa y encuestas públicas con relación a la gestión de la salud.

⁴² La participación en medios de comunicación se tomó de la página web de ANDI

⁴³ Se revisó también los comunicados y noticias del Consejo Gremial Nacional (CNG), sin embargo, no se incluyen en el gráfico pues no mostraban relación al tema de la gestión de la salud.

Tabla 3.1. Medidas estatales de Colombia para mitigar y contener el virus SARS-COV-2

	Medida	Fecha	Documento
Medidas estatales de Colombia para mitigar y contener el virus SARS-COV-2	Declaración de emergencia sanitaria por causa del coronavirus COVID2019. Se implementan medidas como la prohibición de eventos de mas de 500 personas, cuarentena para viajeros y medidas de higiene	12/3/2020-31/08/2021	Resolución 385 1462, 2230, 222, 738
	Suspensión de ingreso de extranjeros no residentes a Colombia por vía aérea	15/3/2020	Resolución 408
	Aislamiento obligatorio para individuos mayores de 70 años	18/3/2020-31/08/2020	Resolución 464, 844, 1462
	Clausura de establecimientos de diversión	18/3/2020-26/05/2020	Resolución 453, 844
	Aislamiento obligatorio de personas y vehículos	25/3/2020-01/06/2020	Decretos: 457, 531, 593, 636, 749, 689, 1076 Resolución 844
	Se establece el Sistema de Información para el reporte y seguimiento en salud a las personas afectadas COVID-19 y se crea el Programa de pruebas, rastreo y aislamiento selectivo sostenible (PRASS)	24/4/2020	Decreto 676, 992, 1109, 1374. Resolución 1463
	Aislamiento obligatorio de personas y vehículos. Se incrementan las actividades que tienen permitida la circulación, entre otros al funcionamiento de centros comerciales, servicio de limpieza doméstica, apertura de museos y bibliotecas, peluquería, actividades profesionales y servicios generales, actividades físicas y ejercicio por hasta 2 horas.	01/06/2020-30/08/2020	Decreto 749, 847
	Aislamiento obligatorio de personas y vehículos. Municipios 'no COVID' o con baja afectación pueden solicitar al Ministerio del Interior levantar el aislamiento preventivo obligatorio en su territorio. Municipios de moderada y alta afectación de COVID podrán implementar planes piloto que aseguren el cumplimiento de protocolos de bioseguridad en establecimientos, hoteles, etc.	16/07/2020-01/09/2020	Decreto 990, 1076
	Distanciamiento individual responsable y Aislamiento selectivo en municipios de alta afectación del Coronavirus	01/09/2020-01/03/2021	Decreto 1168, 1297, 1408, 1550, 039, 738, 206, 580
	Protocolo de medidas de bioseguridad del Ministerio de Salud a ser adoptado en todas las actividades económicas, sociales y sectores de la administración pública que incluye distanciamiento social, higiene, flexibilidad laboral, uso de la Coronapp, reportar casos sospechosos y confirmados de COVID-19, entre otros. También se generan protocolos para actividades de transporte, apertura de playas, actividades de ferias empresariales	24/4/2020-07/04/2021	Resolución 666, 1517, 1627, 1681, 1972, 2532, 0002, 411, 777
	Creación de una instancia de Coordinación y Asesoría para analizar y recomendar las estrategias y mecanismos de acceso a vacunas seguras y eficaces	15/9/2020	Decreto 1258
	Adopción de un plan nacional de vacunación contra el COVID-19	29/1/2021	Decreto 109
Resoluciones en torno al plan nacional de vacunación: fases, distribución de vacunas	17/2/2021	Decreto 303, 267, 195, 360, 362, 432, 437, 461, 462, 517, 543, 572, 587, 588, 600, 601, 637, 625, 653, 723	

Elaborado por la autora con base en decretos y resoluciones oficiales del gobierno de Colombia.

El gobierno de Colombia declaró el estado de emergencia sanitaria el 12 de marzo 2020. La declaración conllevaba medidas como la prohibición de eventos públicos de más de 500 personas y el confinamiento obligatorio para quienes arribaran al país (Minsalud 2020). Además, el 17 de marzo 2020 mediante el decreto 417, el Presidente de la República de Colombia declaró Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica en el territorio Nacional con lo que se le autorizó a Iván Duque a dictar decretos con fuerza de ley para mitigar los efectos de la pandemia, con la firma de todos los ministerios, por un periodo de 30 días. Durante este periodo expidió alrededor de 215 normas (Orguloso 2020, 4) para enfrentar los efectos de la pandemia en diversas áreas.

Con el fin de mitigar el esparcimiento del virus, el presidente Iván Duque ordenó el cierre de aeropuertos el 23 de marzo del 2020, cuando el 80% de los casos confirmados hasta ese entonces habían entrado por el Aeropuerto Internacional del Dorado (Vargas 2020, 12). El aislamiento preventivo obligatorio a nivel nacional fue decretado el 25 de marzo 2020 y reiterado por nuevos decretos hasta el 30 de agosto de 2020. Sin embargo, entre los decretos que reiteraban el aislamiento obligatorio se empezó a incluir cada vez más excepciones a la medida de mitigación permitiendo que sectores comerciales vayan activándose poco a poco.

Sobre todo en los primeros meses de la pandemia, se observó en Colombia tensiones entre el gobierno central y los gobiernos locales. Mediante un decreto, las disposiciones públicas locales quedaban supeditadas a la coordinación de instrucciones presidenciales. Sin embargo, esto no limitó que las alcaldías de Bogotá y Medellín haciendo uso de su mayor popularidad frente al presidente, se adelantaran en disposiciones como el distanciamiento social. El presidente también debió ceder a la solicitud de los gobiernos locales de cerrar de forma urgente el aeropuerto. Y se dieron choques entre el presidente y la alcaldesa de Bogotá también respecto al levantamiento de la suspensión de ciertas actividades económicas (Rodríguez 2020, 2).

En la primera flexibilización de distanciamiento social, el presidente permitió el trabajo presencial del área de construcción y manufacturas; después de fábricas, ciertos comercios y servicios de limpieza y asistencia mecánica. Con el decreto 847 se amplía aún más las actividades como la actividad física individual, autocines, etc. A partir del 1 de septiembre 2020 inician las medidas de distanciamiento individual responsable y aislamiento selectivo que irrumpe con el aislamiento obligatorio y regula las medidas de bioseguridad que han de adoptar todos los ciudadanos en el territorio nacional. Esto implica que, aunque el aislamiento

obligatorio a nivel nacional se termina oficialmente en septiembre de 2020, este empezó a flexibilizarse desde junio del mismo año debido a presiones del mercado (Márquez-Valderrama 2021).⁴⁴

De hecho, con la finalidad de recuperar la demanda y la economía, se celebró en Colombia el 19 de junio de 2020 el primer día sin IVA^{45,46}. Esto desencadenó en que se triplique el número de casos para julio y que en las tres principales ciudades del país las UCI lleguen a estar ocupadas en un 95% según el Pacto Nacional de Unidad por la Salud y la Vida de Todos los Colombianos y las Colombianas (en adelante Pacto por la Salud). Además, la tasa de letalidad en agosto 2020 se cuatriplicó en cifras oficiales, a pesar de que el 25% de los decesos se habrían producido en los hogares, mostrando esto “la debilidad del cuidado temprano dado por las EPS a sus afiliados-as”.⁴⁷

Simultáneo a las mencionadas medidas de mitigación, contener el esparcimiento del virus mediante el rastreo de casos positivos es vital. Aunque en abril de 2020 llegaron a Colombia 47 500 pruebas rápidas para diagnosticar el COVID-19,⁴⁸ hasta el 28 de junio 2020 se hicieron menos de 15 pruebas por cada 100 000 habitantes de forma acumulativa. Después del 19 de julio se logró incrementar la capacidad de testeo a un promedio diario de 1 prueba por cada 1 000 habitantes.⁴⁹ Esto responde a medidas para incrementar la capacidad diagnóstica para COVID-19 como la compra de dos robots Hamilton el 25 de abril que procesan aproximadamente 2300 muestras diarias⁵⁰ y de 500 mil reactivos para realizar test a ser entregados en 20 departamentos el 9 de mayo de 2020.⁵¹

El número de pruebas diarias que se hicieron en un inicio responde a una baja capacidad de los laboratorios de cubrir la demanda tanto por los equipos como por el conocimiento técnico requerido para procesar las pruebas (Benítez et al. 2020, 10). Mediante el decreto 1109, se

⁴⁴ Ejemplo de ello es una comunicación del Consejo Gremial Nacional (CNG) haciendo un llamado a impulsar la reactivación económica pidiendo que se centralice la decisión de aperturas del confinamiento.

⁴⁵ “Esperamos que el primer día sin IVA nos ayude a recuperar la demanda y la economía del país”: Presidente Duque”, Presidencia de la República de Colombia, 16 de junio de 2020.

⁴⁶ En total se celebraron 3 días sin IVA el 19 de junio, 3 de julio y 19 de julio según el Decreto legislativo 682. Entre las críticas a esta medida se cuentan las aglomeraciones y falta de protocolos de bioseguridad, pero también que esto implicaría una pérdida en recaudación estatal de aproximadamente 600 000 millones de pesos, monto que podría ser utilizado para beneficiar a la población más vulnerable. Uniandes, “El panorama de los días sin IVA” 16 de julio de 2020.

⁴⁷ “Pacto Nacional de Unidad por la salud y la vida de todos los colombianos y las colombianas”, Organización Colegial de Enfermería, 7 de agosto de 2020

⁴⁸ “Llegan al país las primeras 47.500 pruebas rápidas para covid-19” Ministerio de salud, 09 de abril de 2020.

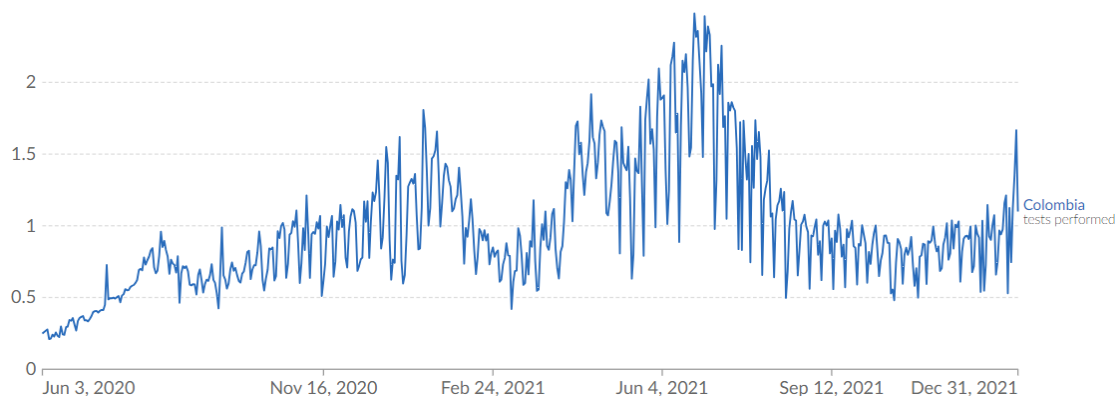
⁴⁹ Our World in Data.

⁵⁰ “Colombia fortalece su capacidad diagnóstica para covid-19”, MinSalud 29 de abril de 2020.

⁵¹ “Comenzó la entrega a las regiones de 500mil reactivos adquiridos por el Gobierno Nacional para pruebas de covid-19”, Presidencia de la República de Colombia, 09 de mayo 2020.

crea en agosto de 2020 el Programa de Pruebas, Rastreo y Aislamiento Selectivo Sostenible (PRASS) con el objetivo de dar seguimiento a los casos y contactos de COVID-19, así como reglamentar reconocimientos económicos en caso de contagios y responsabilidades de organismos vinculados con la seguridad social en salud⁵². En el marco de este programa se emitió también la resolución 1463 mediante la cual “las pruebas PCR, serológicas y antígenos serán pagadas por la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud –ADRES-, con recursos del Fondo de Mitigación de Emergencias –FOME”⁵³. Dichas medidas pudieron incidir en el aumento de pruebas diarias en el país, como lo muestra el gráfico 3.3 donde se observa la evolución de la cantidad de pruebas realizadas para el periodo junio 2020-enero 2022 según datos de Our World in Data.

Gráfico 3.3: Pruebas diarias por cada mil habitantes en Colombia



Fuente: OurWorld in Data (2022).

Uno de los problemas en este ámbito en Colombia fue que, según menciona en una entrevista Sergio Isaza, presidente de la Federación Médica Colombiana, podían transcurrir entre 4 a 35 días para tomar la muestra desde el llamado de las personas y los resultados se recibían entre 2 y 3 semanas después de la prueba.⁵⁴ Además de la ineficacia que esto representa para crear cercos epidemiológicos y así disminuir la velocidad de contagio, el periodo entre la llamada del individuo con posible contagio y la recepción del resultado, llevó a que no se tenga información suficiente ni oportuna sobre las condiciones reales de contagios en el país. El “pacto por la salud” señala que se dieron innumerables quejas contra los servicios de las EPS

⁵² Entre estos organismos se cuentan las EPS, IPS, ADRES, ARL, red nacional de laboratorios, Instituto Nacional de salud y otros actores involucrados en el manejo de casos COVID-19 (Decreto 1109 art 2).

⁵³ Ministerio de Salud y Protección Social “Pruebas covid-19 serán financiadas por el gobierno nacional” 28 de agosto de 2020. Boletín de prensa N°655.

⁵⁴ “Sergio Isaza: ‘El sistema de salud colombiano no es preventivo ni tiene atención primaria’”, Entrevista en France 24, 01 de agosto de 2020.

en torno a las pruebas y la protección social, con más de 70 000 pruebas represadas a nivel nacional, y contra el cuidado de casos positivos en poblaciones vulnerables.⁵⁵

Respecto al rastreo de positivos, quizá el caso más emblemático del país fue Medellín, que se posicionó como la ciudad con el mayor índice de testeo por casos positivos en el país.⁵⁶ Esto se debe a que la ciudad implementó un plan intensivo de tecnología sanitaria basado en una plataforma que conectaba información registrada por los ciudadanos y testeos en casa, lo que permitió que se alertara a habitantes de zonas donde se identificaban casos positivos, y la predicción de futuros contagios. Además, la plataforma estaba vinculada con las tarjetas de transporte con lo que se podía prohibir el ingreso de personas contagiadas al transporte público (Benítez et al. 2020, 11). Frente al caso de Medellín, en otros departamentos como el Chocó, no se habían realizado pruebas para COVID-19 hasta el 7 de abril 2020 (Rodríguez 2020, 3), lo que da muestra de la desigual gestión a nivel nacional.

La vacunación masiva contra el virus SARS-COV-2 fue una de las últimas medidas de mitigación en implementarse debido al proceso de desarrollo de la vacuna que duró hasta diciembre 2020.⁵⁸ En el caso de Colombia, para desplegar esta medida, el Estado creó una instancia de Coordinación y Asesoría para analizar el acceso a vacunas en septiembre de 2020 mediante el decreto 1258 y adoptó el plan de vacunación en enero 2021 con el decreto 109. Distintos decretos se emitieron a partir de febrero 2021 respecto a las fases de vacunación y la distribución que se daría a nivel nacional de los biológicos.

Al plan de vacunación nacional se unió también la empresa privada con el programa “Empresas por la Vacunación” que logró vacunar 700 000 personas como una forma de aportar a la reactivación económica.⁵⁹ Como muestra la tabla 3.2, la aportación de la empresa privada en Colombia para mitigar el virus se basó en apoyar al plan de vacunación. Esto respondería por un lado a que otras medidas de mitigación como el distanciamiento y aislamiento repercuten negativamente en las actividades comerciales y el rastreo y detección de casos positivos no fue percibido como un interés de este sector, y por otro lado a que la vacunación representaba la oportunidad de reactivar la economía. Aunque esto se abordará

⁵⁵ “Pacto Nacional de Unidad por la salud y la vida de todos los colombianos y las colombianas”, Organización Colegial de Enfermería, 7 de agosto de 2020

⁵⁶ La colaboración ciudadana a las medidas implementadas en Medellín puede responder también a los niveles de aprobación de su mandatario local Daniel Quintero Calle cuya imagen pública llegó a ser favorable para aproximadamente el 85% de los encuestados por Invamer en abril 2020.

⁵⁷ “Ni sube ni baja: Quintero mantuvo su nivel de aprobación en Medellín, según encuesta Invamer” El Colombiano. 31 de agosto de 2022.

⁵⁸ “La FDA aprueba la primera vacuna contra el COVID-19” FDA News, 23 de agosto de 2021

⁵⁹ “Empresas colombianas aportan al creciente ritmo de vacunación”, El Tiempo, 20 de septiembre de 2020.

más ampliamente en el siguiente apartado, la posición del sector privado empresarial frente a medidas de mitigación fue más bien negativa, presionando por la reactivación económica y la flexibilización del distanciamiento social.

Tabla 3.2: Acciones del sector privado-empresarial colombiano respecto a la mitigación y contención del virus SARS-COV-2

	Institución	Documento	Fecha
Acciones y comunicados del sector privado-empresarial respecto a la mitigación y contención del virus SARS-COV-2	ANDI	ANDI hace observaciones al proyecto de resolución para la adquisición e importación de vacunas solicitando modificar algunos artículos con la finalidad de que las empresas privadas puedan donar recursos e importar vacunas más fácilmente	9/4/2021
		ANDI lideró un programa empresarial de vacunación para inmunizar a más de 1250000 trabajadores apoyando al plan Nacional de Vacunación.	11/7/2021
		El programa "Empresas por la Vacunación logró vacunar a 700000 personas entre trabajadores y familiares	20/9/2021
		Iniciativa "Empresas por la Vacunación" 425 empresas se unieron para donar 108.868 dosis de vacunas	21/12/2021
	Fasecolda	Comunica que 40 compañías del gremio gestionaron vacunas a través de Fasecolda y el convenio entre ANDI y el gobierno nacional para vacunar a 20.000 colaboradores de entidades aseguradoras al haberse unido al programa "Empresas por la vacunación"	1/7/2021

Elaborado por la autora con base en comunicados y noticias de ANDI y Fasecolda.

A pesar de los esfuerzos por llegar a vacunar a la población a nivel nacional, al 30 de enero 2022 la aplicación de vacunas variaba entre los departamentos del país concentrándose la vacunación en ciudades como Medellín, pero siendo prácticamente nula en los departamentos amazónicos. La diferencia entre la cantidad de vacunas aplicadas entre un departamento y otro mostraría también la diferente capacidad del sistema de salud de dar acceso a los biológicos a la población pues su aplicación requiere de cierta infraestructura, tanto para transporte como almacenamiento, que no está presente de forma uniforme a nivel nacional. La variación en la cantidad de población vacunada entre departamentos muestra concordancia con la presencia de IPS por departamento (ver anexo 13). Los dos gráficos se corresponden pues las IPS, en su mayoría privadas, se concentran en los departamentos con las ciudades de relevancia económica como Bogotá D.C., Antioquia y el Valle del Cauca y son casi inexistentes, y principalmente públicas, en departamentos como Vaupes y Guainía.

La diferente presencia de instituciones prestadoras de salud a nivel regional es uno de los principales indicadores de penetración estatal en el territorio nacional y con ello de la capacidad del sistema de salud de dar acceso uniforme a este derecho a la población. En el

marco de la pandemia se vuelve sumamente relevante pues las áreas donde el ejercicio de este derecho es bajo o incluso inexistente, representa un ausente rol del Estado al gestionar la enfermedad. Las zonas rurales de Colombia presentan centros de salud significativamente distantes unos de otros, infraestructura pobre en términos de tecnología y espacios físicos, e insuficiente personal médico, realidad que se corresponde con la desigualdad territorial del país. Un resultado de esto es que “Allí no sólo no se ha desarrollado un plan de vacunación efectivo, sino que ni siquiera ha habido respuesta para las personas contagiadas por COVID-19, más que aliviarse o morir en su casa” (Tonelli, Parada y Bravo 2021, 92).

La capacidad de enfrentar al COVID-19 no depende solamente de la presencia de instituciones prestadoras de salud, sino también de su capacidad de atención por su disposición de camas, insumos médicos, personal sanitario calificado, etc. Aunque como muestra el anexo 13, en el caso de Colombia el acceso a salud es mayor para algunos departamentos y casi inexistente para otros, observar indicadores y acciones para incrementar la capacidad del sistema sanitario a nivel nacional sigue siendo pertinente. La gestión de la enfermedad de los regímenes de bienestar, sobre todo en el caso del COVID-19, está vinculada con la capacidad estatal de respuesta por su posicionamiento como problema público.

En la tabla 3.3 se muestran las medidas que el Estado adoptó para incrementar la capacidad del sistema sanitario mediante decretos y resoluciones entre marzo 2020 y diciembre 2021. Una de las primeras acciones del Estado colombiano fue realizar un pedido de 1510 ventiladores el 27 de marzo de 2020.⁶⁰ En el mismo mes se incrementaron los rubros de funcionamiento para el Ministerio de Salud y Protección Social, se flexibilizaron los regímenes de contratación de insumos médicos y con el decreto 488 se regula los recursos de las Administradoras de Riesgos Laborales (ARL).

Uno de los principales decretos expedidos para incrementar la capacidad del sistema de salud es el 538. Este decreto autorizó, un llamado al talento humano de salud en ejercicio o formación siendo uno de sus aspectos más polémicos el artículo 9 que indica:

⁶⁰ “1510 ventiladores más enfrentar la COVID-19” MinSalud, 27 de marzo de 2020

Tabla 3.3. Medidas estatales de Colombia para incrementar la capacidad del sistema sanitario durante la pandemia

	Medida	Fecha	Documento
Medidas estatales de Colombia para incrementar la capacidad del sistema sanitario	Autorización para adecuar temporalmente lugares no destinados a la prestación de servicios de salud, ampliar la capacidad instalada de un servicio de salud habilitado bajo autorización de las secretarías de salud departamentales o distritales o de las direcciones territoriales de salud. Declaración de gestión centralizada de la camas UCI y de cuidados intermedios de los Centros Reguladores de Urgencias, Emergencias y Desastres (CRUE). Llamado a todo talento humano para la prestación de servicios de salud en ejercicio o formación	12/4/2020	Decreto 538
	Entrega de ventiladores a entidades territoriales departamentales y distritales para que estos sean entregados a instituciones prestadoras de servicios de salud	26/5/2020	Resolución 846
	Incremento de rubros de funcionamiento para el Ministerio de Salud y Protección Social	10/3/2020	Resoluciones 793,942, 994, 1074, 508, 608,719, 517, 085
	Eliminación de aranceles para productos médicos, de higiene y otros insumos de saneamiento básico, exención del IVA en venta e importación de una lista de 211 bienes requeridos para la atención a la salud desde guantes estériles hasta equipos de rayos X y prohibición de (re)exportación de insumos médicos	16/3/2020	Decreto 463, 410, 551, 462, 438
	Ejecutar los recursos asignados mediante el Sistema General de Participaciones (SGP) en el componente de Salud Pública, así como los recursos excedentes de cuentas maestras para fortalecer las capacidades de vigilancia y control sanitario. Además, las entidades territoriales deberán mantener y mejorar el laboratorio de salud pública y laboratorios adscritos para aumentar la capacidad de realización de pruebas. Se crea el Programa de Pruebas, Rastreo y Aislamiento Selectivo Sostenible (PRASS)	10/8/2020	Decreto 1109, 1374
	Flexibilización del régimen de contratación para la adquisición de dispositivos médicos y elementos de protección de personal sanitario	31/3/2020	Decreto 499
	Decreta que las ARL destinaran recursos de las cotizaciones de riesgos laborales en un 5% para prevención de contagio de trabajadores de sus empresas afiliadas, y compra de elementos de protección personal; el 2% para actividades de emergencia e intervención en la compra de elementos de protección; entre otros rubros	27/3/2020	Decreto 488, 500
	Condiciones para el trámite y otorgamiento de la Autorización Sanitaria de Uso de Emergencia (ASUE) para medicamentos de síntesis química y biológica con fines de diagnóstico, prevención y tratamiento del COVID-19 que aun no cuentan con toda la información requerida para un registro sanitario	25/3/2020	Decreto 1787, 476

Elaborado por la autora con base en a decretos y resoluciones listados en el Minsalud, Minjusticia y Anato.

Durante el término de la emergencia sanitaria declarada por el Ministerio de Salud y Protección Social, con ocasión de la pandemia derivada del Coronavirus COVID-19, todo el talento humano en salud en ejercicio o formación, estará preparado y disponible y podrá ser llamado a prestar sus servicios, para reforzar y apoyar a los prestadores de servicios de salud del país. El acatamiento a este llamado será obligatorio.⁶¹

Uno de los principales decretos expedidos para incrementar la capacidad del sistema de salud es el 538. Este decreto autorizó, un llamado al talento humano de salud en ejercicio o formación siendo uno de sus aspectos más polémicos el artículo 9 que indica:

Durante el término de la emergencia sanitaria declarada por el Ministerio de Salud y Protección Social, con ocasión de la pandemia derivada del Coronavirus COVID-19, todo el talento humano en salud en ejercicio o formación, estará preparado y disponible y podrá ser llamado a prestar sus servicios, para reforzar y apoyar a los prestadores de servicios de salud del país. El acatamiento a este llamado será obligatorio.⁶²

Protestas emergieron frente a este decreto pues señala la obligatoriedad del trabajo para el personal médico, pero no determina condiciones mínimas en el desempeño de sus labores. Esto es especialmente crítico considerando las condiciones de trabajo del personal de salud. Para exponer la realidad de los centros de salud, la Federación Médica Colombiana (2020) realizó una encuesta sobre las condiciones de Bioseguridad y ruta de atención de pandemia desde el 21 de marzo 2020 al 3 de abril 2020 a un total de 939 profesionales médicos en 27 departamentos. En esta encuesta el 57.8% de los encuestados consideró que la dotación de camas UCI, talento humano, suministros básicos, etc. era pésima o mala; además en su mayoría no disponían de los insumos de protección necesarios para atender casos de COVID-19 como trajes de bioseguridad, máscaras N95, ni escudos faciales, aunque si disponían de guantes, y equipos de esterilización de ropa. Finalmente, expone la presión del talento humano de salud frente al riesgo de despidos y cambios en las condiciones de sus contratos laborales, atrasos en pagos de hasta cuatro meses e infraestructura insuficiente para enfrentar la pandemia.

Las condiciones de trabajo del personal de salud, el decreto 538 y las connotaciones de la ley 100 llevaron a convocar un plantón en todos los hospitales de Colombia el 21 de abril de 2020 para protestar por las condiciones del talento humano de salud y al desamparo que sufre este gremio del gobierno (Aguilar 2020). Ante las protestas, tanto el ministro de trabajo, Ángel

⁶¹ Decreto 538 de 2020, Función Pública

⁶² Decreto 538 de 2020, Función Pública

Custodio Cabrera, como el ministro de Salud, Fernando Ruiz expresaron que no hay justificaciones para las condiciones que vive el personal médico pues el gobierno ha hecho grandes compras de elementos de bioseguridad, pero estos fueron guardados por las ARL, instituciones que junto con los empleadores son los responsables de dotar de insumos a los hospitales.⁶³ La respuesta brindada por los ministros denota el nivel al que la salud pública depende del accionar del sector privado-empresarial al que ha delegado la gestión de la salud pública y las limitaciones que se ha autoimpuesto el Estado en su rol de ‘gestionador’ de la enfermedad.

De acuerdo con una carta a la opinión pública con fecha 14 de abril de 2020 a la plenaria del Senado de la República y al Gobierno Nacional, los precios de los insumos médicos sufrieron especulación y los recursos terminaron siendo concentrados en las EPS sin ser girados a hospitales.⁶⁴ En principio esta sería una consecuencia de que la gestión de la enfermedad y riesgos “ha quedado obstaculizado por un sistema reactivo en el cual la promoción de la salud y la prevención de los accidentes y enfermedades en el trabajo (...) sean condicionadas por factores de rentabilidad económica” (Hawkins y Lemos 2020, 45). Tal como menciona Sergio Isaza, presidente de la Federación Médica Colombiana en una entrevista con France24:

El sistema de salud colombiano no es un sistema preventivo porque este es un sistema que está diseñado con una estructura de oferta y demanda de venta de servicios para la facturación y el cobro por atención de enfermedades dentro de un mercado que es supuestamente regulado, pero en realidad no está regulado.⁶⁵

En vista de la escasez de insumos médicos, el Estado adoptó como medida la eliminación del IVA y aranceles para bienes médicos en venta e importación, y prohibición de (re)exportación de insumos médicos mediante los decretos 462, 551 y 410. Respecto a las limitaciones de infraestructura física para proporcionar servicios de salud se expidió el decreto 538 en el que se autoriza a adecuar temporalmente lugares no destinados a la prestación de servicios de salud para asegurar una mayor capacidad de atención médica, la gestión centralizada de camas UCI y de cuidados intermedios por parte de las secretarías de salud departamentales, y fijación del costo de insumos médicos.

⁶³ “Médicos de todo el país protestan por mejores condiciones laborales” Semana, 21 de abril de 2020

⁶⁴ “Encuesta de reportes de exposición del personal de salud en el contexto de la pandemia SARS COV2 COVID-19 y condiciones de bioseguridad” Federación médica Colombiana, mayo de 2020

⁶⁵ “Sergio Isaza: ‘El sistema de salud colombiano no es preventivo ni tiene atención primaria’”, Entrevista en France 24, 01 de agosto de 2020

Además, incrementó los rubros de funcionamiento para el Ministerio de Salud e hizo esfuerzos por incrementar el número de camas UCI pasando de 5 346 en febrero 2020 a 9000 el 3 de agosto del mismo año.⁶⁶ Para diciembre de 2020 se logró adquirir 5.8 toneladas de medicamentos a ser distribuidos en las UCIs del territorio nacional.⁶⁷ Sin embargo, cabe señalar al respecto que la información provista por parte del gobierno ha sido cuestionada al considerarse que no muestra la realidad integral de los centros de salud. Por ejemplo, se mencionaría el incremento del número de camas UCI, pero no se consideraría la falta de personal médico para poner en uso dichas camas ni la fila de espera para su ocupación (Tonelli, Parada y Bravo 2021, 94).

El sector privado empresarial, de acuerdo con los comunicados revisados, también hizo esfuerzos por apoyar al incremento de la capacidad sanitaria mediante distintas campañas de recaudación de fondos para comprar insumos médicos como ventiladores mecánicos, cascos de vida, etc. con la campaña #UnidosSomosMásPaís según información de ANDI, una de las acciones de este sector recogidas en la tabla 3.4. En cuanto a la falta de ventiladores mecánicos, la empresa privada y el gobierno nacional colaboraron para la fabricación local de estos insumos con prototipos de ventilador de bajo costo que universidades colombianas desarrollaron como tecnología abierta (García-Echeverry et al. 2020, 11).

Las aseguradoras, sector importante del mercado colombiano en el tema de salud debido a la estructura de su sistema sanitario y de aseguración social, destinó el 7% de las cotizaciones del sistema de Riesgos Laborales de acuerdo con lo solicitado en el decreto 488 para la compra de equipos de protección personal (EPP) que serían distribuidas a nivel nacional en función de la necesidad de cada departamento y dentro de las posibilidades de compra. De acuerdo con un comunicado de abril 2020 de Fasecolda, la Federación de Aseguradores Colombianos, dichos insumos escaseaban y no podían adquirirse fácilmente y recordó a la ciudadanía que las ARLs no son la única fuente de financiación para la compra de insumos médicos ya que “la obligación principal está a cargo de los empleadores, el Estado, las entidades territoriales y las entidades de salud”.⁶⁸

⁶⁶ “En 150 días pasamos de 5.346 a 9 mil camas de cuidado intensivo, destaca el Ministro de Salud” Presidencia de la República, 03 de agosto de 2020.

⁶⁷ “Colombia adelanta reabastecimiento de medicamentos para atención en UCI” Minsalud, 30 de diciembre de 2020.

⁶⁸ “Los recursos de las ARL no pueden entenderse como la única fuente de financiación” Comunicado de Prensa de FASECOLDA 24 de abril 2020

Tabla 3.4. Acciones del sector privado-empresarial colombiano respecto al incremento de capacidad del sistema sanitario

	Institución	Documento	Fecha
Acciones y comunicados del sector privado-empresarial respecto al incremento de capacidad del sistema sanitario	ANDI	Aportes de 294 empresas a la iniciativa #UnidosSomosMásPaís que supera los 126.310 millones de donaciones en efectivo destinados en su mayoría a fortalecer el sector de la salud con donaciones de ventiladores mecánicos, cascos de vida y otros recursos para UCIs, abastecer alimentos y productos de aseo y apoyar económicamente a población vulnerable	24/08/2020
	Fasecolda	Comunica que se utilizará hasta el 7% de las cotizaciones del sistema de Riesgos Laborales para suministrar EPP al personal de salud siguiendo lo estipulado en el decreto 488	03/2020
		Comunica haber destinado \$41.532 millones de pesos para adquirir 30 millones de EPP pero que debido a la falta de disponibilidad de los insumos médicos en el mercado las entregas se realizan de forma parcial	04/2020
		Comunica haber atendido a 3206 trabajadores de la salud afectados por COVID-19 tras su propuesta de incluir al virus como enfermedad laboral para poder reconocer el pago de incapacidades laborales y prestaciones asistenciales y económicas al personal sanitario	27/4/2020
		Recuerda que según lo ratificado por el Ministerio de Trabajo, los recursos de las ARLs no pueden observarse como única fuente de financiación pues es responsabilidad de los empleadores comprar y suministrar EPPs junto con el Estado, las entidades territoriales y las entidades de salud	24/04/2020
		Lanzamiento del programa "Más seguro, más futuro" en conjunto con Banca de las Oportunidades para proveer productos de aseguramiento de bajo costo a población vulnerable	04/08/2020
		Amplia la cobertura solidaria "La fuerza nos cuida" hasta junio 2021. Esta cobertura creada por Fasecolda y sus compañías afiliadas en marzo 2020 brinda un apoyo de 10 millones de pesos a familiares de personal de salud afiliado a una ARL que fallezca por COVID de manera adicional a las prestaciones sociales y económicas otorgadas por las ARL	10/12/2020
		Comunica que con corte al 15 de noviembre las ARL invirtieron más de 140 mil millones para la compra de EPP, ha entregado cerca de 70 millones de EPP y han invertido más de 770 millones para el programa "La fuerza que nos cuida" que ha beneficiado a 86 familias	21/12/2020
		Comunica que con corte al 31 de mayo 2021, las ARL han invertido 250.248 millones en la compra de EPP y entregado 149.343.233 elementos de protección personal a trabajadores de la salud. Se han destinado 425.400 millones para el pago de 265.076 prestaciones asistenciales y económicas por incapacidad temporal, prestación asistencial, auxilio funerario y pensiones de sobrevivencia	30/06/2021

Elaborado por la autora en base a comunicados y noticias de ANDI y Fasecolda.

Frente a este comunicado cabe recordar, que como se mencionó anteriormente, los ministros de salud y trabajo expresaron que se habían entregado fondos desde el Estado para la compra de insumos de bioseguridad. Fasecolda por su parte comunicó haber solicitado la inclusión del COVID-19 como enfermedad laboral para poder reconocer el pago por incapacidades laborales y prestaciones asistenciales al personal de salud que contraiga el virus, lo que se vuelve relevante considerando sobre todo las condiciones de trabajo del personal de salud que al menos en un principio disponía de pocos elementos de bioseguridad para evitar el contagio. Además, En ese mismo sentido comunicó la creación del programa “La fuerza que nos cuida” en conjunto con sus compañías afiliadas para apoyar económicamente a las familias del personal de salud que fallezca por COVID-19, así como el lanzamiento del programa “más seguro, más futuro” en conjunto con la Banca de las Oportunidades para promocionar la adquisición de seguros a un menor costo dirigido a la población vulnerable. Al respecto se ha dado una crítica a las grandes empresas privadas vinculadas con el área de salud puesto que en el periodo 2020-2021 obtuvieron ganancias significativas. Los reportes financieros de las ARLs, por ejemplo, muestran que estas administradoras lograron mantener un margen de ganancia durante la pandemia. Esto se logró al no atender los requerimientos de salud de trabajadores responsabilizando “a las EPS de la atención y el cuidado de las personas contagiadas por COVID-19, en tanto este se estableció como enfermedad laboral directa solamente para los trabajadores/as de la salud” (Tonelli, Parada y Bravo 2021, 95).

La tabla 3.5 muestra la evolución de los indicadores seleccionados en esta investigación para observar la capacidad y desempeño del sistema de salud en Colombia. Cabe recalcar que se pretendió tomar principalmente datos recogidos de noticias del Ministerio de Salud y Protección social. Sin embargo, existen fuertes discordancias entre estos datos y otros presentados en otras fuentes. Por ejemplo, según datos del Ministerio de salud, antes de la pandemia Colombia contaba con alrededor de 23 médicos por cada 10 000 habitantes mientras que de acuerdo con un artículo de La República que muestra datos del Ministerio de Educación, en realidad se contaría con 15 médicos por cada 10 000 habitantes.⁶⁹ Además, no existe una real sistematización de este tipo de datos que permita llevar una cuenta de la evolución de los indicadores escogidos. Algunos datos debieron tomarse consecuentemente de fuentes de prensa.

⁶⁹ Sánchez, Ana María. “Por cada 1000 habitantes en Colombia, hay alrededor de 1,5 médicos generales. La Republica25 de marzo de 2020.

Tabla 3.5. Indicadores epidemiológicos primarios e intervalos propuestos para evaluar el nivel de capacidad y desempeño del sistema de salud y los servicios de salud pública frente a la COVID-19 en Colombia

ESFERA	INDICADOR	COLOMBIA				
		ene-20	jun-20	dic-20	jun-21	dic-21
Capacidad de atención clínica estatal	Cantidad de camas UCI/ 100.000 habitantes	10.4*	17.4*	22,4	20.4*	21,4*
	Porcentaje de camas de hospital ocupadas	62%*	51%*	63%*	72%*	58%*
	Medicos por cada 10.000 habitantes	23*	23.5	24*	22	24,8*
	Presupuesto público destinado al sector salud, % PIB	6,28%	n/a	7,07%	n/a	6%
Desempeño de la atención clínica	Tasa de letalidad en los casos hospitalizados	n/a	tendencia creciente*	tendencia estable*	tendencia creciente*	tendencia decreciente*
Capacidad de respuesta de la salud pública	Número de personas que se sometieron a pruebas diagnósticas por 1.000 habitantes	n/a	0,25	1,67	1,72	1,67

CODIGO DE COLOR

ADECUADO

MODERADO

LIMITADO

Elaborado por la autora en base a datos del Ministerio de Salud y Protección social y datos en prensa.

La capacidad de atención clínica estatal se muestra como adecuada para todo el periodo de estudio en los dos primeros indicadores que conciernen al número de camas UCI y al porcentaje de camas ocupadas. Los datos muestran un incremento en el primer indicador que responde a la habilitación de espacios hospitalarios mediante decretos, como se mencionó anteriormente. El porcentaje de camas ocupadas según los datos oficiales indicaría que siempre existió disponibilidad para atender a los ciudadanos contagiados por COVID-19. Sin embargo, al considerar el número de muertes diarias y críticas ya mencionadas respecto a pocas camas UCI disponibles, el porcentaje de decesos en casa, la existencia de una fila de espera para ocupar las camas y la falta de personal médico para poner en funcionamiento las camas, la veracidad de los datos puede ser cuestionada.

De hecho, según Carlos Carrillo, Concejal de Bogotá, para julio de 2020 había una ocupación mayor al 91% de las UCI e indica que el sistema estaba colapsado a pesar de que “la administración de un parte de tranquilidad”.⁷⁰ Para mayo de 2021 la situación era similar. El

⁷⁰ Noticia en DW “Bogotá: se acerca el colapso sanitario” Entrevista a Carlos Carrillo (minuto 1:27-2:01), 30 de julio de 2020

Tiempo reportó testimonios de algunas familias que buscaban camas UCI para personas contagiadas de COVID-19 o con otras patologías sin tener respuesta a pesar de tener un concepto médico favorable para la ocupación de este servicio. El reportaje menciona respecto a la disponibilidad de camas UCI que, aunque hay algunas disponibles, “es difícil calcular cuántos están a la espera por la propia dinámica de los sistemas de referencia y contrarreferencia”.⁷¹ Estos datos muestran que el número de camas UCI que se indica en la tabla 3.5 no define realmente la posibilidad de que la población sea atendida de necesitarlo.

Ahora bien, también cabe recordar que los datos de la tabla 3.5 exponen una generalización de las condiciones nacionales, pero no reflejan la desigual realidad de los territorios nacionales ni de la calidad de los servicios de salud de la población, pues este difiere en función del régimen de afiliación. Retomando a Rodríguez, “si bien la normativa establece que los usuarios de uno u otro régimen tienen acceso universal y equivalente —tanto a la prestación de servicios sanitarios como a los medicamentos—, lo cierto es que dependiendo de la zona y del prestador del servicio, la calidad es muy diferente” (Rodríguez 2020, 3).

En realidad, según un estudio realizado por Cifuentes et al. (2021, 613-traducción propia) “el riesgo de muerte por contagio de COVID-19 es más alto en individuos atendidos bajo el régimen de salud subsidiado en un 97% frente al contributivo”. Realidad que puede indicar que a pesar de la supuesta desmercantilización del acceso a servicios de salud que se obtendría al tener a un porcentaje casi universal de la población afiliado, esto se queda en papel ya que la calidad de los servicios públicos no es suficiente para presentar una opción genuina frente al acceso mercantilizado del servicio.

La diferencia en infraestructura sanitaria en el país se refleja por ejemplo en que solo 25 de los 32 departamentos tienen centros de salud con camas de cuidados intensivos y en la mayoría, no existen infraestructuras de bioseguridad (Rodríguez 2020, 3). Es decir que aproximadamente el 22% del territorio nacional simplemente no cuenta con UCI. En cuanto al número de camas por cada 10 000 habitantes, Bogotá contaba con 1.91, Antioquía con 1.51 y Vaupés con 0.28.⁷² De la misma forma la distribución del personal sanitario en el país es sumamente desigual, siendo que departamentos como Bogotá presentan una densidad de 65 profesionales de salud por cada 10 mil habitantes, frente a una densidad aproximada de 6 en el Chocó, Vaupés y Vichada. Esto lleva a que se hayan presentado casos en zonas rurales en

⁷¹ “Testimonios de un país al borde del colapso hospitalario” El Tiempo, 14 de mayo 2021

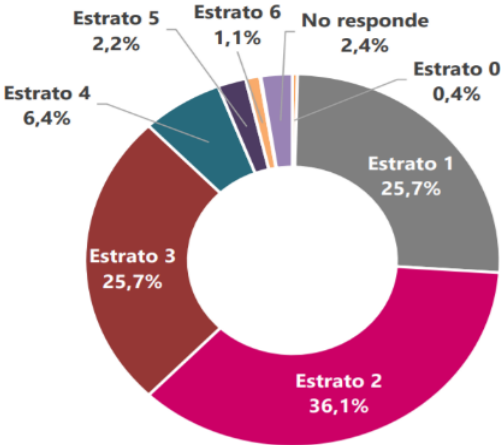
⁷² Estos y otros datos que demuestran las diferencias en la oferta de servicios de salud en Colombia se observan en el anexo 15.

los que, después de que los individuos se trasladaran largas distancias para llegar a un centro de salud, al llegar la respuesta que obtuvieran sea “tiene que trasladarse a otra ciudad” (Tonelli, Parada y Bravo 2021, 92).

Si se realizara una tabla como la 3.5 para cada uno de los departamentos de Colombia, la evolución de los indicadores sería distinta y partiría de un escenario desigual. Pues como muestra el anexo 14, la infraestructura hospitalaria es sumamente desigual entre un departamento y otro. Bogotá D.C. cuenta con más del doble de camas hospitalarias que el Valle del Cauca y el Atlántico y el triple de camas que Santander. La variedad de servicios de salud que pueden otorgar los hospitales también es en Bogotá D.C. casi el doble que en Santander. El número de prestadores médicos, ambulancias y sedes hospitalarias es muy similar en Santander, el Valle del Cauca y Atlántico, y más alto en Antioquia y Bogotá D.C.

Esta no es la única muestra del desigual acceso a salud en el país. Si bien, según Gestarsalud, la Asociación de Empresas Gestoras del Aseguramiento en Salud, el 98.7% de la población en Colombia está afiliada al sistema de salud, y que de acuerdo con la viceministra de Protección Social María Andrea Godoy Casadiego, el sistema de protección social se caracteriza actualmente por su universalidad y el bajo gasto de bolsillo,⁷³ si se observa el porcentaje de muertes por COVID-19 según estrato económico, como muestra el gráfico 3.4 es evidente que la cantidad de ingresos que tienen las familias se vuelve un determinante al momento de gestionar la salud.

Gráfico 3.4. Defunciones por COVID-19 según estrato socio económico del fallecido de marzo 2020 a septiembre 2021⁷⁴



Fuente: DANE (2021).

⁷³ “El 98 por ciento de los ciudadanos en Colombia están asegurados en salud” GESTARSALUD, 2 de noviembre de 2021

⁷⁴ DANE no presenta reportes actualizados en torno a este tema. El último boletín técnico fue publicado en septiembre 2021. (visto en marzo 2023).

Otra prueba de que el sistema de salud de Colombia presenta fallas en su intención de tener una cobertura universal es la interpelación del derecho a la salud por medio de tutelas presentadas a la Corte Constitucional. En 2020 se habían presentado 81 899 tutelas contra las EPS del país y en los primeros cinco meses del 2021, 30 164⁷⁵ siendo las principales razones de esta acción legal la práctica poca oportuna de procedimientos, de entrega de medicamentos y de acceso a un tratamiento integral.⁷⁶

Las tutelas presentadas se corresponden con los resultados de una encuesta realizada por DoctorAki por medio de redes sociales que determinó que el 66% de los colombianos se automedica siendo la principal razón que consideran que de asistir a un centro de salud solo recibirán Acetaminofén o Ibuprofeno, por lo que un 46% de ciudadanos prefiere consultar en caso de enfermedad a sus familiares cercanos, un 29% al personal de farmacias, un 22% a Google y un 3% a amigos.⁷⁷ También respalda estos datos un estudio cualitativo llevado a cabo por Mauricio Torres Tovar,⁷⁸ cuyo estudio se presentó en un webinar organizado por la Organización Panamericana de la Salud titulado ‘Experiencias de participación social en respuesta a la pandemia’, en el que los hallazgos muestran que comunidades de zonas rurales decidieron tomar las medidas de bioseguridad en manos propias colocando puestos de control en los accesos viales para evitar el ingreso del virus y la adopción de medicinas naturales y alternativas y saberes locales para enfrentar al COVID-19.

3.3. Gestión del deterioro del empleo

Las medidas de contención del virus SARS-COV-2 adoptadas por el gobierno, al igual que en otros países, afectaron las actividades económicas en Colombia. De acuerdo con datos recabados por FEDESARROLLO, centro de investigación económica y social, en su Encuesta de Opinión Empresarial⁷⁹ con fecha junio 2021, el estado de operación de las empresas habría sufrido su mayor afectación en el mes de abril 2020, pudiendo incrementar su nivel de actividad paulatinamente en los meses consecutivos con ligeros descensos en agosto 2020 y abril-mayo 2021 según muestra el anexo 16 que sintetiza el estado de operación de las empresas colombianas desde abril 2020 a junio 2021. En la misma encuesta se obtuvieron datos sobre el número de empleados bajo nómina durante la pandemia frente a periodos precedentes como muestra el gráfico 3.5 que evidencian una disminución de trabajadores

⁷⁵ Ana María Sanchez “En los primeros cinco meses del año se han presentado 30.164 tutelas al sistema nacional de salud”, Asuntos legales, 14 de julio de 2021

⁷⁶ “Los motivos que llevan a los colombianos a poner tutelas por la salud”, El Tiempo, 22 de junio de 2021.

⁷⁷ “¿Te has automedicado en estos días en casa?”, Doctoraki, 23 de julio de 2020

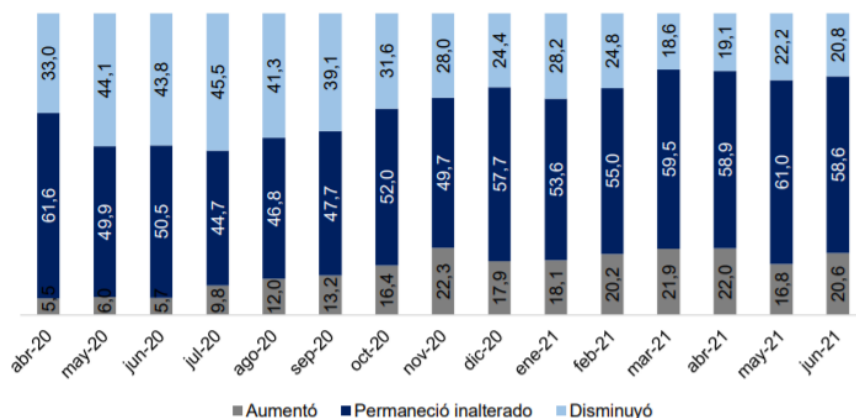
⁷⁸ “Experiencias de participación social en respuesta a la pandemia” OPS. (minuto 13:50-14:05)

⁷⁹ Encuesta de opinión empresarial. FEDESARROLLO. Junio 2021

principalmente entre mayo y agosto 2020, lo que coincide con el periodo de menor funcionamiento de operaciones empresariales.⁸⁰

Según el grupo de Investigación en Macroeconomía de la Universidad de los Andes a inicios de la pandemia más de 9 millones de colombianos estaban ocupados en actividades que, por su tipo de actividad comercial que no permite traspaso a otras modalidades de trabajo y que no generan productos de primera necesidad, catalogaron como vulnerables a la parálisis⁸¹. Cabe señalar que de esas personas ocupadas, algo más de 6 millones son personas con un trabajo informal. Además, solo el 20% de los hogares de Colombia tienen la capacidad de gestionar imprevistos por su capacidad de ahorro (Marriner y Becerra 2020, 57). Considerando esta realidad, el Estado intentó gestionar de alguna forma el deterioro del empleo resultante de la crisis sanitaria.

Gráfico 3.5. Número de empleados con respecto al escenario pre-pandemia



Fuente: Fedesarrollo (2021).

Aquí abordaremos las principales medidas relacionadas a la protección del empleo formal y al apoyo económico a hogares vulnerables, este último se considera como parte de la gestión del deterioro del empleo puesto que en este contexto el acceso a empleo de calidad se vuelve aún más limitado por lo que es una forma de gestionar la incertidumbre que se genera en los hogares frente a la disminución de ingresos. En las tablas 3.6, 3.7, 3.8 y 3.9 se muestra una síntesis de los decretos, resoluciones y circulares emitidas desde el Estado en estas áreas para el periodo marzo 2020-diciembre 2021 organizadas por el grupo en el que inciden: trabajadores generales, grupos vulnerables, personas jurídicas y trabajadores del campo. Hemos considerado aquí las medidas dirigidas a gestionar el deterioro del empleo agrario, a

⁸⁰ Se buscaron actualizaciones de datos como los obtenidos por FEDESARROLLO, sin embargo, junio 2021 fue el último mes en el que los reportes incluyeron el número de empleados bajo nómina empresarial.

⁸¹ Nota macroeconómica N°11. Universidad de los Andes. 1 de abril 2020

pesar de que según análisis macroeconómicos como el ya mencionado de Uniandes se cataloga al sector agrícola como no vulnerable al generar productos de primera necesidad y de que existieron medidas para apoyar a otros sectores como el turismo, el arte, etc. por considerar que son sectores que arrastran vulnerabilidades desde antes de la pandemia.

A lo largo del texto expondremos sin embargo estas medidas en función de su periodicidad y tipo de protección. Además, incluiremos la posición del sector privado empresarial ante dichas medidas observadas, como muestra la tabla 3.10, mediante comunicados de prensa, participación en los medios y noticias de la Asociación Nacional de Empresarios de Colombia (ANDI) y del Consejo Gremial Nacional (CNG) y la repercusión de la pandemia en la actividad empresarial y su gestión del empleo. Abordaremos la incidencia de las acciones de Estado y Mercado en las familias, así como medidas que estas debieron adoptar para sobrellevar el deterioro del empleo durante la pandemia por COVID-19 tomando testimonios encontrados en prensa, encuestas realizadas por distintas instituciones y una encuesta autónoma realizada de forma virtual a ciudadanos de Antioquia.

Una de las primeras medidas adoptadas por el gobierno, entre aquellas intencionadas a proteger el empleo formal en el marco de la pandemia que han sido sintetizadas en la tabla 3.6, fue mediante la circular N°21 del Ministerio de Trabajo, emitida el 17 de marzo 2020. En esta se estipulaban una serie de mecanismos que pudieran ser adoptados bajo ‘común acuerdo’ entre empleadores y trabajadores “considerando que se trata de un fenómeno temporal y que el trabajo, conforme lo señala el artículo 25 constitucional, ‘es un derecho y una obligación social y goza, en todas sus modalidades, de la especial protección del Estado’”.⁸² Entre los mecanismos se enumeran: el trabajo en casa, diferenciado del teletrabajo; la jornada laboral flexible, que permite la distribución de horas de trabajo durante la semana, así como la reducción o ampliación de la jornada laboral según las necesidades del servicio; otorgamiento de vacaciones anuales anticipadas y colectivas, lo que permite a los empleadores fijar vacaciones colectivas anuales aun cuando sus empleados no hayan cumplido con el año de trabajo; y el salario sin prestación del servicio para casos de grave calamidad doméstica.⁸³

⁸² Circular 21 del Ministerio de Trabajo dirigido a empleadores y trabajadores del sector privado, 17 de marzo de 2020.

⁸³ Un mes más tarde se emitió la circular n°33 que flexibilizaba aún más las condiciones de trabajo permitiendo otorgar licencias remuneradas, eliminar beneficios extralegales y modificar el salario bajo mutuo consenso entre el empleado y el empleador, entre otros.

Tabla 3.6. Medidas estatales de Colombia para gestionar el deterioro del empleo entre marzo 2020 y diciembre 2021 que inciden en trabajadores

Medidas estatales para gestionar el deterioro del empleo en Colombia				
Incide en	Medida	Mediante	Fecha	Documento
Trabajadores	Flexibilización laboral	Empleadores	17/3/2020	Circular 21 del Ministerio de Trabajo
	Figura de Fiscalización Laboral Rigurosa para evitar despidos colectivos y suspensión de contratos laborales	Ministerio del Trabajo	19/3/2020	Circular externa 22
	Autorización para retirar de la cuenta de cesantías el monto en que se haya visto reducido su ingreso mensual certificado por el empleador	Sociedades Administradoras de Fondos de Pensiones y de Cesantías	27/3/2020	Decreto 488
	El empleador puede otorgar licencias remuneradas compensables a sus trabajadores, modificar el salario, las horas de trabajo, las funciones de sus empleados, eliminar beneficios extralegales mientras estas modificaciones sean consensuadas entre el empleador y el trabajador	Empleadores	17/4/2020	Circular n°33 del Mintrabajo
	Creación del programa de auxilio a los trabajadores en suspensión contractual con fondos del FOME mediante el cual se entregan hasta por 3 meses transferencias monetarias no condicionadas de \$160.000 pesos a trabajadores dependientes del PAEF cuyo contrato laboral haya sido suspendido o se encuentren en licencia no remunerada y no estén cubiertos por otros programas	Productos de depósito del beneficiario	3/6/2020	Decreto 770
Trabajadores dependientes o independientes cotizantes de la categoría A y B	Autorización a quienes hayan hecho un aporte a la Caja de Compensación Familiar por 1 año en los últimos 5 años de recibir dos salarios mínimos mensuales en tres pagos	Fondo de Solidaridad de Fomento al Empleo y Protección al Cesante	27/3/2020	Decreto 488

Elaborado por la autora en base a decretos y circulares oficiales del gobierno de Colombia.

A lo largo del texto expondremos sin embargo estas medidas en función de su periodicidad y tipo de protección. Además, incluiremos la posición del sector privado empresarial ante dichas medidas observadas, como muestra la tabla 3.10, mediante comunicados de prensa, participación en los medios y noticias de la Asociación Nacional de Empresarios de Colombia (ANDI) y del Consejo Gremial Nacional (CNG) y la repercusión de la pandemia en la actividad empresarial y su gestión del empleo. Abordaremos la incidencia de las acciones de Estado y Mercado en las familias, así como medidas que estas debieron adoptar para sobrellevar el deterioro del empleo durante la pandemia por COVID-19 tomando testimonios

encontrados en prensa, encuestas realizadas por distintas instituciones y una encuesta autónoma realizada de forma virtual a ciudadanos de Antioquia.

Una de las primeras medidas adoptadas por el gobierno, entre aquellas intencionadas a proteger el empleo formal en el marco de la pandemia que han sido sintetizadas en la tabla 3.6, fue mediante la circular N°21 del Ministerio de Trabajo, emitida el 17 de marzo 2020. En esta se estipulaban una serie de mecanismos que pudieran ser adoptados bajo ‘común acuerdo’ entre empleadores y trabajadores “considerando que se trata de un fenómeno temporal y que el trabajo, conforme lo señala el artículo 25 constitucional, ‘es un derecho y una obligación social y goza, en todas sus modalidades, de la especial protección del Estado’”.⁸⁴ Entre los mecanismos se enumeran: el trabajo en casa, diferenciado del teletrabajo; la jornada laboral flexible, que permite la distribución de horas de trabajo durante la semana, así como la reducción o ampliación de la jornada laboral según las necesidades del servicio; otorgamiento de vacaciones anuales anticipadas y colectivas, lo que permite a los empleadores fijar vacaciones colectivas anuales aun cuando sus empleados no hayan cumplido con el año de trabajo; y el salario sin prestación del servicio para casos de grave calamidad doméstica.⁸⁵

Aún si la circular n°21 estipula que dichas medidas pueden adoptarse por consenso entre las partes, la relación de poder entre trabajadores y empleadores, junto con una coyuntura en la que el desempleo aumenta, disminuye la capacidad de los empleados de negarse a las condiciones que se les imponga. Así, esta medida beneficiaría sobre todo a los empleadores ya que, con la finalidad de que no se pierdan empleos por la disminución de ingresos de las empresas, da pie a una recaída de la calidad del empleo.

Como muestra la tabla 3.7 que sintetiza las medidas estatales en miras a gestionar el deterioro del empleo que inciden en los empleadores, dos días más tarde, el mismo ministerio emitió la circular externa N°22 informando que no se ha autorizado despidos colectivos de trabajadores y que el ministerio “ha adoptado la figura de Fiscalización Laboral Rigurosa, mediante la cual se tomarán estrictas medidas de inspección, vigilancia y control sobre las decisiones que adopten empleadores en relación con los contratos de trabajo durante la emergencia

⁸⁴ Circular 21 del Ministerio de Trabajo dirigido a empleadores y trabajadores del sector privado, 17 de marzo de 2020.

⁸⁵ Un mes más tarde se emitió la circular n°33 que flexibilizaba aún más las condiciones de trabajo permitiendo otorgar licencias remuneradas, eliminar beneficios extralegales y modificar el salario bajo mutuo consenso entre el empleado y el empleador, entre otros.

sanitaria”.⁸⁶ Tras la circular con medidas de flexibilización laboral, la circular n°22 se considera una medida de protección social para trabajadores formales al limitar, al menos en cierto grado, los despidos. Además, como medida para proteger a los empleados formales, el Ministerio de Trabajo emitió la circular n°27 prohibiendo a los empleadores coaccionar a los trabajadores a tomar licencias no remuneradas.⁸⁷

Tabla 3.7. Medidas estatales de Colombia para gestionar el deterioro del empleo entre marzo 2020 y diciembre 2021 que inciden en personas jurídicas

Medidas estatales para gestionar el deterioro del empleo en Colombia				
Incide en	Medida	Mediante	Fecha	Documento
Personas jurídicas constituidas antes de enero 2020	Creación del Programa de apoyo al empleo formal (PAEF) con fondos del FOME para entregar un aporte monetario mensual hasta por 4 ocasiones según el número de empleados	Entidades financieras	8/5/2020 y 13/11/2020	Decreto 639, 677, 815, 1129, 2162
MIPYMES	Dentro del programa de Garantías "Unidos por Colombia" se otorga créditos para nóminas del 90%	Intermediarios Financieros	15/4/2020	Circular normativa externa n° 10, 11, 12 del Fondo Nacional de Garantías
Empresas/Empleadores	Creación del Fondo de Mitigación de Emergencias para otorgar liquidez al sector financiero y financiar empresas cuyas actividades sean de interés nacional	Ministerio de Hacienda y Crédito Público	21/3/2020	Decreto 444
	Prohibición de coaccionar a empleados a tomar licencias no remuneradas	Ministerio del Trabajo	29/3/2020	Circular 27
	Creación del programa de apoyo para el pago de la prima de servicios (PAP) con fondos del FOME	Entidades financieras	3/6/2020	Decreto 770
	Crédito del 12% de los ingresos por actividades ordinarias o cien mil millones de pesos con un plazo de hasta 60 meses	Intermediarios Financieros	9/7/2020	Circular externa n°39 del Fondo Nacional de Garantías

Elaborado por la autora en base a decretos y circulares oficiales del gobierno de Colombia.

A pesar de dicha medida, entre el 12 de marzo y el 17 de abril de 2020, 1151 contratos fueron suspendidos y 9 empresas solicitaron una terminación de contrato colectivo, aunque estas últimas fueron presuntamente negadas por el Ministerio de Trabajo para proteger el empleo (Orguloso 2020, 9). La consiguiente medida adoptada por el gobierno fue la creación del Fondo de Mitigación de Emergencias (FOME) mediante el decreto 444 el 21 de marzo 2020

⁸⁶ Circular externa 22 del Ministerio de trabajo dirigido a empleadores y trabajadores del sector privado, 19 de marzo de 2020

⁸⁷ Circular N° 27 del Ministerio de Trabajo dirigida a empleadores y trabajadores del sector privado, 29 de marzo de 2020

tanto para atender necesidades de salud, como para generar estímulo a la economía. Los recursos del FOME estarían destinados a:

1. Atender las necesidades adicionales de recursos que se generen por parte de las entidades que hacen parte del Presupuesto General de la Nación.
2. Pagar los costos generados por la ejecución de los instrumentos y/o contratos celebrados para el cumplimiento del objeto del FOME.
3. Efectuar operaciones de apoyo de liquidez transitoria al sector financiero a través de transferencia temporal de valores, depósitos a plazo, entre otras.
4. Invertir en instrumentos de capital o deuda emitidos por empresas privadas, públicas o mixtas que desarrollen actividades de interés nacional, incluyendo acciones con condiciones especiales de participación, dividendo y/o recompra, entre otras.
5. Proveer directamente financiamiento a empresas privadas, públicas o mixtas que desarrollen actividades de interés nacional.
6. Proveer liquidez a la Nación, únicamente en aquellos eventos en los que los efectos de la emergencia se extiendan a las fuentes de liquidez ordinarias.⁸⁸

Aunque el decreto indicaba que los fondos entregados al sector financiero debían ser destinados a créditos para la pequeña y mediana empresa, lo que pasó en realidad fue que la mayoría de las solicitudes de crédito fueron negadas por los bancos aludiendo un riesgo muy alto⁸⁹ con lo que muchas pequeñas y medianas empresas se vieron obligadas a cerrar sus operaciones (Vargas 2020, 17).

Durante el mes de marzo 2020 el Estado implementó otras medidas como la compensación del IVA para población vulnerable, autorizaciones para hacer retiros de la cuenta de cesantía por parte de los trabajadores y para recibir aportes económicos para aportadores a la Caja de Compensación Familiar, y la entrega de un incentivo económico a habitantes del campo mayores de 70 años que no estén cubiertos por otros programas, medidas que se consideran como transferencias monetarias. Esta última, junto con otras medidas para la población agricultora se presentan en la tabla 3.8.

El sector agrícola enfrentó por la pandemia limitaciones en sus actividades por dificultades en transportar sus mercancías, poco acceso a insumos de agro y la acumulación de alimentos percederos. Frente a esta situación, el mayor apoyo que recibieron los grupos campesinos fue

⁸⁸ Decreto 444 del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, 21 de marzo de 2020.

⁸⁹ Este suceso se vuelve escandaloso considerando que estos fondos forman parte de los 13.5 billones que el FOME tomó prestado del Fondo Nacional de Pensiones de las Entidades Territoriales. Fondos que antes de la pandemia estaban destinados al pago de distintas pensiones para los años 2020, 2021 y 2022 (Vargas 2020, 17).

de las propias comunidades que se organizaron en distintas zonas del país para comercializar sus productos. Se cuentan como ejemplo:

mercados campesinos presenciales que se han adaptado a las condiciones de la emergencia (Florencia-Caquetá); mercados a domicilio sin y con plataformas tecnológicas transaccionales (Villavicencio y Bogotá respectivamente) y, finalmente, un esquema de coordinación y concentración de la oferta de organizaciones de productores en un centro urbano cercano a las zonas de producción, como alternativa a la concentración del abastecimiento mayorista en áreas metropolitanas (Cundinamarca) (FAO 2020, 1).

Tabla 3.8. Medidas estatales de Colombia para gestionar el deterioro del empleo entre marzo 2020 y diciembre 2021 que inciden en trabajadores del campo

Medidas estatales para gestionar el deterioro del empleo en Colombia				
Incide en	Medida	Mediante	Fecha	Documento
Trabajadores del campo mayores de 70 años en aislamiento obligatorio no cubiertos por otros programas	Incentivo económico	Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural		
Pequeños y medianos productores del sector agropecuario	Posibilita generar acuerdos de recuperación y pago de cartera y condonación de intereses	Banco Agrario de Colombia y Finagro	27/3/2020	Decreto 486
Pequeños productores del sector agropecuario	Programa de apoyo a pequeños productores para la adquisición de insumos agropecuarios	FIDUAGRARIA S.A	15/7/2020	Resolución 169
Personas naturales trabajadoras del campo que demuestren una reducción del 20% en sus ingresos	Programa de apoyo para el pago de la Prima de Servicios (PAP)	Entidades financieras	4/6/2020	Decreto 803

Elaborado por la autora en base a decretos y circulares oficiales del gobierno de Colombia.

A pesar de estas medidas, para mayo 2020 según datos del DANE (2020), se redujo la población ocupada, tanto en actividades formales como informales. La decisión por la que optó el gobierno para enfrentar esta situación fue la creación del programa ‘Ingreso Solidario’ mediante el decreto 518 en abril 2020, incluido en la tabla 3.9, destinada a personas que no se encontraban registradas en otros programas sociales y que por trabajar en la informalidad se encontraban en situación de pobreza y vulnerabilidad. Tanto el monto a transferirse como la periodicidad que este tendría, aunque el decreto indicaba que el programa debía durar “el tiempo que perduren las causas que motivaron la declaratoria del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica”,⁹⁰ quedaban abiertas a ser definidas mediante acto

⁹⁰ Decreto 518, 4 de abril de 2020.

administrativo del Ministerio de Hacienda y Crédito Público. Una medida similar se adoptó en mayo mediante el decreto 659 para otorgar una transferencia monetaria adicional a los beneficiarios de los programas Familias en Acción, Protección social al adulto mayor y Jóvenes en Acción.

Tabla 3.9. Medidas estatales de Colombia para gestionar el deterioro del empleo entre marzo 2020 y diciembre 2021 que inciden en población vulnerable

Medidas estatales para gestionar el deterioro del empleo en Colombia				
Incide en	Medida	Mediante	Fecha	Documento
Beneficiarios de los programas Familias en Acción, Protección Social al Adulto Mayor-Colombia Mayor y Jóvenes en Acción	Entrega de una transferencia monetaria no condicionada adicional y extraordinaria	Ministerio del Trabajo y del Departamento Administrativo para la Prosperidad Social	13/5/2020	Decreto 659
Población en situación de pobreza y vulnerabilidad registrados en el Sisben que no se beneficien de otros programas	Creación del programa 'Ingreso Solidario' para hacer entrega de transferencias monetarias no condicionadas con cargo a los recursos del FOME	Entidades financieras	4/4/2020	Decreto 518
Población vulnerable	Focalización para la compensación del IVA	Departamento Nacional de Planeación	18/3/2020	Decreto 419

Elaborado por la autora en base a decretos y circulares oficiales del gobierno de Colombia.

La transferencia monetaria del programa Ingreso Solidario fue pensada inicialmente en tres desembolsos mensuales de 160 000 pesos -equivalente a \$37USD-, que después se extendió hasta junio 2021, por lo que en el transcurso de un año llegó a beneficiar a 3 084 987 personas representando cerca del 17% del ingreso de dichos hogares (BID 2021, 5-6). De acuerdo con una encuesta realizada por el Banco Internacional de Desarrollo (BID) a 3 500 hogares a nivel nacional por medio de encuestas telefónicas, el programa de Ingreso Solidario tuvo repercusiones positivas en el bienestar de las familias pues implicó que estas “reporten algún ingreso durante los meses de julio y septiembre de 2020 en 5.9 y 5.5 puntos porcentuales, respectivamente, con relación a los hogares no elegibles para el programa” (BID 2021, 3). Además, la encuesta determinó que el ingreso permitió que los hogares más afectados por la pérdida de modos de vida incrementaran su consumo de alimentos y de forma general se permitieran gastos en insumos de limpieza, salud y educación.

Sin embargo, este programa fue foco de controversias pues, apenas iniciado el programa la Registraduría Nacional encontró inconsistencias en 16 894 cédulas.⁹¹ Al respecto Márquez-Valderrama (2021) menciona que la crisis sanitaria permitió la movilización de recursos para ayudas sociales que finalmente fueron distribuidos por los políticos de turno a través de redes clientelistas y de forma sesgada.⁹² De todas formas, el sector privado empresarial buscó adscribirse al programa de Ingreso Solidario en julio 2020 solicitando al Estado que se incluyeran entre 1 000 000 y 1 500 000 familias al programa que no habían sido incluidas para que se beneficiaran del ingreso solidario con fondos provenientes de empresas colombianas,⁹³ según la noticia registrada en la tabla 3.10.

El Estado también buscó reducir el deterioro del empleo mediante apoyos al sector privado empresarial por ejemplo con el programa “Unidos por Colombia” para otorgar créditos dirigidos inicialmente a la MIPYMES⁹⁴. Y creó mediante el decreto 639, el Programa de apoyo al empleo formal para que con fondos del FOME se apoyara hasta por tres ocasiones a empresas constituidas antes del 2020 que vieran sus ingresos disminuidos en al menos el 20%⁹⁵. La ANDI propuso al gobierno que se suspendan las deudas del sector privado y que se agilicen los préstamos por parte del sector financiero sin dejar de lado a las empresas grandes.⁹⁶⁹⁷ En respuesta, se entregó créditos y se congeló deudas de empresas bancos con el fin de que estos no se vean obligados a cerrar sus actividades y despedir a sus trabajadores, sobre todo entre los meses de junio y julio 2020.⁹⁸⁹⁹

A pesar de esta medida, y de que algunos emprendimientos y empresas modificaron sus productos guiados por la consigna promovida por la esfera empresarial de ver este periodo como “una oportunidad para emprender, innovar, invertir y reinventar” (Marquez-Valderrama 2021, 5), muchas pequeñas y medianas empresas cerraron sus actividades al no poder adaptarse a la virtualidad, depender del contacto directo con clientes y la disminución en los niveles de consumo (Márquez-Valderrama 2021). Además, en su mayoría quienes se

⁹¹ Tweet de la cuenta oficial de la Registraduría Nacional del Estado Civil el 14 de abril de 2020.

⁹² Además de las inconsistencias en la base de datos de los beneficiarios del programa, este tuvo un excedente de 300 mil millones de pesos respecto al presupuesto que estaba inicialmente destinado (Vargas 2020, 16).

⁹³ “Con fondos provenientes de empresas, ANDI propone incluir recicladores, artistas, vendedores ambulantes entre otros a Ingreso Solidario” 16 de julio de 2020

⁹⁴ Circular Normativa externa del Fondo Nacional de Garantías N°10, 15 de abril de 2020.

⁹⁵ Decreto Legislativo N° 639 del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, 8 de mayo de 2020.

⁹⁶ “Proponen que se suspendan los pagos de deudas de las empresas por un año” Vanguardia, 30 de marzo de 2020.

⁹⁷ “Semana clave para que empresas puedan acceder a créditos, según ANDI” RCN radio, 20 de abril de 2020.

⁹⁸ Decreto Legislativo N°770 del Ministerio del Trabajo, 3 de junio de 2020.

⁹⁹ Circular Normativa externa del Fondo Nacional de Garantías N° 39, 9 de julio de 2020.

beneficiaron de las líneas de crédito fueron las grandes empresas pues eran las únicas que cumplían con los requisitos de las instituciones crediticias (Marriner y Becerra 2020, 63). Esto respondería en parte a la solicitud de ANDI al gobierno nacional el 20 de abril de 2020 de que no se deje de lado a las empresas grandes en la iniciativa de préstamos para el pago de nóminas y ayudas destinadas a mantener al sector privado en operación.

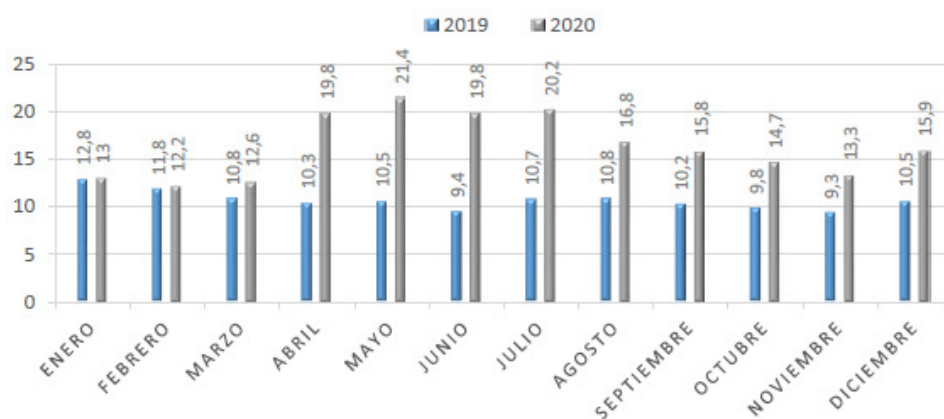
Tabla 3.10. Postura del sector empresarial privado ante la gestión del deterioro del empleo

Institución	Documento	Fecha
ANDI	ANDI propone al gobierno que se suspenda el pago de deudas del sector privado por un año para que las empresas puedan sobrellevar la cuarentena y pagar a sus empleados	30/3/2020
	Enfatizó sobre la necesidad de que el sector financiero agilice el trámite de los préstamos para que las compañías puedan pagar las nóminas y mantener su operación. Además pidió al Gobierno Nacional que no deje a las empresas grandes fuera de esta iniciativa	20/4/2020
	ANDI con otras asociaciones empresariales e instituciones proponen al Gobierno Nacional incluir de 1000000 a 1500000 familias en el programa de Ingreso Solidario con fondos provenientes de empresas colombianas para apoyar a grupos que no se incluyeron en el programa como artesanos, recicladores, vendedores ambulantes, artistas de calle y deportistas	16/7/2020
	Llamado a simplificar las leyes laborales para permitir una mayor inserción de los trabajadores en el sector formal mediante un diálogo tripartito.	24/8/2020
	Aportes de 33 empresas y donantes individuales a la iniciativa "Entre todos nos protegemos" con lo que se recaudó 1.500 millones de pesos para comprar mercados y bonos alimenticios a ser entregados a 10.500 familias	20/3/2021
CNG	Llamado a una reforma tributaria, reducción del gasto público y a la discusión sobre el Proyecto de Ley Solidario Sostenible	29/4/2020
	Agradece las medidas anunciadas por el presidente Duque de aplazar los aportes pensionales y facilitar la obtención de créditos. Y solicita diálogo con el gobierno para continuar aperturando sectores económicos bajo protocolos sanitarios	12/4/2020
	Llamado al gobierno nacional para la reactivación económica, centralización de decisiones sobre aperturas y avanzar en la reforma y flexibilización del régimen laboral	31/7/2020
	Llamado al gobierno a minimizar la efectación del sector formal por los cierres y a mantener una mayor vigilancia ante la indisciplina social y los cercos epidemiológicos	21/1/2021
	Decisión de crear un Comité de Reactivación con el objetivo de implementar iniciativas de mediano plazo para la recuperación empresarial y fortalecimiento del empleo.	10/6/2021

Elaborado por la autora en base a Comunicados de prensa, participación en los medios y noticias de la Asociación Nacional de Empresarios de Colombia (ANDI) y del Consejo Gremial Nacional (CNG).

Los meses en los que más aumentó el nivel de desempleo fueron de abril a julio 2020 como muestra el gráfico 3.6 respondiendo al shock que representó el COVID-19, y la novedad de las medidas de mitigación y contención. Este es el periodo en el que las actividades laborales debieron buscar formas de ajustarse a la nueva normalidad, ya sea mediante teletrabajo o venta de servicios y bienes por medios electrónicos. Como ya se mencionó, este ajuste no fue posible para muchas empresas ya sea por el tipo de actividad que desempeñaban o por falta de conocimiento en las tecnologías que les permitirían continuar con sus actividades de forma virtual.

Gráfico 3.6. Tasa de desempleo comparada en Colombia 2019-2020



Fuente: Coy (2021, 11).

El aumento de índices de desempleo concuerda con los datos del anexo 16 sobre las empresas que debieron cerrar sus actividades total o parcialmente con mayor incidencia en los primeros meses tras el registro del primer caso de COVID-19. La relación entre estos dos gráficos se observa también en el descenso de los índices de desempleo desde agosto de 2020, que coincide con el aumento de las actividades empresariales a un 80%. A pesar de que el funcionamiento de las empresas estaba reducido en un 20% o menos a partir de agosto, los índices de desempleo se mantuvieron por encima de los 5 puntos porcentuales frente al año 2019, lo que puede responder a las medidas de flexibilización laboral adoptadas en el marco de la pandemia.

A diferencia de los índices de desempleo, los niveles de informalidad descendieron en mayo y junio 2020 frente a los mismos meses del año 2019, posiblemente por las medidas de confinamiento, pero empezaron a incrementar, incluso más que en el año 2019 desde junio 2020 (Coy 2021, 14) debido a la disminución de empleo y necesidades económicas. Esto mostraría que las medidas de ayuda económica adoptadas por el gobierno no dieron abasto para cubrir las necesidades de la amplia proporción de la población colombiana que subsiste

en base a actividades de comercio informal. Cabe señalar que los índices de informalidad son dispares a nivel nacional pues ciudades como Popayán, Medellín, Bogotá, Tunja y Manizales presentaron un menor registro de actividades informales. Manizales, por ejemplo, tuvo un índice de informalidad de 37,7% frente al 67,7% de Cúcuta que presenta el mayor índice de informalidad (DANE 2020b). Las diferencias en los índices de desigualdad entre las ciudades colombianas es un indicador de la desigual capacidad de absorción de fuerza laboral del mercado a nivel nacional y quizá incluso del poder infraestructural del Estado para hacer acatar las medidas de confinamiento dispuestas a lo largo del territorio nacional.

Las condiciones socioeconómicas desencadenadas por la pandemia por COVID-19 llevaron a las familias a adoptar ciertas medidas para gestionar la disminución de ingresos. Por ejemplo, según el gráfico 3.7 de la encuesta Pulso Social de julio 2020¹⁰⁰ que contrasta los datos de 2019 con los de 2020, el tamaño de los hogares en Colombia en su mayoría se mantuvo, pero en los casos en los que se registraron cambios, estos fueron mayoritariamente para conformar hogares de más personas. Esto mostraría una forma de apoyo familiar para reducir los costos de vida pues la mayoría de los hogares de Colombia sea cual sea el tamaño del hogar consideraban que la situación económica de su hogar era peor que hace doce meses (DANE 2020c). Al comparar los hogares entre diciembre 2020 y diciembre 2021 muestra la misma tendencia, pero hay mayor estabilidad y el porcentaje de personas que ampliaron el núcleo familiar fue menor (DANE 2021), lo que podría dar señales de una incipiente estabilización económica.

Gráfico 3.7. Transición en el tamaño de los hogares de Colombia comparando julio 2019-2020

		2020			
Tamaño del hogar		Unipersonal	Dos personas	Tres personas	4 o más
2019	Unipersonal	70,29	12,81	7,71	9,18
	Dos personas	3,92	66,86	15,24	13,98
	Tres personas	2,25	5,43	73,94	18,37
	4 o más	2,10	2,88	5,61	89,41

Fuente: DANE (2020c).

¹⁰⁰ La primera encuesta de este tipo se realizó en julio 2020 como una forma de medir las consecuencias de la crisis sanitaria, económica y social.

Como forma de contrarrestar posibles disminuciones en satisfacción de necesidades básicas, el gobierno implementó medidas adicionales a las ya mencionadas como la entrega de canastas de alimentos a familias vulnerable mediante las alcaldías y gobernaciones, lo que se considera una transferencia en especie. Como medidas de suministros de servicios básicos, el gobierno prohibió los desalojos, el aumentó de cuotas de arriendo, y la suspensión de servicios de telefonía, agua y alcantarillado (Padilla y Ospina 2020, 24; Orguloso 2020, 4). De forma adicional, las familias en distintas ciudades de Colombia iniciaron redes de apoyo entre vecinos para poder lidiar con la falta de ingresos que presionaba sobre todo a las familias de bajos recursos, cuyos ingresos dependían del comercio informal. Esta iniciativa fue colgar trapos rojos en las ventanas o balcones de sus casas. El trapo rojo transmitía un mensaje: nos morimos de hambre, lo que permitía a los vecinos entregar alimentos para que todos pudieran alimentarse (Padilla y Ospina 2020, 25).

En algunas ciudades también se dio como iniciativa las “ollas comunitarias” que con el apoyo de la comunidad y de otros actores como la iglesia y algunas entidades gubernamentales y empresariales, permiten la compra de alimentos que después son preparados y repartidos a la población más vulnerable (Padilla y Ospina 2020, 27). Se dieron también varios llamados virtuales entre la sociedad civil para recaudar fondos y alimentos a ser compartidos en las zonas más vulnerables. Ejemplo de ello fue la iniciativa de la organización ‘Ciudad en Movimiento’ que logró abastecer a 75 familias de Bogotá con recaudaciones en dos días. En Pereira y Dosquebradas tuvo lugar una iniciativa similar con el gremio ‘Querendona Cívica’ que con sus recaudaciones pudo beneficiar a aproximadamente 198 familias. La red comunitaria Trans también inició una colecta para apoyar las necesidades de trabajadoras sexuales y la Fundación Rediseñándonos hizo una colecta para alimentar a habitantes de calle, además de presionar al gobierno local de Bogotá para la adecuación de baños públicos para que esta población pueda asearse y prevenir el COVID-19.¹⁰¹

Desde el sector empresarial privado también se dieron iniciativas como “Entre todos nos protegemos” que logró recaudar 1 500 millones de pesos, entre 33 empresas y donantes individuales para apoyar a cerca de 10 500 familias¹⁰² en marzo 2021. A pesar de estos esfuerzos, de acuerdo con la encuesta Recovr realizada entre el 8 y 15 de mayo y 13 y 22 de

¹⁰¹ Marina Sardiña “COVID-19: organizaciones sociales colombianas se movilizan para ayudar a los más vulnerables” 21 de marzo de 2020

¹⁰² “‘Entre todos nos protegemos’, un ejemplo de solidaridad colectiva” ANDI, marzo 20 de 2021

agosto de 2020,¹⁰³ el 30% de encuestados indicó haber tenido que reducir su gasto en alimentos entre la primera y la segunda ronda de la encuesta. Los resultados de la encuesta señalan además una diferenciación entre individuos con empleo formal e informal, viéndose que estos últimos reportaron haber reducido las porciones de alimentos o saltarse comidas en un 20% más que quienes tenían empleo formal.¹⁰⁴ Ejemplo de esta situación es la de Rogelio, un colombiano de 65 años que trabaja informalmente como cargador de materiales en construcciones y que se vio sin ingresos debido a la pandemia. Al preguntar a Rogelio como vive su familia la pandemia, responde que “No ha sido fácil, que a veces llora, pero a escondidas, que no desayunan, que la cena son las sobras del almuerzo, que los adultos aguantan, pero los niños no. No tiene pensión, tampoco recibe ningún subsidio por parte del Estado”.¹⁰⁵

A pesar de los intentos del gobierno por cubrir ciertas necesidades y de iniciativas de cooperación comunitaria, la realidad de Rogelio la vive gran parte de la población. Es por ello que amplias partes de la población cumplieron con el aislamiento entre marzo y abril 2020, pero más adelante empezaron a salir a las calles a pesar de la cuarentena nacional y el toque de queda buscando retomar las actividades informales para lograr un ingreso diario (Márquez-Valderrama 2021). También esta realidad empujó a grupos en vulnerabilidad como trabajadores informales, migrantes, recicladores, etc. a congregarse para pedir ayudas¹⁰⁶ y a algunos migrantes venezolanos a retornar a Venezuela al verse despojados de sus hogares y sin medios para alimentarse.¹⁰⁷

Ahora bien, la forma en la que afrontaron las familias los efectos del deterioro del empleo y consecuente disminución de ingresos se puede observar en el gráfico 3.8 que toma las respuestas de familias bogotanas como ejemplo. Como se puede observar en su mayoría las familias gastaron sus ahorros, redujeron sus gastos alimenticios, pidieron ayuda y se endeudaron (Secretaría Distrital de Planeación, 2020). Esto se corresponde con resultados de una encuesta autónoma que se realizó para esta investigación con ciudadanos de Antioquia

¹⁰³ La encuesta entrevistó a más de 1000 hogares telefónicamente y fue resultado de una asociación entre IPA (Innovation for Poverty Action), el Departamento Nacional de Planeación y UNICEF.

¹⁰⁴ Kyle Holloway y Sebastian Chaskel “Los hogares colombianos enfrentan crecientes desafíos por el COVID” 15 de enero de 2021.

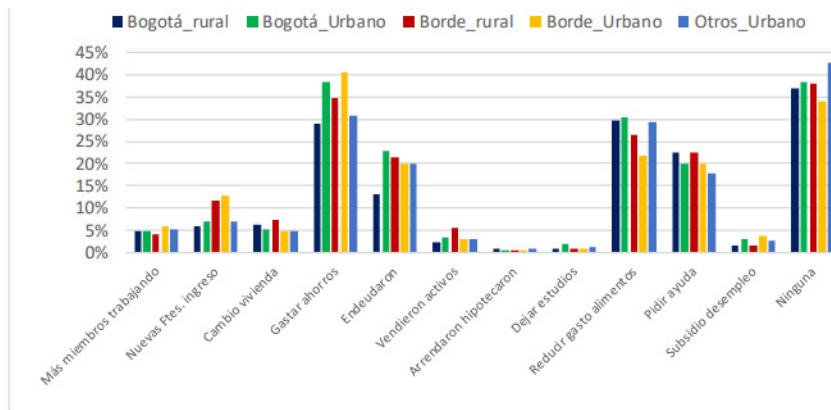
¹⁰⁵ Begoña Rodríguez Pecino “Trabajo informal en Colombia: elegir entre hambre o coronavirus” 23 de abril de 2020.

¹⁰⁶ Santiago Torrado. “Colombia se moviliza para que los más vulnerables puedan cumplir la cuarentena” 25 de marzo de 2020.

¹⁰⁷ Alma Guillermo Prieto “Miedo, ira y desesperación: cómo los residentes de Bogotá enfrentan la situación con COVID-19” 11 de mayo de 2020.

que también reportaron haber disminuido sus gastos, haber recibido ayudas de familiares y amigos y haber recibido préstamos también de familiares u otras personas cercanas.

Gráfico 3.8. Soluciones que implementaron los hogares para afrontar los efectos de la pandemia COVID-19 en Bogotá por porcentajes de hogares



*Los hogares podían tomar al mismo tiempo varias de las soluciones.

Fuente: Secretaría Distrital de Planeación (2020).

3.4. ¿Cómo se gestionó la enfermedad y el deterioro del empleo en el régimen de bienestar colombiano?

Según lo expuesto en este capítulo se observa que efectivamente el Estado colombiano realizó esfuerzos durante la pandemia por gestionar el riesgo social que implica la COVID-19 en respuesta a la problematización pública que se dio en torno a este a nivel nacional e internacional. Sin embargo, la respuesta desde el Estado estuvo condicionada por la estructura del sistema sanitario colombiano cuyas principales características datan de 1993 con la ley 100, mismas que privan al Estado de tener libertad de acción sobre la provisión de servicios de salud, al estar estos mercantilizados dependiendo casi en su totalidad de los intereses de las ARL (Delgado y Corrales 2020). Otro condicionamiento fueron las diferencias, al menos en las primeras instancias de la pandemia, respecto al manejo del distanciamiento social entre el gobierno central y los gobiernos locales (Rodríguez 2020, 1).

En lo que respecta a medidas adoptadas por parte del Estado para la mitigación del virus, al igual que en la mayoría de países se pusieron en práctica el distanciamiento social, protocolos de bioseguridad y planes de vacunación. El distanciamiento social sin embargo fue más bien magro, con amplias flexibilizaciones tempranas en respuesta a presiones del sector privado-empresarial para reactivar la economía, aunque algunos sectores de salud y gobierno hicieron llamados de atención sobre la sobrecarga del sistema de salud y cómo dichas flexibilizaciones incidirían en la salud de la población. Ante ello, algunas comunidades, sobre todo de zonas rurales, empezaron a adoptar sus propias medidas de control privando el ingreso de individuos

externos y/o poniéndolos en cuarentena por cuenta propia.¹⁰⁸ Los planes de vacunación recibieron apoyo del sector privado-empresarial, principalmente porque esto permitiría una reactivación económica al reducir la necesidad de confinamiento y distanciamiento social. Cabe señalar que la vacunación se dio de forma desigual en el territorio nacional, concentrándose en los centros de mayor movimiento económico.

Las medidas de contención, basadas principalmente en el rastreo de casos positivos y sus contactos fueron gestionadas desde el Estado con la creación de programas como el PRASS y la compra de insumos para la realización de pruebas COVID-19. Se ha documentado varias críticas respecto al manejo de pruebas por retrasos en la toma de muestras y en la entrega de resultados. Dos factores que condicionarían la capacidad de contener efectivamente el virus dado que los individuos sin pruebas positivas no se aislaban a tiempo y seguían esparciendo el virus. Además, la falta de datos fidedignos a tiempo real podría haber incidido en la flexibilización temprana de las medidas de mitigación.

En cuanto a las medidas para incrementar la capacidad de respuesta del sistema sanitario, se observa que el Estado pretendió incrementar los rubros de financiamiento, compró insumos y emitió decretos para la adecuación de centros de salud. Sin embargo, los esfuerzos del Estado al estar mediados por el sector privado-empresarial a cargo del sistema de salud no dieron los frutos esperados. Se dieron varias quejas y demandas sociales por la falta de atención médica, de acceso a camas de cuidados intensivos y falta de medicación. Ante la falta de atención médica la población se vio obligada a cuidar a sus enfermos en casa en muchas ocasiones, lo que pone en riesgo a otros miembros del hogar, y a usar medicinas locales y conocimientos ancestrales, esto último sobre todo en zonas rurales.

Es decir, el derecho a la salud en Colombia está largamente mercantilizado, lo que se vuelve problemático en un país en el que gran parte de la población no tiene acceso a un trabajo formal de calidad. Si bien se menciona desde el Estado que prácticamente la totalidad de colombianos está asegurada y puede acceder a servicios de salud con un bajo gasto de bolsillo, este periodo ha dejado en evidencia que la gestión de la enfermedad en Colombia deja a una gran proporción de la población a su suerte, en especial a quienes habitan en zonas de bajo interés mercantil. Es decir, la gestión de la salud durante la pandemia en Colombia recayó ampliamente sobre las familias y el poco acceso que había a servicios de salud formales estuvo mercantilizado. Esto se evidencia en el registro de muertes por COVID-19

¹⁰⁸ “Experiencias de participación social en respuesta a la pandemia” OPS. (minuto 13:50-14:05)

según estrato, en su mayoría correspondientes al 1, 2 y 3. La gestión de la salud en Colombia se resume acertadamente en el siguiente extracto de la carta abierta del Pacto por la Salud:

La autoridad sanitaria es muy frágil en la mayoría de los departamentos y municipios, con escasos recursos y baja capacidad técnica, consecuencia de un deterioro histórico producido por la Ley 100 de 1993. La Atención Primaria en Salud (APS) es marginal y la debilidad de la red pública hospitalaria y las redes de servicios de salud para el cuidado temprano y oportuno de los casos COVID y NO COVID elevan el riesgo de los grupos vulnerados y en condiciones de desigualdad sistemática. Es evidente el predominio de la intermediación de los recursos financieros a través de las EPS, llevando a un inadecuado flujo de recursos hacia los prestadores (...)¹⁰⁹

En cuanto a la gestión del deterioro del empleo, Colombia fue uno de los países latinoamericanos que más medidas adoptó. Sin embargo, estas medidas fueron mayoritariamente de apoyo a empresas para evitar su cierre: inyección de liquidez, flexibilidad en las condiciones laborales, reducción de requisitos para préstamos, etc., es decir fueron medidas principalmente de política empresarial, monetaria y fiscal (Marriner y Becerra 2020). La creación del Fondo de Mitigación de Emergencias (FOME) destinado a promover liquidez y entrega de créditos a pequeñas y medianas empresas con el fin de que estas puedan mantener sus operaciones, no tuvo los resultados esperados pues los créditos fueron entregados principalmente a grandes empresas. Esto llevó a que muchas empresas pequeñas y medianas cierren y sus empleados pierdan su empleo.

El periodo que más efectos tuvo en términos del deterioro del empleo corresponde al inicio de la pandemia por la novedad de las medidas de mitigación y la dificultad de ajustarse a una nueva realidad comercial. Con el paso del tiempo, tanto la adaptación, la flexibilización de las medidas y el retorno paulatino a la ‘normalidad’ generaron una mejora incipiente en el sector privado-empresarial, sin embargo, esto no se tradujo en mejoras de la calidad del empleo necesariamente. De hecho, como explicó el economista Mauricio Reina, es poco probable que se recuperen los empleos y menos aún la calidad de los mismos, ya que la mayoría de las empresas encuentran más sencillo pedir a sus empleados que aumenten su productividad que contratar más personas.¹¹⁰

¹⁰⁹ “Pacto Nacional de Unidad por la salud y la vida de todos los colombianos y las colombianas”, Organización Colegial de Enfermería, 7 de agosto de 2020.

¹¹⁰ Alma Guillermo Prieto “Miedo, ira y desesperación: cómo los residentes de Bogotá enfrentan la situación con COVID-19” 11 de mayo de 2020.

La estructura laboral que Colombia venía teniendo, con un índice altísimo de informalidad, incrementó la necesidad de apoyos durante el periodo de pandemia y encrudeció la situación de muchos ciudadanos. Por ello fueron sumamente necesarias medidas de apoyo por parte del gobierno. Sin embargo, las medidas adoptadas para apoyar directamente a las familias y su falta de ingresos, aunque lograron ayudar a una proporción de familias, no fueron suficientes y se prestaron para la movilización dudosa de recursos e inconsistencias en las bases de datos de personas que deberían recibir los apoyos por sus condiciones de vulnerabilidad.

La gestión del deterioro del empleo durante este periodo muestra que este recae principalmente sobre las propias familias que se vieron obligadas a afrontar la disminución de ingresos de distintas formas. Principalmente, las familias intentaron reducir gastos, visto esto con prácticas como la extensión del núcleo familiar, la reducción de consumo de alimentos e incluso el saltarse comidas en varias familias. Varios recibieron apoyo de familiares o conocidos o recurrieron al endeudamiento para gestionar sus gastos. Las redes comunitarias mostraron gran peso en este periodo con organizaciones civiles para la recaudación de fondos con el fin de proveer alimentos a quienes más lo necesitaban, la creación de ollas comunitarias y en el caso de los campesinos organizaciones propias para la comercialización de sus productos.

Considerando los indicadores aquí expuestos, como el incremento en los niveles de desempleo e informalidad, queda claro que las medidas adoptadas por el Estado y el sector empresarial privado para amortiguar la pérdida de empleos no fueron tan efectivas y los mayores beneficiarios de los créditos del gobierno fueron grandes empresas.

Consecuentemente, la población más vulnerable se vio obligada a recurrir a lazos familiares y comunitarios para asegurar la ingesta de alimentos diarios al menos en cierta medida y afrontar las consecuencias económicas que trajo la pandemia.

Capítulo 4. Gestión durante la pandemia en Ecuador

4.1. Contexto de Ecuador

Ecuador registró su primer caso de COVID-19 durante el gobierno de Lenin Moreno (2017-2021) quien pasó de tener un apoyo popular de 66% en mayo de 2017, cuando llegó al poder de la mano del expresidente Rafael Correa e incluso llegó a un inédito apoyo de 77% en agosto de su primer año de mandato presidencial, a 18.7% en mayo de 2020 cuando la pandemia ya había llegado al país y estaba cerca el fin de su periodo presidencial.¹¹¹ La credibilidad del mandatario, al igual que el apoyo popular, descendió drásticamente de 63% en 2017 a 14.7% en 2020 según CEDATOS. La transición en los índices de popularidad no responde a los contextos de pandemia pues venían bajando desde 2019.

Según encuestas realizadas por Celag, la población ecuatoriana consideraba que quienes toman las decisiones políticas del país eran grupos económicos y Estados Unidos. En un principio Moreno subió al poder como una continuación del gobierno de la revolución ciudadana, y después tuvo apoyo de la oposición pues estos grupos vieron en él la oportunidad de romper los lineamientos que Correa había trazado. Sin embargo, después le retiraron su apoyo, quedando el gobierno de Moreno sin una estructura partidaria propia, con un gabinete que respondía a intereses corporativos y una marcada distancia del sector empresarial y otros aliados políticos (Serrano 2019).

El gobierno de Moreno fue de corte neoliberal y estuvo marcado por decisiones como el envío de la Ley de Fomento Productivo a la Asamblea Nacional. Esta ley, aprobada por el órgano legislativo, reducía los ingresos estatales justificando así una “serie de recortes y ajustes, así como el endeudamiento con organismos multilaterales, entre ellos el Fondo Monetario Internacional (FMI), con su respectiva carta de intención (marzo de 2019) y así apresurar la agenda neoliberal” (Báez 2022, 39-40). El intento de derogar el subsidio a los combustibles por medio de un decreto presidencial llevó a que en octubre de 2019 se realice una movilización popular de 12 días en Ecuador liderado por el movimiento indígena, pero en el que participaron una amplia gama de actores. Ante la amplia movilización, el ejecutivo decretó el estado de sitio y desplegó esfuerzos para evitar que los grupos indígenas llegaran a Quito; las medidas adoptadas por el gobierno para aplacar la movilización solo resultaron en un mayor apoyo popular a los protestantes (Ramírez 2019).

¹¹¹ “Lenín Moreno inicia último año presidencial con 14% de credibilidad” El Universo, 24 de mayo de 2020.

El panorama de debilidad gubernamental y descontento popular ante medidas de tinte neoliberal no mejoró para el sucesor de Moreno, el banquero Guillermo Lasso, quien asumió la presidencia del país en mayo 2021, casi un año después de registrado el primer caso de COVID-19. Su victoria en los comicios fuera de reflejar apoyo a su programa de gobierno fue el resultado de votos opositores al candidato Andrés Arauz, aliado de Rafael Correa, y la abstención del voto de los grupos indígenas. Además, desde el inicio de su gobierno el panorama legislativo se vio turbulento por las rupturas con otros partidos políticos, lo que, junto con las dificultades financieras¹¹² que enfrentaba el país, limita la posibilidad de implementar reformas (Malamud y Núñez 2021, 7).

Adentrándonos en la realidad de la población ecuatoriana en términos de provisión de servicios básicos relevantes en todo momento, pero determinantes en el contexto de pandemia, existe una gran inequidad si se comparan las áreas urbanas y rurales del país. A nivel nacional, según datos del Consejo Nacional para la Igualdad Intergeneracional (CNII),¹¹³ el porcentaje de viviendas que disponen de agua por tubería dentro de la vivienda es de 89,51% en áreas urbanas para el 2019 y 31,05% en áreas rurales. El acceso a internet en áreas rurales para el 2019 era del 21,6% mientras que el de áreas urbanas era de 56,1% aunque estos índices incrementaron para el año 2021 siendo de 34,7% y 61,7% respectivamente (INEC 2021, 11).

Otros indicadores que muestran la desigual realidad de las áreas urbanas y rurales en el país son los de pobreza por ingreso y pobreza multidimensional. En el caso del primero la relación es de 17,22% en áreas urbanas y 41,75% en áreas rurales para el año 2019 y 25,09% y 47,88% para el año 2020. La pobreza multidimensional, que considera el acceso de los individuos al ejercicio de derechos constitucionales como salud, educación, empleo, alimentación, etc. muestra una mayor diferencia, siendo de 22,69% en áreas urbanas y 71,14% en áreas rurales para el 2019 frente a un 26,77% y 68,70% en el año 2020, lo que da cuenta del desigual acceso a servicios públicos, satisfacción de necesidades básicas y percepción de ingresos a nivel nacional.¹¹⁴¹¹⁵ El servicio de electricidad pública es más

¹¹² Ecuador presenta un nivel de endeudamiento resultante de la brecha entre ingresos y gastos arrastrada desde el 2014 de aproximadamente el 63% de su PIB (Malamud y Núñez 2021, 7)

¹¹³ Datos sobre servicios básicos. CNII. S.f.

¹¹⁴ Cabe señalar que para los datos de diciembre 2020 se cambió la metodología de muestra y representatividad por lo que la comparación con periodos previos debe utilizarse con precaución.

¹¹⁵ Datos sobre pobreza. CNII. S.f.

equitativo con una relación de 98.66% en áreas urbanas y 95.51% en áreas rurales para el mismo año.

En cuanto a la situación laboral, para diciembre de 2019 el 38.8% de la población contaba con un empleo adecuado, el 17.8% tenía subempleo, el 28% tenía un empleo no pleno, el 10.9% tenía un empleo no remunerado y el 3.8% de la población estaba desempleada,¹¹⁶ aunque el índice de desempleo para septiembre 2019 fue de 4.9%¹¹⁷ (INEC 2019). El gráfico 4.1 muestra la composición de empleados por rama de actividad para el año 2019. Como se observa, en Ecuador la mayor participación en el empleo es ocupada por la agricultura, ganadería, caza y silvicultura y pesca, seguido de comercio y de manufactura. Ahora bien, si se considera el porcentaje de empleo adecuado por rama de actividad, la agricultura representa el 11.1% de los empleos plenos, el comercio el 17.1% y la manufactura el 12.4% (INEC 2019).

Gráfico 4.1. Composición de empleados por rama de actividad en 2019

Rama de actividad	dic-14	dic-15	dic-16	dic-17	dic-18	dic-19
Agricultura, ganadería, caza y silvicultura y pesca	24,4%	25,0%	25,6%	26,1%	28,3%	29,4%
Comercio	18,9%	18,8%	19,0%	19,1%	18,1%	17,9%
Manufactura (incluida refinación de petróleo)	11,3%	10,6%	11,2%	11,3%	10,7%	10,3%
Enseñanza y Servicios sociales y de salud	6,8%	7,1%	6,9%	6,8%	6,7%	6,7%
Alojamiento y servicios de comida	5,5%	6,1%	6,5%	6,4%	6,0%	6,1%
Construcción	7,4%	7,3%	7,1%	6,7%	6,8%	6,1%
Transporte	5,9%	6,2%	5,7%	5,9%	5,8%	5,8%
Actividades profesionales, técnicas y administrativas	4,3%	4,5%	4,2%	4,5%	4,8%	4,9%
Otros Servicios	3,8%	3,9%	3,9%	3,6%	3,7%	3,7%
Administración pública, defensa; planes de seguridad social obligatoria	4,4%	4,4%	4,2%	4,3%	3,4%	3,4%
Servicio doméstico	3,3%	2,7%	2,8%	2,5%	2,9%	3,0%
Correo y Comunicaciones	1,2%	1,2%	1,0%	1,0%	1,0%	0,9%
Actividades de servicios financieros	1,0%	0,8%	0,6%	0,7%	0,8%	0,7%
Suministro de electricidad y agua	1,0%	0,7%	0,6%	0,7%	0,6%	0,6%
Petróleo y minas	0,8%	0,7%	0,6%	0,4%	0,6%	0,5%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: INEC (2019).

Frente a estos últimos datos es necesario señalar que son porcentajes constitutivos del 38.8% referente al porcentaje de individuos con empleo pleno en el país, lo que implica que gran parte de la población económicamente activa no cuenta con empleos plenos, sino con alguna subclasificación de subempleo, empleo no remunerado y/u otro tipo de empleo no pleno. Esto se corresponde con los porcentajes de empleo de la zona rural, donde se lleva a cabo

¹¹⁶ INEC considera dentro del subempleo por insuficiencia de tiempo, individuos que trabajan menos de 40 horas pero que pueden percibir más o menos del salario básico; y por insuficiencia de ingresos, donde se cuenta a quienes perciben menos del salario básico, pero trabajar más o menos de 40 horas. Sin embargo, los datos publicados no presentan un desglose en base a dicha diferenciación. Lo mismo ocurre para el desempleo oculto y abierto que se diferencia en base a la búsqueda activa de empleo (INEC 2019)

¹¹⁷ Para el diciembre de 2018 el índice de desempleo también disminuyó del 4.0% de septiembre a 3.7% (INEC 2019), esto podría estar vinculado con contrataciones temporales por fin de año.

principalmente las actividades de agricultura, ganadería, caza y silvicultura y pesca, donde solo el 20.6% tiene empleo adecuado, el 19.4% tiene subempleo, el 35.5% tiene otro empleo no pleno y el 22.9% tiene empleo no remunerado (INEC 2019).

Respecto a las tasas de desempleo, para diciembre de 2019 el 32.5% de la población había estado buscando empleo hace 4 semanas o menos, el 20.1% entre 5 y 8 semanas, el 28.7% entre 9 y 24 semanas y el 18.6% hace 25 semanas o más (INEC 2019). Además el 46.6% de la población trabajaba informalmente para diciembre de 2019, porcentaje que podría explicar que para el mismo mes, el 60.1% de la población empleada del país no tuviera ningún tipo de afiliación a seguros, el 10.7% estuviera afiliada algún tipo de seguro externo, y solo el 29.2% de la población empleada estuviera afiliada al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), afiliación obligatoria legalmente para trabajadores dependientes, independientes, empleadores y servidores públicos cuyos afiliados estarían protegidos de la enfermedad, vejez, muerte, riesgos laborales, discapacidad, cesantía y maternidad.¹¹⁸

El gráfico 4.2, tomado del boletín estadístico 25 del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) muestra la evolución histórica de asegurados por tipo en Ecuador desde el 2015 hasta 2020. Se observa por un lado que, si bien se venía dando una disminución del número de afiliados, personas que perciben ingresos de cualquier tipo, desde el 2018; el 2020 presenta el menor número del periodo. Por otro lado, el número total de pensionistas, “afiliados y afiliadas que cumplen los requisitos para jubilarse por invalidez, discapacidad o vejez”¹¹⁹ y sus familiares directos, continúa la tendencia creciente que venía manteniendo, lo que se explicaría en que este tipo de aseguramiento responde al ciclo de vida principalmente.

Gráfico 4.2. Evolución histórica de asegurados por tipo en Ecuador (2015-2020)

Año	Afiliados					Total ³ Afiliados	Pensionistas				Total ³ Pensionistas	Total ³ Afiliados y Pensionistas	Cobertura ⁵ para Salud HI-Afiliado y Ext. Cobertura ⁶	Asegurados ³ Registrados ⁵
	Seguro Social Campesino		Seguro General Obligatorio		Seguro Voluntario ²		Seguro Social Campesino	Discapacidad, Invalidez, Vejez y Muerte	Riesgos del Trabajo ⁴					
	Dependiente ¹	Jefe de Familia	Trabajo No Remunerado del Hogar	Seguro General Obligatorio										
2020	644.093▼	377.546▼	308.567▲	2.672.400▼	178.855▲	4.132.359▼	94.021▲	548.070▲	13.586▼	653.844▲	4.736.878▼	1.979.557▼	6.624.267▼	
2019	679.291▼	386.324▼	235.730▲	2.943.270▼	170.251▲	4.372.997▼	90.350▲	520.186▲	13.960▼	622.704▲	4.941.353▲	2.024.916▼	6.966.269▲	
2018	713.494▼	387.683▼	194.635▼	2.963.118▲	161.910▲	4.383.214	82.531▲	484.864▲	14.193▼	579.917▲	4.905.813	2.044.707▲	6.950.520▲	
2017	750.785▼	389.699▼	212.033▲	2.889.524▲	149.201▲	4.347.615▲	73.727▲	455.964▲	14.352▼	542.439▲	4.829.693▲	1.032.370▲	5.812.181▲	
2016	798.800▼	392.776▼	197.065▲	2.846.365▼	138.215▲	4.328.872	67.255▲	430.638▲	14.359▼	510.721▲	4.780.109	827.986▼	5.593.700	
2015	820.008▲	388.836▲	54.921▲	2.957.661▼	116.246▲	4.316.057▲	61.761▲	389.551▲	14.110▲	464.030▲	4.721.606▲	863.092▲	5.566.526▲	

Fuente: IESS (2020).

¹¹⁸¿Quiénes somos? IESS, s.f.

¹¹⁹¿Quiénes son pensionistas?, IESS, s.f.

Las cifras de acceso a servicios básicos y empleo de calidad junto con el contexto político y decisiones del ejecutivo frente a la pandemia altamente criticadas llevaron a que Ecuador registre “durante 2020, los niveles más bajos de aprobación presidencial con respecto al manejo de la crisis. Ecuador cayó a 14 %, mientras que la media en la región fue de 58%” (Sánchez 2020, 132). La percepción poblacional de que el gobierno no maneja bien la crisis¹²⁰ y 40 puntos menos que la media regional en confianza al y credibilidad al gobierno explica que el miedo a la pandemia en la población también estuviera por encima de la media regional por 11 puntos y que la falta de confianza en la información oficial provista genere desobediencia ante las medidas de mitigación y contención del virus (Sánchez 2020).

En lo que respecta a salud, en Ecuador se empieza a ver una reducción en el número de establecimientos de salud desde el 2016, año en el que había 4 201 establecimientos frente a 4 163 en el año 2020. Los establecimientos de salud se encuentran principalmente en Guayas - 667-, Pichincha -498- y Manabí -417. Cabe señalar que aquí se cuentan como establecimientos de salud a: puestos de salud, centros de salud, hospitales básicos, hospitales generales, hospitales especializados y clínicas generales, cuyos equipamientos y ambientes físicos dependen de la función que realicen (INEC 2022, 6). Un aspecto relevante sobre el sistema de salud público ecuatoriano son las repetidas quejas sobre tiempo de espera para acceder a una cita médica y la calidad de los servicios en términos de atención. El gasto de bolsillo en salud de Ecuador es uno de los mayores de la región representando el 40.5% del gasto total en salud (Espinosa y Rivera 2022, 69).

4.2. Gestión de la enfermedad

Al igual que en el capítulo de Colombia, en este apartado abordaremos la gestión de la enfermedad provocada por el virus SARS-COV-2 del régimen de bienestar ecuatoriano. Para ello, observamos las medidas adoptadas por el gobierno de Ecuador para mitigar, contener e incrementar la capacidad del sistema sanitario, las acciones del sector privado-empresarial en este ámbito y la respuesta de las familias para enfrentar la enfermedad ante las (in)acciones de las otras esferas. El caso de Ecuador difiere del de Colombia en la gestión estatal del virus pues el rol del Ejecutivo fue menos relevante que en Colombia; la gestión de la pandemia en general fue relativamente relegada al ámbito privado desde el Estado. El organismo que se instauró como vocero oficial de toda información y decisión durante la pandemia fue el

¹²⁰ “En lo que respecta a la calificación en el desempeño de las autoridades frente a la emergencia sanitaria, el presidente Lenín Moreno obtuvo calificaciones del 48 % como un gobierno malo y del 36 % como muy malo” (Sánchez 2020, 133).

Comité de Operaciones de Emergencia (COE) Nacional y al observar todos sus decretos emitidos entre marzo 2020 y diciembre 2021 (los más relevantes sistematizados en la tabla 4.1).¹²¹ Los decretos presidenciales se basaron principalmente en extender el estado de excepción y se lanzaron algunas campañas como ‘yo me cuido’ desde el ámbito estatal que buscaron responsabilizar a los individuos del seguimiento de protocolos de bioseguridad para evitar el contagio (Chauca 2021).

Para el caso ecuatoriano no sistematizamos las medidas dirigidas a incrementar la capacidad del sistema sanitario ya que al revisar los decretos y resoluciones oficiales no encontramos datos relevantes. Se hará por ende solo una mención de ciertas acciones que fueron tomadas de forma específica en ciertas ciudades y centros de salud. Además, hicimos una entrevista en profundidad al dr. Ernesto Torres Terán¹²² con la finalidad de comprender mejor la gestión de la salud en Ecuador. De forma adicional, siguiendo el formato del capítulo anterior, en este apartado también abordaremos las acciones que las familias y el sector privado-empresarial como representación del mercado adoptaron para gestionar la enfermedad en este periodo. Como parte de la descripción de las acciones del sector privado-empresarial, con la finalidad de observar su posición frente a este tema y su nivel de incidencia en las decisiones estatales, recuperamos en las tablas 4.2 y 4.3 los comunicados de la Federación Nacional de Cámaras de Comercio y de la Cámara de Industrias mediante sus cuentas oficiales en Twitter puesto que en sus páginas web no se encontraron noticias de relevancia sobre el tema. Para las acciones tomadas por las familias, debido a la falta de información, retomamos testimonios de prensa y bibliografía secundaria que da cuenta de las acciones que tomaron las familias para enfrentar el virus.

Al igual que en Colombia el Ejecutivo ecuatoriano también declaró el Estado de Emergencia sanitaria y el Estado de Excepción en marzo de 2020. El estado de excepción se comunicó mediante una cadena televisiva en la que el primer mandatario señaló que para combatir la guerra contra la pandemia se deben tomar medidas drásticas. Comunicó que el gobierno ha tomado medidas para frenar los contagios impidiendo que casos positivos ingresen al país y enlistó las medidas para evitar que los ciudadanos se contagien dentro del territorio pues, de

¹²¹ Resoluciones COE. S.f.

¹²² El dr. Ernesto Torres Terán tiene amplia experiencia en el marco de la gestión de la salud pública. Ha sido el precursor del desarrollo de distintas maestrías sobre gestión de la salud pública en el país y actualmente es el coordinador de la maestría de Gerencia en Salud y organizador de la Maestría en Gestión de Emergencias Sanitarias y Pandemias de la Universidad Internacional del Ecuador. También ha trabajado como Subsecretario general de salud y viceministro del Ministerio de Salud Pública.

acuerdo con Moreno: “solo quienes no tienen contacto con otros están seguros de que no están contagiados”.¹²³

Tabla 4.1. Medidas estatales de Ecuador para mitigar y contener el COVID-19

	Medida	Fecha	Documento
Medidas estatales de Ecuador para mitigar y contener el virus SARS-COV 2	Declaración de Estado de Emergencia Sanitaria en todos los establecimientos del Sistema Nacional de Salud e instituciones relacionadas con la salud	12/3/2020	Acuerdo n° 00126-2020 Ministerio de Salud Pública
	Decreto de Estado de Excepción. Se impone un toque de queda a nivel nacional y se suspende el trabajo presencial para el sector público y privado	17/3/2020-14/09/2020	Decreto Ejecutivo n°: 1017, 1019 y 1052, 1074, 1126
	Prohibición de ingreso de pasajeros por vía terrestre, aérea y marítima al territorio nacional, de eventos públicos masivos, y de visitas a centros geriátricos	14/3/2020	Resolución COE Nacional
	Toque de queda desde el 17 de marzo 2020 desde las 21:00 a las 5:00 y control aleatorio del cerco epidemiológico de quienes se encuentran en aislamiento preventivo obligatorio. Restricción de aforo al 50% de sectores establecimientos autorizados	17/3/2020	Resolución COE Nacional
	Ampliación del toque de queda para la provincia del Guayas de 16:00 a 5:00 desde el 23 de marzo	18/3/2020	Resolución COE Nacional
	Se brindará acceso público a “SOS COVID”, herramienta tecnológica a través de la cual, la ciudadanía podrá identificar directamente zonas de riesgo por aglomeración de personas. Esto con la finalidad de prevenir el contagio masivo de la ciudadanía	2/4/2020	Resolución COE Nacional
	Inicia desde el 4 de mayo la etapa de "distanciamiento social" que consiste en la semaforización del territorio nacional para ampliar o limitar la movilidad en función del número de casos de COVID-19	28/4/2020	Resolución COE Nacional
	Se permite la apertura de centros comerciales con ciertas consideraciones para ciudades designadas como amarillas en la semaforización	13/5/2020	Resolución COE Nacional
	Se autoriza el reinicio de operaciones aéreas comerciales internacionales y domésticas a nivel nacional, excepto en el aeropuerto "José Joaquín de Olmedo" en Guayaquil desde el 1 de junio 2020. Los pasajeros deben cumplir con el aislamiento preventivo obligatorio	27/5/2020	Resolución COE Nacional
	Se autoriza la apertura de playas	03/08/2020	Resolución COE Nacional
	Se autoriza la circulación de vehículos durante el feriado sin distinción de semaforización y	6/8/2020	Resolución COE Nacional
	Autorizar el aforo en el uso de transporte público	19/8/2020	Resolución COE Nacional
	Se permite la circulación del sector productivo en base documentos habilitantes como RUC, RISE, etc. en lugar de salvoconductos	22/12/2020	Resolución COE Nacional
Se prohíbe reuniones sociales, movilidad desde las 20:00 a 5:00, venta de bebidas alcohólicas, apertura de centros de esparcimiento, lugares turísticos, etc.	2/4/2021	Resolución COE Nacional	

¹²³ Lenin Moreno durante la cadena nacional televisiva del 16 de marzo 2020.

Solicitud de estado de excepción focalizado en 16 provincias con toque de queda absoluto los días viernes, sábado y domingo exceptuando a sectores estratégicos varios y la suspensión de clases presenciales aprobadas en planes piloto a nivel nacional	21/4/2021	Resolución COE Nacional
Autorización del retorno progresivo voluntario a clases a nivel nacional	2/6/2021	Resolución COE Nacional
Plan Vacunarse	29/12/2020	Plan del Ministerio de Salud Pública
Conocer el plan de vacunación "Plan 9/100" propuesto por el Ministerio de Salud Pública	7/6/2021	Resolución COE Nacional
Aprobación del plan de retorno presencial del Ministerio de Educación	16/11/2021	Resolución COE Nacional

Elaborado por la autora en base a documentos oficiales del gobierno de Ecuador.

Durante la transmisión el primer mandatario dio a conocer algunas medidas como el cierre de servicios públicos no relacionados con salud y seguridad, la suspensión del trabajo en modalidad presencial tanto para el sector privado como el público, el toque de queda de 21:00 a 5:00, cancelación de vuelos nacionales y transporte interprovincial, y solicitó a los Comités de Emergencia (COE)¹²⁴ cantonales la dirección de medidas de restricción de movilidad, entre otros¹²⁵. Consecuentemente durante marzo se implementaron varias medidas pensadas en evitar el contagio masivo. Se instauraron varios toques de queda cuyos horarios fueron definidos por el COE Nacional y se limitó la circulación vehicular en función del último dígito de la placa a dos días por semana y únicamente para la compra de víveres, medicamentos y combustible.

A la limitación de movilización se sumó la limitación de aforo permitido en los establecimientos autorizados para la venta de víveres y medicamentos, entre otros considerados de primera necesidad. A mediados de marzo el Ministerio de Salud Pública (MSP) autorizó que laboratorios privados efectúen pruebas PCR con un costo máximo de USD 80.00 si el paciente tiene un pedido de examen del MSP y USD 120.00 sin pedido médico; los exámenes PCR se realizaría de forma gratuita en el MSP (Sistema Nacional descentralizado de gestión de riesgos 2020, 17). En la tabla 4.2 se indican otras resoluciones adoptadas por el COE Nacional que en su mayoría tratan dos temas base: modificaciones en los horarios, días y ubicaciones de movilidad limitada; y decisiones entorno a peticiones para apertura de aforos y permisos para eventos deportivos.

¹²⁴ El artículo 24 de la Reglamento a la Ley de Seguridad Pública y del Estado determina que los Comités de Operaciones de Emergencia son: “instancias interinstitucionales responsables en su territorio de coordinar las acciones tendientes a la reducción de riesgos, y a la respuesta y recuperación en situaciones de emergencias y desastres.” (Sistema Nacional descentralizado de gestión de riesgos 2020, 8).

¹²⁵ Lenin Moreno durante la cadena nacional televisiva del 16 de marzo 2020.

A partir de mayo 2020 entra en regulación la semaforización geográfica, que consistía en que, en función de la cantidad de casos, de disponibilidad hospitalaria y círculos epidemiológicos, los COEs cantonales y provinciales definían un color para la zona geográfica. Según el color asignado, la población debía acatar los horarios y disposiciones de movilidad definidos por el COE nacional. Esto permitía establecer toques de queda y aforos de forma diferencial a nivel nacional para preservar la salud de la población. Sin embargo, estas instancias “optaron por ‘promover la economía’, en un falso dilema de enfermedad-economía que relativiza la necesidad de enfrentar el origen del problema: la pandemia” (Sacoto 2021, 59).

Consecuentemente desde este mes se empezó a flexibilizar también la apertura de distintos establecimientos definiendo el aforo permitido según la semaforización mencionada.

Otra medida que adoptó el gobierno, aparte de campañas mediáticas que promovían el cuidado individual con medidas de bioseguridad como el uso de mascarilla, lavado de manos y distanciamiento social, fue la creación de plataformas digitales. Entre ellas se cuentan la herramienta “SOS COVID” que permitía a sus usuarios identificar las zonas de alto riesgo de contagio por mayor número de casos positivos¹²⁶ y la plataforma COVID19 que fue creada como un instrumento para que las autoridades pudieran controlar la cuarentena y los cercos epidemiológicos, realizar pruebas masivas y, fumigaciones.¹²⁷

COVIDEC fue una aplicación adicional desarrollada por el Estado mediante la cual los ciudadanos podían verificar si los síntomas que presentaban estaban vinculados a un contagio de COVID-19 e informarse sobre el coronavirus.¹²⁸ Además de esto, se habilitó la atención médica por línea telefónica, el agendamiento de citas médicas por medio de una página web y la aplicación SaludEc que podía ser descargada en dispositivos móviles y cumplía dos funciones principalmente: hacer el seguimiento de síntomas para confirmar si se tratan del virus SARS-COV-2 y agendar una cita médica en caso de sospecha; y geolocalizar los casos positivos.¹²⁹

El desarrollo de estas plataformas tenía como objetivo aminorar la demanda de atención médica en los centros de salud tanto por la saturación que estos presentaban como para disminuir el riesgo de contagio al momento de acudir presencialmente a las citas médicas. Sin embargo, de acuerdo con Fernando Sacoto (2020, 58), presidente de la Sociedad Ecuatoriana

¹²⁶ Resolución de COE Nacional 2 de abril 2020.

¹²⁷ “El gobierno nacional pone al servicio de la Capital de la República un nuevo instrumento tecnológico para enfrentar el coronavirus: la Plataforma Digital COVID-19”. Ministerio de telecomunicaciones. S.f.

¹²⁸ Aplicación COVIDEC.

¹²⁹ Boletín de prensa 372. Ministerio de Telecomunicaciones. 30 de abril de 2020.

de Salud Pública, estas iniciativas no fueron correctamente articuladas con los servicios de salud por lo que sus objetivos no se cumplieron y no llegaron a lograr gestionar de forma efectiva la enfermedad.

Tabla 4.2. Acciones y comunicados del sector privado-empresarial a medidas de contención y mitigación del virus SARS-COV-2 en Ecuador

	Institución	Tema	Fecha
Acciones y comunicados del sector privado-empresarial respecto a la contención y mitigación del virus SARS-COV-2	Fedecamaras Ecuador	Salvar la economía ayuda a salvar vidas. "La gente tiene miedo del virus pero más a morirse de hambre"	7/5/2020
		La reactivación económica depende de ti, sigue las recomendaciones de bioseguridad	8/11/2020
		Hay que incrementar los horarios de atención para no aglomerarnos	21/12/2020
		Mientras más rápido vacunamos, más vidas salvamos y más rápido nos reactivamos. Exhortamos a las autoridades a acelerar el ritmo y a transparentar el proceso	26/3/2021
		Para proteger la salud y levantar la economía debemos focalizar el confinamiento.	7/5/2021
		Creación de fideicomiso unidos por Ecuador para recaudar fondos para apoyar al proceso de vacunación. Mencionan haber contribuido con logística, insumos y puntos de vacunación	8/7/2021
	Camara de industria y producción	Crítica al cierre sin aviso previo del sector productivo y a la falta de coordinación entre el gobierno y autoridades locales	17/3/2020
		Garantizan el suministro de productos de primera tranquilidad y llaman a la tranquilidad de la población	17/3/2020
		Desde casa hacemos país, desde casa también hacemos Ecuador #SomosCIP #QuédateEnCasa	26/3/2020
		Empresarios y representantes de la academia generaremos acciones de apoyo a las autoridades para enfrentar al Covid 19 ayudando a quienes más necesitan.	6/4/2020
		Solicitud de cambio de semaforización a las municipalidades de Ecuador para reactivación productiva	13/5/2020
		Llamado a mantener los protocolos de bioseguridad en el hogar y el trabajo en el retorno responsable a actividades	3/6/2020
		Conoce lo invasivo y peligroso que es permanecer intubado por Covid-19. No arriesgues tu salud y tu vida. Cuídate y cumple con las normas de bioseguridad: usa mascarilla	6/7/2020
		El sector productivo formal pide unificar las directrices de movilidad a nivel nacional y dejar sin efecto las restricciones expedidas en Quito.	22/9/2020
		Exigen una aclaración respecto a la finalidad y el real impacto de las medidas de restricción implementadas desde hoy en la capital, mediante la Resolución No. A004-202	22/1/2021
		Desde el sector privado hemos manejado la logística de 24.000 vacunas que han llegado. Es necesario que el Gobierno abra más la posibilidad de colaboración del sector privado y gobiernos locales	24/2/2021
		desde el sector privado podemos apoyar a la vacunación en tres vías: con logística y cadena de frío; con centros médicos de las empresas; y que se permita al sector privado participar en la adquisición de vacunas. Queremos que haya una vacunación masiva	22/4/2021

	Hay que encontrar el equilibrio entre preservar la salud y preservar la economía	28/4/2021
	El sector empresarial está dispuesto a trabajar en el proceso de vacunación. Es un compromiso de acción y económico para colaborar con la logística, los centros médicos de las empresas y fábricas y el transporte	25/5/2021
	Desde la Federación de Industrias estamos dispuestos a colaborar con la adquisición de vacunas mediante un fideicomiso abierto, efectivo y transparente para salvar vidas y con logística para vacunar a más ecuatorianos”	1/6/2021
	Se necesita una estrategia integral que contemple medidas básicas de cuidado personal, protocolos de bioseguridad, la vacunación y evitar aglomeraciones o reuniones. Sin duda la vacunación traerá tranquilidad, pero debemos seguir cuidándonos	1/6/2021
	ejecutivo de la CIP participa en el lanzamiento del Fideicomiso #UnidosPorEcuador, iniciativa solidaria que recoge aportes de las empresas privadas y la sociedad civil para acelerar el proceso de vacunación y mitigar los efectos de la pandemia	9/6/2021
	ndica que ya se han vacunado más de 5.000 colaboradores de las empresas que participan en el proceso piloto de inmunización contra el #COVID19". El objetivo es agilizar el #PlanVacunacion9100 y con ello aportar al desarrollo del #Ecuador"	7/7/2021
	en 2021 gracias a nuestras afiliadas se aceleró este proceso de forma ordenada, ágil y transparente colocando así 1'003.692 dosis de la vacuna contra el Covid-19. En 2022 seguiremos apoyando causas que nos unen	30/12/2021

Elaborado por la autora en base a tweets de las páginas oficiales de CIP y Fedecamaras.

Desde el sector privado empresarial, según la recopilación de tweets que hicimos de la Federación Ecuatoriana de Cámaras (Fedecamaras) y de la Cámara de Industrias y Producción (CIP) observamos dos posturas distintas a las medidas de contención y mitigación del COVID-19 que se sistematizan en la tabla 4.2. Por un lado, hay una postura contraria a medidas de confinamiento y llamados a la apertura de la libre circulación de Fedecamaras; y por otro, con CIP hay una postura más bien de apoyo a las medidas adoptadas por las autoridades mediante llamados a la población al cumplimiento del confinamiento con hashtags como #quedateencasa, así como llamados a la protección con medidas de bioseguridad.

La postura de CIP se vuelve un poco más crítica ante el confinamiento ya en el 2021 pidiendo que los encierros sean focalizados y se estudie bien el impacto en salud que tendrían dichas medidas. El punto en común entre las dos instituciones fue el apoyo al proceso de vacunación, pero incluso aquí se observan diferencias pues Fedecamaras hace llamados al gobierno para que el proceso inicie rápido, mientras que CIP apoya con la compra de vacunas y dentro del proceso de vacunación con logística, centros médicos y transporte.

Una de las principales acciones desde el Estado durante este periodo fue la Ley Orgánica de Apoyo Humanitario para combatir la crisis sanitaria derivada del COVID-19 presentada por el expresidente Lenin Moreno durante su periodo de gobierno y aprobado en el pleno de la Asamblea el 19 de junio de 2020. La ley de apoyo humanitaria, que será abordada a más profundidad en el apartado de gestión del deterioro del empleo, pues en su mayoría buscó combatir los efectos negativos de la pandemia en las actividades económicas, en términos de salud se limitó a prohibir la terminación de pólizas de salud y suspensión de su cobertura.

Entre los principales problemas que resultaron en el desbocamiento de casos de contagio de COVID-19 en Ecuador serían una serie de fallas en crear cercos epidemiológicos y realizar pruebas PCR a los posibles contagiados. De acuerdo con datos que retoman Jacques Ramírez y María Luisa Ortega (2020), a pesar de que la primera persona contagiada de COVID-19 presentó síntomas desde su llegada al país, las autoridades de salud no dieron seguimiento al caso y de hecho anunciaron públicamente la existencia del caso solo 15 días después de que el caso se presentara y tardaron en cercar a los posibles contagiados. Además, hasta el 17 de marzo de 2020, un mes después de la llegada del primer caso, solo se habían realizado 495 pruebas de COVID-19 a nivel nacional.

Otro de los problemas en la gestión de la enfermedad, o quizá un síntoma más de los problemas para su gestión desde el Estado, fue la alta rotación de ministros.¹³⁰ El 21 de marzo de 2020 se acepta la renuncia de los ministros de trabajo y salud pública, Andrés Madero y Catalina Andramuño respectivamente y se nombra a Luis Arturo Poveda como ministro de trabajo y a Juan Carlos Zevallos como ministro de salud pública.¹³¹ La exministra Andramuño en su carta de renuncia irrevocable¹³² indica: “durante la crisis del Covid 19, los postulados técnicos y médicos para enfrentarlo no encontraron eco en muchas instancias del Gobierno” y que “el ministerio de salud viene preparándose desde el mes de diciembre del 2019, para esta crisis sin embargo enfrentar una emergencia sanitaria sin recursos es complicad” a su carta adjunta el oficio del coordinador general administrativo financiero del Ministerio de Salud

¹³⁰ El ministro de trabajo Luis Arturo Poveda renuncia en julio del mismo año y se nombra a Andrés Isch en su lugar mediante decreto ejecutivo n°1091. En 2021 se da una serie de renunciaciones de ministros de salud pública, iniciando con la renuncia de Juan Carlos Zevallos el 1 de marzo de 2021, la de su sucesor Rodolfo Farfán el 19 de marzo, la de Mauro Falconi el 8 de abril y la de Camilo Salinas el 24 de mayo con la que se nombra a Ximena Garzón quién permaneció en la posición desde el 24 de mayo de 2021 hasta el 7 de julio de 2022.

¹³¹ Decreto ejecutivo N°1018

¹³² @ecuainm_oficial (Ecuador Inmediato), "en pdf la renuncia de la exministra de salud Catalina Andramuño," Twitter, 21 de marzo de 2020.

Pública como evidencia de que el ministerio no habría recibido ninguna asignación presupuestaria para enfrentar la crisis.

La falta de una postura más enérgica por parte del Estado llevó a que la enfermedad, sobre todo al inicio, se esparza libremente y tome magnitudes de asombro mundial como fue el caso de Guayaquil. “Donde se dio una suerte de experimento natural sin intervención alguna del gobierno central o local y que tuvo trágicas consecuencias” (Sacoto 2021, 58). El incremento exponencial de contagios en Guayaquil respondería a la cancelación de la prohibición de realizar eventos masivos por la ministra de gobierno María Paula Romo con lo que se celebró un partido de fútbol con la asistencia de casi 20 000 personas, y una boda en un barrio de clase social alta con numerosos asistentes, después de estos eventos se registraron 390 nuevos casos en Guayaquil en aproximadamente 15 días y más de 1 700 casos 15 días después (Ramírez y Ortega 2020).

A las fallas en el respeto a medidas de contención y mitigación, se suman problemas estructurales de la ciudad de Guayaquil que se venían acarreado desde antes de la pandemia. Por un lado, es una ciudad con una de las mayores tasas de pobreza y trabajadores informales, en específico se contabilizaban por ejemplo en esta ciudad aproximadamente 40 000 vendedores ambulantes más que en la capital ecuatoriana (Ramírez y Ortega 2020). Por otro lado, la pobreza en ciertas zonas de la ciudad costera resulta en condiciones de vida que incrementan la posibilidad de contagio y dificultan el seguimiento de protocolos de bioseguridad. El 16.6% de la población de Guayaquil vive hacinada, así no sorprende que los cantones con mayores índices de hacinamiento sean también los que presentaron mayor número de contagios.¹³³

El caso de Guayaquil se volvió emblemático a nivel mundial por el colapso tanto del sistema de salud, como del sistema funerario. Las personas fallecían en las casas y en las calles ante la falta de atención médica, al respecto una ciudadana guayaquileña cuyo padre falleció en sus brazos indica: “Nunca le hicieron la prueba del coronavirus, solo nos decían que nos podían agendar una cita y que tome paracetamol. Tuvimos que retirar el cuerpo por medio de particulares porque no tuvimos respuesta del Estado”.¹³⁴ Múltiples fueron las imágenes de muertos en las veredas de la ciudad y quejas de ciudadanos que tuvieron que convivir con personas fallecidas en sus hogares por días ante la falta de personal que hiciera el

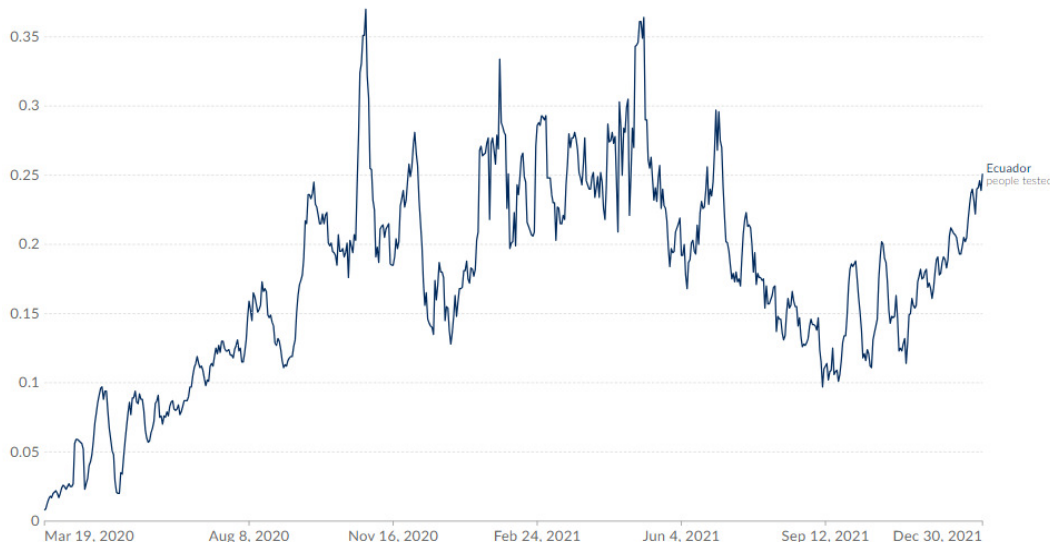
¹³³ Karla Pesantes “Hacinamiento y pobreza dificultan la cuarentena en Guayaquil” Primicias 04 de abril de 2020

¹³⁴ Matías Zibell “Coronavirus en Ecuador: el drama de Guayaquil, que tiene más muertos por covid-19 que países enteros y lucha a contrarreloj para darles un entierro digno” 1 de abril 2020.

levantamiento de los cadáveres y el pertinente proceso legal. Los féretros escaseaban y tenían tal sobreprecio que la Asociación de Cartoneros hizo una donación de 2 000 féretros de cartón prensado.¹³⁵

A finales de marzo de 2020 el nuevo ministro de salud Juan Carlos Zevallos indicó que el sistema de salud recibiría 75 millones de dólares para equipar las UCI, 40 millones para adquirir equipamiento de bioseguridad para el personal médico y que cuentan con más de 15 mil reactivos para realizar pruebas COVID.¹³⁶ Pocos días más tarde el mismo ministro anunció que el gobierno destinará 200 millones, no se especifica si este monto será adicional al que había indicado previamente, para compra de insumos médicos, medicamentos, equipamientos y repotenciación de hospitales y que se habrían realizado aproximadamente 9 mil pruebas COVID.¹³⁷ A inicios de abril, según información provista por el ministro de salud, el país recibió 20 millones de dólares del Banco Mundial para afrontar la crisis y una donación de la empresa china Alibaba de 20 mil pruebas, 100 mil mascarillas N95 y 5 ventiladores.¹³⁸¹³⁹ Para el 6 de abril al país llegaron 100 mil pruebas rápidas y 100 mil PCR.¹⁴⁰ La llegada de pruebas al país explicaría el primer pico en el número de pruebas diarias realizadas en el país que se muestra en el gráfico 4.3.

Gráfico 4.3. Número de pruebas COVID diarias por cada 1000 habitantes



Fuente: Our World in Data (2022).

¹³⁵ CNN “En Ecuador reparten ataúdes de cartón en medio de crisis por el covid-19” 6 de abril de 2020

¹³⁶ Noticia del Ministerio de Salud “Se destina USD 115 millones para atender emergencia por Covid-19” 28 de marzo de 2020

¹³⁷ Noticia del Ministerio de Salud “MSP invierte USD 200 millones para afrontar la emergencia” 01 de abril de 2020

¹³⁸ “35 mil mascarillas requisadas fueron entregadas a los hospitales” Ministerio de Salud, 03 de abril de 2020.

¹³⁹ “Ecuador recibirá USD 20 millones del Banco Mundial para fortalecer respuesta ante emergencia sanitaria” Ministerio de Salud, 02 de abril de 2020.

¹⁴⁰ “Ecuador recibió 200mil pruebas para detección del Covid-19” Ministerio de Salud, 06 de abril de 2020.

En cuanto al proceso de cercos epidemiológicos y pruebas COVID en el país, el dr. Ernesto Torres menciona que efectivamente hubo una falla por parte del Estado pues se pudo comprar más reactivos. Indica también que, si se llegó a incrementar el número de pruebas COVID disponibles, pero que uno de los principales cambios a lo largo del tiempo de la pandemia fue una disminución en la demanda de realizar dichas pruebas. La falta de tecnología en el país para gestionar las pruebas podría ser uno de los problemas iniciales pues las primeras muestras no se analizaban en Ecuador, sino que se enviaban a Estados Unidos, lo que incrementaba el costo operativo y tomaba tiempo. De todas formas, se evidenció una ampliación en la red de laboratorios nacionales para gestionar la detección de casos de COVID-19, estrategias de implementación de pruebas rápidas e intentos de regularización de laboratorios privados (OIT 2021, 5).

Durante los 40 primeros días de pandemia diversos actores hicieron esfuerzos para incrementar la capacidad de respuesta de los centros médicos. La empresa privada donó 20 ambulancias, se entregaron diversos materiales de protección como batas quirúrgicas y mascarillas a diversos hospitales a nivel nacional, las fuerzas armadas junto con el IESS instalaron dos hospitales móviles, el Ministerio de Comercio Exterior (COMEX) prohibió la exportación de productos requeridos para afrontar la pandemia como medicamentos, mascarillas, guantes, entre otros (Sistema Nacional descentralizado de gestión de riesgos 2020, 35; 40). Desde el sector privado-empresarial también se llevaron a cabo algunas medidas que se sistematizan en la tabla 4.3, aquí solo se observan los tweets de CIP pues Fedecamaras no se mencionó al respecto ni se encontraron acciones específicas de ellos.

Tabla 4.3. Acciones y comunicados del sector privado-empresarial respecto al incremento de capacidad sanitaria en Ecuador

Acciones y comunicados del sector privado-empresarial respecto al incremento de capacidad sanitaria	Institución	Tema	Fecha
	Cámara de industria y producción	Iniciativa del concurso #RetoCovid19 para producir máscaras de protección facial con piezas en impresión 3D y ventiladores mecánicos.	2/4/2020
		Llamado a ordenar las finanzas públicas y repensar el rol del Estado ecuatoriano. Del inmenso gasto público menos de la quinta parte está destinado para el sector de salud	13/4/2020
		Llamado al gobierno a priorizar sectores como la salud, reperfilar deuda externa e impulsar una agenda productiva como política de Estado. Debemos pensar a largo plazo para no tener soluciones solo coyunturales, sino que impulsen el crecimiento del país	21/4/2020
		Iniciativa EcuAvida de telemedicina gratuita	13/5/2020
		Dona mascarillas KN95 y guantes de nitrilo. Deposita los insumos sellados en las ánforas ubicadas en 46 centros comerciales del país. Para el personal médico de la primera línea #hoyportodos	03/04/2020 -19/3/2021

Elaborado por la autora en base a tweets de la página oficial en Twitter de CIP.

La Cámara de Industrias y Producción desde el inicio de la pandemia muestra una actitud más bien de apoyo a la situación en general y las medidas adoptadas para la mitigación del virus. Su cuenta de Twitter tiene varias publicaciones con llamados a que se sigan los protocolos de bioseguridad, optimismo frente al teletrabajo, información sobre la situación de la pandemia como informes del COE Nacional, semaforizaciones, sintomatología del COVID-19, etc. También promocionaron la campaña ‘Por todos’ donde se recaudaron fondos entre abril y septiembre de 2020 para la compra de alimentos, pruebas COVID-19, centros respiratorios de triaje y protección personal y asistencia crítica. Según el informe final del programa Por Todos, se dieron raciones alimenticias a más de 193 000 personas en todo el país; se compraron 285 000 pruebas COVID (PCR, rápidas, Roche y ELISA); se instalaron 3 centros de triaje respiratorio en Quito, 1 en Portoviejo, 1 en Ancón, 1 en Loja, 1 en Atacames donde se atendieron a 120 mil pacientes durante 2020; y se compraron insumos médicos y de bioprotección como mascarillas, tanques de oxígeno, entre otros.¹⁴¹

También generaron concursos para hacer frente a la pandemia con el #retocovid19 donde la primera fase buscó el desarrollo de ventiladores para cuidados intensivos, ventiladores UCI de bajo costo y ventiladores para afecciones leves y máscaras de protección facial¹⁴², en una segunda fase buscaron una solución que “permita distribuir productos farmacéuticos y de consumo, sin que los clientes deban acercarse al punto de venta”¹⁴³. También hicieron críticas a que menos de la quinta parte del gasto público del estado se destine a salud¹⁴⁴. En mayo de 2020 publicaron la iniciativa #Ecuavida, una plataforma médica gratuita para descongestionar el sistema de salud, donde se podría hacer una evaluación médica telemática.¹⁴⁵

Las familias intentaron hacer frente a la enfermedad mediante el consumo adicional de productos naturales conocidos por sus beneficios para el sistema respiratorio como eucalipto, jengibre y miel de abeja (Chauca 2021, 589). El uso de dióxido de cloro para protegerse y tratar el COVID-19 se popularizó entre las familias ecuatorianas como una forma de gestionar la enfermedad. De hecho, la “Comisión de Fiscalización y Control Político de la Asamblea Nacional del Ecuador recibió (...) a investigadores y científicos ecuatorianos de diferentes instituciones de educación superior para que compartan sus criterios técnicos en torno al uso

¹⁴¹ Solidaridad en comunidad “Informe de Gestión Final” Por Todos, 30 de noviembre de 2020

¹⁴² Cámara de Industrias y Producción (@CamaraCIP), "Reto COVID-19," Twitter, 2 de marzo de 2020

¹⁴³ Cámara de Industrias y Producción (@CamaraCIP), “llamado a priorizar sectores”, Twitter, 20 de abril de 2020

¹⁴⁴ Cámara de Industrias y Producción. (@CamaraCIP), “llamado a ordenar finanzas publicas”, Twitter, 13 de abril de 2020

¹⁴⁵ Azurian Consulting, "Ecuavida,"

del dióxido de cloro”.¹⁴⁶ A varias personas y centros médicos de medicina alternativa que hacían uso de este gas, se les clausuró o se les impuso multas. Fuera el hecho de que el uso de estos productos pueda ser perjudicial para la salud, lo que llama la atención es la necesidad de las familias ecuatorianas de buscar respuestas y formas de gestionar la enfermedad fuera de la esfera institucional. Lo que de acuerdo a Chauca (2021, 589) “es una muestra del desencuentro y falta de confianza entre sectores de la población local y sus sistemas médicos públicos” (Chauca 2021, 589).

La respuesta por parte del sistema de salud fue muy deficiente y los insumos médicos escaseaban. La periodista Soraya Constante cuenta la historia de dos familias en el marco de la pandemia de Guayaquil que da cuenta de cómo gestionaron las familias dentro de sus posibilidades la enfermedad. Una familia de Guayaquil, que contaba con recursos económicos, cuenta que el padre de la familia enfermó de Covid-19, contrataron los servicios de una doctora y una enfermera para que atendieran a domicilio al enfermo y compraban por su propia cuenta los medicamentos que les recomendaban, pero muchas veces eran imposibles de conseguir, compraron un tanque de oxígeno y una válvula por \$2 200USD, pero más adelante fue imposible conseguir más oxígeno o medicamentos, la familia contactó al 911, pero solo les decían que les devolverían una llamada que no llegó; cuando el padre falleció, la familia pudo mover contactos para que se lo enterrara un día después del fallecimiento y pagó \$500 usd para enterrarlo.

En otra familia, con menos recursos, también enfermó el padre, lo llevaron a un dispensario médico donde les dijeron que no tenía COVID-19, regresaron a casa y le dieron al enfermo agua caliente y paracetamol, sabían que no podrían comprar oxígeno. Cuando empeoró, intentaron buscar un hospital transportando en taxi al enfermo, pero en ningún centro de salud público los recibieron, intentaron acceder a una clínica privada pero tampoco los recibieron por falta de recursos, finalmente llegaron a un hospital donde un médico por fin salió para ver al enfermo, pero solo pudo certificar el deceso e indicar que debían regresar al difunto a su casa hasta que las autoridades recogieran el cuerpo; esperaron cuatro días hasta que se recogiera al fallecido que empezó a descomponerse en la sala de la casa en una ciudad con una temperatura de 30°C y una humedad de 80%, obligando a la familia a dormir en la calle por el olor.¹⁴⁷

¹⁴⁶ Escuela Politécnica Nacional, "Investigador de la EPN realiza intervención científica sobre el uso de dióxido de cloro frente al COVID-19," 16 de julio de 2020.

¹⁴⁷ Soraya Constante “No todos son iguales en la última hora. La muerte de dos hombres de diferente clase social en Guayaquil, una de las ciudades más afectadas por la covid-19 en América Latina” 16 de abril de 2020.

Frente al colapso del sistema sanitario, en junio 2020 la ocupación de camas de cuidados intensivos en la capital era de 99%, se hicieron “adaptaciones en áreas enteras de emergencia en hospitales para atención a pacientes”.¹⁴⁸ Como parte de la estrategia de mitigación se instauraron unidades móviles que tenían como objetivo la observación y estabilización de individuos con sintomatología COVID que después serían trasladados a centros de salud con mayor infraestructura en función del caso.¹⁴⁹ En varias provincias se habilitaron albergues y centros de contenciones para hospedar a trabajadores de salud e individuos que requieran confinarse.¹⁵⁰ También se abrieron centros de atención temporal en distintos puntos geográficos para la atención de casos leves y moderados de COVID-19, estos centros cuentan “con áreas de triaje, emergencia y hospitalización, asimismo se ha adecuado una farmacia, una residencia y otros sitios para el personal médico”¹⁵¹. Según un informe del Ministerio de Salud, para mayo 2021 se habría aumentado en un 64% el número de camas hospitalarias en la red de salud del Ministerio, sin embargo, según ese mismo informe, en algunas provincias las capacidades del sistema de salud seguían siendo insuficientes por la alta demanda de servicios médicos, respaldan esta información el anexo 17 que muestra el incremento de número de camas mientras que el anexo 18 muestra la ocupación por provincia de camas hospitalarias (Ministerio de salud pública 2021, 17-19).

Desde finales de diciembre de 2020 se inician planificaciones para la vacunación universal y gratuita y los lineamientos de aspectos a gestionarse para desarrollar dicho plan¹⁵². Para mayo 2021, el país contaba con acuerdos de compra para algo más de 20 millones de vacunes de distintas farmacéuticas y el proceso de vacunación en su fase piloto dio inicio el 21 de enero de 2021 mientras que la fase 1 inició el 3 de marzo de 2021, meses en los que por disponibilidad de vacunas se inmunizó solo a grupos prioritarios, personal de salud y personas con enfermedades graves, a partir de junio llegarían al país la mayoría de vacunas negociadas con lo que se iniciaría la vacunación masiva (Ministerio de salud pública 2021, 90).

En mayo 2021 se dio el cambio de gobierno hacia Guillermo Lasso. El nuevo gobierno impulsó el plan de vacunación 9/100 que tenía como objetivo inmunizar a 9 millones de

¹⁴⁸ El Universo “La ocupación de camas en Quito para tratar COVID-19 pasa de 90% pero a la baja” 03 de julio de 2020.

¹⁴⁹ Noticia del Ministerio de Salud “Unidad móvil en Babahoyo atiende casos asociados al COVID-19” 19 de marzo 2020.

¹⁵⁰ Noticia del ministerio de Salud “MSP combate la pandemia del COVID-19 con cinco ejes de trabajo” 21 de abril 2020.

¹⁵¹ Noticia del ministerio de salud “Presidente Lenin Moreno apertura centro de atención temporal de casos COVI-19 en Santa Elena” 04 de junio de 2020.

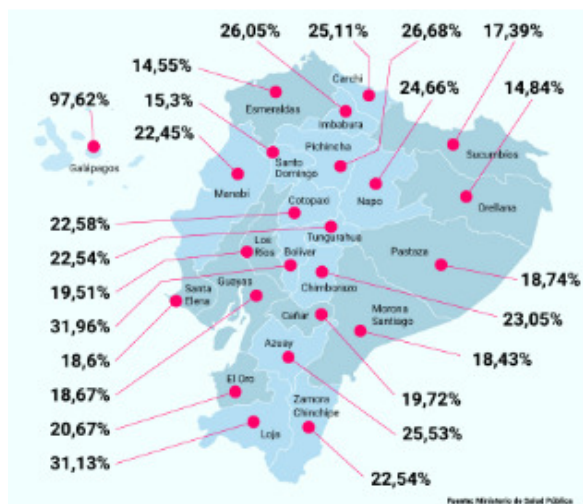
¹⁵² Plan para la vacunación para prevenir COVID-19 Ecuador 2020-2021. 29 de diciembre de 2020.

ecuatorianos en 100 días. Este plan logró llevarse a cabo satisfactoriamente con 9 062 160 de personas vacunadas desde el 31 de mayo hasta el 31 de julio de 2021.¹⁵³ En agosto de 2021, bajo el gobierno de Guillermo Lasso, se pone en marcha el Plan Fenix

sustentado en diez pilares de acción: coordinación interinstitucional, comunicación de riesgos, vigilancia epidemiológica e investigación de casos, control de puntos de entrada, laboratorios nacionales, prevención y control de infecciones, manejo de casos, mantenimiento de servicios de salud esenciales, vacunación y logística.¹⁵⁴

En el anexo 19 se puede ver las dosis recibidas por provincia en Ecuador hasta la fecha, cabe señalar que los números presentados en el gráfico indican el número de vacunas y no el porcentaje de población vacunada. Si se observa el número de habitantes por provincia, este coincide casi perfectamente con el anexo 19. Por ello, cabe observar también el porcentaje de población vacunada. En el gráfico 4.4 se muestra el porcentaje de la población que contaba con al menos una dosis hasta el 28 de junio 2021. En principio las principales razones para que algunas provincias como Esmeraldas y Orellana cuenten con menos del 15% de su población vacunada respondería a reticencias por parte de la población a vacunarse y/o a falta de acceso a información sobre el proceso de vacunación.¹⁵⁵

Gráfico 4.4. Porcentaje de la población con una dosis de vacuna por provincia de Ecuador



Fuente: Ministerio de salud pública (2021).

¹⁵³ Noticia del ministerio de salud “Plan de Vacunación 9/100 alcanza más de 9 millones de primeras dosis aplicadas en el Ecuador” 31 de julio de 2021

¹⁵⁴ Noticias del ministerio de salud “Plan Fenix entra en marcha para el manejo y control oportuno de la pandemia por COVID-19” 05 de agosto de 2021.

¹⁵⁵ Jonathan Machado “Cinco provincias tienen el ritmo de vacunación más lento del país” 01 de julio de 2021.

A partir de junio 2021, COE nacional emitió una serie de resoluciones enfocadas a llamamientos a los Gobiernos Autónomos Descentralizados para hacer respetar las medidas de bioseguridad, aforos limitados en espacios abiertos y cerrados, aforos en transportes públicos, disposiciones sobre lineamientos de cierre y/o apertura de fronteras terrestres y requisitos de entrada al país por vía aérea y revisiones de solicitudes de distintos eventos como graduaciones de instituciones de educación, eventos deportivos y espectáculos públicos, así como planes para el retorno progresivo a actividades laborales presenciales.¹⁵⁶

Observar el incremento de la capacidad del sistema sanitario en Ecuador para realizar la tabla 4.4, resultó sumamente complicado por falta de información sobre los indicadores seleccionados. El último reporte disponible sobre los recursos y actividades de salud de INEC corresponde al año 2019 y fue emitido en abril de 2022. La página web del ministerio tampoco muestra información al respecto por lo que lo único que se pudo hacer es un rastreo de los cambios en dichos aspectos en las noticias publicadas por el ministerio. Otro problema, es que la información disponible usualmente no respondía al nivel nacional sino a hospitales específicos y en el mejor de los casos ciudades o cantones. Esto respondería a dos factores. Primero, el sistema de salud ecuatoriano es muy fragmentado, lo que llevó a que no se dieran lineamientos generales sino más bien acciones específicas en ciertos sectores. Segundo, a que durante el periodo de pandemia no existieron datos publicados sobre los rubros destinados a acciones específicas y la información estadística se basó principalmente en abordar el número de contagios, muertos y supervivientes.

La información presentada en la tabla 4.4 muestra que realmente no se llegaron a presentar cambios significativos en la capacidad del sistema sanitario ecuatoriano para afrontar el virus SARS-COV-2. El presupuesto estatal al sector salud se mantuvo prácticamente igual. El número de camas UCI fue quizá el indicador que más mejoras presenta respondiendo a los equipamientos que se dio en algunos hospitales y también a la creación de centros de atención temporal, ya que, aunque aquí no existían UCIs da muestra de la intención de incremento de la capacidad de oferta de espacios para atención en salud. Los indicadores de pruebas COVID-19 muestran que realmente nunca se llegó a testear adecuadamente a la población, lo que podría dar luces sobre los niveles de contagio que se dieron en el país a pesar de que de forma general los confinamientos fueron mayoritariamente acatados por la población. Como se mencionaba, el sistema de salud de Ecuador es muy fragmentado y esto puede responder a

¹⁵⁶ Resoluciones COE. S.f.

la falta de información sistematizada a nivel nacional sobre las capacidades del sistema de salud, así como la falta de una respuesta general y sistemática de salud pública.

Tabla 4.4. Indicadores epidemiológicos primarios e intervalos propuestos para evaluar el nivel de capacidad y desempeño del sistema de salud y los servicios de salud pública frente a la COVID-19 en Ecuador

ESFERA	INDICADOR	ECUADOR				
		ene-20	jun-20	dic-20	jun-21	dic-21
Capacidad de atención clínica estatal	Cantidad de camas UCI/ 100.000 habitantes	9,39	9.1**	10,36	11,27	11,47
	Porcentaje de camas de hospital ocupadas	60.2%**	89%**	99,19%**	80%**	50%**
	Médicos por cada 10.000 habitantes	23.2	22**	n/a	n/a	n/a
	Presupuesto público destinado al sector salud, % PIB	2,9%	n/a	3,1%	n/a	3%
Desempeño de la atención clínica	Tasa de letalidad en los casos hospitalizados	n/a	tendencia creciente	tendencia estable	tendencia creciente	tendencia decreciente
Capacidad de respuesta de la salud pública	Número de personas que se sometieron a pruebas diagnósticas por 1.000 habitantes	n/A	0,1	0,15	0,3	0,28
CODIGO DE COLOR	ADECUADO	MODERADO	LIMITADO			

Elaborado por la autora en base a datos de ministerios de Ecuador y notas de prensa.

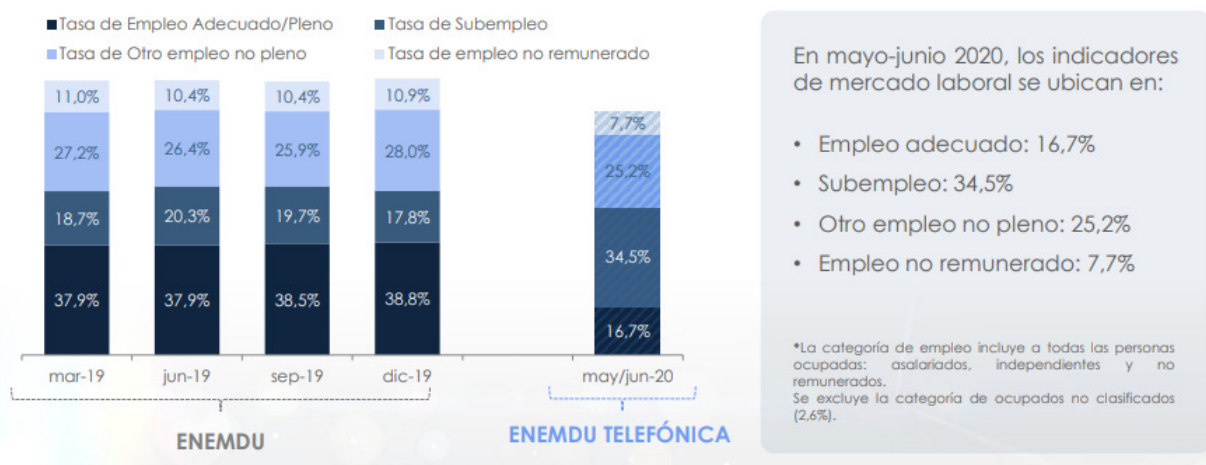
4.3. Gestión del deterioro del empleo

El mercado laboral ecuatoriano ha sido históricamente débil y ha estado sujeto a variaciones del contexto internacional como el precio de los commodities. En 2019 según datos de ENEMDU el 96% de la población estaba ocupada, sin embargo, de este porcentaje 18.5% estaba en subempleo, 11,4% estaba ocupada en actividades no remuneradas, y 29.1% tenía empleo no pleno. Ha esta situación hay que sumar que “el salario promedio rondaba los 325 dólares el mes (...) lo que dificulta la formación de activos para lidiar con la caída o pérdida de ingresos” (Rodríguez Yunuen 2020, 6). Las medidas implementadas para mitigar y contener el virus SARS-COV-2 junto con la crisis económica global desencadenada por la misma razón, resultó en mayores dificultades para mantener la situación de empleo y aún más empleo pleno.

La situación del mercado laboral en Ecuador se deterioró considerablemente a raíz de la pandemia según la encuesta ENEMDU realizada por el INEC. Para el periodo mayo junio 2020 esta encuesta se realizó de forma telefónica a 10 397 hogares del país. En lo que refiere

a la población ocupada ya sea en situación de empleo adecuado, subempleo, empleo no remunerado y otras formas de empleo no pleno, el gráfico 4.5 muestra la evolución entre el año 2019 y los primeros meses de la crisis sanitaria. Los índices dejan ver que las condiciones de empleo adecuado disminuyeron un 20% aproximadamente, mientras que el subempleo¹⁵⁷ incrementó en un 100% frente a los datos de diciembre 2019.

Gráfico 4.5. Evolución del empleo en Ecuador (2019-2020)



Fuente: ENEMDU (2020).

Los datos del gráfico 4.5 muestran los índices a nivel nacional, sin embargo, si se compara la situación urbana y rural nuevamente se observa un gran desequilibrio del acceso al ejercicio de derechos constitucionales, en este caso el derecho al trabajo. La población con empleo pleno en áreas rurales para diciembre de 2019 era de 20.6 y para el periodo mayo/junio 2020 de 9.5 mientras que para la zona urbana era de 48% y 20.2% respectivamente. Las tasas de subempleo mantienen índices similares y las de empleo no pleno son superiores en las zonas rurales con 35.3% en diciembre 2019 y 32.6% en 2020 frente a 17.07% en diciembre 2019 y 21.7% en 2020 en las zonas urbanas. Estas diferencias no solo determinan la cantidad de ingresos fijos y estables que perciben los hogares sino también la seguridad social a la que pueden estar afiliados los individuos.

Por el tipo de actividad también algunos sectores fueron más afectados que otros. Si se observa el número de afiliaciones por sector, las dos actividades que perdieron mayor número de afiliados y valdría suponer que por ende de empleos, fue el de alojamiento y servicios de comidas con un 32% menos de afiliaciones y el de artes, entretenimiento y recreación con un

¹⁵⁷ El subempleo en esta encuesta se define como: “personas con empleo que, durante la semana de referencia, percibieron ingresos inferiores al salario mínimo y/o trabajaron menos de la jornada legal y tienen el deseo y disponibilidad de trabajar horas adicionales” (INEC 2020)

21% de desafiliaciones. Esto respondería por un lado al vínculo de la primera actividad con el sector turístico que por las restricciones de movilidad tanto internacional como nacional no permitía que las personas viajen. Y, por otro lado, el sector de recreación se vio afectado tanto por el miedo al contagio, el confinamiento, la naturaleza conglomerática de sus actividades, y menor capacidad adquisitiva de los hogares. De forma general, como muestra el anexo 20, todas las actividades vieron reducciones en el número de afiliados, excepto por la distribución de agua; alcantarillado, desechos que tuvo un incremento de 11%.

Para intentar gestionar de alguna forma las repercusiones en el deterioro del empleo y sus consecuencias en la cantidad de ingresos por hogar, el Estado ecuatoriano implemento algunas medidas con miras a proteger el empleo y apoyar a sectores poblacionales vulnerables. A diferencia del capítulo anterior, aquí sintetizamos los decretos y resoluciones emitidas desde el Estado en la tabla 4.5. Esto se debe a que, en comparación a su país vecino, en Ecuador existieron menos medidas para gestionar el deterioro del empleo. Así, aquí exponemos las medidas según su cronicidad y en la tabla se indica también el grupo poblacional en el que dichas medidas inciden.

Siguiendo el formato que hemos usado hasta ahora, presentaremos también la posición del sector privado-empresarial ecuatoriano, representado en esta investigación por la Federación Nacional de Cámaras del Ecuador y la Cámara de Industria y Producción (CIP). Para ello nuevamente observamos los tweets de sus cuentas oficiales en el periodo marzo 2020-diciembre 2021 y los sintetizamos en el gráfico 38. Para observar la incidencia de las acciones del Estado y el sector privado-empresarial en las familias, en esta investigación abordamos testimonios encontrados en prensa, investigaciones secundarias y una encuesta autónoma realizada de forma virtual y presencial a ciudadanos de Quito.

Al igual que en la mayoría de los países, una de las primeras medidas en adoptarse en torno al trabajo, que va de la mano con las medidas de confinamiento es la disposición de que el trabajo se realice de forma telemática. En el caso de Ecuador esta disposición acompaña al decreto de estado de excepción del 12 de marzo de 2020 en el que se dispone también que extensiones a esta disposición se darían por parte del COE Nacional en adelante. El 27 de marzo de 2020 mediante decreto ejecutivo se amplía el plazo para el pago de impuesto a la renta de sectores que se ven vulnerados por las restricciones de actividad en el marco de la

pandemia como exportadores, agrícolas, sectores de turismo y de provisión de servicios y exportadores.¹⁵⁸

Tabla 4.5. Medidas estatales de Ecuador para gestionar el deterioro del empleo entre marzo 2020 y diciembre 2021

Medidas estatales para gestionar el deterioro del empleo en Ecuador				
Incide en	Medida	Mediante	Fecha	Documento
Trabajadores	Extensión de la vigencia de teletrabajo si las actividades así lo permiten	Instituciones públicas y privadas	16/6/2021	Resolución COE Nacional
Sectores vulnerados por las restricciones	Ampliación de pago del impuesto a la renta	Servicio de rentas internas (SRI)	27/3/2020	Decreto ejecutivo n°1021
afiliados al MIES sin relación de dependencia que perciban menos de un SBU, afiliados al Seguro Social Campesino y al Trabajo No Remunerado del Hogar que no cuenten con seguridad social contributiva	Creación del "Bono de Protección Familiar por Emergencia por la presencia del COVID-19 en Ecuador"	MIES	27/3/2020	Decreto ejecutivo n°1022
Beneficiarios de programas de atención social prioritaria	Adjudicación gratuita al MIES de mercancías perecibles aprehendidas por el Servicio Nacional de Aduanas para ser entregado dentro de los programas de atención social prioritaria	MIES	27/3/2020	Resolución COE Nacional
Población general	Se prohíbe cortar el servicio de luz eléctrica por falta de pago	Entidades prestadoras de servicio de energía eléctrica	15/3/2020	Resolución COE Nacional
	Prohibición de suspender ningún servicio público durante la emergencia	Cada ministerio regulador de los respectivos servicios	19/3/2020	Resolución COE Nacional
personas en situación de pobreza extrema, pobreza y vulnerabilidad	Ampliación del Bono de Protección familiar	MIES	24/4/2020	Decreto ejecutivo n°1026
Persona con discapacidad, enfermedades catastróficas y niños en situación vulnerable	plan alimenticio Canasta Solidaria	Escuelas fiscales y tiendas de barrio	30/5/2020	Comunicado presidencial
MIPYMES, artesanos y organizaciones de la economía popular y solidaria	Creación del programa de apoyo crediticio "Reactívatelo Ecuador"	Ministerio de Producción, Comercio Exterior,	11/6/2020	Decreto ejecutivo n°1070

¹⁵⁸ Decreto ejecutivo n°1021

		Inversiones y Pesca		
Población general	Reglamento General de la ley orgánica de apoyo humanitario para combatir la crisis sanitaria derivada del COVID-19 Ley de apoyo humanitario	Varios sectores	29/9/2020	Decreto ejecutivo n°1165
población de Galápagos	Ampliación del Bono de Protección familiar	MIES	27/10/2020	Decreto ejecutivo n°1182
afiliados al MIES sin relación de dependencia que perciban menos de un SBU, afiliados al Seguro Social Campesino y al Trabajo No Remunerado del Hogar que no cuenten con seguridad social contributiva	Ampliación del Bono de Protección familiar	MIES	28/1/2021	Decreto ejecutivo n°1235
empleados despedidos	Aporte económico del empleo	Ministerio del Trabajo	22/3/2021	Decreto ejecutivo n° 1277
afiliados al MIES sin relación de dependencia que perciban menos de un SBU, afiliados al Seguro Social Campesino y al Trabajo No Remunerado del Hogar que no cuenten con seguridad social contributiva	Ampliación del Bono de Protección familiar	MIES	22/3/2021	Decreto ejecutivo n°1279

Elaborado por la autora en base a documentos oficiales del gobierno de Ecuador.

Este mismo día se crea por decreto ejecutivo N°1022 el “Bono de Protección Familiar por Emergencia por la presencia del COVID-19 en Ecuador” que consiste en la transferencia de \$120 USD a pagarse en 2 pagos, de \$60USD cada uno en abril y mayo de 2020 a afiliados al Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES) sin relación de dependencia que perciban menos de un salario básico unificado, a afiliados al seguro social campesino y al trabajo no remunerado en el hogar mientras no cuenten con seguridad social contributiva y otra persona del núcleo familiar no reciba también el Bono.¹⁵⁹

El alcance de este bono se amplió el 24 de abril de 2020 con un nuevo decreto ejecutivo con el que se proponía incluir a personas en pobreza extrema, pobreza y vulnerabilidad, con ello, una persona por familia que percibiera menos de un equivalente a una Canasta Familiar Vital

¹⁵⁹ Decreto ejecutivo n°1022

podría acceder a la transferencia entre mayo y junio de 2020.¹⁶⁰¹⁶¹ Aunque esta medida pudo aliviar en cierta medida el peso de la reducción de ingresos de algunas familias, lo hizo por una única vez sin posibilidad a recibir nuevamente el bono. Es decir, las familias beneficiarias de este programa recibieron \$120USD por una única ocasión en el periodo de casi dos años que analizamos aquí. Según un comunicado de la secretaria General de Comunicación de la Presidencia, en la primera y segunda fase del Bono de Protección Familiar se benefició a 950 000 familias, y las siguientes fases tendrían como objetivo alcanzar 480.000 familias adicionales,¹⁶² sin embargo, no se han encontrado datos concretos sobre el número final de beneficiarios de este programa.

En esta misma línea de acción, el 30 de mayo de 2020 el expresidente Lenin Moreno anunció la entrega de canastas solidarias con víveres para población vulnerable. No se encontraron decretos ni lineamiento legales en torno a este anuncio. Sin embargo, el comunicado indica que las canastas con víveres perecibles y no perecibles se entregarían a más de ocho millones de ecuatorianos a través de escuelas fiscales y tiendas de barrio.¹⁶³ En el mismo comunicado se hace alusión a la campaña Dar una mano sin dar la mano,

este proyecto ciudadano nació desde la Fundación Donation y se sumó el apoyo de las Cámaras de Comercio de Quito, Guayaquil y Cuenca, de la Corporación Mucho Mejor Ecuador, del Gobierno Nacional, ciudadanía, Gobiernos Autónomos Descentralizados, organizaciones de la sociedad civil, fundaciones y voluntarios.¹⁶⁴

El sector privado-empresarial apoyó ampliamente esta iniciativa como se indica en la sistematización de los tweets de la tabla 4.6. Los fondos recaudados, así como kits alimenticios donados por cadenas de supermercados como La Favorita, sirvieron para proveer de alimentos, elementos de aseo, ropa, comida para animales y tablets con planes de datos para facilitar el acceso a la educación virtual de niños y niñas de escasos recursos, los montos totales de bienes donados por esta campaña se pueden ver en el anexo 21.

¹⁶⁰ Decreto ejecutivo n°1026

¹⁶¹ Para poder generar una base de datos que abarque a la nueva población beneficiaria, se creó una Comisión Técnica integrada por la Unidad del Registro Social, el INEC, la Secretaría Técnica de Planificación, el Ministerio de Economía y Finanzas, el Servicio Nacional de Gestión de Riesgos y Emergencias y el Ministerio de Inclusión Económica y Social

¹⁶² Comunicado de la Secretaría General de Comunicación de la Presidencia “Cerca de 1.5 millones de familias se beneficiarán con el Bono de Protección Familiar, hasta finalizar este gobierno” 8 de abril de 2021.

¹⁶³ Comunicado de la Secretaría General de Comunicación de la Presidencia “El plan alimenticio Canasta Solidaria beneficiará a más de ocho millones de ecuatorianos” s.f.

¹⁶⁴ Noticia del Ministerio de Inclusión Económica y Social “Dar una Mano sin dar la mano sobrepasó la meta planteada y recaudó más de 1 millón 200 mil kits alimenticios para las familias más vulnerables durante la crisis sanitaria” S.F.

En el marco de la pandemia también entre abril y mayo de 2020 se definió por decretos ejecutivos el cierre de varias instituciones públicas como la Agencia de Regulación y Control Postal, el Instituto de Fomento Humano, la Secretaría Técnica de Juventudes, Empresas públicas de fármacos, Secretaría Técnica del Comité Nacional de Límites Internos, Empresa Pública de Entrenamiento para el Alto rendimiento, Empresa pública de Correos del Ecuador, Empresa Ferrocarriles del Ecuador, entre otras. El cierre de estas instituciones públicas conllevó en algunos casos que las funciones sean absorbidas por otras empresas públicas junto con su personal, según necesidades institucionales o liquidadas. También como respuesta a la reducción de ingresos estatales, mediante decreto ejecutivo n°1041, se redujo en un 50% el salario del presidente, vicepresidente, ministros y viceministros. Mediante otros decretos ejecutivos¹⁶⁵ a finales de junio 2020 se cerraron funcionarios consulares en varios países, lo que da cuenta de intentos por reducir el gasto estatal.

El 11 de junio de 2020 mediante el decreto ejecutivo n°1070 se crea el programa de apoyo crediticio “Reactivate Ecuador” para dar financiamiento preferencial a MIPYMES, artesanos y organizaciones de la economía popular y solidaria. El objetivo de la financiación fue permitir que los beneficiarios mantengan sus actividades y/o que puedan mantener bajo sus roles a sus empleados, por lo que una de las condiciones era que hasta cancelar el préstamo se obligaran a mantener al menos el mismo número de empleados que al momento de adquirir el préstamo.

Tabla 4.6. Postura del sector empresarial privado ante la gestión del deterioro del empleo en Ecuador

Institución	Tema	Fecha
Fedecamaras Ecuador	Impulsa la iniciativa Salva un comercio	7/4/2020
	Salvar la economía ayuda a salvar vidas. "La gente tiene miedo del virus pero más a morirse de hambre"	7/5/2020
	"Hay países que están inyectando recursos a la economía, y otros como Ecuador, que están quitándole recursos con un impuesto a las empresas y trabajadores".	8/5/2020
	La primera semana de ventas a domicilio promocionada por la Federación de Camaras deja \$267 millones, beneficiando a 76000 negocios	9/5/2020
	"Si la #leydeapoyohumanitario no se puede mejorar, lo mejor es que se archive"	14/05/2020/
	Liga del rescate, empresarios ayudando a empresarios. Empresarios que necesiten apoyo en: factoring, e-marketing, asesoría, estrategias de reinversión, inversión o financiamiento, compras anticipadas, canjes, apoyo para entrar a nuevos mercados"	8/8/2020

¹⁶⁵ Consultas de decretos ejecutivos. S.f.

	Lo ideal sería una reforma del código laboral por uno más moderno. Sin embargo, el camino que propone el gobierno también es positivo. Lo importante es que sea menos costoso y riesgoso contratar.	27/8/2021
	Señalamos que se debe aumentar la productividad antes que elevar el Salario Básico Unificado en Ecuador.	7/12/2021
	Ley de Creación de Oportunidades: con correcciones, generará inversiones. Compartimos nuestro Informe de Posición Institucional.	13/10/2021
Cámara de industrias y producción	Los insumos recolectados serán entregados al Gobierno Nacional para ser distribuidos a quienes más lo necesitan en esta emergencia sanitaria que atraviesa el #Ecuador. Para aportes se debe ingresar a https://darunamanoecuador.com	21/3/2020
	Las empresas necesitan liquidez para afrontar lo que se viene: apoyo de la banca, facilidades de pago de impuestos, y temas a mediano plazo para la economía nacional como reformas a cuerpos normativos, optimizar el aparataje estatal, planes de producción y exportación, y más	27/3/2020
	Como @camaraCIP y Federación de Industrias del #Ecuador hemos apoyado las iniciativas #DarUnaManoEcuador y http://portodos.ec . Esta crisis nos debe dejar una lección de solidaridad con quienes más lo necesitan y una actitud positiva para sacar al país adelante juntos”.	3/4/2020
	El empleo se genera de la producción y el aparato productivo nacional no está trabajando en su totalidad. Se debe fomentar y apoyar al sector productivo con medias de reactivación que le permitan sostener el empleo. Necesitamos reformas laborales urgentes:	13/4/2020
	El Estado debe disminuir gastos y entrar en un plan de austeridad. Las empresas buscan producir más y generar más plazas de empleo, pero nuevos impuestos complicarán más la situación de la economía nacional	13/04/2020
	Se necesita una reforma laboral que permita mantener el empleo, con base en acuerdos entre empleadores y trabajadores, no con la rigidez que tiene actualmente el Código de Trabajo. La recuperación del país será lenta y por ello se requieren medidas urgentes.	14/4/2020
	Sabías que la tienda de tu barrio dinamiza la economía de tu comunidad, además permite que tengas alimentos y bebidas cerca a tu vivienda? #tiendaabierta #tiendasegura	22/4/2020
	En cuanto al empleo, se deben mantener los Acuerdos Ministeriales expedidos para mantener la seguridad jurídica y cuidar las plazas de trabajo. Además, planteamos que acuerdos entre empleadores y trabajadores sean personales y vigilados por @MinTrabajoEc	22/4/2020
	En materia Laboral deben darse correcciones al texto del proyecto Ley Orgánica de Apoyo Humanitario, para combatir la crisis que viene. Se deben generar acuerdos para cuidar el empleo, que no sean colectivos, sino personales. Esperamos que @AsambleaEcuador cumpla su papel	23/4/2020
	Hubo USD 12 mil millones de pérdidas de ventas, si la situación continúa así la pérdida se duplicará y 650 mil plazas de empleo están en riesgo. Debemos encontrar una solución para que las empresas retomen su vida productiva.	27/4/2020
La situación del sector productivo es complicada. 23.000 empresas han parado, están en riesgo 500.000 empleos con derechos. Debido a la pandemia se atraviesa una situación de fuerza mayor. Hemos propuesto reformas laborales para preservar el empleo	7/5/2020	

"Sin duda @AsambleaEcuador tiene un trabajo importante para rectificar la Ley Solidaria, con base en informes no vinculantes presentados de la misma que señalan sus múltiples inconsistencias, y actuar con responsabilidad al país. Más impuestos generarán más recesión	12/5/2020
Desde la CIP hemos mantenido la posición de solidaridad, los empresarios hemos sido protagonistas de #DarUnaManoEcuador y además, cada empresa ha llevado a cabo campañas propias para ayudar a quienes más necesitan"	4/6/2020
La demanda de Inconstitucionalidad presentada por varios gremios del sector productivo se refiere a la Disposición Interpretativa Única y al Art. 17, inciso segundo de la #leyhumanitaria, que no cumplieron con el debido procedimiento legislativo	13/7/2020
Es indispensable que tu compromiso sea diario, porque en cada decisión debe estar presente el Ecuador. Si unimos nuestro esfuerzo y compromiso, lograremos que el país tenga un nuevo mañana. #OrgullososDeNuestraGente	22/7/2020
Se han perdido más de 108 mil empleos. Nos preocupa y estamos iniciando acciones constitucionales:	7/10/2020
El salario básico unificado debe fijarse técnicamente con el índice de productividad. No debe ser una fijación política. Si existe un aumento salarial por encima de la productividad, la producción nacional disminuirá	25/11/2020
fortalecimiento del esquema de protección social frente al desempleo. "En el 2020, un 14% de personas en desempleo fueron cubiertas por el seguro de desempleo. Ese año solo el 2% de asalariados accedió	19/5/2021
La Ley de Oportunidades Laborales y las políticas del Gobierno tienen que apuntar a las 5,2 millones de personas que no tienen empleo fijo ahora. Las dos legislaciones, el Código de Trabajo y la nueva ley, sí pueden convivir y garantizar derechos	20/9/2021
la jubilación patronal se incluyó en el Código de Trabajo cuando no había un sistema de pensiones en Ecuador. Considera positivo sustituirla por un fondo más fuerte para tener una mejor jubilación. La jubilación patronal es un tema que se necesita debatir entre todos los sectores involucrados y analizar nuevas formas de incluir a la población que no tiene empleo.	20/9/2021
tenemos que buscar la forma de integrar a los ecuatorianos que no tienen empleo fijo al mercado laboral, siempre respetando los derechos de los trabajadores. (sobre la reforma laboral)	24/9/2021
No nos olvidemos de los 7 de cada 10 ecuatorianos que no tienen un empleo de calidad. Desde la CIP siempre aportamos con propuestas para incorporarlos al mercado laboral formal, para darles más opciones de trabajo". estaca que la CIP ha dado visibilidad a los emprendedores con el proyecto #TambiénSoyEmpresario que ha tenido un alcance en redes sociales de 9.5 millones de personas y más de 400 participantes, pequeños y microempresarios	14/10/2021
El sector productivo e industrial se compromete a ofrecer trabajo digno a cada uno de sus colaboradores. Sin ellos nada sería posible. Todos somos parte de este proceso	21/11/2021
Si el subir salarios fuera la solución, estaríamos en una situación espectacular. Pensemos en las personas que están fuera del empleo adecuado y que cada vez que subimos el salario básico se siguen quedando fuera	24/11/2021
La industria sostenible solo será posible si se potencia el crecimiento de sectores vulnerables dentro de la cadena productiva.	26/12/2021

Elaborado por la autora en base a tweets de la página oficial de CIP y Fedecamaras.

El 29 de septiembre de 2020 con el decreto ejecutivo n°1165 se expide el *Reglamento General de la ley orgánica de apoyo humanitario para combatir la crisis sanitaria derivada del COVID-19*. Esta fue realmente la mayor acción por parte del Estado durante el periodo de pandemia. En esta ley se abordan “medidas solidarias para el bienestar social y la reactivación productiva” entre las que consta: la posibilidad de que los representantes de alumnos soliciten la disminución de pensiones demostrando su pérdida de empleo o reducción salarial, suspensión temporal de desahucio en materia de inquilinato para quienes cancelen al menos el 20% del valor adeudado y comprueben que sus ingresos se redujeron al menos en un 30%, prohibición de incremento en el costo de servicios básicos, así como la prohibición de suspensión de dichos servicios por falta de pago y la prohibición de cancelación o suspensión de cobertura de contratos de medicina prepagada y seguros de salud.

También se abordan medidas para “apoyar la sostenibilidad del empleo” entre las que se cuentan: la posibilidad de que se alcancen acuerdos entre empleadores y trabajadores que tendrán preferencia sobre cualquier otro documento o contrato bajo la condición de que no se disminuya el salario básico, se limite el derecho al descanso y a condiciones mínimas de salud y seguridad ocupacional; de ocurrir un despido las indemnizaciones se harán en base a la remuneración antes de acuerdos dentro del periodo de esta ley; si no hay un acuerdo entre trabajadores y empleador, este último puede liquidar al trabajador como evento de fuerza mayor si esto es necesario para la subsistencia de la empresa.

La ley indica además medidas “de la reducción emergente de la jornada de trabajo” que permite al empleador reducir hasta en un 50% la jornada laboral de sus empleados y el aporte a la seguridad social acorde a dicha reducción. Las medidas implementadas mediante esta ley en lo que respecta al ámbito laboral, si bien estaban pensadas como un mecanismo para “proteger” el empleo, tienen graves consecuencias en los ingresos de los individuos. Uno de los puntos más rescatables de la ley es la disminución de días requeridos para solicitar el seguro de desempleo que pasó de 60 a 10 días.

De alguna forma aquí se optó por preferir un empleo con malas condiciones para los trabajadores frente a la pérdida total de empleo. Desde el sector privado-empresarial también se llevaron a cabo varias iniciativas para intentar mantener a flote a las empresas y conservar empleos como la iniciativa “Salva un comercio” que consistía en compras anticipadas a comercios que debieron cerrar durante la pandemia con el objetivo de apoyar principalmente a MIPYMES. Desde CIP se impulsó sobre todo el apoyo a comercios pequeños con campañas como #tiendaabierta #tienda segura para apoyar a que estos pequeños negocios mantengan

ingresos. Además, se impulsó el apoyo a la producción nacional con la campaña “¡Mucho mejor! Ecuador” #orgullosodenuestrage.

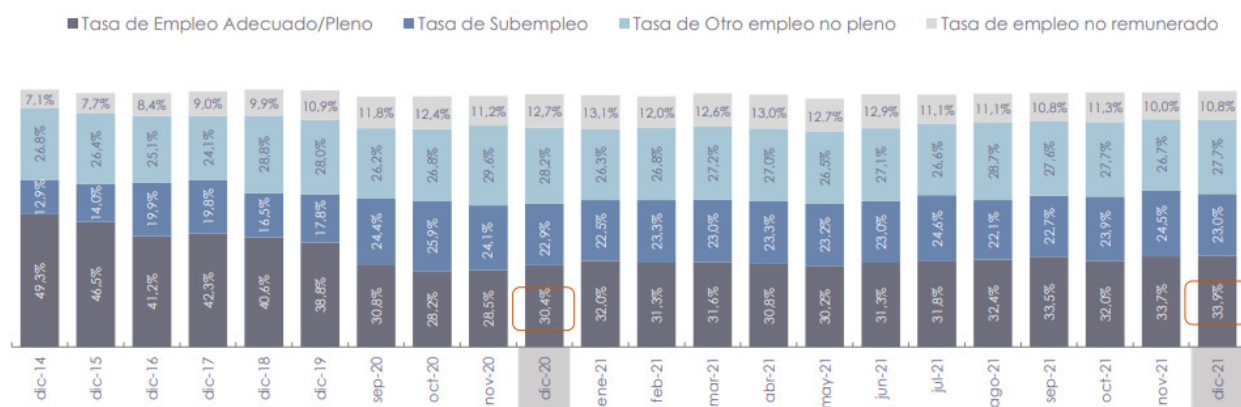
De todas formas, a pesar de la ley de Apoyo Humanitario que termina precarizando el empleo, de los financiamientos del programa “Reactive Ecuador” y de las campañas desde el sector privado empresarial, los niveles de desempleo en el país incrementaron considerablemente como consecuencia de la pandemia. Según datos de ENEMDU en su encuesta telefónica, de los individuos que indicaron haber dejado de trabajar ya sea por despidos, cierres de empresas, terminación de contratos, etc. 56% indicaron que esto estuvo relacionado con el COVID-19; los principales motivos para dejar de trabajar fueron despidos intempestivos (34%) y terminación de contrato (30%).¹⁶⁶ En esta misma encuesta, como muestra el anexo 22, se encuentra que la pérdida de empleo se reportó, según categoría de ocupación, principalmente entre patronos (29.8%) y empleado(a) domestico(a) (29.8%), seguido por empleados privados (22.0%) y jornaleros (19.3%), la menor pérdida de empleo se reporta para empleados públicos (-5,6%). Los índices de pérdida de empleo por categoría mostrarían que efectivamente varios emprendimientos o pequeñas empresas debieron cerrar sus funciones durante la pandemia. Entre diciembre de 2020 y diciembre de 2021 si se puede ver mejoras en los niveles de empleo pleno como se muestra en el gráfico 4.6. Esto podría responder, sin embargo, a que para finales del año 2021 las actividades económicas se habían restablecido prácticamente por completo.

En octubre de 2020 con el decreto ejecutivo n°1182 se amplía nuevamente el alcance del “Bono de protección familiar por Emergencia por la presencia del COVID-19 en Ecuador” en esta ocasión para la provincia de Galápagos indicando que “la transferencia monetaria consiste en la entrega mensual, como apoyo económico a los núcleos familiares y personas beneficiarias, de un valor de ciento cuarenta y cinco dólares de los Estados Unidos de América (USD \$145.00), durante los meses de octubre, noviembre y diciembre del 2020”.¹⁶⁷ El 28 de enero de 2021 se establece la III fase del programa de este bono para una transferencia única de \$120 USD a familias que no han sido beneficiarias en la I y II fase y que no se beneficien de otros programas mediante el decreto ejecutivo n°1235. La IV fase de este bono se establece con el decreto n° 1279 en marzo de 2021 nuevamente excluyendo a quienes se beneficiaron del bono en fases previas o que se benefician de otros bonos.

¹⁶⁶ Observatorio Social del Ecuador “Precarización del trabajo durante la pandemia ¿Quiénes arrimamos el hombro? 20 de agosto de 2020.

¹⁶⁷ Decreto ejecutivo n°1182

Gráfico 4.6. Población ocupada en Ecuador en el año 2021



Fuente: ENEMDU (2021).

En marzo de 2021 con el decreto ejecutivo n°1277 se encarga al Ministerio del Trabajo “la creación y ejecución de la política pública para el Aporte Económico del Empleo” con la que se otorgaría \$60 USD por una única vez a afiliados al IESS del sector privado que perdieron su empleo y que percibieran \$400USD, y un bono de \$500USD para quienes hubieran estado afiliados al IESS y perdieran su empleo entre enero y diciembre 2020 sin haber generado una nueva afiliación y cuyas remuneraciones mensuales en promedio no excedan los \$1000USD.

A todo esto, las familias debieron buscar formas de gestionar el deterioro del empleo en términos de los ingresos que percibían. Según un estudio de Banco Mundial, “29% de los ecuatorianos recurre a amigos y familiares para préstamos de emergencia y el 23% a entidades financieras”¹⁶⁸, el porcentaje de personas que recurren a familiares o amigos como fuente de préstamos incrementa a un 42% cuando se trata de emergencias que se solventarían en aproximadamente un mes. Este dato no es de extrañar considerando la amplia parte de la población que perdió sus empleos, pero que no pudo acceder de ninguna forma a los beneficios del gobierno. En este mismo estudio se indica que de los ecuatorianos encuestados casi el 40% indicó haber ahorrado de alguna manera en 2021.

Según la encuesta ENCOVID realizada por UNICEF a distintos hogares, también se encuentra que el principal mecanismo de gestión de falta de ingresos de las familias ecuatorianas es el pedir apoyo a familiares y amigos (57%), así como disminuir gastos dejando de comprar medicamentos, o dejando de pagar rentas, servicios y deudas previas. También en este estudio se mostró que 4 de cada 10 de los hogares encuestados recibieron

¹⁶⁸ Evelyn Tapia “Los ecuatorianos financian sus emergencias con sus familias y amigos” Primicias 07 de julio de 2022.

algún tipo de apoyo de programas sociales.¹⁶⁹ Los datos expuestos en este estudio se alinean con la información recopilada en las encuestas realizadas para esta investigación en la ciudad de Quito.

Algunos individuos encuestados reportaron haber sobrevivido con ahorros. Sorprendió, dado las condiciones laborales, el caso de un vendedor ambulante migrante quien indicó que su esposa había logrado ahorrar de alguna forma los ingresos que él le daba antes de la pandemia y que eso les sirvió para comprar algo de alimentos y subsistir sobre todo durante los primeros meses cuando era imposible salir. Otros encuestados indicaron haber recibido o haber dado dinero de familiares y amigos ya sea como préstamos o simplemente como formas de apoyo. Una diferencia con la encuesta de UNICEF, es que en la encuesta realizada para esta investigación, ninguno de los encuestados en Quito notificó haber recibido algún beneficio por parte del gobierno ni como bono ni como alimentos, incluso individuos con bajos ingresos y sin empleo como vendedores ambulantes.

4.4 ¿Cómo se gestionó la enfermedad y el deterioro del empleo en el régimen de bienestar ecuatoriano?

A partir de lo expuesto en este capítulo hemos observado que En Ecuador la gestión de la enfermedad por SARS-COV2 presentó varias fallas y una respuesta muy magra por parte del Estado. Desde el poder ejecutivo las acciones se limitaron al nombramiento del COE Nacional como eje regulador de la crisis y la adopción de estados de excepción bajo la alusión de poder contener a la población y hacer cumplir los confinamientos. Desde el Ministerio de salud se dieron algunas acciones con miras a incrementar la capacidad de respuesta a la alta demanda de servicios médicos como los centros de atención temporal, adecuación de espacios en hospitales ya existentes, entre otros. Sin embargo, esto se dio de forma más bien dispersa a nivel nacional. Durante el periodo de pandemia aquí estudiado hubo una alta inestabilidad en la cúpula del ministerio de salud con siete ministros distintos. Aquí no hemos hecho un estudio de las razones detrás de las renunciaciones, pero este hecho nos da muestras la falta de estabilidad dentro del marco estatal y al mismo tiempo evidencia la existencia de problemas en el manejo del sector de salud pública durante este periodo.

Desde el sector privado-empresarial se observan dos posturas distintas frente a las medidas de mitigación y contención siendo uno abiertamente contrario y otro que acata e incluso llega a apoyar las medidas. También se observaron acciones para apoyar con la capacidad del sistema

¹⁶⁹ UNICEF “Los efectos de la pandemia en el bienestar de los hogares en Ecuador. Encuesta ENCOVID resultados 2020-2022”, 24 de marzo de 2022.

sanitario mediante distintas acciones que si bien no llegarían a generar un cambio drástico en la situación, si suman durante este periodo de crisis y da cuenta de un sector al menos mínimamente preocupado por la salud de los ecuatorianos. Las familias fueron quienes absorbieron mayoritariamente el peso de la gestión de la salud en Ecuador. Primero responsabilizándolas de no contraer el virus, con el llamado a acatar las medidas de confinamiento y bioseguridad, que fueron la principal respuesta desde el Estado, y por otro dejándoles un poco a su suerte con la baja capacidad de atención en los centros de salud. Como se mencionaba, muchas familias acudieron al consumo de medicamentos alternativos para prevenir y curar el virus. Cuando el virus ya era contraído, las familias con mayores recursos económicos tenían la posibilidad de buscar atención médica en sus domicilios o comprar insumos como tanques de oxígeno, que tenían un altísimo sobreprecio, y esto solo hasta cierta medida por la escasez que hubo de los mismos; mientras que familias con menos recursos se resignaban a ver morir a sus familiares.

En cuanto a la gestión del deterioro del empleo, según lo abordado en este capítulo, es evidente que Ecuador es uno de los países de la región en el que el Estado adoptó el menor número de medidas para gestionarlo. Las iniciativas abordadas por el Estado fueron bastante limitadas tanto en cantidad como en calidad. Por un lado, como medida para proteger el empleo se emitió principalmente la Ley de apoyo humanitario que precarizó de gran forma las condiciones de empleo, llevando a que se reduzcan los salarios y las horas de trabajo bajo supuesto común acuerdo entre las partes. Cabe señalar al igual que se hizo en el caso de Colombia, que la posibilidad de negociación de los trabajadores en el marco de la pandemia es prácticamente nula y las condiciones contextuales obligarían a la gran mayoría de trabajadores a aceptar dichas condiciones. Como respuesta a la pérdida de empleo se encuentra únicamente la agilización en el trámite de obtención del seguro de desempleo, pero este sigue teniendo algunos requisitos como el número de aportes continuos y tiempo de trabajo, que dejaría por fuera a algunas personas, sobre todo a los trabajadores más jóvenes.

Desde el sector privado-empresarial, se dieron numerosas campañas para promover el funcionamiento de las empresas micro, pequeñas, medianas y grandes. Se hicieron varios llamados, a pesar de las flexibilizaciones existentes, a que se flexibilice aún más las condiciones de contratación al mismo tiempo que hacían anuncios de querer brindar trabajo digno, formalizar las relaciones laborales y abogar por mayores prestaciones de jubilación. De todas formas, se perdieron empleos principalmente del sector privado ya sea por intentar

salvaguardar de alguna forma los fondos invertidos o porque realmente la crisis económica llevó a la quiebra a distintos negocios.

Finalmente, este apartado muestra que el peso de la gestión del deterioro del empleo recae principalmente en las familias. Esto se da en dos sentidos, por un lado, el núcleo familiar afronta la situación viéndose obligado a gastar los grandes o pequeños ahorros que tenían y/o a disminuir los gastos con reducciones en consumos o aplazando pagos de distinta índole. Por otro lado, el peso recae en otras familias que dan apoyos o préstamos a familiares y amigos. Es decir, los vínculos socio-afectivos continúan siendo en Ecuador la base de la provisión del bienestar ante un Estado ausente y un mercado muy débil que de forma general no logra absorber la fuerza laboral.

Conclusiones

La pandemia por el virus SARS-CoV-2 desencadenó una crisis global múltiple. Puso en crisis los sistemas de salud alrededor del mundo, paralizó las actividades económicas y de producción generándose con ello también una crisis socioeconómica. Las poblaciones de todo el mundo debieron así, enfrentar el virus, pero también otras problemáticas que vinieron de la mano del virus como el deterioro del empleo, la disminución de ingresos, desabastecimiento, entre otros. En el marco de la pandemia, millones de individuos se contagiaron y perdieron sus vidas ante el virus, los índices de pobreza y desempleo se elevaron en menor o mayor medida en todo el mundo, entre otros desafíos desencadenados con la pandemia como el límite de acceso a educación, desabastecimiento de alimentos, violencia de género, etc.

En América Latina, región históricamente desigual, donde la pobreza e informalidad laboral ha venido arrastrándose por tanto tiempo que se ha convertido ya en una característica regional, la crisis socioeconómica encrudece la situación de vida de millones de personas que ya veían limitado su acceso al bienestar antes de la pandemia. Colombia y Ecuador, no son ajenos a esta realidad, aunque con características específicas, la población de los dos países andinos ha debido enfrentarse a un mercado laboral que empuja a la mayoría hacia la informalidad y Estados más ausentes que presentes, viéndose obligados en su mayoría a ampararse en arreglos familiares para afrontar las incertidumbres que los atañen.

Esta tesis surgió de una serie de cuestionamientos que se fueron planteando alrededor del evento histórico en el que se convirtió la pandemia por COVID-19. En primera instancia la pregunta fue ¿cómo afrontarán las sociedades las múltiples crisis desencadenadas en el marco de la pandemia? Esta pregunta base generó a su vez muchas otras relacionadas con la afección al bienestar de los individuos, la respuesta a las problemáticas desde el Estado, las incertidumbres que la pandemia planteaba en la vida de los individuos y las limitaciones que encontrarían para satisfacer necesidades básicas. La línea de cuestionamientos expuesta guió la selección del campo de estudio que enmarcaría esta tesis, los regímenes de bienestar.

El concepto de régimen de bienestar (Esping 2000) plantea que el bienestar se produce y distribuye de forma conjunta e interdependiente por parte del Estado, el Mercado y la familia. El bienestar se plantea a su vez como la gestión colectiva de riesgos sociales, la capacidad que se tiene de afrontar las incertidumbres vitales (Martínez Franzoni 2007). Cada esfera del bienestar tiene capacidades y principios específicos de gestión de riesgos por lo que ninguna esfera de la triada puede ser sustituida o reemplazada por otra, aunque fallas en una de ellas puede implicar mayores cargas en la provisión de bienestar de las otras o simplemente resultar

en carencias de bienestar. La forma interrelacionada de proveer bienestar no es estática, sino que puede cambiar en función de su contexto, aunque esto implica rupturas frente a las trayectorias históricas que la fueron moldeando y esfuerzos por salir de los márgenes de acción y límites que se han ido definiendo.

En este marco, esta investigación pone un fuerte énfasis en la premisa de que la combinación de prácticas de las esferas del bienestar responde a trayectorias históricas que dejan legados que moldean el presente del bienestar (Martinez Franzoni 2007). Así, nos hemos interesado en entender cómo y por qué los regímenes de bienestar han adquirido determinadas características y rutas de gestión de los riesgos colectivos. Para ello consideramos pertinente analizar no solo la forma en que las esferas gestionan los riesgos sociales, sino entender las relaciones que se gestaron entre ellas y que podrían dar pistas explicativas sobre los roles que adoptaron. Analizar la configuración de las relaciones históricas entre las esferas podría permitir entender en mayor profundidad las acciones y decisiones del presente.

En base a lo mencionado, en esta tesis tomamos como momento presente la coyuntura que produce la pandemia por COVID-19 y proponemos como pregunta guía de la investigación: ¿cómo incide la trayectoria histórica en la gestión de la enfermedad y el deterioro del empleo de los regímenes de bienestar de Colombia y Ecuador? Esta pregunta invita a un ejercicio de análisis histórico y coyuntural que implica un ir y venir en el tiempo para comprender el presente a través de la lente del pasado y seguir el hilo histórico que nos conduce a la raíz de los fenómenos presentes. Para ese ejercicio a lo largo de esta tesis buscamos responder a las siguientes preguntas específicas: 1. ¿cómo se configuraron los roles del Estado, el mercado y la familia y sus mecanismos de provisión del bienestar en Colombia y Ecuador? 2. ¿cuál es la trayectoria histórica de los regímenes de bienestar de Colombia y Ecuador? 3. ¿cuáles son sus legados? 4. ¿Cómo se gestionaron los riesgos sociales durante la pandemia por COVID-19? 5. ¿Existieron diferencias en la forma de gestionar ‘un mismo problema’? 6. ¿A qué podrían responder estas diferencias?

Las tres primeras preguntas se enmarcan en el análisis histórico que aquí realizamos y que lo expuesto en los capítulos 1 y 2 de esta tesis permiten responder. La cuarta pregunta aborda el momento coyuntural que se desarrolla en los capítulos 3 y 4. Las últimas preguntas, cuyas respuestas nos dan las herramientas para responder a la pregunta central de la investigación, nos llevan a realizar un ejercicio comparado entre los hallazgos de los cuatro capítulos de esta tesis y por ello guían a su vez el desarrollo de la conclusión de la tesis.

La configuración de los roles del Estado, el mercado y la familia y de sus mecanismos de provisión del bienestar responde a trans-acciones arraigadas a procesos históricos propios, específicos de un tiempo y espacio, que forman y transforman tanto a las esferas del bienestar como a sus relaciones (Brachet-Marquez y Uribe 2016). Bajo la perspectiva relacional, en la que se enmarca el concepto de trans-acciones, el Estado es una estructura en permanente transformación que resulta de relaciones sociales de conflicto y compromiso. Así mismo, los regímenes de bienestar van determinando sus roles y la forma en la que asignan recursos mediante las tensiones inherentes a ellos que se manifiestan por medio de luchas por derechos de movimientos sociales, injerencia en el Estado de élites económicas, cambios políticos, etc. (Esping Andersen 2000; Martínez Franzoni 2008). Las relaciones, conflictos y compromisos que han experimentado los regímenes de bienestar a lo largo de su historia crean ciertos legados que determinan la capacidad de gestión del presente.

En función del análisis sobre el material empírico se ha identificado sobre la configuración del rol del Estado que tanto en Colombia como en Ecuador el rol de redistribuidor no llega a generar una desmercantilización ni desfamiliarización del bienestar. Sin embargo, encontramos como diferencia que el Estado colombiano ha mantenido, a lo largo de la historia estudiada, pasividad tanto en su rol redistributivo, con escasas y excluyentes políticas sociales, como en su rol de regulador, dejando que las condiciones laborales respondan principalmente a leyes de mercado.

El Estado de Ecuador, durante el mismo periodo, ha tenido atisbos de transformación en su rol redistributivo. En algunos periodos encontramos esfuerzos desde el Estado por generar una estructura de servicios públicos que desmercantilicen el acceso al bienestar, pero estos son seguidos de periodos en los que el Estado se reduce y las estructuras se desmantelan. El periodo en el que el rol del Estado creció y vio su mayor transformación fue durante el periodo de gobierno de Rafael Correa durante el cual se buscó incrementar la calidad y cantidad de los servicios públicos. Además, solo en este gobierno se implementaron medidas considerables para regular las condiciones laborales, empero estos esfuerzos se desmantelan con su el cambio de gobierno.

Las divergencias en las configuraciones del rol de los Estados de Colombia y Ecuador responden a trans-acciones específicas inherentes a la historia de cada país y la forma en la que se han relacionado las esferas del bienestar. Aunque sería necesario realizar nuevas investigaciones que permitan (in)validar las conexiones que aquí hacemos, en base a la información que recabamos en esta tesis observamos que la postura del ejército podría injerir

en el carácter redistributivo del rol del Estado y la estabilidad en la política económica en el rol regulativo del Estado.

Mientras que el ejército ecuatoriano toma forma en un ambiente progresista y rebelde y mantuvo mayoritariamente la visión de ser una fuerza para el progreso nacional, el ejército colombiano nace en el marco de un gobierno conservador y mantiene en el largo plazo una tendencia conservadora y dependencia política. Observamos como relevante el rol del ejército en la configuración del rol estatal por el papel represivo (o no) que puede jugar ante demandas sociales y protestas civiles. Enmarcado por el conflicto armado, el ejército ha permitido que el Estado colombiano tome un rol autoritario y represivo frente a luchas sociales. Aunque en Ecuador el ejército ha respaldado el control y orden público durante manifestaciones adoptando en algunas ocasiones actitudes represivas contra los manifestantes, en el caso de Colombia la represión, justificada bajo la lucha contra la guerrilla, ha reprimido cruda e históricamente las formas de resistencia social. El despliegue de demandas sociales incide en el rol de redistribución que adopta el Estado pues entra en el marco de presiones que pueden llevar al Estado a generar compromisos en pro de políticas sociales más amplias.

Observamos una relación entre la (in)estabilidad en la política económica y el rol regulativo del Estado al considerar que la constancia en cuanto a un proyecto de política económica en específico fortifica los márgenes de acción y limitando las opciones disponibles de políticas públicas. Así, en el caso de Colombia que ha estado históricamente orientado a una política económica neoliberal, la relación entre el Estado y las élites económicas se ha mantenido estable y ha incidido en que el Estado deje en gran medida las regulaciones de la calidad y acceso al empleo a expensas de las leyes del mercado. Ecuador ha experimentado cambios en su sistema político y sus políticas económicas han oscilado entre el neoliberalismo y el progresismo. Aunque antes del gobierno de Rafael Correa, el Estado no había mostrado esfuerzos reales por regular el mercado, la discontinuidad de una política económica más o menos uniforme, pudo haber facilitado los cambios en el rol regulador del Estado.

La configuración del rol del mercado y de las familias en Colombia y Ecuador es similar y se ha mantenido sin cambios significativos a lo largo del periodo estudiado. La información empírica recolectada para esta tesis nos indica que el mercado de los dos países falla en su rol de facilitar el intercambio monetario pues los mercados laborales de los dos países son y han sido incapaces de absorber la fuerza laboral, limitando así la capacidad de los individuos de percibir ingresos suficientes para acceder a servicios mercantilizados. Las familias de los dos países se han visto históricamente obligadas a encontrar arreglos familiares para lidiar con el

peso de los riesgos sociales. Así los dos regímenes de bienestar mantienen un escenario de familiarización del bienestar.

Los legados que dejan las trayectorias históricas de los regímenes de bienestar, los observamos en clave de la gestión de los dos riesgos sociales que abordamos en el periodo de coyuntura: la enfermedad y el deterioro del empleo. Respecto a la gestión de la enfermedad identificamos como legado principal, la estructura del sistema nacional de salud. En el caso colombiano, el sistema de salud se basa en dos regímenes paralelos, uno contributivo al que acceden los trabajadores formales y uno subsidiado para personas sin capacidad de pago. Los dos regímenes son administrados por instituciones privadas denominadas Entidades Promotoras de Salud, lo que convierte al sistema de salud colombiano en un sistema mixto. La configuración del sistema de salud de Colombia, aunque pretende la universalidad y desmercantilización de los servicios de salud, presenta algunas limitaciones vinculadas principalmente con barreras burocráticas y administrativas que encuentran los ciudadanos cuando necesitan acceder a servicios de salud.

En el caso de Ecuador, el sistema de salud pública que queda como legado es un sistema cuya división puede explicarse en base al grupo poblacional objetivo de los servicios de salud. El sistema nacional de salud, que supervisa y coordina la atención médica en todo el país, se dispone para población sin recursos ni afiliación al IESS; el IESS, brinda servicios de salud a sus afiliados y familiares; y además existen seguros de salud específicos para militares, policías y campesinos. En Ecuador también se pretende que el acceso a la salud sea universal, buscando desmercantilizar el acceso a salud.

Tanto en Ecuador como en Colombia se plantea la desmercantilización de la salud, sin embargo, en los dos países se encuentran limitaciones ante esa aspiración. Queda como tarea pendiente para los dos países asegurar que la calidad de los servicios de salud públicos sea uniforme y similar a la de los servicios privados para llegar a una real desmercantilización de la salud. Además, en los dos países la desigualdad territorial es una de las principales limitantes, siendo que el acceso a los servicios de salud es escaso e incluso inexistente en algunos territorios. En los territorios en los que los servicios de salud escasean, las familias de los dos países han adoptado estrategias como la automedicación y la práctica de medicina alternativa como el uso de yerbas medicinales. El mercado cumple su rol de ofertar servicios y seguros de salud pagados, aunque este también presenta desigualdades territoriales, concentrándose en los territorios con mayor actividad comercial y densidad poblacional.

En cuanto a la gestión del deterioro del empleo, observamos en los dos países legados similares. El mercado es incapaz de absorber satisfactoriamente la fuerza laboral, lo que genera una alta dependencia al trabajo informal. En el caso de Ecuador se generaron legislaciones para promover la formalidad laboral y la afiliación al sistema de seguridad social, esto logró un incremento en el número de afiliados, pero no mostró reducir significativamente los índices de informalidad. El Estado Colombiano no deja legados significativos en cuanto a la regulación de las condiciones laborales. En los dos países existen prestaciones sociales para quienes no cuentan con empleo, pero estos están enfocados en grupos en extrema vulnerabilidad y están sujetos a comprobación de medios. Es decir, ni en Ecuador ni en Colombia se ha logrado desmercantilizar satisfactoriamente a sus sociedades. En consecuencia, las familias de los dos países dependen del núcleo familiar y de otras familias o incluso la comunidad para lidiar con el deterioro del empleo. Estrategias que se han legado en los dos países son: la organización familiar extensa, reducción de gastos, préstamos y migración.

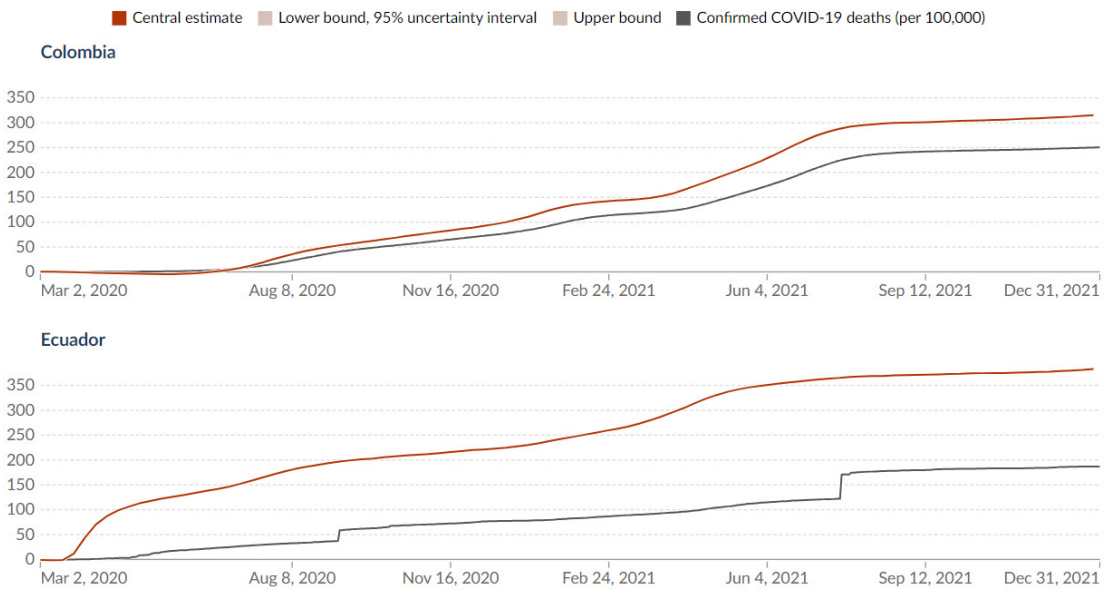
Los hallazgos expuestos nos permiten abordar la comparación sobre cómo se gestionaron los riesgos durante la pandemia al tiempo que realizamos el ejercicio de análisis histórico. Esto permite simultáneamente exponer las divergencias en la gestión de los riesgos durante la pandemia e identificar si estas responden a trayectorias históricas o a otros factores. La conclusión a la que se llega tras este ejercicio responderá la pregunta guía de esta tesis, es decir, nos permite analizar cómo incide la trayectoria histórica en la gestión de la enfermedad y el deterioro del empleo de los regímenes de bienestar de Colombia y Ecuador.

La gestión de la enfermedad presentó limitaciones en los dos países llevando a que sus sistemas sanitarios colapsen. Sin embargo, la información recabada en esta tesis lleva a concluir que la gestión del virus en Colombia fue más eficaz que en Ecuador. Como se puede observar en el gráfico 0.1, generado mediante la plataforma de OurWorld in Data, en el que se presenta el número registrado de casos de muerte por COVID-19 y el exceso de mortalidad, Ecuador registró en cifras oficiales menos casos de fallecimiento que Colombia. Sin embargo, el exceso de muertes frente a años anteriores es superior en Ecuador.

La discrepancia entre los dos indicadores muestra por un lado que en Colombia se pudo mantener un mejor registro del comportamiento del virus, mostrando así un mayor control sobre la gestión de la enfermedad. Por otro lado, nos indicaría que en Ecuador existió realmente un mayor porcentaje de mortalidad por COVID-19 que en Colombia, realidad que se invisibilizó con un subregistro de los contagios y muertes. A su vez, el mayor índice de

mortalidad en Ecuador responde al rol pasivo por parte del Estado en la gestión de la enfermedad. La revisión de medidas estatales en este ámbito mostró que en Ecuador la gestión se basó primordialmente en imponer medidas de confinamiento, mientras que el Estado colombiano, realizó esfuerzos adicionales por incrementar la capacidad de su sistema sanitario.

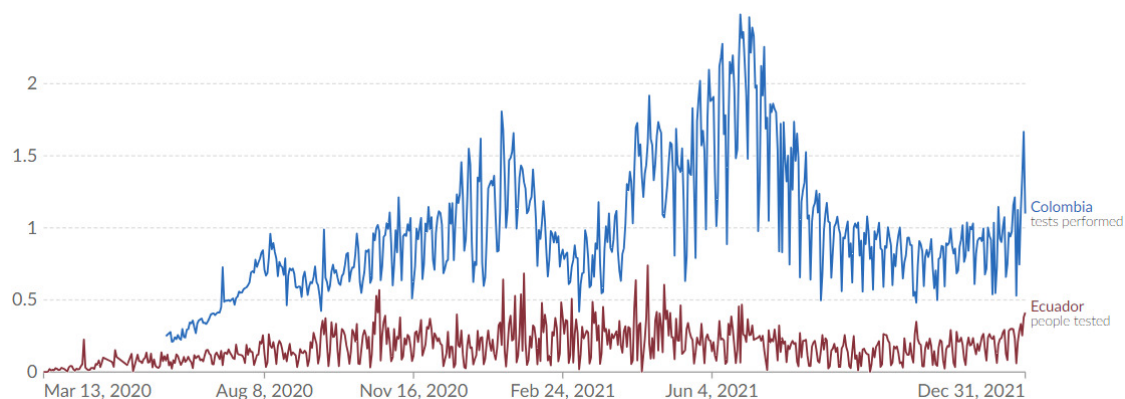
Gráfico 0.1 Comparación del número de muertes confirmadas por COVID-19 y el exceso de muertes en Colombia y Ecuador



Fuente: Our World in Data (2022).

En esta tesis se abordó la gestión estatal de la enfermedad observando las medidas adoptadas para su mitigación y contención, y los esfuerzos por incrementar la capacidad del sistema de salud pública. Respecto a la mitigación y contención, los dos Estados implementaron medidas de aislamiento y confinamiento. Sin embargo, para que estas medidas sean efectivas, es necesario un correcto testeo para generar cercos epidemiológicos y poder aislar efectivamente a quienes están contagiados. En este ámbito el Estado colombiano, aunque tuvo críticas debido al retraso en la toma de muestras y procesamiento de pruebas, pudo gestionar de mejor forma la identificación de contagios con un mayor número pruebas diarias procesadas por cada mil habitantes que su país vecino. Para facilitar visualmente la comparación de los datos que habíamos presentado en los capítulos 3 y 4, en el gráfico 0.2 se muestra la cantidad de pruebas diarias por cada mil habitantes en los dos países.

Gráfico 0.2. Pruebas diarias por cada mil habitantes en Colombia y Ecuador



Fuente: Our World in Data (2022).

La capacidad de testeo, que como se observa es largamente más amplia en Colombia que en Ecuador, responde a los esfuerzos desde el Estado por gestionar la pandemia, pero también a la capacidad del Estado de generar mediante sus ministerios de salud, lineamientos regulativos uniformes con alcance nacional. Esto se relaciona estrechamente con el incremento de la capacidad de los sistemas de salud para responder al COVID-19 que, según lo expuesto en esta tesis, tuvo mejores resultados en Colombia que en Ecuador. Puntos de divergencia entre Colombia y Ecuador respecto a este ámbito se encuentran en: 1. la configuración de los sistemas de salud y 2. la voluntad política.

Respecto al primer punto, los sistemas de salud de Colombia y Ecuador muestran estructuras completamente distintas. Aunque la administración de los servicios de salud públicos por parte de entidades privadas en Colombia frente a un sistema completamente público en Ecuador podría llevar a pensar que en Ecuador existiría una mejor gestión, la información recabada en esta tesis indica que en Colombia se pudo plantear lineamientos uniformes acatados por los distintos componentes del sistema de salud mientras que en Ecuador no se dio una política pública general y acatada por los componentes de su sistema de salud. A pesar de que el Ministerio de Salud de Ecuador es el ente coordinador de los servicios de salud pública, durante la pandemia se dieron respuestas distintas en los centros de salud públicos, IESS, ISSFA y ISSPOL. De hecho, al recabar información sobre el incremento de capacidad del sistema sanitario, se observó que cada centro de salud finalmente hizo lo que pudo. Esto concuerda con las diferencias encontradas en los indicadores que usamos para evaluar la capacidad y desempeño del sistema de salud que mostraron una mejor evaluación en Colombia que en Ecuador.

Sin embargo, la poca coordinación de respuesta en el sistema de salud ecuatoriano, y el desempeño en la evaluación del sistema de salud, puede responder también al segundo punto mencionado, la voluntad política. El compromiso de los gobiernos de turno por gestionar la enfermedad, observado, entre otros, en la asignación de recursos, implementación de políticas y toma de decisiones determina en gran medida la respuesta final que se da ante los problemas sociales, determina pues, cómo se usan los recursos de los que se dispone.

El gobierno de Lenin Moreno, ante el que irrumpe la pandemia, delegó la toma de decisiones sobre el manejo de la enfermedad al COE Nacional, en medio de la pandemia fuera de asignar recursos adicionales, implementó medidas de recorte presupuestario y asignó recursos al pago de la deuda internacional. La falta de apoyo del gobierno central desencadenó en completa inestabilidad en el Ministerio de Salud, en poco más de año y medio hubo siete ministros de salud, lo que pudo incidir en la ineficiente coordinación desde este ministerio. El gobierno de Duque de una u otra forma se apropió de la situación, implementando medidas a partir de decretos presidenciales en pro de la gestión de la enfermedad.

La gestión de la enfermedad de los Estados ecuatoriano y colombiano, fuera sus diferencias, no alcanzó en ninguno de los dos países a dar una respuesta que desmercantilice y desfamiliaice la gestión de la enfermedad. En los dos países, quienes contaban con capacidad de pago buscaron respuestas en el mercado para acceder a pruebas PCR, insumos médicos, servicios médicos, etc. La gran mayoría de la población que veía su capacidad sumamente limitada en el marco de la pandemia cargó el peso de la enfermedad en la esfera familiar o simplemente sucumbió a la enfermedad. La gestión de la enfermedad de la esfera familiar de Colombia y Ecuador mostró similitudes, vinculado esto con las capacidades propias de esta esfera y en cierta forma podría decirse que con aquellas estrategias que han venido desarrollando históricamente ante las fallas del mercado y del Estado. Entre los mecanismos de respuesta encontramos la automedicación, la organización comunitaria, el cuidado familiar y el uso de medicinas alternativas.

La gestión del deterioro del empleo, imperioso en los dos países que ya venían arrastrando problemas en la cantidad y calidad de empleo, la observamos para la esfera estatal por medio de políticas de protección social, regulación del empleo y transferencias monetarias. El Estado colombiano sobresalió sobre los países de la región latinoamericana en cuanto a número de medidas implementadas en relación con el empleo. Sin embargo, en su mayoría estas se enfocaron en apoyar al sector empresarial y flexibilizar las condiciones laborales, lo que concuerda ampliamente con la trayectoria de política económica y social que el Estado

colombiano ha mostrado. El Estado ecuatoriano, también flexibilizó las condiciones laborales, pero incluso su apoyo al sector privado empresarial se limitó prácticamente a la ley de apoyo humanitario de corte neoliberal. Además, en Ecuador se cerraron varias empresas públicas, lo que solo sumó a los niveles de desempleo. Los dos estados implementaron también medidas de apoyo social que se focalizaron en grupos sumamente vulnerables y tampoco respondían a las necesidades reales de ingreso de las familias ya que en los dos países los montos entregados no llegaban a cubrir ni media canasta básica, se entregaron a un solo miembro por familia y en ocasiones limitadas durante el periodo de pandemia.

La forma en la que el Estado de Colombia gestionó el deterioro del empleo responde completamente a su trayectoria histórica. La estabilidad de una política económica de corte neoliberal en el país se traslada también al accionar durante la pandemia bajo la lógica de que el mercado se autorregule y de asistir como última respuesta a quienes encuentran sumamente difícil sobrevivir bajo sus propios medios. En el caso de Ecuador, si bien la gestión del deterioro del empleo se alinea con la trayectoria que venía mostrando el gobierno de Moreno y después el de Lasso, es necesario señalar la ruptura y desuso de los legados que había dejado el gobierno de la Revolución Ciudadana.

Al igual que en la gestión de la enfermedad, la esfera mercantil y familiar, siguiendo sus trayectorias históricas y en gran medida condicionadas por el actuar del Estado, gestionaron en los dos países el deterioro del empleo de forma similar. El mercado de Ecuador y de Colombia aprovechó la flexibilidad laboral que se le atribuyó en mayores grados durante la pandemia, repercutiendo esto en los ingresos percibidos por los individuos. La esfera familiar en Colombia y Ecuador desplegó estrategias ya conocidas como: reducción de gastos; organización familiar extensa; préstamos de instituciones bancarias, familiares y amigos; acceso a alimentos y otros insumos por medio de fundaciones y colectividades comunitarias; y postergación de pago de deudas y servicios no indispensables. En Colombia se vio una estrategia que no se tuvo lugar en Ecuador, los trapos rojos. Las familias colombianas que no tenían alimentos colgaban en sus ventanas trapos rojos como una señal de su necesidad, esta era respondida, dentro de lo posible, por vecinos del barrio.

En definitiva, la gestión del deterioro del empleo y de la enfermedad en el marco de la pandemia responde en Colombia y en Ecuador a lógicas neoliberales. En términos de regímenes de bienestar esto implica que el Estado deja de generar outputs que los individuos puedan usar para afrontar los riesgos sociales. Así, la capacidad de lidiar con las incertidumbres que acarrea la enfermedad y el deterioro del empleo termina dependiendo de

los ingresos de los que dispongan y de los arreglos familiares y comunitarios a los que puedan llegar. Esto, no solo genera una estratificación del bienestar, sino que limita la supervivencia de amplios grupos poblacionales que en últimas son dejados a su suerte.

Los hallazgos de esta tesis llevan a concluir que, en el marco de la pandemia y para los casos de estudio seleccionados, la forma en la que se gestiona el deterioro del empleo y la enfermedad responde en mayor medida a la voluntad política que a las trayectorias históricas. Si bien, las trayectorias históricas determinan los recursos de los que se dispone en un momento de crisis como el provocado por la pandemia, que no permite generar andamiajes instantáneos de respuesta e impone limitaciones a los marcos de actuación, el papel que adoptan los gobernantes definiría en última instancia cómo se usan esos recursos, cómo se juega con los límites que las trayectorias históricas han dejado. La forma en la que los regímenes de Ecuador y Colombia gestionaron el deterioro del empleo y la enfermedad fue relativamente similar, con una respuesta más contundente, aunque aún limitada, por parte del Estado colombiano.

En lo que respecta a la gestión de la enfermedad, la información recabada en esta tesis muestra que la trayectoria histórica se vuelve relevante en cuanto a las estructuras de sistemas de salud que ha formado y sus mecanismos de administración. Mientras que, en la gestión del deterioro del empleo, la trayectoria histórica, sobre todo en el caso de Ecuador, mostraría un menor peso, pudiendo desmantelarse lo legado. Estas conclusiones se enmarcan, sin embargo, en el contexto de pandemia, que favoreció una normalidad de excepción que reducía las limitaciones que esas mismas acciones pudieron encontrar en otro contexto.

El que el Estado de Ecuador haya experimentado en su trayectoria periodos de fortalecimiento estatal y esfuerzos de ampliación de su rol redistributivo frente a la trayectoria estable del rol reducido del Estado colombiano en términos de redistribución, no sobrepasa en la incidencia de la gestión a la (in)acción de los gobernantes de turno. Es decir, en un marco de emergencia, el despliegue final del bienestar está condicionado tanto por las trayectorias históricas como por la gestión del gobierno de turno. Definir la veracidad de este análisis, quedaría empero sujeto a observar, cómo se habría gestionado la enfermedad y el deterioro del empleo en un escenario de trayectorias históricas inversas. Es decir, una misma voluntad política desplegada ante trayectorias diferentes.

Finalmente, de la mano de esta última observación, se considera necesario señalar las dos principales limitaciones que ha encontrado el desarrollo de esta tesis. La disponibilidad de

información fue la principal limitante, pues datos que se incluían en la propuesta metodológica inicial de esta tesis no estuvieron disponibles y debieron reemplazarse o compensarse de otra forma que si bien, sirven al ejercicio que aquí hacemos, no permite abordar las preguntas planteadas en la profundidad que se esperaba. La otra limitante se encuentra en las capacidades de esta investigación. Se planteó para esta tesis responder preguntas cuya amplitud obligó a delimitar los caminos que se tomaban y optar por abordar ciertos aspectos dejando de lado otros que podrían ser relevantes también para la investigación. Por ejemplo, abordar en profundidad la configuración de la gestión pública de la enfermedad en los últimos 20 años y las capacidades que se legan, podría dar bases más sólidas para determinar su incidencia en la gestión de la enfermedad en el marco de la pandemia. Empero, todas las decisiones metodológicas que se tomaron para el desarrollo de esta tesis buscaron alinearse con el marco teórico-conceptual en que se basa y responder de la forma más completa que se pudo a las preguntas de investigación planteadas.

Como otros puntos a considerar que deja esta investigación es el debate entre la amplitud y la profundidad puesto que el abordar varias temáticas que se encuentran como pertinentes encuentra como límite el poder profundizar sobre algunos temas que podrían ser claves para entender de mejor forma la gestión de los riesgos en el marco de la pandemia. Por ejemplo, en el marco de esta investigación problemáticas en las que se considera necesario haber podido profundizar son: mejor comprensión del estado del sistema de salud antes de la pandemia. inestabilidad de la cúpula ministerial de Ecuador, como se gestionaron realmente los recursos en los sistemas de salud y cómo se gestionó la información sobre contagios y fallecidos.

Referencias

- Adelantado, José, José Noguera y Xavier Rambla. 2010. *Cambios en el Estado del bienestar. Políticas sociales y desigualdad en España*. Raiyen.
<https://www.flacsoandes.edu.ec/agora/cambios-en-el-estado-del-bienestar-politicas-sociales-y-desigualdades-en-espana>.
- Aguilar, Natalia. 2020. "Protesta nacional de trabajadores de la salud." *Fundación Pares*.
<https://www.pares.com.co/post/protesta-nacional-de-trabajadores-de-la-salud>.
- Aillón, Tania. 2022. "La pandemia como posibilidad de precarización del trabajo y del empleo." *Revista Educação e Políticas em Debate* 11(2): 539-556.
<https://doi.org/10.14393/REPOD-v11n2a2022-65388>.
- Amarante, Verónica. 2022. "Fortalecimiento de los sistemas de protección social de la región. Aprendizajes a partir de la pandemia de COVID-19." *Documentos de Proyectos (LC/TS.2022/29)*, Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/47830/S2200156_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- Abramo, Laís, Simone Cecchini y Beatriz Morales. 2019. *Programas sociales, superación de la pobreza e inclusión social. Aprendizajes desde América Latina y el Caribe*. Libros de la CEPAL.
https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/44602/1/S1900005_es.pdf.
- Baez, Jonathan. 2022. "La pandemia neoliberal: captura ampliada, ajustes, deuda externa y precarización laboral en Ecuador 2018-2019." En *Cambio de Rumbo. Ecuador: Economía y sociedad 2018-2021*.
<http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/27709/1/22%20BAEZ%20LA%20PANDEMIA.pdf>.
- Banco de Desarrollo Internacional (BID). 2021. "Impactos del programa Ingreso Solidario frente a la crisis del COVID-19 en Colombia." *Nota técnica N°IDB-TM-2162*.
<https://publications.iadb.org/es/impactos-del-programa-ingreso-solidario-frente-la-crisis-del-covid-19-en-colombia>.
- Bárcena, Alicia, y Mario Cimoli. 2020. "Asimetrías estructurales y crisis sanitaria: el imperativo de una recuperación transformadora para el desarrollo sostenible en América Latina y el Caribe." *Revista CEPAL* 132.
https://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/46838/RVE132_es.pdf.
- Benítez, María Alejandra, Carolina Velazco, Ara Sequeira, Josefa Henríquez, Flavio Menezes y Francesco Paolucci. 2020. "Responses to COVID-19 in five Latin American countries." *Health Policy and Technology*. <https://doi.org/10.1016/j.hlpt.2020.08.014>.
- Beteta, Hugo. 2020. "¿Cómo encontró la pandemia del COVID-19 a América Latina?" *Revista Economía UNAM* 17(51): 180-193.
<http://revistaeconomia.unam.mx/index.php/ecu/article/view/556/588>.
- Bethell, Leslie. 1993. *Historia de América Latina*. 10 vols. Vols. I y II. *América Latina Colonial*. Barcelona: Editorial Crítica.
https://www.academia.edu/15228392/HISTORIA_DE_LA_AM%C3%89RICA_LATINA_X.

- Brachet-Márquez, Viviane, y Monica Uribe. 2016. *Estado y sociedad en América Latina: acercamientos relacionales*, coordinado por Viviane Brachet-Márquez y Mónica Uribe Gómez, 9-42. México D.F.: El Colegio de México.
- Botero, Sandra. 2006. "La reforma constitucional de 1936, el Estado y las políticas sociales en Colombia." *Anuario Colombiano de Historia Social y de la Cultura* 33: 85-109.
- Caravarozi, Marcelo. 2013. "Modelos de acción presidencial en el siglo XXI latinoamericano." *Revista del CLAD Reforma y Democracia* 55: 5-16. <https://www.redalyc.org/pdf/3575/357533687001.pdf>.
- Carpio, Nancy. 2001. "Alcance y proceso de las reformas de los sistemas de salud en Ecuador." *Revista de Salud Pública* 3(1): 95-115. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642001000400095.
- Cecchini, Simone. 2016. "Protección social con enfoque de derechos para la América Latina del siglo XXI." *Opera* 18: 11-33. <https://doi.org/10.18601/16578651.n18.03>.
- Cecchini, Simone, Raul Holz y Humberto Soto de la Rosa. 2021. "Caja de herramientas. Gestión e institucionalidad de las políticas sociales para la igualdad en América Latina y el Caribe." (LC/TS.2021/157), Santiago, CEPAL. https://igualdad.cepal.org/sites/default/files/2022-03/S2100410_es.pdf.
- Chauca, Fernando. 2021. "La COVID-19 en Ecuador: fragilidad política y precariedad de la salud pública." *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* 28 (2): 587-591. <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/Mt4Y7Ykrnwt5x7tzKdZHDYG/?format=pdf&lang=es>.
- Chernick, Marc W. 1996. "Introducción. Aprender Del Pasado: Breve Historia De Los Procesos De Paz En Colombia (1982-1996)." *Colombia Internacional* 1(36): 4-8. <https://doi.org/10.7440/colombiaint36.1996.02>.
- CIDOB. 2007. "Hugo Banzer Suarez." *Biografías de líderes políticos*. <https://www.cidob.org/lider-politico/hugo-banzer-suarez>.
- Cifuentes, Myriam, Laura Rodríguez, Maylen Rojas, Carlos Alvarez y Julián Fernandez. 2021. "Socioeconomic inequalities associated with mortality for COVID-19 in Colombia: a cohort nationwide study." *Journal of Epidemiology and Community Health* 75(7): 610-615. <https://jech.bmj.com/content/jech/75/7/610.full.pdf>.
- Collier, Ruth Berins, y David Collier. 1991. *Shaping the Political Arena. Critical Junctures, the Labor Movement, and Regime Dynamics in Latin America*. Princeton: Princeton University Press.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). 2020. *América Latina y el Caribe ante la pandemia del COVID-19. Efectos económicos y sociales*. Informe Especial COVID-19 N°1. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45337/4/S2000264_es.pdf.
- . 2020b. *El desafío social en tiempos del COVID-19*. Informe Especial COVID-19 N°3. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45527/5/S2000325_es.pdf.
- . 2021. *La prolongación de la crisis sanitaria y su impacto en la salud, la economía y el desarrollo social*. Informe COVID-19 CEPAL-OPS. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/47301/1/S2100594_es.pdf.
- . 2021b. *Estudio Económico de América Latina y el Caribe. Dinámica laboral y políticas de empleo para una recuperación sostenible e inclusiva más allá de la crisis*

- del COVID-19*. (LC/PUB.2021/10-P/Rev.1). Santiago.
https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/47192/S2100608_es.pdf.
- . 2021c. *Panorama Social de América Latina, 2020*. (LC/PUB.2021/2-P/Rev.1). Santiago. <http://repositorio.cepal.org/handle/11362/46687>.
- Coy, Andrea Carolina. 2021. "Covid-19: Impacto de las políticas públicas frente al empleo en Colombia durante el año 2020." Trabajo de especialización en Finanzas y Administración, Universidad Militar Nueva Granada.
<https://repository.unimilitar.edu.co/bitstream/handle/10654/38704/CoyGarzónAndreaCarolina2021.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- Cruz, Pilar. 2006. "Mujeres ecuatorianas: Panorama de sus situaciones y perspectivas a finales del siglo XX y principios del siglo XXI." *Araucaria. Revista Iberoamericana de Filosofía, Política y Humanidades* 16: 190-211.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2098473>.
- DANE. 2021. *Encuesta Pulso Social. Resultados ronda 18*. Enero 25 de 2022.
<https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/encuesta-pulso-social/encuesta-pulso-social-historicos>.
- . 2020a. *Encuesta Nacional de Calidad de Vida*.
https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones_vida/calidad_vida/2020/Boletin_Tecnico_ECV_2020.pdf.
- . 2020b. *Medición de empleo informal y seguridad social*. Boletín Técnico Gran Encuesta Integrada de Hogares. Septiembre 11, 2020.
https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/ech/ech_informalidad/bol_geih_informalidad_may20_jul20.pdf.
- . 2020c. *Encuesta Pulso Social. Resultados - Primera Ronda (Julio 2020)*.
<https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/encuesta-pulso-social/encuesta-pulso-social-historicos>.
- Delgado, Giancarlo, y Francis Corrales. 2020. "Acción colectiva y movilización de trabajadores del sector salud en el marco del COVID-19. Capítulo 2." En *Informe Nacional de Coyuntura Laboral de la ENS*. <https://ail.ens.org.co/wp-content/uploads/sites/3/2020/04/Informe-Nacional-de-Coyuntura-Laboral-2020-Version-Final1.pdf>.
- Della Porta, Donatella. 2013. "Análisis comparativo: la investigación basada en casos frente a la investigación basada en variables." En *Enfoques y metodologías de las ciencias sociales: una perspectiva pluralista*, editado por Donatella Della Porta y Michael Keating, 211-237. Madrid: Ediciones AKAL.
- Del Pino, Eloísa. 2021. "Conjeturas y certidumbres sobre los Sistemas de Protección Social Latinoamericanos tras la COVID-19." En *Perspectivas de América Latina: Hacia un nuevo contrato social tras la COVID*, editado por E. Rodríguez. Madrid: Pablo Iglesias. https://www.researchgate.net/profile/Eloisa-Pino/publication/353400755_Conjeturas_y_certidumbres_sobre_los_Sistemas_de_Proteccion_Social_Latinoamericanos_tras_la_COVID-19_en_Rodriguez_E_ed_Perspectivas_de_America_Latina_Hacia_un_nuevo_contrato_social_tras_la_covid_Madrid/links/60fa522a1e95fe241a81165b/Conjeturas-y-certidumbres-sobre-los-Sistemas-de-Proteccion-Social-Latinoamericanos-tras-la-COVID-19-en-Rodriguez-E-ed-Perspectivas-de-America-Latina-Hacia-un-nuevo-contrato-social-tras-la-covid-Madrid.pdf.

- Del Valle, Alejandro H. 2010. "Comparando regímenes de bienestar en América Latina." *European Review of Latin American and Caribbean Studies* 88: 61-76.
- Dini, Marcelo, y Giovanni Stumpo, eds. 2019. *Mipymes en América Latina: Un frágil desempeño y nuevos desafíos para las políticas de fomento*. Santiago: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/44602/1/S1900005_es.pdf.
- Echeverry, María Esperanza, y Yadira Borrero. 2015. "Protestas sociales por la salud en Colombia: la lucha por el derecho fundamental a la salud, 1994-2010." *Cadernos de Saúde Pública* 31(2): 354-364.
<https://www.scielo.br/j/csp/a/zX4Jj45XrgGf5Yv4jg8WhtK/?format=pdf>.
- Eguren, Fernando. 2017. "Socialismo del siglo XXI y neoliberalismo: Opciones ideológicas diversas no siempre tienen efectos diferentes." *International Development Policy | Revue internationale de politique de développement*.
<https://journals.openedition.org/poldev/2513>.
- Esping-Andersen, Gøsta. 2000. *Fundamentos sociales de las economías post-industriales*. Barcelona: ARIEL-Sociología.
- Espinosa, Betty. 2011. "Las políticas sociales en Ecuador del siglo XX." En *Estado del país: Informe cero Ecuador 1950-2010*, editado por Estado del País, 287-305. Quito: Estado del País. <https://www.dspace.espol.edu.ec/bitstream/123456789/16191/1/ESTADO-DEL-PAIS-MAYO-09.pdf>.
- Espinosa, Betty, y Jairo Rivera. 2022. "El espejo desenterrado de las políticas sociales en Ecuador: ¿Qué devela el COVID-19 sobre la acción del Estado en los últimos veinte años?" *Universidad Simón Bolívar*.
<https://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/8588/1/CPN-PAP-Rivera-El%20espejo.pdf>.
- Estrada, Jairo. 2006. "Las reformas estructurales y la construcción del orden neoliberal en Colombia." En *Los desafíos de las emancipaciones en un contexto militarizado*, 247-284. Buenos Aires: CLACSO.
<https://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/gt/20101019091830/9Alvarez.pdf>.
- Farfán, Guillermo. 2007. "El nuevo institucionalismo histórico y las políticas sociales." *Polis* 3(1): 87-124. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-23332007000100005&lng=es&tlng=es.
- Federación Médica Colombiana. 2020. *Encuesta de bioseguridad del personal de la salud y ruta de atención de la pandemia SARS-COV2-COVID-19*. <https://ail.ens.org.co/wp-content/uploads/sites/3/2020/04/ENCUESTA-bioseguridad-del-personal-de-la-salud-RESULTADOS-9-DE-ABRIL.pdf>.
- Filgueira, Fernando. 2014. *Hacia un modelo de protección social en América Latina*. Serie Políticas Sociales. Santiago: CEPAL.
<https://repositorio.cepal.org/handle/11362/35915>.
- . 2013. "Los regímenes de bienestar en el ocaso de la modernización conservadora: Posibilidades y límites de la ciudadanía social en América Latina." *Revista Uruguaya de Ciencia Política* 22 (SPE): 10-27.
- . 1998. "El nuevo modelo de prestaciones sociales en América Latina: Eficiencia, residualismo y ciudadanía estratificada." En *Ciudadanía y política social*, editado por Bryan Roberts, 71-116. San José: FLACSO/SSRC.

- Filgueira, Fernando, Luis Galindo, Cecilia Giambruno, y Merike Blofield. 2020. *América Latina ante la crisis del COVID-19: Vulnerabilidad socioeconómica y respuesta social*. Santiago: CEPAL.
https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/46484/1/S2000718_es.pdf.
- Franco, Sandra, Luz López, y Juan Castellanos. 2015. "Capítulo I: Nuevas demandas familiares alimentación, convivencia y migración en Colombia." En *Políticas familiares y de género en Argentina, Bolivia, Colombia, Chile, Cuba 2000-2013*. Buenos Aires: CLACSO.
<http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/gt/20160328114555/dimarco.pdf>.
- García-Echeverry, Francy Alejandra, Jaime Eduardo Moreno-Amézquita, Boris Julián Pinto-Bustamante, y Ana Isabel Gómez-Córdoba. 2020. "El derecho a la salud en tiempos de pandemia en Colombia: Entre la inequidad endémica y el estado de emergencia." *Revista Colombiana de Bioética* 5(1): e3079: 1-17.
<https://revistas.unbosque.edu.co/index.php/RCB/article/view/3079/2689>.
- Germani, Gino. 1971. *Sociología de la modernización: Estudios teóricos, metodológicos y aplicados a América Latina*. Buenos Aires: EUDEBA.
- Giraldo, César. 2007. *¿Protección o desprotección social?* Bogotá: Desde Abajo.
https://www.academia.edu/19775934/_Protecci%C3%B3n_o_desprotecci%C3%B3n_social.
- González, et al. 2010. "Evolución de la participación del Estado en la Salud Pública y la financiación de plan territorial de la Salud." *Revista CES Salud Pública* 1(1): 109-121.
https://revistas.ces.edu.co/index.php/ces_salud_publica/article/view/1311/829.
- Guerra, Sergio. 1997. "Etapas y procesos de la historia de América Latina." *Cuaderno de Trabajo* n° 2. Instituto de Investigaciones Histórico-Sociales. Disponible en:
http://biblioteca.clacso.edu.ar/Mexico/iih-s-uv/20170608043740/pdf_473.pdf
- Guerrero, Ramiro, Ana Gallego, Becerril Montekio, y Johanna Vásquez. 2011. "Sistema de salud de Colombia." *Salud Pública de México* vol. 53: 144-155. Disponible en:
<https://www.scielosp.org/pdf/spm/v53s2/10.pdf>
- Guterres, Antonio. 2020. *Informe de políticas de las Naciones Unidas: La COVID-19 y la cobertura sanitaria universal*. Disponible en:
https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/uhc_spanish.pdf
- Gutiérrez, Gerardo, Susana Herrera y Jochen Kemner. 2020. "Introducción: La pandemia del COVID-19 en América Latina." En *Pandemia y crisis: El covid-19 en América Latina*. México-Guadalajara: Centro María Sibylla Merian de Estudios Iberoamericanos Avanzados en Humanidades y Ciencias Sociales (CALAS), Editorial Universidad de Guadalajara.
- Hawkins, Daniel y Yesly Lemos. 2020. "Capítulo 4. Los retos para hoy, promover trabajo decente y trabajo saludable." En *Informe Nacional de Coyuntura Laboral de la ENS*. Disponible en: <https://ail.ens.org.co/wp-content/uploads/sites/3/2020/04/Informe-Nacional-de-Coyuntura-Laboral-2020-Version-Final1.pdf>
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC). 2022. "Boletín técnico n°01-2022-RAS." Disponible en: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/Recursos_Actividades_de_Salud/RAS_2019/Principales_resultado_RAS_2019.pdf
- Jessop, Bob. 2016. *The State. Past, Present, Future*. Cambridge: Polity Press.

- Jiménez, Carolina, Daniel Libreros, Jorge Forero, Martha Alfonso, Alfonso Insuasty, Carlos Munevar, Luis Bonilla y Nelson Ortega. 2021. "Causas, preliminares y actualidad del conflicto social en Colombia." *Informe de Coyuntura Nacional: Colombia. Otras voces en Educación*. Disponible en: <https://www.clacso.org/wp-content/uploads/2021/06/INFORME-COYUNTURA-NACIONAL-COLOMBIA-JUNIO-2021.pdf>
- LaRosa, Michael y Germán Mejía. 2014. *Historia concisa de Colombia (1810-2013)*. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana.
- Lavell, Allan, Elizabeth Mansilla, Andrew Maskrey y Fernando Ramírez. 2020. *La construcción social de la pandemia COVID-19: desastre, acumulación de riesgos y políticas públicas*. <https://www.desenredando.org/covid19/Construcci%C3%B3n-social-pandemia-Covid19-desastre-riesgo-políticas-publicas-RNI-LA-RED-23-04-2020.pdf>
- Londoño-Upegui, L.D. y Mejía-Ortega, L.M. 2019. "Desempleo y protección social: el caso colombiano." *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública* 37(3): 54-63. doi:10.17533/udea.rfnsp.v37n3a07. <https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/336441/20794743>
- Martínez Rubí y Ernesto Soto. 2012. "El Consenso de Washington: la instauración de políticas neoliberales en América Latina." *Política y Cultura* primavera 37: 35-64. Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/polcul/n37/n37a3.pdf>
- Martins, Maria Hortence. 2021. "Problemas sociales de Covid-19: Proceso de Modernización de la Gestión Pública." En *XXXIV Concurso del CLAD sobre Reforma del Estado y Modernización de la Administración Pública 'Avances y propuestas ante la crisis del coronavirus y sus repercusiones institucionales y sociales'*. <https://clad.org/wp-content/uploads/2022/07/xxxiv-mencionh.pdf>.
- Márquez-Valderrama, Jorge. 2021. "Colombia y la instrumentalización de la pandemia de covid-19." *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/ZCsSX4jWXXkWSW5hHFTpczyR/?format=pdf&lang=es>.
- Marriner, Karen, y Laura Becerra. 2020. "Acciones de respuesta ante la COVID-19 en Brasil y Colombia: ¿ayuda para quién?" *Análisis Jurídico - Político* 2 (4): 49–73. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8696955>.
- Mazzina, Constanza, y Santiago Leiras. 2021. "América Latina en el siglo XXI: del giro a la izquierda a la fragmentación ideológica." *Revista Relaciones Internacionales* 3 (I): 111-130. San Salvador. <https://revistas.ues.edu.sv/index.php/reinter/article/view/2070>.
- Médicos Sin Fronteras. 2002. "El acceso a los servicios de salud en Colombia." Oficina de Naciones Unidas para la Coordinación de Asuntos Humanitarios. <https://reliefweb.int/report/colombia/el-acceso-los-servicios-de-salud-en-colombia#:~:text=El%20n%C3%BAmero%20de%20%22desvinculados%22%20alcanza,aumento%20de%20la%20econom%C3%ADa%20informal>.
- Midaglia, María del Carmen, y Florencia Antía. 2017. *Bienestar y Protección Social en América Latina: Abordajes Conceptuales y Metodológicos para el MERCOSUR*. Asunción-Paraguay: Instituto Social del MERCOSUR. <https://docplayer.es/53340832-Bienestar-y-proteccion-social-en-america-latina.html>.

- Midaglia, María del Carmen, y Marcelo Castillo. 2014. “Cuando baja la marea: los cambios de las protecciones sociales en el siglo XXI.” *Horizontes Latinoamericanos – Revista de Humanidades e Ciências Sociais do Mercosul Educacional* 3 (1). Recife: Editora Massangana, Fundação Joaquim Nabuco.
- Midaglia, María del Carmen, y Marcelo Castillo. 2018. “América Latina en el siglo XXI: Avances y retrocesos en las pautas de desarrollo social.” *Cadernos do CEAS* 245: 660-687. <https://cadernosdoceas.ucsal.br/index.php/cadernosdoceas/article/view/506/410>.
- Milán, Taymi, y Juan Camilo Restrepo. 2021. “Exploración de la capacidad explicativa de las nociones de régimen de bienestar: el caso de Cuba y Colombia en políticas de salud enfocadas a la respuesta al VIH.” En *Colombia: Investigación Sociojurídica*. http://repository.ucatolicalluisamigo.edu.co/bitstream/ucatolicaamigo/1598/3/686_Colombia_investigacion_sociojuridica.pdf.
- Ministerio de Salud y Protección Social. 2022. “Vacunación contra COVID-19.” <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/Vacunacion/paginas/vacunacion-covid-19.aspx>.
- . 2020. “Presidente Duque declara Emergencia Sanitaria frente a COVID-19.” Boletín de prensa N°61 de 2020. <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Presidente-Duque-declara-Emergencia-Sanitaria-frente-a-COVID-19.aspx>.
- Ministerio de Salud Pública. 2021. *Plan Nacional de Vacunación e Inmunización contra el COVID-19 ‘Plan Vacunarse Ecuador 2021’*. <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2021/05/01-Plan-nacional-de-vacunacion-e-inmunizacion-contra-el-COVID-19-Ecuador-2021-1.pdf>.
- Minteguiaga, A., y G. Ubasart-González. 2013. *Revolución ciudadana y régimen de bienestar en Ecuador (2007-2012)*. Informe final de investigación financiada por Clacso.
- Misas, Gabriel. 2002. *La ruptura de los noventa: del gradualismo al colapso*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. http://www.fce.unal.edu.co/media/files/CentroEditorial/catalogo/Libros_Digitalizados/L_ruptura-90.pdf.
- Oleas, Julio. 2017. “Ecuador 1980-1990: crisis, ajuste y cambio de régimen de desarrollo.” *América Latina en la Historia Económica* 24 (1): 210-242. <http://www.scielo.org.mx/pdf/alhe/v24n1/2007-3496-alhe-24-01-00210.pdf>.
- Olivier de Sardan, J.-P. 2008. *La rigueur du qualitatif: Les contraintes empiriques de l’interprétation socio-anthropologique*. Louvain-la-Neuve: Academia-Bruylant, Collection Anthropologie Prospective, Núm. 3. [https://ooscisca.com/assets/files/La%20rigueur%20du%20qualitatif%20%20les%20contraintes%20empiriques%20de%20l%27E2%80%99interpr%C3%A9tation%20socio-anthropologique%20by%20Olivier%20de%20Sardan,%20Jean-Pierre%20\(z-lib.org\).pdf](https://ooscisca.com/assets/files/La%20rigueur%20du%20qualitatif%20%20les%20contraintes%20empiriques%20de%20l%27E2%80%99interpr%C3%A9tation%20socio-anthropologique%20by%20Olivier%20de%20Sardan,%20Jean-Pierre%20(z-lib.org).pdf).
- Organización Internacional del Trabajo (OIT). 2017. “Panorama Laboral 2017 América Latina y el Caribe. Tema especial: Evolución de los salarios en América Latina en el periodo 2005-2015.” https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/documents/genericdocument/wcms_616176.pdf.
- Organización Internacional del Trabajo (OIT). 2021. “El sistema de salud ecuatoriano y la COVID-19.” Nota informativa. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/---sro-lima/documents/publication/wcms_799790.pdf.

- Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO). 2020. “Estrategias comunitarias de comercialización en el marco del COVID-19.” Boletín informativo. https://nacionesunidas.org.co/Publicaciones-FAO/Abastecimiento%20COVID/boletin_mercados_campesinos.pdf.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). 2020. “Consideraciones para aplicar y ajustar medidas de salud pública y sociales en el contexto de la COVID-19.” Orientaciones provisionales. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/336990/WHO-2019-nCoV-Adjusting_PH_measures-2020.2-spa.pdf.
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). 2020. *Flattening the COVID-19 Peak: Containment and Mitigation Policies*. Publicaciones OCDE. https://read.oecd-ilibrary.org/view/?ref=124_124999-yt5ggxirhc&title=Flattening_the_COVID-19_peak-Containment_and_mitigation_policies.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). 2021. “Se necesita inversión urgente en la atención primaria de salud para garantizar la recuperación tras la COVID-19 en la Región de las Américas.” <https://www.paho.org/es/noticias/10-11-2021-se-necesita-inversion-urgente-atencion-primaria-salud-para-garantizar#:~:text=Todos%20los%20pa%C3%ADses%20deben%20aumentar,al%20primer%20nivel%20de%20atenci%C3%B3n>.
- Orgulloso, Alberto. 2020. “Capítulo 1: Impactos del Covid-19 en el empleo y los ingresos: hecatombe social a la vista.” En *Informe Nacional de Coyuntura Laboral de la ENS*. <https://ail.ens.org.co/wp-content/uploads/sites/3/2020/04/Informe-Nacional-de-Coyuntura-Laboral-2020-Version-Final1.pdf>.
- Oszlak, Oscar. 2014. “Políticas públicas y capacidades estatales.” *Revista Forjando* 3 (5).
- Otálvaro, Bairon. 2021. “Transformaciones de los regímenes de bienestar en Colombia.” *Gobernar: The Journal of Latin American Public Policy and Governance* 5 (8): 26-46. <https://orb.binghamton.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1117&context=gobernar>.
- Padilla, Ana, y Javier Ospina. 2020. “Gestión comunitaria durante la pandemia COVID-19 bajo la mirada de la innovación social: estudio de seis casos.” *Perfiles Económicos* N°9 (Julio): 7-41. e-ISSN 0719-7586. <https://micologia.uv.cl/index.php/Perfiles/article/view/2620/2548>.
- Paz, Diana, y María Caridad Santelices. 2020. “(In)capacidades de política en tiempos de Covid-19: comprendiendo las respuestas económicas de Colombia y Ecuador.” *Análisis Político* 33 (100): 72-91. <http://www.scielo.org.co/pdf/anpol/v33n100/0121-4705-anpol-33-100-72.pdf>.
- Peñafiel, Luis Eduardo. 2021. “Panorama económico, político y sanitario de América Latina y el Caribe al comienzo de la pandemia del COVID-19.” *Lecturas de Economía* N°95: 11-44. <https://revistas.udea.edu.co/index.php/lecturasdeeconomia/article/view/344608/20805595>.
- Pachón, Ximena. 2007. “La familia en Colombia a lo largo del siglo XX: Familias, cambios y estrategias.” En *Familias, cambios y estrategias*, 145-159. <https://www.studocu.com/co/document/universidad-de-pamplona/sociedad-familia-y-salud/la-familia-en-colombia-a-lo-largo-del-siglo-xx/8981874>.

- Paltán, Julio. 2016. “Tradiciones históricas en la formación del Estado ecuatoriano y sus incidencias en el fortalecimiento y modernización estatal del Presidente Correa.” En *Encuentro Latinoamericano* vol. 3, n° 2: 7-30. https://www.iapss.org/wp-content/uploads/2014/10/ELA_Vol.-3-No.-2_1.pdf.
- Porrás, Angélica. 2015. “La seguridad social en Ecuador: un necesario cambio de paradigmas.” *Revista FORO de Derecho UASB-Ecuador* n° 24: 89-116.
- Puyana, Yolanda. 2004. “La familia extensa: una estrategia local ante crisis sociales y económicas.” *Revista del Departamento de Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Humanas de la Universidad Nacional de Colombia*: 77-86. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/tsocial/article/view/8456/9100>.
- Ramírez Bacca, Renzo. 2020. *Introducción a la historia de América Latina del siglo XX*. Pereira-Colombia: Universidad Tecnológica de Pereira. <http://repositorio.utp.edu.co/dspace/handle/11059/11831>.
- Ramírez, Jacques, y María Luisa Ortega. 2020. “Desentrañando el desborde del coronavirus en Ecuador.” *CELAG*. <https://www.celag.org/desentranando-el-desborde-del-coronavirus-en-ecuador/>.
- Ramírez, Franklin. 2019. “Las masas en octubre. Ecuador y las colisiones de clase.” *Nueva Sociedad* n°284 (nov-dic). https://static.nuso.org/media/articles/downloads/COY2_Ramirez_284.pdf.
- . 2009. “Entre el poder y la crítica. Movimientos sociales, sociedad civil y democracia en el Ecuador.” *CLACSO Documentos del Sur*. Documento de trabajo n°6. <https://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/sur-sur/20120315121149/6.ramirez-gallegos.pdf>.
- . 2010. “Ética, política y economía. Las aristas del derrocamiento presidencial del 21 de enero del 2000 en Ecuador.” *Estudios Políticos* n°: 189-206. <https://revistas.udea.edu.co/index.php/estudiospoliticos/article/view/17405/15016>.
- . 2014. “Política y políticas del cambio en los países andinos.” *Horizontes Latinoamericanos - Revista de Humanidades y Ciencias Sociales del Mercosur Educativo*. Dossier: Cambios Sociales en América del Sur: la contribución de las políticas públicas en el siglo XXI vol. 3 n°1: 61-77.
- . (2018). “El regreso del neoliberalismo a Ecuador.” *Le Monde Diplomatique en español*. <https://mondiplo.com/el-regreso-del-neoliberalismo-a-ecuador>.
- . 2000. “El 21 de enero del 2000.” *Observatorio Social de América Latina CLACSO*. https://www.flacsoandes.edu.ec/sites/default/files/agora/files/1289924041.el_21_de_enero_del_2000._franklin_ramirez.pdf.
- Ramírez, Franklin, y Alba Goycochea. 2002. “Se fue, ¿a volver? Imaginarios, familia y redes en la migración ecuatoriana a España (1997-2000).” *Iconos* n°14: 32-46. <https://repositorio.flacsoandes.edu.ec/bitstream/10469/2129/4/RFLACSO-I14-05-Goycochea.pdf>.
- Ramírez, Franklin, Daniel Vizúete, y Alfonso Bermejo. 2021. “Virus, neoliberalismo y necropolítica en los Andes: Un contrapunto ecuatoriano-peruano.” En *Pandemia y crisis: El covid-19 en América Latina*. México: CALAS.
- Ratto, M.C., Cabrera, J.M., Zacharías, D., y Azerrat, J.M. 2021. “The Effectiveness of Government Measures During the First Wave of the Outbreak.” *Social Science Quarterly* 1–18. <https://doi.org/10.1111/ssqu.13043>.

- Reina, Manuel. 2013. "Mecanismos de protección al desempleo en Colombia: ¿en el camino de la protección laboral?" *Friederich Ebert Stiftung - Policy Paper*.
<https://library.fes.de/pdf-files/bueros/kolumbien/09894.pdf>.
- Riesco, Manuel. 2009. "Latin America: A New Developmental Welfare State Model in the Making?" *International Journal of Social Welfare*: 22-36.
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1468-2397.2009.00643.x>.
- Rodríguez, Erika. 2019. "Colombia 2020: La movilización social como oportunidad y reflejo del cambio." *Análisis Carolina*.
https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/693200/colombia_rodriguez_FC_2020.pdf?sequence=1.
- . 2020. "Colombia. Impacto económico, social y político de la COVID-19." *Análisis Carolina*. <https://www.fundacioncarolina.es/wp-content/uploads/2020/04/AC-24.-2020.pdf>.
- Rodríguez, Yunuen. 2020. "Mitigación de la pandemia en los sistemas de seguridad social del Ecuador." *CISS*. <https://ciss-bienestar.org/v2019/wp-content/uploads/2019/01/mitigacion-de-la-pandemia-en-los-sistemas-de-seguridad-social-de-ecuador.pdf>.
- Rueschemeyer, Dietrich, y Evans, Peter. 1985. "The State and Economic Transformation: Toward an Analysis of the Conditions Underlying Effective Intervention." En Dietrich Rueschemeyer, Peter Evans, y Theda Skocpol (eds.), *Bringing the State Back In*. Cambridge University Press: 44-78.
- Sacoto, Fernando. 2021. "Reflexiones sobre el COVID-19 en Ecuador: la salud pública y el Sistema Nacional de Salud." *Revista Mundos Plurales* 8, no. 1: 57-64.
- Salcedo, Carlos, Fabio Moscoso, y María Ramírez. 2020. "Economía informal en Colombia: iniciativas y propuestas para reducir su tamaño." *Revista Espacios* 41, no. 3: 22-29.
<http://www.revistaespacios.com/a20v41n03/20410322.html>.
- Sanchez, Enrique. 1991. "Apuntes sobre una metodología histórico-estructural (con énfasis en el análisis de medios de difusión)." *Comunicación y Sociedad* 10: 11-49.
- Sánchez, Javier. 2020. "Pandemia del COVID-19, la madre de todas las crisis." En *La Comunicación política en tiempos de emergencia*. Serie Territorios en Debate-segunda etapa, no. 13. <https://biblio.flacsoandes.edu.ec/libros/digital/58449.pdf#page=121>.
- Sanders, James E. 2018. "'All the Inhabitants This America Are Citizens': Imagining Equality, Nation, and Citizenship in an Atlantic Frame." En *Race and Nation in the Age of Emancipations*, editado por Whitney Nell Steward y John Garrison, 164-183. Athens: University of Georgia Press.
- SAPRI-N. 2001. *Evaluación de los impactos económicos y sociales de las políticas de ajuste estructural en el Ecuador 1982-1999* (Resumen Ejecutivo).
http://www.saprin.org/ecuador/research/ecu_res_ej_fin.pdf.
- Secretaría Distrital de Planeación. 2020. "Impacto de la COVID-19 en la Economía y la Sociedad de Bogotá: Resultados de la Encuesta Socioeconómica", agosto.
https://www.sdp.gov.co/sites/default/files/estudio_covid2.pdf.
- Serrano, Alfredo. 2019. "Good Bye Lenin (en Ecuador)." *Artículos de opinión*.
<https://www.celag.org/good-bye-lenin-en-ecuador/>.

- Sistema Nacional Descentralizado de Gestión de Riesgos. 2020. *Informe del manejo de la emergencia por COVID-19 durante los 40 días*.
http://esacc.corteconstitucional.gob.ec/storage/api/v1/10_DWL_FL/e2NhcNBlDGE6J3NvcnRlbycsIHV1aWQ6JzNhZWZhZDQ0LTU1NWEtNDYxMS04MGRkLTc4ZjFiYTg3YmNkZS5wZGYnfQ==.
- Steinmo, Sven. “Institucionalismo histórico.” En *Enfoques y metodologías de las ciencias sociales: una perspectiva pluralista*, dirigido por Donatella Della Porta y Michael Keating, 2013. Madrid: Akal.
- Stoessel, Soledad. 2021. “Giro a la izquierda en la América Latina del siglo XXI.” *Polis* 39.
<https://www.scielo.cl/pdf/polis/v13n39/art07.pdf>.
- Suárez, Catalina. 2020. “El trabajador por cuenta propia en América Latina.” Capítulo 3 del *Informe Nacional de Coyuntura Laboral de la ENS*, El mundo de trabajo y el sistema de salud colombiano en la encrucijada del Coronavirus. <https://ail.ens.org.co/wp-content/uploads/sites/3/2020/04/Informe-Nacional-de-Coyuntura-Laboral-2020-Version-Final1.pdf>.
- Subirats, Joan, Peter Knoepfel, Corinne Larrue, y Frederic Varone. 2008. *Análisis y gestión de políticas públicas*. Barcelona: Editorial Ariel, S.A.
- Sunkel, Guillermo. 2006. “El papel de la familia en la protección social en América Latina.” *CEPAL*, Santiago de Chile.
https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/6121/S0600306_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- Tobar Pesantes, Luis. 2022. “Características de los afiliados al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social en el Ecuador.” *Notas de Economía UPS*.
https://www.researchgate.net/profile/Luis-Tobar-Pesantez/publication/363686312_CHARACTERISTICAS_DE_LOS_AFILIADOS_AL_INSTITUTO_ECUATORIANO_DE_SEGURIDAD_SOCIAL_EN_EL_ECUADOR/links/6329d4e5071ea12e364a4fe7/CARACTERISTICAS-DE-LOS-AFILIADOS-AL-INSTITUTO-ECUATORIANO-DE-SEGURIDAD-SOCIAL-EN-EL-ECUADOR.pdf.
- Tonelli, Patricio, Mario Parada Lezcano, e Ismael Bravo. 2021. “La pandemia por COVID-19: El derecho a la salud en tensión. Un estudio cualitativo exploratorio en Chile, Colombia, Costa Rica y México.” *FLACSO*, Costa Rica.
https://www.flacso.org/sites/default/files/2022-03/la_pandemia_por_covid19.pdf.
- Ubasart-González, Gemma, y A. Minteguiaga. 2014. “Menos mercado, igual familia. Bienestar y cuidados en el Ecuador de la Revolución Ciudadana.” *Iconos. Revista de Ciencias Sociales* no. 50: 77-96.
- Uribe, Mauricio. 2013. “Estilo de desarrollo y sesgo anticampesino en Colombia.” *Cuadernos de Economía* 32, no. 60: 467-497.
- Uribe, Mauricio. 2013b. *La nación vetada: Estado, desarrollo y guerra civil en Colombia*. Bogotá: Universidad Externado de Colombia.
- Uribe, John, Eddy Fajardo, y Héctor Romero. 2017. “Incidencia de las políticas públicas de empleo sobre la desocupación en Colombia: un análisis de intervención para el periodo 2002-2014.” *Revista Espacios* 38, no. 36: 22-43.
<https://www.revistaespacios.com/a17v38n36/a17v38n36p22.pdf>.

- Valarezo, Galo, Sara Báez, y Pablo Ospina. 2004. *Una breve historia del espacio ecuatoriano*. Quito: CAMAREN-IFE.
<http://biblioteca.clacso.edu.ar/Ecuador/iee/20121116022503/modulo2.pdf>.
- Vargas, Yaneth. 2020. “Medidas tomadas desde la seguridad social por Colombia frente a la pandemia del COVID-19.” *Revista Iberoamericana de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social* 3, vol. 2: 10-27.
<http://aidtss.org/revistaiberoamericana/index.php/main/article/view/32/28>.
- Velasco, Margarita, Francisco Hurtado, y Jesús Tapia. 2020. *¿Estaba preparado el sistema de salud para enfrentar la pandemia?* Quito: Observatorio Social del Ecuador y FES-Ildis. <https://www.covid19ecuador.org/post/salud-publica-pandemia-1>.
- Vera, Sofía, y Santiago Llanos-Escobar. 2016. “Ecuador: La democracia después de nueve años de la ‘Revolución Ciudadana’ de Rafael Correa.” *Revista de Ciencia Política* 36, no. 1: 145-175. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/revcipol/v36n1/art07.pdf>.
- Victoriano Serrano, Felipe. 2010. “Estado, golpes de Estado y militarización en América Latina: una reflexión histórico-política.” *Argumentos* (México, D.F.) 23, no. 64: 175-193. Recuperado el 17 de octubre de 2021.
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-57952010000300008&lng=es&tlng=es.
- Wanderley, Fernanda, Horacio Vera, y Jean Paul Benavides. 2020. “América Latina en la encrucijada del desarrollo sostenible e inclusivo: Bolivia, Ecuador, Colombia y Perú al inicio del siglo XXI.” *Documento de trabajo IISEC-UCB* n° 02/2020.
http://repositorio.ucb.edu.bo/xmlui/bitstream/handle/20.500.12771/248/Serie_DT_IIS-UCB_No_2_2020_America_Latina_en_la_encrucijada_del_desarrollo_sostenible_e_inclusivopdf.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- Yturralde, José Antonio. 2017. “Breve análisis político de América Latina de mediados del siglo XX a inicios del siglo XXI.” *Revista Alternativas* 18, no. 2: 80-85.
<https://editorial.ucsg.edu.ec/ojs-alternativas/index.php/alternativas-ucsg/article/view/125/pdf>.

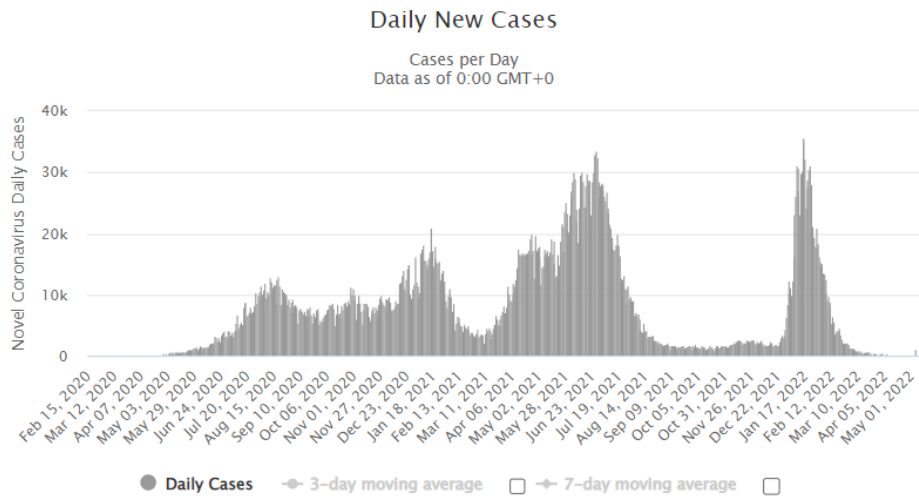
Anexos

Anexo 1. Propuesta de la OMS para evaluar la capacidad de respuesta de los sistemas de salud

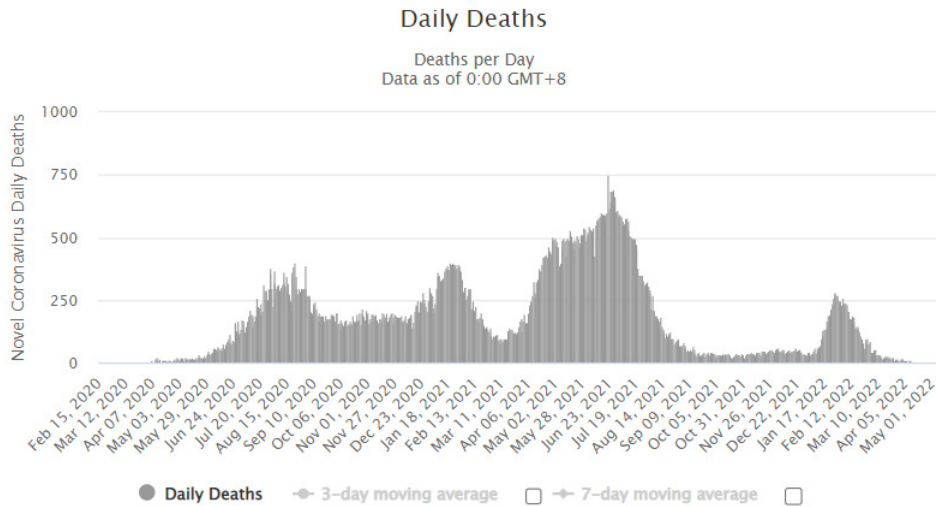
Cuadro 4: Indicadores epidemiológicos primarios e intervalos propuestos para evaluar el nivel de capacidad y desempeño del sistema de salud y los servicios de salud pública frente a la COVID-19

Esfera	Indicador	Descripción/ justificación	Principales limitaciones	Capacidad de respuesta		
				Adecuada	Moderada	Limitada
Capacidad de atención clínica	Porcentaje de camas de hospital ocupadas	Si no existe capacidad suficiente para hospitalizar los casos graves se producirá una morbilidad y mortalidad elevadas. Deben contabilizarse todas las hospitalizaciones, no solo las atribuidas a la COVID-19.	Puede estar afectado por la política de hospitalización (por ej., si todos los casos están aislados en el hospital), lo que no indica la verdadera saturación de la capacidad del hospital.	<75% [†]	75-<90% [†]	90%+ [†]
Desempeño de la atención clínica	Tasa de letalidad de los casos hospitalizados resueltos (o sea, resultado conocido).	Indicador del impacto general de la atención adecuada de la COVID-19.	Fuertemente dependiente de la edad y de diversos sesgos. ³ Debe tener en cuenta cualesquiera cambios en la detección de casos o la estrategia de pruebas diagnósticas.	Tendencia decreciente	Tendencia estable	Tendencia creciente
Capacidad de respuesta de la salud pública	Número de personas que se sometieron semanalmente a pruebas diagnósticas por 1000 habitantes, promediado a lo largo de un período de dos semanas.	Sin suficientes pruebas, es difícil aislar apropiadamente los casos y tratarlos.	No todos los laboratorios pueden informar del número de personas que se sometieron a las pruebas; si es posible, puede contabilizarse el número de nuevas pruebas realizadas en lugar de las repetidas; de lo contrario, puede contabilizarse el número de pruebas realizadas pero esto puede resultar engañoso debido a la repetición de las pruebas. Los laboratorios que no comunican la localización de los casos pueden ocultar disparidades en la realización de pruebas (por ej., entre las poblaciones urbanas). Si se usan pruebas diagnósticas rápidas, esto debería hacerse con arreglo a directrices, y puede ser necesario obtener los umbrales.	2+	1 - < 2	<1
Desempeño de la respuesta de salud pública	Porcentaje de casos para los que se ha llevado a cabo una investigación dentro de las 24 horas de su identificación.	Esto indica que, donde la investigación no se registra directamente, la capacidad para identificar los riesgos de transmisión y los contactos expuestos puede medirse con un indicador indirecto, como es la proporción de casos con contactos registrados.	La obtención de datos oportunos puede ser difícil.	80%+	60-<80%	<60%

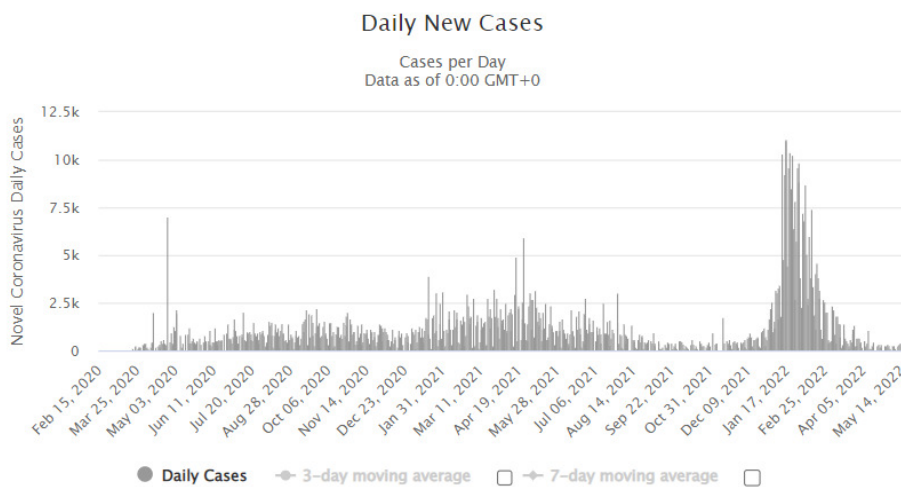
Anexo 2. Nuevos casos diarios de contagios en Colombia



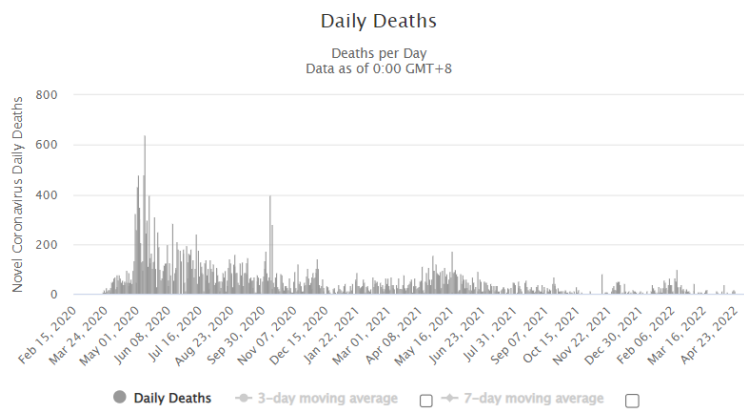
Anexo 3. Nuevas muertes diarias en Colombia



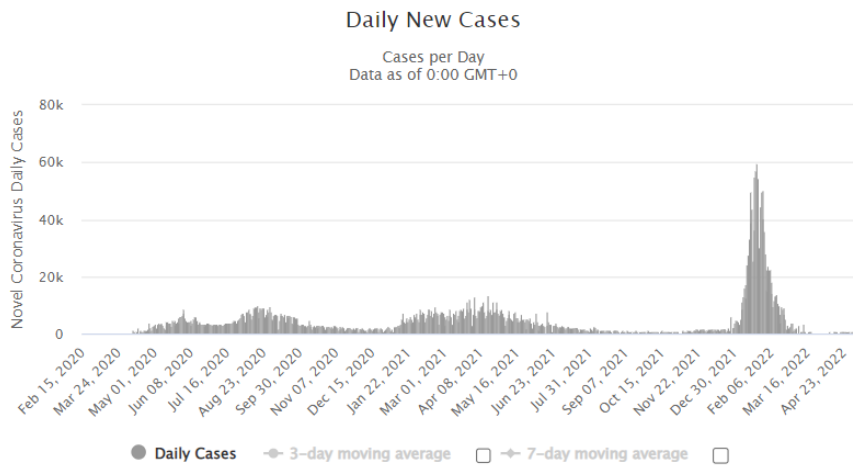
Anexo 4. Nuevos casos diarios de contagios en Ecuador



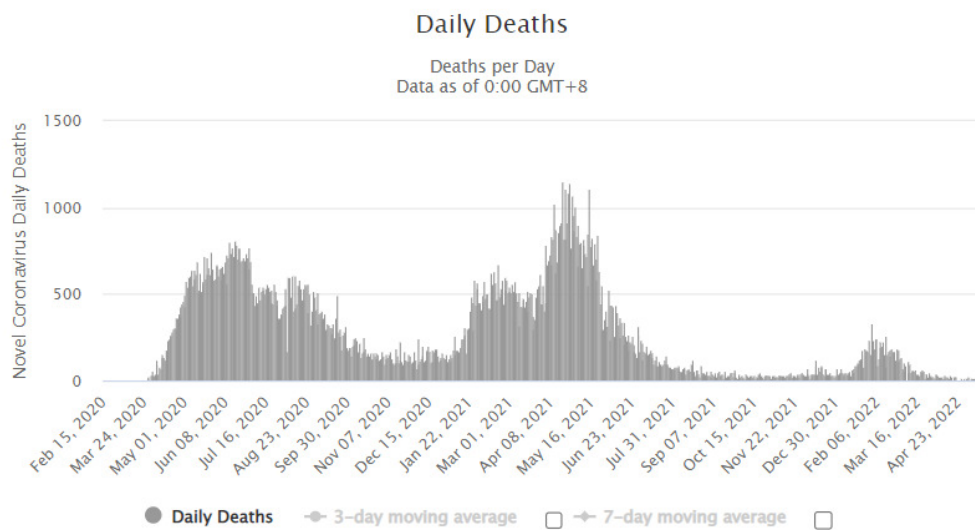
Anexo 5. Nuevas muertes diarias en Ecuador



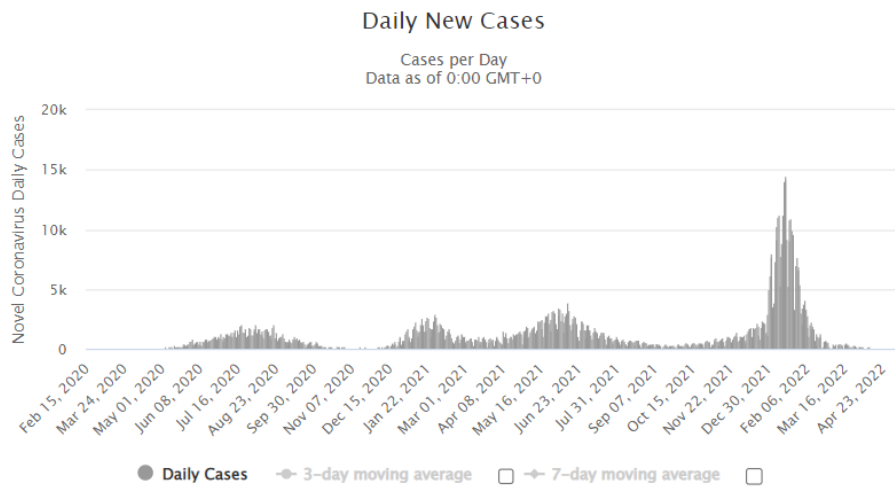
Anexo 6. Nuevos casos diarios de contagios en Perú



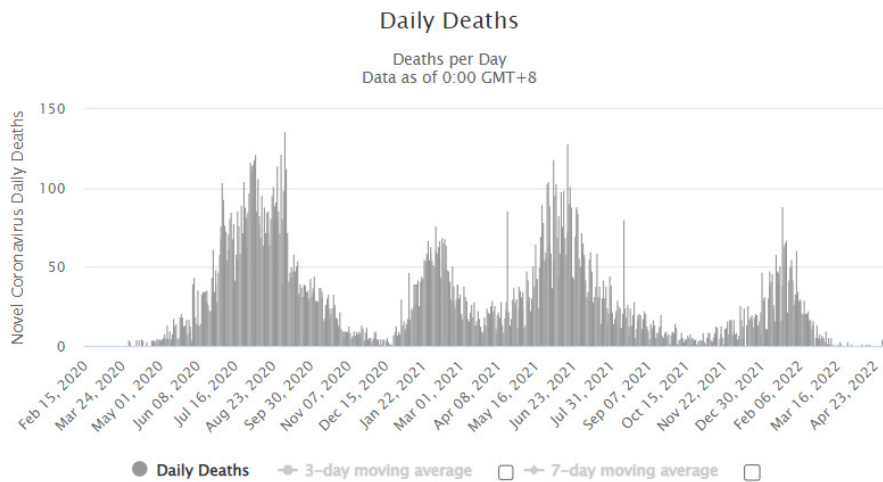
Anexo 7. Nuevas muertes diarias en Perú



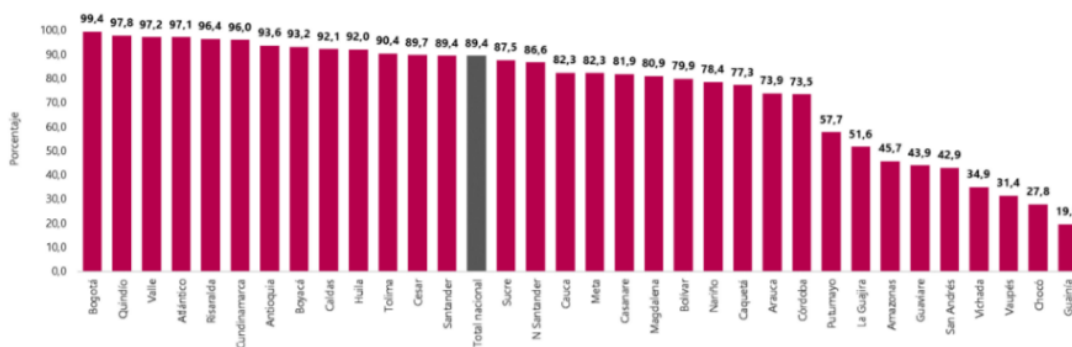
Anexo 8. Nuevos casos diarios de contagios en Bolivia



Anexo 9. Nuevas muertes diarias en Bolivia

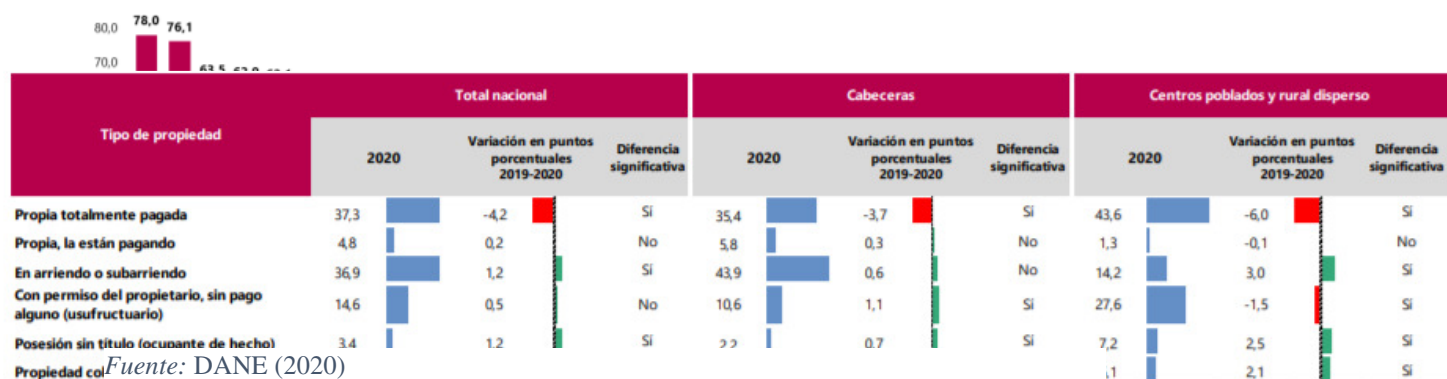


Anexo 10. Porcentaje de hogares con acceso a acueducto por departamento 2020



Fuente: DANE (2020)

Anexo 11. Porcentaje de hogares con acceso a internet por departamento 2020



Anexo 12.

Distribución de hogares por tipo de tenencia de la vivienda 2020

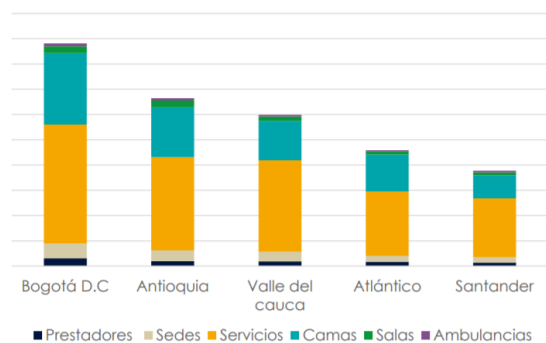
Obtenido de: DANE (2020)

Anexo 13. Distribución de Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) según naturaleza jurídica y departamento en Colombia para el año 2019

DEPARTAMENTO	IPS PRIVADAS	IPS PÚBLICAS	IPS MIXTAS	TOTAL IPS
BOGOTÁ D.C.	2.774	134	1	2.909
ANTIOQUIA	1.831	282	7	2.120
VALLE DEL CAUCA	1.594	333	1	1.928
ATLÁNTICO	1.080	83	43	1.206
SANTANDER	898	170	0	1.068
BOLÍVAR	754	214	0	968
CORDOBA	602	227	0	829
CUNDINAMARCA	553	182	0	735
SUCRE	476	77	1	554
CESAR	456	145	0	601
MAGDALENA	444	188	0	632
TOLIMA	404	123	1	528
BOYACA	388	150	0	538
NARIÑO	382	355	3	740
META	376	66	0	442
NORTE DE SANTANDER	363	133	0	496
CAUCA	320	141	0	461
RISARALDA	307	50	0	357
HUILA	278	83	0	361
CALDAS	263	78	1	342
CHOCO	227	36	2	265
LA GUAJIRA	218	139	0	357
QUINDIO	200	36	0	236
CASANARE	166	30	4	200
ARAUCA	110	50	1	161
PUTUMAYO	89	30	0	119
CAQUETA	75	28	0	103
ARCHIPIELAGO DE SAN ANDRÉS	23	0	0	23
GUAVIARE	16	13	0	29
AMAZONAS	12	12	0	24
GUAJINIA	9	0	0	9
VICHADA	7	5	0	12
VAUPES	1	45	0	46
COLOMBIA	15.696	3.638	65	19.399

Obtenido de MinSalud 2020

Anexo 14. Departamentos de Colombia con mayor infraestructura hospitalaria



Obtenido de (ANDI 2021)

Anexo 15. Oferta de servicios en salud en Colombia para 2019

Oferta de servicios en salud, Colombia 2019									
Departamento	Sedes IPS públicas (1)	Sedes IPS privadas (1)	Sedes IPS ambulatorias (1) (a)	Sedes IPS hospitalarias (1) (b)	Camas Instaladas (1)	Razón camas por 1000 habitantes (2)	Salas Quirúrgicas Instaladas (1)	Medios Transporte todos (1) (c)	Profesionales Independientes (1)
Amazonas	12	13	22	3	167	2.15	3	3	41
Antioquia	278	1,813	1,919	179	9,914	1.51	417	614	10,631
Arauca	49	102	142	10	365	1.30	12	52	173
Atlántico	83	1,098	1,076	149	7,831	2.97	281	285	1,675
Bogotá D.C.	136	2,755	2,765	127	14,5	1.91	644	726	13,288
Bolívar	216	738	844	110	4,306	2.02	114	217	1,094
Boyacá	150	377	486	41	1,552	1.26	59	245	1,196
Caldas	79	261	292	49	2,098	2.08	65	158	1,208
Caquetá	29	71	79	21	671	1.65	12	74	187
Casanare	30	161	177	18	556	1.30	16	96	271
Cauca	139	318	409	48	1,681	1.14	40	190	619
Cesar	145	458	537	66	3,392	2.71	83	214	442
Chocó	36	220	213	45	759	1.41	14	43	65
Córdoba	226	582	729	79	3,203	1.77	80	166	537
Cundinamarca	189	538	663	64	2,951	0.96	80	348	1,915
Guainía		9	8	1	44	0.89	1	1	3
Guaviare	13	15	24	4	106	1.25	2	14	34
Huila	83	273	311	45	1,694	1.52	58	179	843
La Guajira	139	221	324	36	1,638	1.77	45	114	193
Magdalena	187	436	552	71	2,889	2.08	74	154	467
Meta	65	374	387	52	2,069	1.97	52	228	588
Nariño	357	379	697	42	2,657	1.63	76	223	1,23
Norte de Santander	128	354	440	42	2,029	1.30	66	173	1,155
Putumayo	29	87	100	16	492	1.39	13	94	139
Quindío	35	197	207	25	1,23	2.25	32	88	639
Risaralda	50	298	319	29	1,71	1.80	64	122	1,205
San Andrés		21	18	3	116	1.86	6	5	69
Santander	166	881	963	84	4,264	1.91	169	401	1,539
Sucre	77	444	459	63	2,351	2.53	55	129	457
Tolima	122	408	469	62	2,182	1.63	69	256	846
Valle del Cauca	329	1,584	1,783	131	7,953	1.76	364	654	4,92
Vaupés	44	1	44	1	12	0.28	1	3	1
Vichada	5	6	7	4	77	0.70	2	5	13
TOTAL	3,626	15,493	17,465	1,72	87,459	1.77	3,069	6,274	47,683

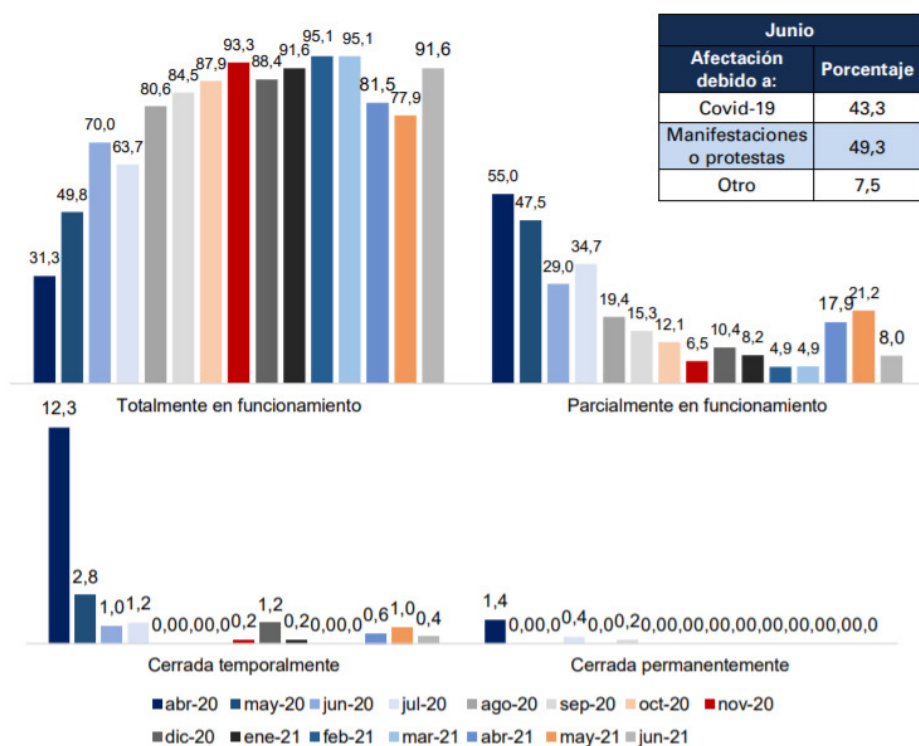
1. Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), corte a 31 de Diciembre de 2018

2. Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud-REPS, con corte 31 de diciembre de 2018 y proyección de población DANE a 2018.

Nota.

- Se consideran IPS ambulatorias las que tienen habilitadas 5 camas o menos
- Se consideran IPS hospitalarias las que tienen habilitadas 6 o más camas
- Se incluyen ambulancias terrestres, aéreas, marítimas y fluviales. Básicas y medicalizadas

Anexo 16. Estado de operación de la empresa y su relación con el COVID-19



Fuente: Encuesta de Opinión Empresarial (EOE) – Fedesarrollo.

Anexo 17. Incremento de camas hospitalarias en establecimientos de salud del MSP 2020-2021

Coordinación Zonal	2020	2021	Incremento	Porcentaje de incremento
Zona 1	1.116	1.832	716	64%
Zona 2	295	474	179	61%
Zona 3	1.136	1.768	632	56%
Zona 4	1.105	1.740	635	57%
Zona 5	916	1.493	577	63%
Zona 6	753	1.223	470	62%
Zona 7	877	1.426	549	63%
Zona 8	1.422	2.174	752	53%
Zona 9	1.751	3.272	1.521	87%
Total general	9.371	15.402	6.031	64%

Fuente: Dirección Nacional de Estadística y Análisis de Información de Salud. Ministerio de Salud Pública.

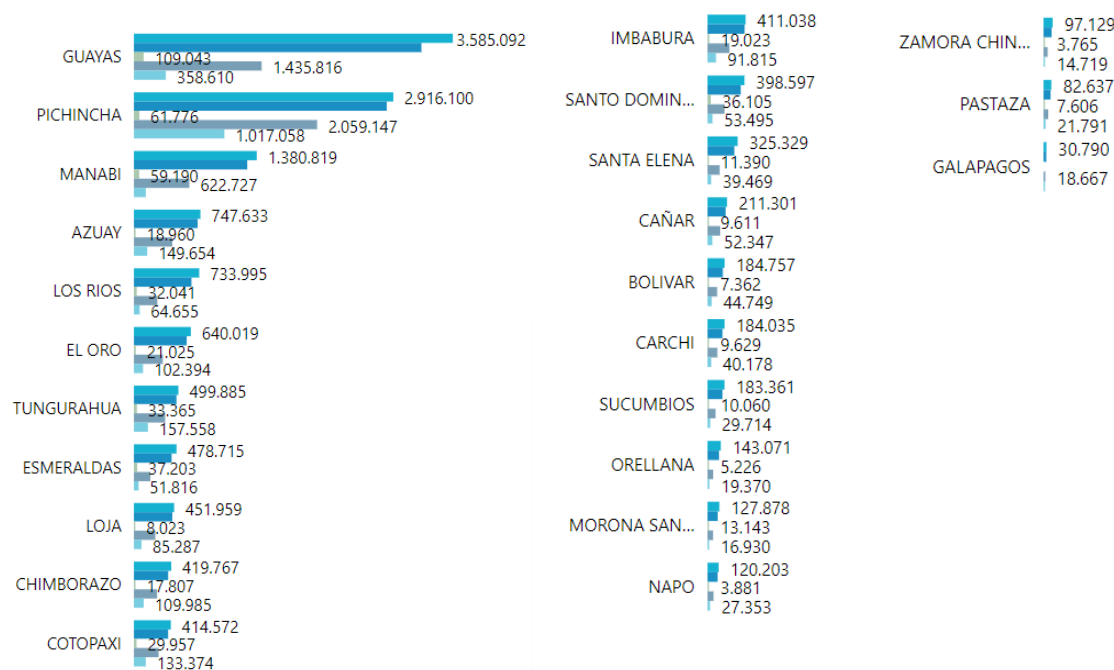
Anexo 18. Disponibilidad y ocupación de camas de hospitalización y UCIS

Provincia	Camas de hospitalización No COVID		Camas UCI No COVID		Camas de hospitalización COVID		Camas UCI Adultos COVID	
	Número	% de ocupación	Número	% de ocupación	Número	% de ocupación	Número	% de ocupación
Azuay	198	70,20%	5	100,00%	83	59,04%	33	100,00%
Bolívar	87	51,72%	0		63	22,22%	11	63,64%
Cañar	157	46,50%	2	100,00%	32	40,63%	8	100,00%
Carchi	152	55,92%	0		56	82,14%	21	100,00%
Chimborazo	307	49,19%	4	100,00%	61	52,46%	8	100,00%
Cotopaxi	264	41,29%	1	100,00%	81	74,07%	10	100,00%
El Oro	292	60,27%	2	50,00%	123	45,53%	8	100,00%
Esmeraldas	286	47,90%	0		129	22,48%	24	75,00%
Galápagos	26	34,62%	1	0,00%	17	23,53%	4	25,00%
Guayas	1190	74,12%	34	91,18%	220	66,36%	73	95,89%
Imbabura	274	45,62%	4	100,00%	47	74,47%	10	100,00%
Loja	277	44,04%	0		105	40,00%	12	91,67%
Los Ríos	254	59,06%	0		77	37,66%	8	100,00%
Manabí	610	57,38%	5	80,00%	215	40,00%	47	89,36%
Morona Santiago	200	52,50%	3	33,33%	51	25,49%	5	100,00%
Napo	99	40,40%	4	75,00%	40	40,00%	3	100,00%
Orellana	55	60,00%	0		15	73,33%	8	62,50%
Pastaza	74	74,32%	0		11	63,64%	7	57,14%
Pichincha	1.388	80,12%	27	74,07%	357	74,51%	121	99,17%
Santa Elena	68	77,94%	0		52	28,85%	9	100,00%
Santo Domingo de los Tsachilas	156	87,18%	4	25,00%	31	74,19%	16	87,50%
Sucumbíos	115	86,96%	4	75,00%	57	28,07%	14	71,43%
Tungurahua	185	72,97%	0		93	58,06%	16	100,00%
Zamora Chinchipe	113	33,63%	0		26	53,85%	0	
Total	6.827	63,86%	100	80,00%	2.042	52,69%	476	92,65%

Fuente: VAIS, Ministerio de Salud Pública. Fecha de corte: 14 de Mayo de 2021

Anexo 19. Dosis recibidas por provincia en Ecuador¹⁷⁰

● Primera ● Segunda ● Cansino ● Refuerzo 1 ● Refuerzo 2



Anexo 20. Número de afiliaciones, variación 2019-2020

Actividad	2019	2020	baja	%
Actividades de alojamiento y de servicio de comidas.	124.052	83.817	-40.235	-32%
Artes, entretenimiento y recreación.	16.614	13.208	-3.406	-21%
Enseñanza.	141.731	117.951	-23.780	-17%
Construcción.	101.018	86.877	-14.141	-14%
Transporte y almacenamiento.	155.829	134.856	-20.973	-13%
Actividades de servicios administrativos y de apoyo.	158.880	140.893	-17.987	-11%
Otras actividades de servicios.	66.163	58.942	-7.221	-11%
Industrias manufactureras.	370.657	337.202	-33.455	-9%
Explotación de minas y canteras.	36.515	33.606	-2.909	-8%
Comercio al por mayor y al por menor.	533.441	492.087	-41.354	-8%
Actividades profesionales, científicas y técnicas.	145.741	134.517	-11.224	-8%
Información y comunicación.	52.718	49.447	-3.271	-6%
Actividades financieras y de seguros.	73.190	69.297	-3.893	-5%
Actividades inmobiliarias.	39.650	37.679	-1.971	-5%
Agricultura, ganadería, silvicultura y pesca.	228.057	218.011	-10.046	-4%
Administración pública y defensa.	469.094	449.483	-19.611	-4%
Actividades de atención de salud humana, a social.	156.009	152.055	-3.954	-3%
Suministro de electricidad, gas, vapor, aire acond.	18.822	18.515	-307	-2%
Distribución de agua; alcantarillado, desechos	21.691	24.114	2.423	11%

Solo se incluyeron afiliaciones clasificadas de acuerdo con el CIUU, incluye sector público y privado.

Tomado de Tobar Pesantes (2022)

¹⁷⁰ Ministerio de Salud del Ecuador (2023) Vacunómetro COVID-19

<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiYTtkZNTFkMmUtZmUzNi00NDcwLTg0MDEtNjFkNzhhZTg5ZWYyIiwidCI6IjcwNjIyMGRiLTliMjktNGU5MS1hODIiLTl1NmIwNmQyNjlmMyJ9&pageName=ReportSection>

Anexo 21. DONACIONES RECEPTADAS EN LA PLATAFORMA DAR UNA MANO ECUADOR¹⁷¹

Kits	Cantidad	Monto en dólares
Donaciones de Kits de \$5	16.170	\$80.850
Donaciones de Kits de \$10	217.161	\$2.171.610
Donaciones de Kit de \$20	26.299	\$525.950
Donaciones Kits de aseo \$7	2.459	\$15.981
Donaciones Kits sonrisas \$15	731	\$10.605
Donaciones Kits textiles \$10	310	\$3.100
Donaciones Kits animalistas \$5	320	\$1.600
Donaciones Kits una voz \$10	101	\$1.010
DAR UNA MANO DIGITAL Tablets con plan de datos para 12 meses (servicio al cliente, técnico y garantía incluido)	1200	\$333.593,67

¹⁷¹ Plataforma dar una mano (2021). “Transparencia” <https://www.darunamanoecuador.com/transparencia/>

Anexo 22. Personas con empleo por categoría de ocupación en Ecuador entre junio 2019 y junio 2020

Categorías de ocupación	Personas con empleo en junio de 2019	Personas con empleo en junio de 2020	Perdida absoluta de empleo entre junio 2019 y junio 2020	Perdida relativa de empleo entre junio 2019 y junio 2020	Personas con empleo en septiembre de 2020	Recuperación absoluta de empleo entre junio y septiembre de 2020	Recuperación relativa de empleo entre junio y septiembre de 2020
Empleado de gobierno	608,815	574,841	33,974	-5.6%	624,187	49,346	8.6%
Empleado privado	2,190,704	1,709,198	481,506	-22.0%	1,791,711	82,513	4.8%
Jornalero o peón	856,942	691,690	165,252	-19.3%	785,048	93,358	13.5%
Patrón	222,274	156,018	66,256	-29.8%	181,476	25,458	16.3%
Cuenta propia	2,744,060	2,453,558	290,502	-10.6%	2,708,222	254,664	10.4%
Trabajadores no remunerados	1,036,468	865,275	171,193	-16.5%	1,123,794	258,519	29.9%
Empleado(a) Doméstico(a)	206,523	145,025	61,498	-29.8%	137,167	-7,858	-5.4%
Total población con empleo	7,865,786	6,595,605	1,270,181	-16.1%	7,351,606	756,001	11.5%

Fuente: ENEMDU junio 2019, ENEMDU telefónica mayo-junio 2020 y ENEMDU septiembre de 2020.

Anexo 23. Encuesta realizada como trabajo de campo

1. Ciudad de residencia:.....
2. ¿Cuántas personas viven en su hogar?.....
3. Por favor indique la cantidad de personas en su hogar que tienen un empleo:
 - a. Informal.....
 - b. En relación de dependencia (tiene jefe).....
 - c. Emprendimiento propio.....
 - d. Empresa propia consolidada
 - e. No tiene empleo.....
 - f. Otro.....
4. Considerando los ingresos de todos los miembros de su hogar, los ingresos totales que su hogar recibe en promedio son al mes:
 - a. menos de $\frac{1}{4}$ de un salario mínimo vital
 - b. menos de $\frac{1}{2}$ de un salario mínimo vital
 - c. 1 salario mínimo vital
 - d. entre 2 y 6 salarios mínimos vitales
 - e. más de 7 salarios mínimos vitales

- El salario mínimo vital para Ecuador es \$450USD y para Colombia es \$1.160.000 pesos

5. ¿Tiene capacidad de ahorro?

Para las siguientes preguntas por favor considerar todos los periodos y responda ampliamente:

- a. Marzo 2020 a agosto 2020 (confinamiento)
- b. Septiembre 2020 a enero 2021 (post confinamiento)
- c. Febrero 2021 a diciembre 2021 (desde inicio de vacunas)

6. ¿Alguien en su hogar perdió su empleo?

A. (confinamiento).....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

B. (post confinamiento)
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

C. (desde vacunación)
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

7. ¿Vio disminuidos sus ingresos?

A. (confinamiento).....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
.....

B. (post confinamiento)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

C. (desde vacunación)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

8. ¿En términos económicos cual fue su mayor preocupación respecto a su hogar?
(ejemplo: pérdida de empleo, falta de ingresos, costo de vida, estancamiento
económico, etc.)

A. (confinamiento).....

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

B. (post confinamiento)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

C. (desde vacunación)

.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
.....

9. ¿Recibió alguna ayuda económica? (ejemplo: ayuda de familiares, del estado, de la comunidad, etc.)

A. (confinamiento).....

.....
.....
.....
.....
.....
.....

B. (post confinamiento)

.....
.....
.....
.....
.....
.....

C. (desde vacunación)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

10. ¿En caso de ver reducidos los ingresos, cómo afronto esto? (ejemplo: disminución de gastos; prestamos; solicitud de ayuda a gobierno, familia, comunidad; búsqueda de otros ingresos)

A. (confinamiento).....

.....
.....
.....
.....
.....
.....

B. (post confinamiento)

.....
.....
.....
.....

.....
.....
.....

C. (desde vacunación)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

11. Responder solo si trabaja en relación de dependencia (tiene jefe) - ¿qué pasó con su salario, horas de trabajo y condiciones de trabajo?

A. (confinamiento)

.....
.....
.....
.....
.....
.....

B. (post confinamiento)

.....
.....
.....
.....
.....
.....

C. (desde vacunación)

.....
.....
.....
.....
.....
.....

12. Responder solo si es empresario o emprendedor - ¿Qué sucedió con sus colaboradores o cómo afrontó la crisis económica en su negocio?

A. (confinamiento)

.....
.....
.....
.....
.....
.....

B. (post confinamiento)

.....

.....
.....
.....
.....
.....

C. (desde vacunación)

.....
.....
.....
.....
.....

13. ¿Alguien en su hogar tuvo COVID? *en caso de que si, ¿qué sucedió o cómo se manejó la enfermedad?

A. (confinamiento).....

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

B. (post confinamiento)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

C. (desde vacunación)

.....
.....
.....
.....
.....

14. ¿Algún amigo o familiar tuvo COVID? *en caso de que si, ¿qué sucedió o cómo se manejó la enfermedad?

A. (confinamiento).....

.....
.....
.....
.....
.....

.....
.....
B. (post confinamiento)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

C. (desde vacunación)

.....
.....
.....
.....
.....
.....

15. ¿Qué piensa usted del manejo de la pandemia por parte del gobierno respecto a los problemas con el empleo durante el COVID (marzo 2020-diciembre2021)?

.....
.....
.....
.....
.....

16. ¿Qué piensa usted del manejo de la pandemia por parte del gobierno respecto a los problemas de salud durante el COVID (marzo 2020-diciembre2021)?

.....
.....
.....
.....
.....

17. ¿Cómo piensa que actuaron los empresarios frente a la crisis económica durante el COVID (marzo 2020-diciembre2021)?

.....
.....
.....
.....
.....

18. ¿Cómo piensa que actuaron los empresarios frente a los problemas de salud durante el COVID (marzo 2020-diciembre 2021)?

.....
.....
.....

.....
.....

19. Se le agradecería mucho cualquier comentario adicional respecto a lo tratado en la encuesta.

.....
.....
.....
.....
.....