

Universidad Andina Simón Bolívar

Sede Ecuador

Área de Estudios Sociales y Globales

Maestría en Gobierno

Mención en Estudios sobre el Estado

Políticas públicas en Ecuador y Perú en el contexto del COVID-19 en el período marzo de 2020-marzo de 2021

Nary Valentina Galarza Escobar

Tutor: César Montúfar Mancheno

Quito, 2024

Trabajo almacenado en el Repositorio Institucional UASB-DIGITAL con licencia Creative Commons 4.0 Internacional

	Reconocimiento de créditos de la obra No comercial Sin obras derivadas	
---	---	--

Para usar esta obra, deben respetarse los términos de esta licencia

Cláusula de cesión de derecho de publicación

Yo, Nary Valentina Galarza Escobar, autora de la tesis intitulada: “Políticas públicas en Ecuador y Perú en el contexto del COVID-19 en el período marzo de 2020-marzo de 2021”, mediante el presente documento dejo constancia de que la obra es de mi exclusiva autoría y producción, que la he elaborado para cumplir con uno de los requisitos previos para la obtención del título de Magíster en Gobierno, Mención en Estudios sobre el Estado, en la Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador.

1. Cedo a la Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador, los derechos exclusivos de reproducción, comunicación pública, distribución y divulgación, Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador, durante 36 meses a partir de mi graduación, pudiendo por lo tanto la Universidad, utilizar y usar esta obra por cualquier medio conocido o por conocer, siempre y cuando no se lo haga para obtener beneficio económico. Esta autorización incluye la reproducción total o parcial en los formatos virtual, electrónico, digital, óptico, como usos en red local y en internet.
2. Declaro que, en caso de presentarse cualquier reclamación de parte de terceros respecto de los derechos de autor/a de la obra antes referida, yo asumiré toda responsabilidad frente a terceros y a la Universidad.
3. En esta fecha entrego a la Secretaría General, el ejemplar respectivo y sus anexos en formato impreso y digital o electrónico.

13 de agosto de 2024

Firma: _____

Resumen

La presente investigación ofrece un trabajo descriptivo de las políticas públicas adoptadas por Ecuador y Perú, desde marzo de 2020 hasta marzo de 2021, para combatir la pandemia por SARS-CoV-2.

Dicha revisión nos permite describir la respuesta política, económica y social de ambos Estados frente a la pandemia y responder cuáles fueron las condiciones y acciones implementadas para enfrentar la crisis sanitaria. Estos países fueron escogidos debido a la similitud de sus condiciones socioeconómicas, a la gravedad y velocidad en el aumento de casos, a la capacidad reducida para detectar casos positivos y frenar los contagios y a la respuesta sanitaria que se vio superada, viviendo momentos de desatención y falta de acceso a tratamientos.

En ambos casos fue posible apreciar que la mayoría de acciones fueron orientadas a estrategias no farmacéuticas de salud pública que buscaban disminuir la velocidad de propagación con el cierre de fronteras, detección temprana de contagios, fortalecimiento de los sistemas sanitarios y restricciones de movilidad, ayudándose de toques de queda y horarios sumamente reducidos. Ambos países también se valieron de la prohibición de concentraciones y multitudes y de la disminución del aforo permitido para eventos y actividades de distinto tipo.

Se pudo ver que la respuesta institucional de ambos Estados fue reactiva y enfocada en el incremento de las capacidades institucionales y de medidas excepcionales. Sin embargo, la determinación de políticas públicas fue reducida y dicha capacidad institucional no permitió contar con el factor de la previsibilidad para la atención en emergencia, afectando sobre todo a la población vulnerable de los sectores rurales, no hubo enfoque de género, etnicidad, ni otras consideraciones necesarias para atender una emergencia tal, terminando en la muerte de miles de personas que no pudieron ser atendidas.

Palabras clave: Políticas públicas, COVID-19, Político-económico, Socio-cultural, Ecuador, Perú.

Tabla de contenidos

Introducción	9
Capítulo primero Condiciones político-económicas y socioculturales de Ecuador y Perú previas a la pandemia del COVID-19	11
1. Antecedentes.	11
2. Ecuador: una mirada general a la situación-país previa al COVID-19.	11
2.1. Contexto político e institucionalidad.	12
2.2. Características demográficas.	13
2.3. Aspectos socioeconómicos, pobreza y desigualdad.	16
2.4. Educación.	17
2.5. Salud y Seguridad Social.	18
2.6. Características de los hogares y acceso a servicios básicos.	19
3. Perú: una mirada general a la situación-país previa al COVID-19.	20
3.1. Contexto político e institucionalidad.	20
3.2. Características demográficas.	21
3.3. Aspectos socioeconómicos, pobreza y desigualdad.	24
3.4. Educación.	25
3.5. Salud y Seguridad Social.	25
3.6. Características de los hogares y acceso a servicios básicos.	26
Capítulo segundo Ecuador y Perú en el marco de la pandemia	29
1. COVID-19 en el mundo.	29
1.1. El COVID-19 en Latinoamérica.	29
2. Ecuador y Perú en el marco de la pandemia.	30
2.1. Semejanzas entre Ecuador y Perú.	31
2.2. Diferencias entre Ecuador y Perú.	31
3. Impacto del COVID-19.	32
3.1. Ecuador.	33
3.2. Perú.	35
4. Políticas públicas para atender emergencias de salud previas a la pandemia.	37
4.1. Estrategias sugeridas por los organismos internacionales para hacer frente a la pandemia.	38
4.2. Instrumentos de política pública.	40
Capítulo tercero Políticas públicas y acciones frente al COVID-19 en Ecuador y Perú	41
1. Acciones estatales para afrontar la propagación del coronavirus.	41
1.1. Acciones estatales adoptadas por Ecuador.	42
1.2. Acciones estatales adoptadas por Perú.	47

2. Impacto de las acciones y políticas públicas para afrontar la pandemia en Ecuador y Perú.	52
2.1. Análisis de las políticas y medidas orientadas a disminuir los efectos adversos de las medidas de contención en el campo económico y productivo.	54
2.2. Análisis de las políticas y medidas orientadas a disminuir los impactos sociales negativos generados a causa de las medidas de contención del COVID-19.	55
Conclusiones	59
Lista de referencias	63

Introducción

A finales de 2019 la aparición de un nuevo coronavirus, el SARS-CoV-2 trasmisor del COVID-19, cambió significativamente la dinámica global. De manera inesperada, lo que inició como un brote viral atípico en la provincia de Wuhan, China, se expandió aceleradamente por todo el mundo afectando a la mayoría de la población.

La rápida capacidad de propagación y la incidencia del COVID-19 determinaron que la Organización Mundial de la Salud (OMS) definiera este fenómeno como una pandemia, siendo reconocida como un problema sanitario de escala mundial.

Según la John Hopkins University (2021), a pesar de los esfuerzos realizados por los gobiernos nacionales y los organismos internacionales, para el mes de junio de 2020 el virus había registrado más de 185 millones de contagios y habían perdido la vida más de 4 millones de personas.

Una vez asumida mundialmente como pandemia en marzo de 2020, los gobiernos nacionales comenzaron a aplicar distintos mecanismos para contrarrestar esta problemática. Sin embargo, el aumento exponencial de contagios y muertes puso en evidencia los protocolos sanitarios de gran parte de los países. En el caso de América Latina, desde la identificación de los primeros contagios, los embates de la pandemia causaron estragos en la población ante la vulnerabilidad social y la debilidad hospitalaria propias de estas naciones en crisis permanente.

En este sentido, la puesta en marcha de políticas públicas para hacer frente al COVID-19 y sus consecuencias en la sociedad constituye un objeto de estudio que desde el ámbito de las ciencias sociales y, especialmente, desde la ciencia política amerita la construcción de nuevas líneas de investigación.

El objetivo de realizar una descripción de las políticas públicas adoptadas frente a la pandemia de países con situaciones sociopolíticas, económicas y culturales similares, como son Perú y Ecuador, responde a la necesidad de identificar similitudes y diferencias en cuanto al accionar de dichos Estados y su capacidad de respuesta ante casos excepcionales o de emergencia.

Para el desarrollo de la presente investigación se recurrió al análisis de fuentes oficiales, en las cuales se logró identificar datos secundarios que permiten hacer una descripción clara de la situación socioeconómica y política de cada uno de los países.

Esta descripción contempla la aplicación de estrategias adoptadas por ambos países como los estados de emergencia y de excepción¹, las cuarentenas y restricciones de movilidad, los cierres de fronteras, el fortalecimiento de los sistemas de salud, medidas económicas y planes de vacunación y la respuesta que se obtuvo en la población de Perú y Ecuador tras dichas medidas.

Tras haber transcurrido un año de pandemia, los datos arrojados por el Banco Mundial (2021) evidenciaron claras diferencias en el número de casos y muertes entre estos países, por lo que se consideró primordial conocer las medidas y políticas públicas adoptadas por cada país y así poder dar respuesta a las preguntas de investigación: ¿Cuáles fueron las condiciones político-económicas y socioculturales de Ecuador y Perú de cara a la pandemia del COVID-19?, ¿cuáles han sido las políticas públicas o acciones implementadas para enfrentar la pandemia en ambos contextos?, ¿qué hizo que los casos de muerte y contagios sean tan diferentes entre los países?, y ¿cuáles fueron los logros obtenidos por las políticas públicas de ambos países durante la crisis sanitaria?

Este trabajo de investigación se organiza en tres capítulos. Inicialmente se busca dar una perspectiva teórica sobre el tema para poder ubicar el marco socioeconómico y político de cada uno de los países en la etapa pre-pandemia. Posteriormente se identifican las afectaciones objetivas que la presencia del virus fue generando en los distintos aspectos de la vida de las personas y cuáles fueron las medidas adoptadas por los Estados para poder contener las mismas. Una vez identificadas dichas estrategias podemos establecer semejanzas y diferencias en el accionar de los países en cuestión y en la repercusión que estas tuvieron a nivel poblacional y a nivel de diferencia en cifras de muertes y contagios para, a partir de esto, conocer qué políticas públicas se establecieron y cuales se fijaron para asegurar un abordaje adecuado en casos fortuitos, como una pandemia, que garanticen los derechos de los y las ciudadanos.

Esta tesis se centra en dos países vecinos que debido a su proximidad geográfica e histórica tienen similitudes sociales, culturales, políticas y económicas, por lo tanto se esperaría que la respuesta frente a una pandemia sea parecida. Dentro de las limitaciones podríamos encontrarnos con falta de información específica sobre las medidas y respuesta adoptadas por los gobiernos de turno de ambas naciones.

¹ Sustentados en los marcos constitucionales vigentes de las dos naciones como herramientas que permiten ejercer el poder político, económico y represivo del Estado

Capítulo primero

Condiciones político-económicas y socioculturales de Ecuador y Perú previas a la pandemia del COVID-19

Con el objetivo de identificar una serie de características sociales y económicas antes de la pandemia, se desarrolla el presente capítulo identificando elementos relacionados al tipo de población, empleo, acceso a servicios básicos, salud, tecnologías de la información, servicios complementarios como el internet, nivel de educación y otros, que permiten entender el contexto y las problemáticas existentes previamente y que podían haberse visto afectadas o agudizadas por la presencia del COVID-19 y las consecuentes medidas orientadas a evitar su propagación.

1. Antecedentes.

Ecuador y Perú se han caracterizado por presentar un marco político, económico y sociocultural complejo y multifacético, esto ha influido de sobremanera en la forma en la que ambos gobiernos han afrontado la crisis sanitaria de 2020.

Previo a la pandemia, Ecuador y Perú han atravesado una serie de desafíos y cambios que han ido modelando su gobernabilidad y, por lo tanto, su estabilidad. La corrupción, los cambios en mandatos y tendencias políticas y las protestas sociales son comunes en ambas regiones y esto repercute directamente en términos políticos y en la gestión pública. Económicamente también presentan semejanzas importantes, ya que su economía se basa principalmente en la explotación y exportación de recursos naturales, y a pesar de ser regiones ricas en materia prima la desigualdad y la pobreza han sido problemas estructurales que afectan a la mayor parte de la población.

Las semejanzas de ambos Estados, y que han hecho que estos sean escogidos como objeto de estudio para esta investigación descriptiva, también se enfoca en lo sociocultural. Ecuador y Perú, al compartir geografía, tienen una rica herencia indígena y colonial, que se manifiesta en sus creencias, tradiciones, festividades y estructuras. Son países con mucha diversidad cultural, en donde coexisten una variedad importante de etnias que enriquecen a la sociedad, pero que también puede ser un problema en cuanto al reconocimiento de derechos.

2. Ecuador: una mirada general a la situación-país previa al COVID-19.

La situación nacional en Ecuador antes de la Pandemia enfrentaba algunos desafíos importantes en lo político y económico sobre todo.

Lenin Moreno asume la presidencia en 2017, como sucesor ideológico de Rafael Correa y con el partido Alianza PAÍS. Pero al poco tiempo se declara opositor del que alguna vez fue su coideario, y a quién sirvió de vicepresidente, y empieza una oleada de reformas y “medidas de austeridad”, más alineadas al neoliberalismo, para “solucionar” los supuestos problemas que el correísmo había dejado, provocando tensiones internas en el Gobierno y afectando a los sectores más vulnerables.

Según Ponce Andrade, Palacios Molina, Palma Avellán, y Salazar Olives (2020) para el 2019 el crecimiento del PIB era sumamente pobre y las nuevas medidas económicas propuestas por el gobierno eran una amenaza con poca acogida en los distintos sectores sociales y políticos. Estas reformas buscaba cumplir con el acuerdo firmado con el Fondo Monetario Internacional (FMI) en donde se hablaba de recortes en el gasto público y eliminación de subsidios y un aumento importante de la deuda externa, haciendo que para Octubre de este año estalle una serie de protestas y movilizaciones que paralizaron el país y dejaron muchos muertos y heridos detrás.

2.1. Contexto político e institucionalidad.

Como se había mencionado, en 2017 Lenin Moreno asume la presidencia, iniciando su gestión con varios conflictos debido a la pequeña diferencia con la que había ganado al candidato de CREO en segunda vuelta electoral. Un 2,32% provocó que el partido perdedor, liderado por Guillermo Lasso, genere una pugna y se desarrollen varias manifestaciones que pusieron en duda la institucionalidad del CNE al acusarlo de haber manipulado los resultados de las elecciones. Posteriormente, los organismos y veedurías internacionales desmintieron la acusación.

Al segundo año del gobierno, a finales de 2018, se produce una crisis política que se vino configurando previamente con la ruptura del movimiento por el cual Moreno llegó a la presidencia. Dicha ruptura se genera tras el desgaste discursivo del gobierno que buscaba “descorreizar” (como alusión al expresidente Rafael Correa) el Estado, intentando sancionar al gobierno anterior por casos de corrupción.

Con este relato se sanciona y destituye a dos vicepresidentes, que seguían la línea correista. El primero fue Jorge Glas, acusado de corrupción, sancionado con privación de

libertad y destituido del cargo a las pocas semanas de haber iniciado su período; y, Alejandra Vicuña, vicepresidenta electa en la Asamblea Nacional que sustituyó a Jorge Glas y fue obligada a renunciar. Ubican en la vicepresidencia a Otto Sonnenholzner, conocido empresario con tendencia al liberalismo económico.

A pesar de que en las elecciones de 2017 el partido oficialista había obtenido 74 de los 137 escaños en la Asamblea Nacional, la división interna contó con el apoyo de solamente 40 asambleístas, poniendo en conflicto la aprobación de leyes enviadas desde el ejecutivo; siendo así que para el año 2020 el órgano legislativo fue fuertemente cuestionado por la cantidad de leyes represadas y la falta de gestión de dicha institución.

De alguna forma este conflicto provocó una fuerte caída en la aprobación de la gestión del gobierno, que según la encuestadora CEDATOS, en 2017 inició con el 77% y para finales de 2018 pasó a 47%.

Las reformas aplicadas por el gobierno del presidente Moreno mediante decreto en octubre de 2019, entre las cuales se incluía reformas laborales, de reducción del gasto público y la eliminación de los subsidios del precio de los combustibles, provocó fuertes movilizaciones por parte de la sociedad civil durante 11 días. Estas movilizaciones fueron desarrolladas a lo largo de todo el país ya que resultaba una afeción directa a la economía familiar y obligó a varios sectores sociales a paralizar actividades, sumado a una gran movilización indígena que dio la mayor fuerza a esta paralización, lo cual puso en conflicto al gobierno y obligó a derogar el decreto después de una negociación que fue dada a conocer a través de varios medios de comunicación, dejando sin efectos las reformas.

Durante 2019 quedó en evidencia una serie de problemas estructurales en el Ecuador, con un índice de pobreza por ingresos del 25% y un 38,1% de población con pobreza multidimensional según el INEC (2020), dejando al país en una situación de inestabilidad, que posteriormente se agudizaría con la pandemia por COVID-19.

2.2. Características demográficas.

De acuerdo con las proyecciones del Banco Mundial (2021), la población en Ecuador para el año 2019 alcanzó los 17 373 657 habitantes. Según estos mismos datos en cuestión de género se clasificaban de la siguiente manera:

Distribución de acuerdo a sexo

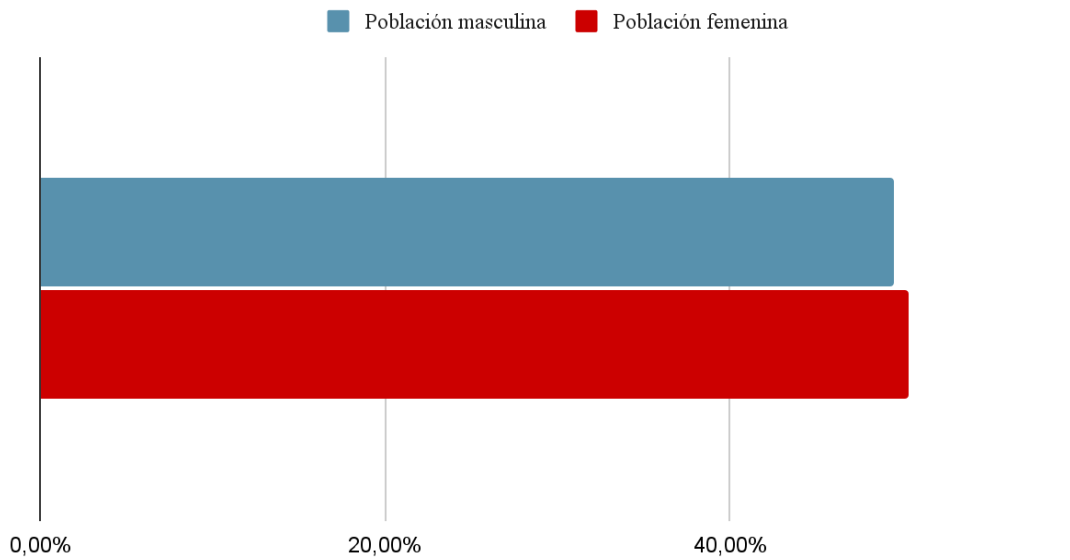


Gráfico 1. Distribución poblacional de acuerdo al sexo. INEC (2020) / Gobierno del Ecuador. Elaboración propia.

Según la proyección de población ecuatoriana del INEC (2021) la población se dividía en urbana y rural. De las cuales el 64%, es decir 11 030 216 vivían en el área urbana; y 6 237 770 habitaban la zona rural, el 36% de la población total.

Distribución poblacional

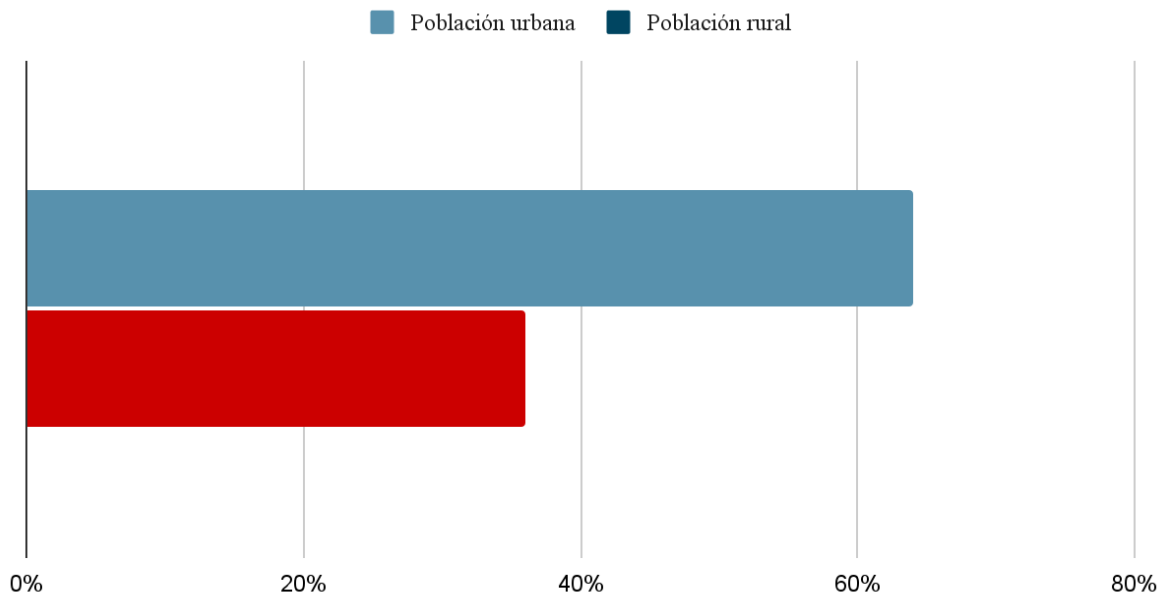


Gráfico 2. Distribución poblacional en zonas urbanas y rurales. INEC (2020) / Gobierno del Ecuador. Elaboración propia.

Otra de las características poblacionales consideradas en el censo de 2010 es la autoidentificación étnica, de acuerdo con el INEC (2011), la inclusión de esta pregunta responde a tres factores: Primero, la necesidad de las organizaciones indígenas, afroecuatorianas y montubias; segundo, el marco internacional que recomienda la promoción de un enfoque étnico en las estadísticas demográficas de los países, y tercero, la normativa constitucional, que establece en sus artículos 21, 57, 58 y 59 que la autoidentificación es un derecho de las personas a decidir su pertenencia a una nacionalidad o pueblo indígena, afroecuatoriano o montubio.

La composición étnica de la población ecuatoriana para el año 2010 expresa, de acuerdo a la información entregada por la Secretaría Nacional de Planificación (2014), que el 71,93 % –es decir, la mayoría de la población– se autoidentifica como mestiza –en el caso de las mujeres el 72,6 % y en el de los hombres el 71,3 %–, seguida por la población que se autoidentifica como montubia (7,4%), afroecuatoriana, negra y mulata (7,3 %), indígena (7 %) y blanca (6,1 %).

Distribución étnica

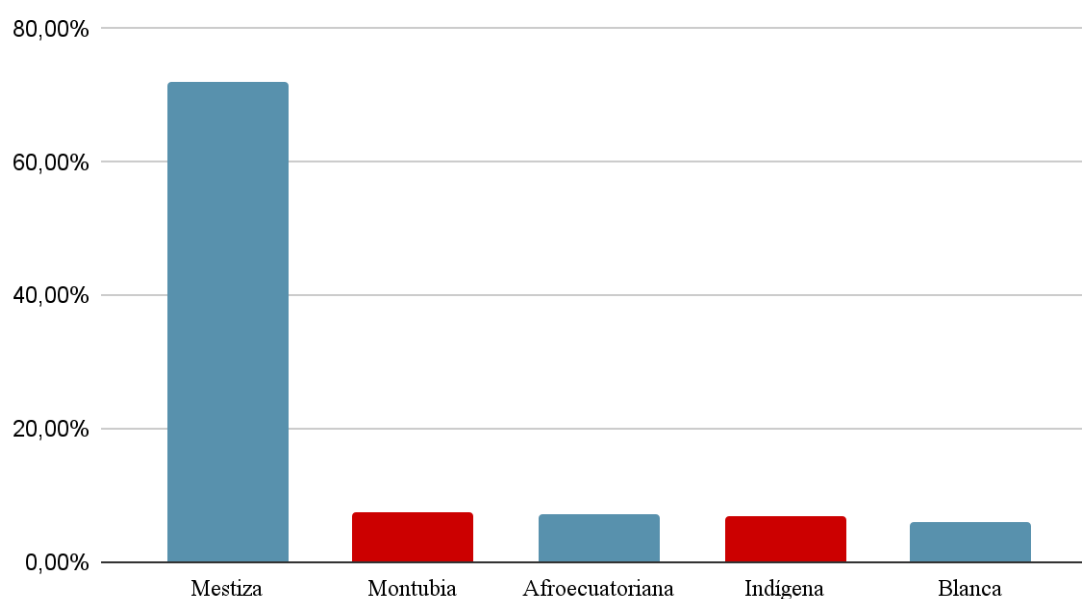


Gráfico 3. Distribución étnica en Ecuador. INEC (2020) / Gobierno del Ecuador. Elaboración propia.

De acuerdo con los datos del Consejo Nacional para la Igualdad Intergeneracional, en 2019, el 77 % de la población que se autoidentifica como mestiza, un 9 % indígena, montubia un 7,3 %, afroecuatoriana 4,8 % y como blanca 1,9% (CNII 2021).

2.3. Aspectos socioeconómicos, pobreza y desigualdad.

En el año 2019 el salario mínimo unificado en Ecuador estaba fijado en USD 394 mensuales, pero el valor de la canasta familiar vital era de USD 506,97 y el de la canasta familiar básica era de USD 715,08. Esto quiere decir que el sueldo básico fijado por el gobierno, ni siquiera llegaba a cubrir los bienes y servicios esenciales para que una familia pueda cubrir sus necesidades básicas en un mes.

En el año 2019, el coeficiente de Gini –índice económico que se utiliza para calcular la desigualdad de ingresos de la población de un territorio o país– de acuerdo con los datos del Banco Mundial, se ubicó en 0,45, con una leve diferencia con los datos de pobreza y desigualdad registrados por la ENEMDU, que indica que este índice llegó en diciembre de ese año a 0,47 a escala nacional, a 0,45 en el área urbana y 0,44 en el sector rural, sin presentar diferencias significativas con el año anterior (INEC 2019).

Para ese mismo año, la pobreza nacional por ingresos llegaba al 25% de la población, con un incremento de 1,8 puntos porcentuales respecto al año anterior, en el caso del área urbana era de 17,2 % y en el sector rural afectaba al 41,8 % de la población.

En el caso de la pobreza extrema por ingresos afecta al 8,9 % de la población nacional, a un 4,3 % de la población urbana y a un 18,7 % de la población rural, con un incremento respecto a 2018 de 1,9 y 1,8 puntos porcentuales, respectivamente (INEC 2020).

En el caso de la incidencia por sexo, la pobreza por ingreso afecta a un 25,1% de mujeres y a un 24,9% de hombres, en el caso de la pobreza extrema, al 9,0 % de hombres y 8,8 % de las mujeres (CNII 2021).

La incidencia de la pobreza en Ecuador en sus tres mediciones afecta particularmente a la población indígena, un 58,1 % de esta población se ve afectada por la pobreza por ingresos, así como un 32,6 % por la pobreza extrema. En el caso de la pobreza multidimensional alcanza al 79,3 % y la pobreza multidimensional extrema llega al 56,8 % de esta población (CNII 2021).

Legalmente, la edad mínima para trabajar en Ecuador son los 16 años y, a partir de esta consideración, se establece la población que está en edad de trabajar (PET). De acuerdo con la Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo (ENEMDU), en 2019, el porcentaje de la PET era del 71,1 %, es decir, 12,4 millones de ecuatorianos.

A partir de la PET se determina la población económicamente activa (PEA), la cual para 2019 correspondía a un 65,3 %, del cual se encontraba empleada el 96,2 %, mientras

que la población económicamente inactiva alcanza los 4,3 millones, equivalente al 34,7 %. La tasa de desempleo para diciembre de este año alcanzó el 3,8%.

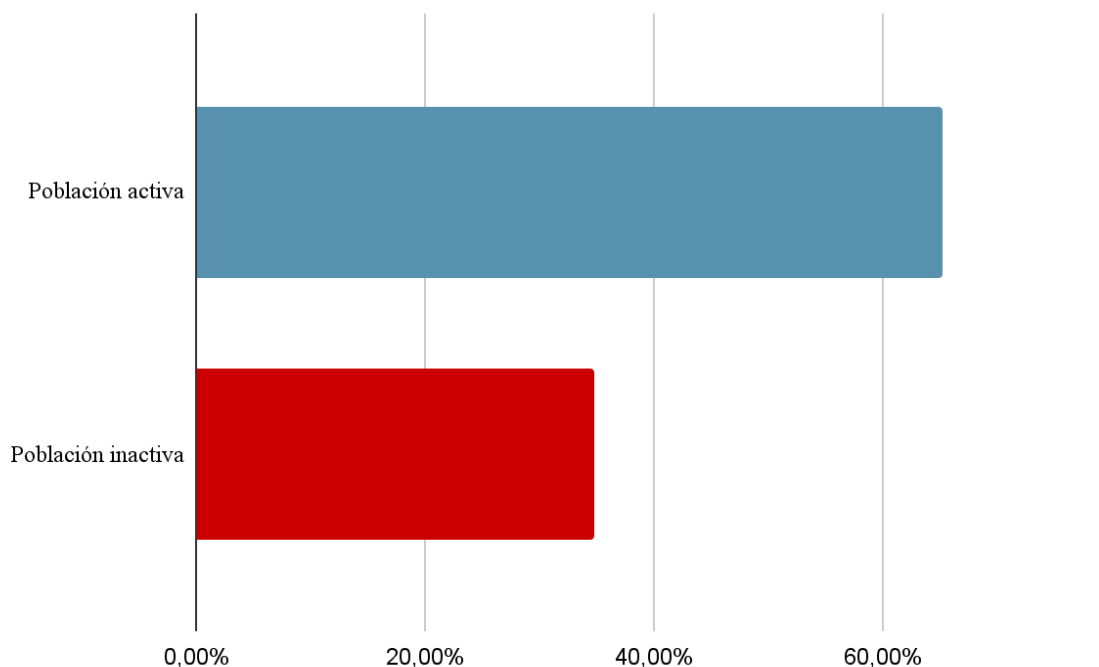


Gráfico 4. Población económicamente activa e inactiva. INEC (2020) / Gobierno del Ecuador. Elaboración propia.

El desempleo tiene mayor incidencia en las mujeres, con un 4,6 %, en tanto afecta al 3,3 % de los hombres. Es importante señalar también que para el año 2019, a pesar de que el salario mínimo unificado estaba fijado en un valor más alto, el ingreso laboral promedio a escala nacional fue de USD 325,7, con una diferencia significativa entre el ingreso de mujeres y hombres que estaba en USD 292,7 y USD 345,5, respectivamente.

2.4. Educación.

El promedio de escolaridad de la población ecuatoriana para el año 2019 a escala nacional alcanzó los 10,3 años, en el área urbana los 11,5, mientras que en el área rural apenas llegó a 7,4 años de escolaridad en promedio. Hombres y mujeres a escala nacional alcanzan valores similares llegando a los 10,2 y 10,1 años, respectivamente (INEC 2020).

Para el mismo año, la tasa neta de asistencia a educación general básica fue de 95,3 a escala nacional. El porcentaje de población de 12 años y más con primaria completa para 2019 fue de 86,62, en el área urbana el 91,5 % de niños de esta población culminaron su educación básica, en tanto, en el área rural solo lo hicieron el 75,72 %. Respecto a la

población de 16 años y más con educación general básica completa a escala nacional es de 59,4 % (CNII 2021).

Este mismo organismo menciona que la población de 18 años y más que completó bachillerato es de 47,2 % a escala nacional, una diferencia significativa se da en este aspecto entre el área rural y urbano, mientras en este último la población corresponde al 56,8%, en la ruralidad solo corresponde al 24,6 %.

Según el CNII (2021) para el caso de la educación superior, el 12,4% de la población de 25 años y más completó el tercer nivel en 2019. Esta diferencia es aún mayor en la ruralidad, donde solo el 3,6 % completa este nivel educativo, mientras que en el área urbana es de 16,04 %. Únicamente el 2,5% de la población indígena ha completado la educación superior.

En 2019 la tasa de analfabetismo en Ecuador fue de 6,5 %, la tasa de analfabetismo funcional, en tanto, fue de 10,8 % a escala nacional, de 20,9 % en el área rural y 6,4 % en el área urbana.

2.5. Salud y Seguridad Social.

La salud en el Ecuador, previo al COVID-19, enfrentaba varios desafíos debido a los recortes y al déficit de infraestructura, equipos y personal capacitado. Sin embargo, no todo era malo, la esperanza de vida había aumentado y la mortalidad infantil se había reducido.

El presupuesto del Estado ecuatoriano destinado a salud en 2019 fue de USD 2.784 millones (INEC 2020).

De acuerdo con el Registro Estadístico de Camas y Egresos Hospitalarios del INEC, en 2019 en el Ecuador existían 14 343 camas hospitalarias disponibles en el sector público, mientras que el sector privado contaba con un total de 9 711 camas hospitalarias disponibles (INEC 2020).

Según la información entregada para dicho informe, por 663 establecimientos de salud, de los cuales 183 son públicos y 450 privados, la tasa de camas hospitalarias disponibles en Ecuador era de 1,4 por cada mil habitantes.

La distribución de los establecimientos de salud que prestan internación hospitalaria en Ecuador en 2019 correspondía a un 64,6 % en el sector privado y 28,9 % en el público. A pesar del número menor de establecimientos hospitalarios públicos, estos concentraban un mayor porcentaje de camas disponibles y egresos, siendo 59,6 % y 69,1 %, respectivamente.

Para el año 2019, considerando la población de 12 años y más en la aportación y afiliación al seguro social del IESS a escala nacional, 4 372 997 personas contaban con seguro social, lo que corresponde a un 25,17 %.

De la población que cuenta con el seguro social del Estado, bajo la figura del seguro general obligatorio se agrupa el 16,94 %, en tanto que el 1,33 % corresponde a trabajadoras no remuneradas del hogar y un 0,98 % se acoge al aporte voluntario.

El 6,13 % de los afiliados pertenecen al Seguro Social Campesino, con un 3,91 % de estos que corresponden a dependientes y un 2,22 % como jefe de familia.

Para el año señalado, el 72,7% de la población no contaba con ningún tipo de seguro social, de estos el 46,7% corresponde a hombres y el 53,2% a mujeres.

2.6. Características de los hogares y acceso a servicios básicos.

En 2019 el porcentaje de hogares que vivían en condiciones de hacinamiento era de 10,35%. En el área rural alcanzaba el 12,5% y en el sector urbano el 9,5%. De acuerdo con la autoidentificación étnica el hacinamiento se presenta con mayor incidencia en los hogares conformados por la población afroecuatoriana e indígena, 15,1% y 15,9%, respectivamente (CNII 2021).

En lo referente al acceso al agua a través de la red pública, a escala nacional el 79,7% de las viviendas contaba con el servicio, en tanto a nivel urbano el 95,3% tenía acceso, mientras en el área rural solo el 42,9%. En cuanto al acceso a agua potable a través de tubería dentro de la vivienda, a nivel rural contaban con este servicio el 31,05% de los hogares, en el área urbana el 89,5%. De acuerdo con el INEC (2020) en 2019, 7 de cada 10 personas en Ecuador beben agua segura.

En cuanto al servicio de saneamiento, a escala nacional el 90,74% de las viviendas cuentan con acceso a este. El porcentaje de las viviendas del área urbana es de 97,9% y en el sector rural de 73,6%.

El acceso al servicio eléctrico público para 2019 un 97,7 % de las casas contaban con este servicio. En el área rural el 95,5% y en lo urbano el 98,6%. En los datos presentados por la ENEMDU se señala que el 98,6% de los hogares cuenta con alumbrado público, a nivel urbano es de 99,5 % y en lo rural de 96,4 % (INEC 2018).

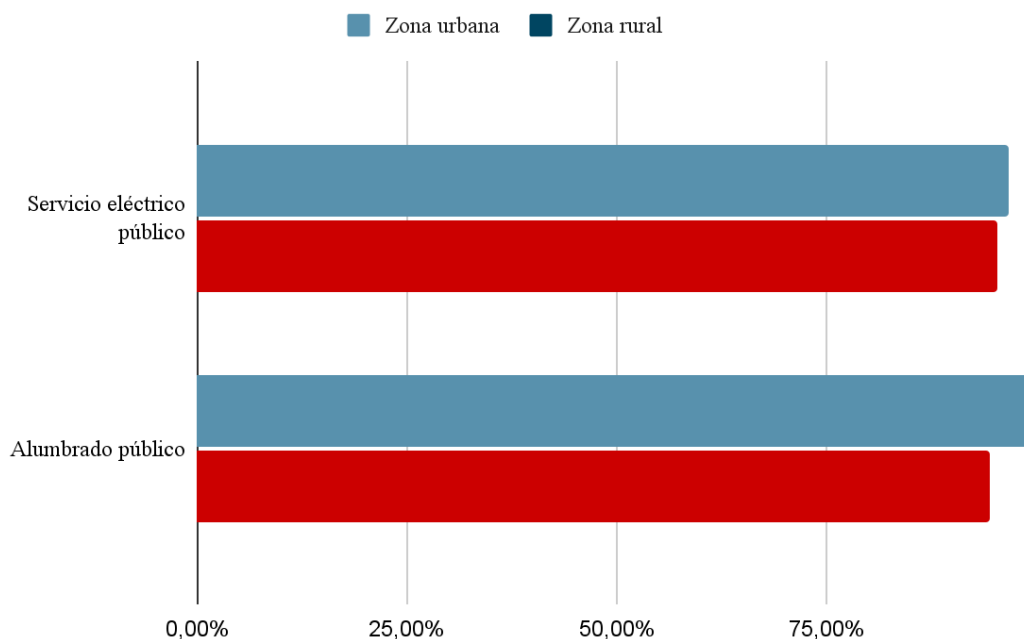


Gráfico 5. Acceso a servicio eléctrico y alumbrado público en zonas urbanas y rurales. INEC (2020) / Gobierno del Ecuador. Elaboración propia.

3. Perú: una mirada general a la situación-país previa al COVID-19.

Según Arce y Incio (2018) los años 2017 y 2018 fueron años contrariados para Perú, hubo fuertes efectos climatológicos por el fenómeno del Niño, clasificación al Mundial de 2018, una ola de migración venezolana, y la asunción de un nuevo gobierno que contaba con una representación muy reducida en el Congreso.

El contexto político, económico y socio-cultural del Perú pre-pandemia mostraba crecimiento y estabilidad pero también importante vulnerabilidad económica, política e institucional. El Congreso estaba fragmentado y había una gran desigualdad regional, mucha informalidad laboral, déficit en la infraestructura y servicios públicos y una importante necesidad de mejoras en educación y salud.

3.1. Contexto político e institucional.

En 2016 Pedro Pablo Kuczynski (PPK) es elegido como presidente con el partido Peruanos por el Cambio (PPK), pero durante su periodo se enfrenta a un Congreso dominado por la oposición, el partido de Keiko Fujimori tenía la mayoría absoluta. Casos de corrupción y vínculos con Odebrecht hacen que el presidente PPK pase por dos intentos de destitución, haciendo que renuncie en 2018.

Martín Vizcarra, representante del partido PPK, asume la presidencia el 23 de marzo de 2018 pero la crisis política no paró sino que se profundizó.

Estos conflictos entre los poderes Ejecutivo y Legislativo ahondaron la crisis institucional llevando a que Vizcarra decida, en septiembre de 2019, la disolución del Congreso. Este hecho fue catalogado como inconstitucional por el Poder Legislativo, que a su vez buscó la suspensión del presidente de la república aduciendo incapacidad temporal y procediendo a la posesión de Mercedes Aráoz como nueva presidenta de la república.

En medio de esta crisis el Tribunal Constitucional asume la postura del presidente Vizcarra y procede a la disolución del Congreso el 26 de noviembre de 2019 para realizar una nueva convocatoria a elecciones y conformar un nuevo Congreso que cumpliera con las garantías democráticas necesarias para generar gobernabilidad.

De acuerdo con Paredes y Encinas (2020-2023), “luego de la disolución del Congreso se abrió un escenario incierto que otorgó una alta discrecionalidad al Ejecutivo que podría haber debilitado el ejercicio democrático en el país”.

Producto de la crisis política vivida en 2019 no existió credibilidad hacia la institucionalidad del Estado, razón por la que se generó una reacción de la población, que se volcó a las calles en protesta a la posición del Congreso, lo cual dio mayor facilidad al Ejecutivo y el Tribunal Constitucional para tomar la decisión de disolver el Congreso y llamar a nuevas elecciones.

La resolución tomada por el Tribunal Constitucional del Perú permitió una salida a la concentración del poder en manos del partido del expresidente Alberto Fujimori, al punto de pasar de cinco bancadas a doce en el Congreso, además la justicia inició varios procesos de investigación a varios congresistas del fujimorismo.

3.2. Características demográficas.

Según los datos del último censo de población realizado en Perú en 2017, la concentración de su población en su mayor parte se encuentra entre los 2.000 y 3.500 metros sobre el nivel del mar, por ser la zona más propicia para el desarrollo de las actividades económicas. La división administrativo-política de este país consta de 24 departamentos y una provincia constitucional; 196 provincias y 1.874 distritos. En cuanto a la composición de la población de acuerdo al género, para el año 2017 la población masculina del Perú representaba el 49,2% y la femenina el 50,8 % (INEI, 2018).

Población por género

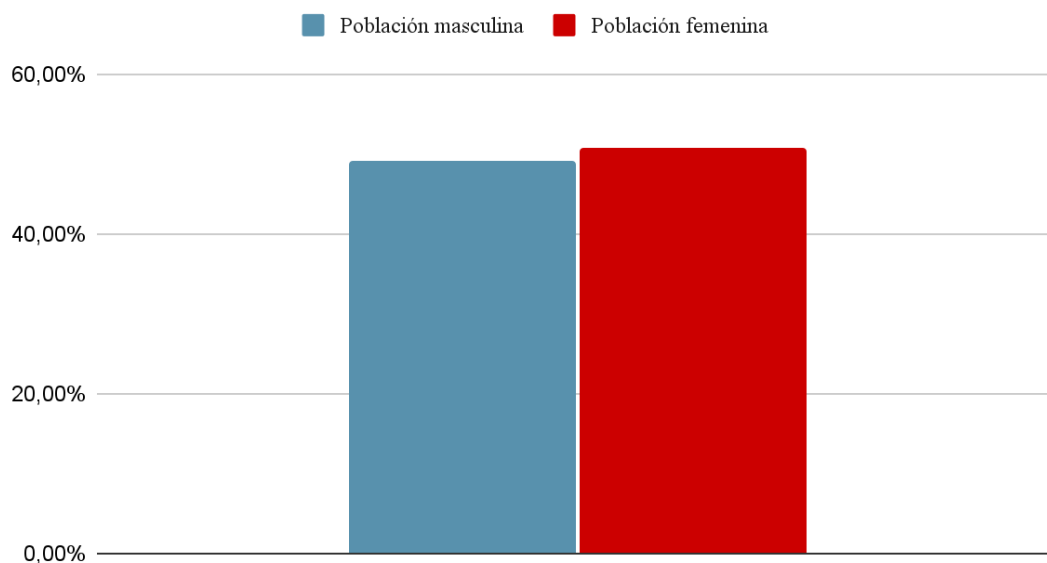


Gráfico 6. Distribución poblacional por sexo. INEI (2021) / Gobierno del Perú.
Elaboración propia.

La distribución de la población peruana respecto a las áreas urbana y rural se realiza de acuerdo a dos criterios cuantitativos según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (2018):

Un centro poblado urbano es aquel que tiene como mínimo 100 viviendas agrupadas contiguamente –y, excepcionalmente, las capitales de distrito aunque no cumplan con esta condición–; en tanto que el sector rural se conforma por centros poblados que no tienen más de 100 viviendas agrupadas contiguamente, o que teniendo más de 100 se encuentran dispersas o diseminadas.

Un segundo criterio tiene como factor base el tamaño de la población: el área urbana se conforma por uno o más centros poblados que en conjunto tienen 2 mil y más habitantes y las viviendas se agrupan de forma contigua en manzanas y calles; en tanto que en el área rural los centros poblados se conforman con menos de 2 mil habitantes y sus viviendas se encuentran dispersas sin formar manzanas.

De acuerdo con datos entregados por el censo de 2017, la población en centros urbanos alcanza el 79,3%, lo que corresponde a 23 311 893 habitantes. Mientras que la población en el área rural es de 6 069 991 personas, lo que representa al 20,7%.

Distribución poblacional

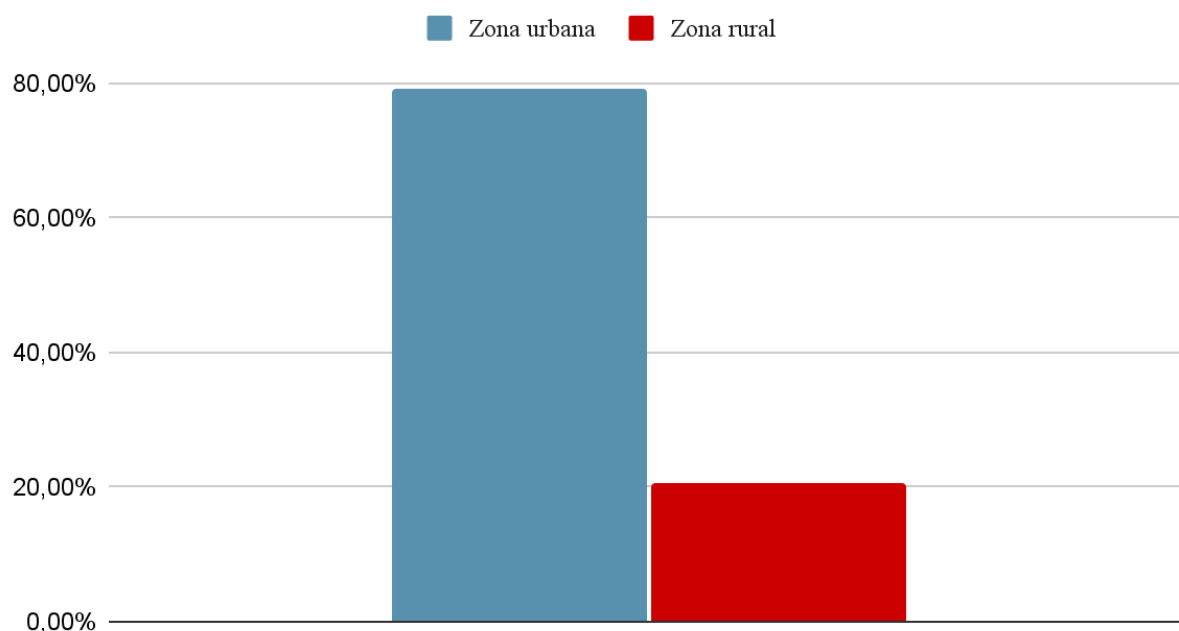


Gráfico 7. Distribución poblacional en zonas urbanas y rurales. INEI (2021) / Gobierno del Perú. Elaboración propia.

Para el INEI (2018), la autoidentificación étnica es otra de las características consideradas. Dentro de los criterios para la determinación de este factor se consideran la autopercepción, el idioma o lengua hablada y la ubicación geográfica de las comunidades, de acuerdo a la propia percepción de la población tomando en cuenta sus costumbres y antepasados.

En el censo de 2017 se consideró a la población de 12 años en adelante, en donde la información entregada señala que el 60,2 % de la población se declaró mestiza, seguida por la población que se autoidentifica como quechua (22,3 %), blanca (5,9 %), negro, moreno, zambo, mulato/pueblo afroperuano o afrodescendiente (3,6 %), aimara (2,4 %). En tanto sólo 0,9 % se autoidentifica como nativo o indígena de la amazonia y el 0,2% como parte de otro pueblo indígena u originario.

Identificación étnica

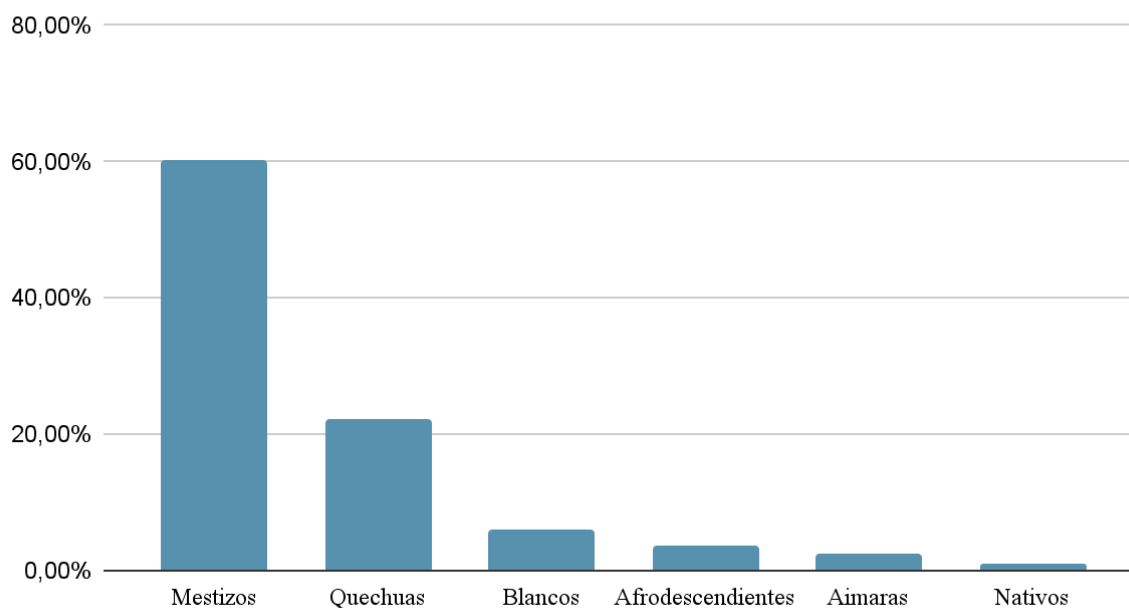


Gráfico 8. Identificación étnica. INEI (2021) / Gobierno del Perú. Elaboración propia.

3.3. Aspectos socioeconómicos, pobreza y desigualdad.

Como mencionan Arce e Incio (2018) la inestabilidad en el gobierno peruano estaban amenazando la educación y la economía, ya que no lograban revertir las consecuencias de la caída de los precios de las materias primas. El deterioro financiero hizo que el presidente Vizcarra imponga medidas de austeridad e incremento de impuestos que terminaron en protestas y manifestaciones.

La edad mínima para trabajar en Perú es de 14 años. Basándose en esto, el censo de 2017 revela que la participación de la PET es de 75,3%, lo que quiere decir 22 128 833 personas, de las cuales el 48,7% son hombres y el 51,3% son mujeres. Además, el 80,6% reside en el área urbana, mientras que el 19,4 % pertenece al sector rural.

Respecto a los grupos de edad, el 70,2% de la PEA corresponde a adultos de 25 a 59 años, seguido por el grupo de 14 a 24 años que representa el 18%, entre los 60 y 65 años alcanza el 5,6% y un 6,2% los adultos mayores de 65 y más años. El INEI (2020) también menciona que otro de los grupos etarios afectados por la pobreza corresponde a adultos/as mayores, alcanzado al 11,7 %, del total de este grupo que se ve sumido en la pobreza, el 84,1 % tienen seguro de salud y el 76,5 % tiene cobertura del Seguro Integral de Salud.

La pobreza en Perú afecta en mayor medida a las mujeres, es así que, del total de la población que se encontraría en situación de pobreza, el 51,6 %. Sobre su situación laboral,

el 25,3 % se dedicó a los quehaceres del hogar y el 58,4 % participaría en el mercado laboral (INEI 2020).

3.4. Educación.

Los datos del censo de 2017 señalan que el 19,5 % de la población alcanzó el nivel de primaria, en tanto que el 41,3 % cuenta con nivel educativo de secundaria, con una tasa de crecimiento promedio anual de 2,1. Respecto al nivel de educación superior no universitaria se registra que el 14,3 % de la población optó por este tipo de enseñanza, en tanto la educación superior universitaria corresponde al 19,7 %; en total, el nivel de educación superior de la población en 2017 representó el 34 %.

El acceso a la educación en Perú tenía brechas importantes entre regiones y grupos socioeconómicos. Las zonas rurales y las comunidades indígenas tenían menor acceso a educación de calidad.

Respecto a la educación primaria, 14,6% de los habitantes indican que la tienen en el área urbana, frente a un 38,9% en la población rural; para el nivel de secundaria, en la ruralidad se llega al 36,4%, y a 42,4% en la población urbana. La educación superior es en la que se refleja la mayor brecha: mientras en el área urbana el 39,9% de la población ha cursado este nivel educativo, en la población rural solo llega al 9,3%.

El analfabetismo es declarado en el censo de 2017 por un 5,8% de la población de 15 y más años, es decir, por 1 262 075 personas. En la población femenina peruana, el analfabetismo registró un mayor porcentaje, llegando a un 8,5%, mientras que los hombres analfabetos son 3,1%. De igual manera, es mayor en el área rural donde representa un 17% frente a un 3,2 % registrado en el área urbana.

3.5. Salud y Seguridad Social.

Perú, como la mayoría de países latinoamericanos, tenía grandes disparidades en cuanto a la calidad de los servicios de salud. Las zonas urbanas, como la capital y ciudades más grandes, tenían mejores instalaciones y mayor acceso a la salud que las zonas rurales, afectando a las poblaciones más vulnerables.

A pesar del aumento en los datos de acceso a seguro de salud en Perú, Ponce (2021) sostiene que tradicionalmente ha existido un financiamiento inestable, por lo que hay un reducido progreso en lo que respecta a recursos humanos, a infraestructura y a un acceso efectivo, como es el caso de las hospitalizaciones. Para este autor "...a pesar de que la cobertura formal de los peruanos se ha incrementado de manera importante, es decir, ahora

más peruanos están asegurados, este rápido aumento no fue acompañado de una expansión paralela de infraestructura y recursos humanos para su atención” (2).

En Perú existen cuatro tipos de seguros públicos: el de las Fuerzas Armadas; el Seguro de Salud de la Policía; el Seguro Integral de Salud (SIS) y el Seguro Social del Perú (EsSalud), siendo estos dos últimos los más utilizados. El SIS cuenta con seguros subsidiarios y semicontributivos y cuenta con aseguramiento para microempresas, emprendimientos y trabajadores independientes. EsSalud, por su parte, es un seguro de salud contributivo dirigido principalmente a trabajadores dependientes (Gobierno del Perú 2020).

Los índices de salud brindados por el INEI (2020) para el cuarto trimestre de 2019 el 77,2 % de la población se encontraba afiliada a algún tipo de seguro de salud, presentando un aumento de 1,7 puntos porcentuales respecto al período similar de 2018.

3.6. Características de los hogares y acceso a servicios básicos.

De acuerdo con datos del último censo realizado en Perú, en 2017 se encuentran diferentes tipos de vivienda y clasificaciones con respecto a las características de los hogares y el acceso a los servicios básicos.

Estos tipos de vivienda se dividen por área de residencia: 72,6% en viviendas en el área urbana y 27,4% en viviendas en el área rural. Se puede observar una tasa de incremento de viviendas improvisadas en el área urbana en un 1,7% anual, de lo cual podríamos inferir que este tipo de viviendas no cuentan con acceso a servicios básicos (INEI 2018).

Para el año 2017 los datos mencionan que el 21,6% de viviendas no tenían acceso a la red pública de agua, sino que lo hacían a través de otros medios como camiones cisterna, agua de manantial, río u otras formas de acceso. Para el año 2019, el 85,5% consumía agua proveniente de la red pública dentro de la vivienda, mientras el 4,1% lo hacía de la red pública fuera de la vivienda, un 1,2 lo hacía por medio de un pilón o pileta de uso público (INEI 2020).

Según el INEI (2020) el acceso a red pública de alcantarillado en 2019 fue para un 74,9% de la población, en tanto el 25,1% no contaba con este servicio, por lo que la eliminación de excretas se hacía a través de letrinas, pozos sépticos, pozos ciegos, ríos, acequias o canales. En el caso de la población urbana con acceso a la red alcantarillado, se registró un aumento en comparación con el año 2018 alcanzando un 90,1%, mientras que en el área rural existió una disminución de acceso a este servicio de un 0,6 punto porcentual, registrando un 18,9%, frente a un 19,5% en el mismo período del año anterior.

En el caso del acceso a la red de alumbrado eléctrico, los datos censales de 2017 indican que existe un 12,3% de hogares que no tienen acceso a dicho servicio, siendo el área rural la que se encuentra más limitada, en este sentido con tan solo un 68,3% de viviendas que cuentan con servicio de alumbrado eléctrico. De acuerdo a los datos de la encuesta de condición de hogares del INEI (2020) el 96,1% de la población accede a energía eléctrica por red pública, en el área urbana alcanza al 99,4% y en el sector rural un 84,1%, registrando un aumento de más de 15 puntos porcentuales en dos años.

De acuerdo a los datos proporcionados por el INEI (2020) en 2017 el acceso a internet tenía un alcance del 15,14%; y para 2019 el 59,6% de los hogares de Lima Metropolitana contaba con este servicio, para el resto urbano es de 40,9 % y en los hogares del sector rural solo el 5,7 % (INEI 2020).

Capítulo segundo

Ecuador y Perú en el marco de la pandemia

El 1 de enero de 2020, tras la notificación de conglomerados de casos de neumonía en Wuhan-China, la OMS declara estado de emergencia para abordar el brote e informa a través de las redes sociales la presencia de dicho conglomerado, publicando el primer parte sobre brotes epidémicos. El 10 de enero se anuncian un conjunto de orientaciones técnicas con recomendaciones para todos los países basados en los conocimientos existentes al momento sobre el virus, principalmente sobre prevención y control de infecciones destinadas a proteger a profesionales sanitarios.

Para el 30 de enero de este año, la OMS declara el brote del nuevo Coronavirus como “emergencia de salud pública de importancia internacional” de conformidad con el Reglamento Sanitario Internacional de 2005 (OPS, 2021).

1. COVID-19 en el mundo.

La inesperada llegada del COVID-19 y su categorización como pandemia por parte de la OMS tras la rápida propagación a escala comunitaria, regional e internacional provocaron gran impacto en la realidad a nivel mundial tras su afectación a gran escala de los aspectos sociales y económicos.

Ante la presencia del nuevo coronavirus, las autoridades internacionales activaron mecanismos de emergencia de forma inmediata, sorprendiendo a los gobiernos y autoridades sanitarias de los países, pues debían cumplir con acciones que no necesariamente tenían un respaldo dentro de sus políticas públicas, o al menos, no una particular para enfrentar una situación de crisis sanitaria.

El colapso sanitario que se dio en varios países de Asia y Europa, llevó a los gobiernos a aplicar rápidas medidas para intentar frenar la propagación del virus, como el cierre de fronteras, la suspensión de actividades consideradas no esenciales y el aislamiento de la población, una serie de decisiones que con el tiempo fueron determinantes en la afectación al desarrollo de los distintos países, de manera particular de aquellos que durante años han sido afectados mayormente por la desigualdad y la pobreza.

1.1. El COVID-19 en Latinoamérica.

La pandemia de COVID-10 representó para Latinoamérica un impacto de suma importancia y con afectaciones a todos los aspectos de la vida en la región. El impacto sanitario fue impresionante, ya que los países, especialmente al sur del continente, fueron los que tuvieron mayores cifras de contagios y muertes.

En América Latina los sistemas de salud colapsaron. La infraestructura hospitalaria era inadecuada, no había suficiente personal médico ni suministros para atender la emergencia y, ni siquiera los servicios funerarios se dieron abasto para poder enterrar adecuadamente a todas las personas fallecidas.

La pandemia también hizo que las desigualdades, tradicionales en nuestra región, se exacerben y que los grupos más vulnerables sean los más afectados, la pobreza aumentó y la educación sufrió un impacto grande, ya que muchas escuelas tuvieron que cerrar sus puertas y muchos niños, niñas y adolescentes debieron abandonar sus estudios por falta de acceso a internet y/o dispositivos móviles para asistir a las clases virtuales.

De acuerdo a la Comisión Económica para América Latina y El Caribe esta región se ha caracterizado históricamente por altos niveles de desigualdad, como “resultado de una compleja matriz de determinantes, que se asienta en la heterogeneidad estructural de sus sistemas productivos y en la cultura del privilegio” (CEPAL 2019).

Según este mismo organismo (CEPAL, 2021) a pesar de las medidas de protección social que tomaron los gobiernos de la región, la pobreza y la extrema pobreza alcanzarían niveles que no se observaban desde hace 12 y 20 años, respectivamente. Así, de acuerdo a las proyecciones que lanzó el organismo, en 2020 la tasa de pobreza extrema alcanzaría el 12,5% y la tasa de pobreza, el 33,7%, lo que significaría para finales de 2020 un total de 209 millones de personas pobres, es decir, 22 millones más que el año anterior. De ese total, 78 millones de personas se encontrarían en situación de pobreza extrema, lo que correspondería a 8 millones más que en el año 2019.

2. Ecuador y Perú en el marco de la pandemia.

Ecuador y Perú reportaron sus primeros casos de COVID-19 entre finales de febrero e inicios de marzo de 2020. Cuando esto sucedió ambos países estaban en una etapa de cambios y de adaptación a nuevos mandatarios, como vimos en el capítulo primero.

Ambos gobernantes enfrentaban problemas y dificultades importantes ya que tenían al poder legislativo en su contra y, debido a las políticas y medidas que estaban tomando, el pueblo no estaba tan conforme tampoco. El 2019 fue un año donde las manifestaciones y movilizaciones por parte de ambas naciones estaban muy frescas.

El aumento de casos de COVID-19 siguió patrones similares en los dos países, las ciudades más grandes fueron las más afectadas, los sistemas de salud se sobrecargaron rápidamente y los gobiernos adoptaron medidas parecidas.

2.1. Semejanzas entre Ecuador y Perú.

Esta pandemia apareció en un escenario económico, social y político complejo, en tiempos de bajo crecimiento económico y elevados niveles de informalidad laboral. Este escenario convirtió a ambas regiones en unas de las más afectadas de la pandemia COVID-19, generando un contexto que conlleva a una crisis alimentaria, humanitaria y política si no se afronta el problema de manera integral (Cabezas 2020, 603).

Entre Ecuador y Perú hallamos varias similitudes que nos permiten tomarlos como objeto de estudio en esta investigación, su ubicación geográfica es una de ellas; ambas naciones se ubican en la región andina de América del Sur, tiene costas, montañas y selvas. Su herencia cultural es semejante, hay una diversidad muy rica y sus festividades y creencias son muy parecidas.

Económica y políticamente también se parecen. Se sustentan en las exportaciones de materia prima, turismo y agricultura. Y para la llegada de la Pandemia, ambos países contaban con gobiernos de derecha, con varios desafíos en cuanto a gobernabilidad y casos de corrupción muy sonados.

2.2. Diferencias entre Ecuador y Perú.

Según Crabtree, Durand y Wolff (2024) Bolivia, Ecuador y Perú son muy similares, debido a su historia colonial y poscolonial, que ha permitido que tengan características comunes en ámbitos políticos, económicos, culturales y sociogeográficos, pero a partir de los 90s las trayectorias políticas y económicas empezaron a variar.

En Ecuador se produce una ola de movilizaciones contra los gobiernos neoliberales, que terminaron en la elección de Rafael Correa para 2006, quien buscó reforzar el poder estatal, con políticas inclinadas hacia el socialismo; mientras que en Perú, mencionan estos mismos autores, los gobiernos continuaron la tendencia neoliberal sin desafiar el modelo de derecha establecido.

Para el 2019, Ecuador y Perú recibieron la pandemia por COVID-19 enfrentando desafíos de gobernabilidad. El presidente de Ecuador, Lenín Moreno, buscaba a toda costa alejarse de las políticas de su predecesor; mientras que en Perú la línea ideológica del primer mandatario Martín Vizcarra era la misma que había tenido PPK en su gobierno.

Económicamente también presentaban diferencias importantes ya que Perú tenía un crecimiento económico sólido debido al auge minero y a la inversión extranjera y Ecuador, que siempre se ha sostenido en el petróleo, estaba a merced de los constantes cambios de los precios del crudo y con la promesa de pago de una deuda externa que rodeaba los 55 000 millones de dólares.

Según los datos del INEC (2020) y el INEI (2020), poblacionalmente también había una diferencia importante, que se reflejaría más adelante en los porcentajes de contagios y muertes por COVID-19 más adelante. Ecuador tenía una población de 17 millones de personas y Perú de 32 millones.

Población

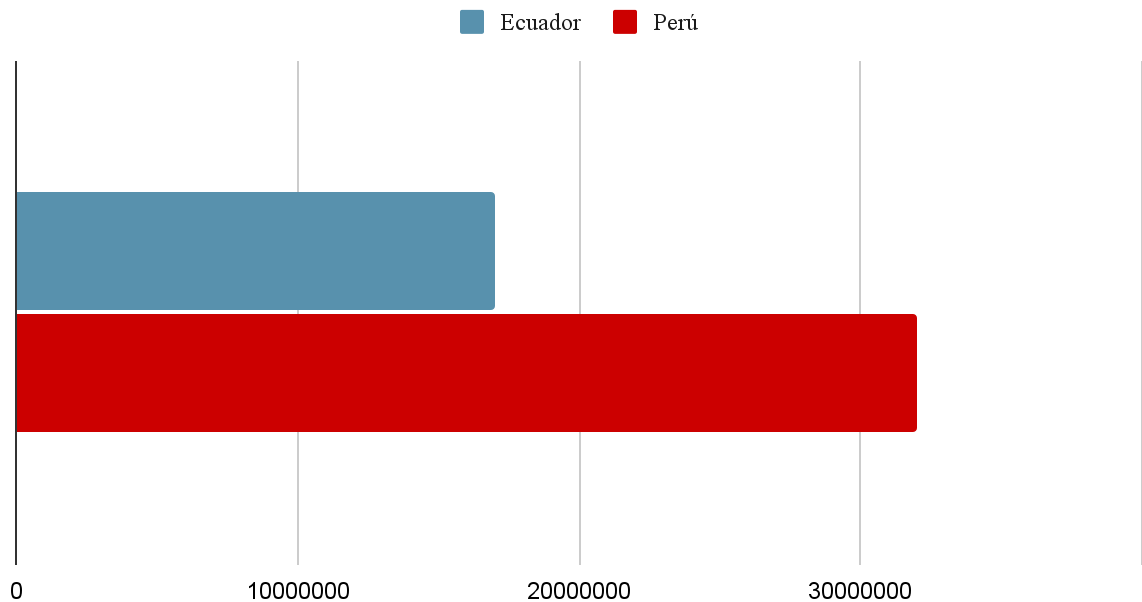


Gráfico 9. Diferencia poblacional entre Ecuador y Perú. INEI (2021), INEC (2020) / Gobierno del Perú y del Ecuador. Elaboración propia.

3. Impacto del COVID-19.

Ecuador y Perú, se encuentran en el primer grupo propuesto por Paz-Noguera (2020), que se caracteriza por diseños fuertes y estrictos. Según el autor “Estos países privilegiaron el confinamiento total de la población y fuertes restricciones a los movimientos internacionales” (337).

3.1. Ecuador.

Según los informes publicados en la página web del Servicio Nacional de Gestión de Riesgos y Emergencias (SNGRE, 2020) el 29 de febrero de 2020, el Ministerio de Salud Pública del Ecuador informó mediante los medios de comunicación que una mujer de 71 años había arribado procedente de Madrid el 14 de febrero, siendo esta persona la conocida como la paciente cero. Ecuador se convirtió entonces en el tercer país de la región en reportar oficialmente personas contagiadas en el territorio nacional.

La paciente cero habría visitado las provincias de Guayas y Los Ríos, contactándose con varios grupos, por lo que se estableció un cerco de control epidemiológico que cubrió a 177 personas y fue esa misma paciente la primera víctima mortal del COVID-19.

El 12 de marzo se declaró el estado de emergencia sanitaria en el territorio nacional y desde esa fecha el número de casos positivos fue ascendiendo de manera exponencial en las diferentes provincias del territorio nacional.

Hacia el 20 de marzo de 2020 los casos positivos según las cifras oficiales alcanzaron los 367 y ese mismo día, un segundo reporte por la tarde, informó que eran 426 los ciudadanos que portaban la enfermedad, a la par de la confirmación de casos positivos los cercos epidemiológicos fueron aumentando.

El 24 de marzo se reportaron 1.082 personas contagiadas a escala nacional y 27 personas fallecidas.

Para finales de marzo de 2021 se había confirmado la presencia del virus en 21 de las 24 provincias del país con 1.382 casos y 34 fallecidos reportados en la provincia de Guayas, Los Ríos y Pichincha. El Ministerio de Salud Pública, mediante su ministra, Catalina Andramuño informó que el Ecuador se encontraba en la fase de contagio comunitario.

Al 17 de abril de 2020 los casos confirmados ascendieron a 8.450 y se reportó 421 personas fallecidas a causa de COVID-19 confirmado y 675 casos de decesos causados probablemente por la enfermedad. Apenas 7 días después el registro de casos confirmados alcanzó las 23.138 personas.

Los datos oficiales entregados por el Ministerio de Salud Pública en relación al número de decesos era contradictorio con los datos que presentaba el Registro Civil ya que, en comparación a la media anual de decesos registrados en el período 1 de marzo-15 de junio para el año 2020 se habían registrado 20.000 muertes por encima de la media de los años inmediatamente anteriores (INEC 2020). De esa manera los medios de comunicación nacionales e internacionales empezaron a reportar la evidente incapacidad del sistema de salud para atender a los posibles pacientes e identificar los casos positivos y a su vez, notas

periodísticas daban cuenta del número de fallecidos, a nivel que en muchos casos cuerpos de personas fallecidas fueron dejadas fuera de los hospitales e incluso incineradas en la mitad de la calle.

El 12 de septiembre de 2020 finalizó el estado de excepción que restringía la movilidad y los encuentros sociales, trasladándose a los distintos gobiernos autónomos descentralizados municipales la responsabilidad de incorporar medidas de prevención para evitar la propagación del COVID-19, determinándose además sistemas de semaforización que identificaban las condiciones particulares de cada uno de los cantones en relación al número de contagios y la capacidad hospitalaria para atender las emergencias.

En diciembre de 2020, después de que se reportó incremento exponencial de los contagios a escala nacional, posterior al feriado correspondiente a las fiestas de independencia de Cuenca y día de los difuntos, el Gobierno nacional mediante Decreto Ejecutivo n.º 1217 de 21 de diciembre de 2020 estableció un nuevo estado de excepción el 21 de diciembre, el cual se mantendría vigente por 30 días.

Un año después de la presencia del COVID-19 en el país, el Ecuador se enfrentaba a un proceso de cambio de Gobierno con la oferta de alcanzar la vacunación masiva en poco tiempo. Los dos candidatos presidenciales utilizaron buena parte de su discurso para atender el interés de las y los ciudadanos en relación con las alternativas para enfrentar la pandemia que, para ese tiempo, registraba más de 286 mil personas confirmadas con la enfermedad en todo el territorio nacional (SNGRE, 2020).

Según la página Statista.com (2024), el 2020 cerraba con 214 614 casos de COVID-19 positivos y 14 059 muertos. Mientras que en marzo las cifras habían ascendido a 388 046 contagiados y 18 765 muertes.

Muertes y contagios

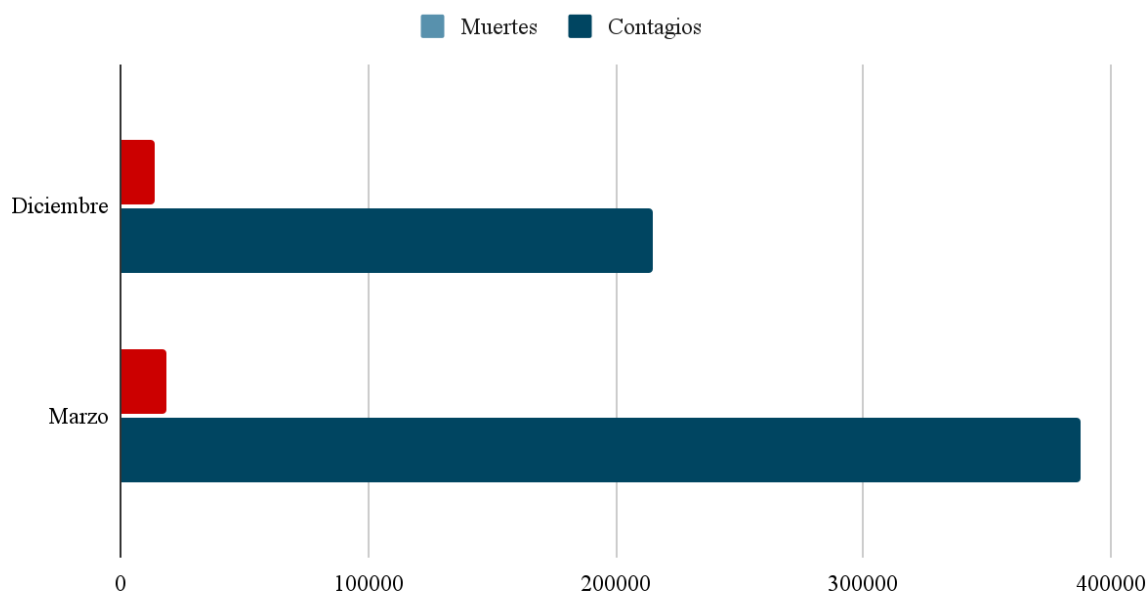


Gráfico 10. Diferencia de muertes y contagios entre diciembre 2020 y marzo 2021. INEC (2020) / Gobierno del Ecuador. Elaboración propia.

3.2. Perú.

El 23 de enero de 2020, la ministra de salud Elizabeth Hinostroza anunció mediante los medios de comunicación que se habían identificado cuatro pacientes con síntomas sospechosos de COVID-19, pero el 31 de enero se informó que los casos sospechosos habían sido descartados, posteriormente el 6 de marzo se confirmó el primer caso positivo de un paciente de 25 años de edad que era piloto aéreo de la línea Latam y que habría contraído el virus en un viaje de vacaciones realizado por Europa, por lo cual se activó el denominado Plan Nacional de Preparación y Respuesta frente al riesgo de introducción del coronavirus en el Perú (Lossio 2021).

El 7 de marzo el Ministerio de Salud había reportado ya la existencia de 5 casos positivos que eran familiares del paciente cero y con ello también se informó que se habían habilitado espacios especiales para el tratamiento de pacientes con COVID-19 en el hospital de Arequipa Goyeneche.

Lossio (2021) menciona que el 8 de marzo se reportaron 7 casos positivos y el 9 de marzo ya sumaban 9, mientras que el 10 se identificaron cuatro nuevos casos en diferentes provincias del país, lo cual conllevó al Ministerio de Salud a informar el ascenso de casos positivos, reportándose 28 hasta el 15 de marzo.

En el caso de los primeros pacientes que se reportaron como positivos no se pudo identificar un lugar específico del contagio, por lo cual el Ministerio de Salud determinó que estas dos personas confirmarían el inicio de la etapa de transmisión comunitaria. El 14 de marzo se informó la posibilidad de que 43 niños y niñas del distrito de Comas estuviesen contagiados, pues habrían estado en contacto con una persona que había dado positivo, motivo por el cual el 15 de marzo mediante Decreto Supremo N° 044-2020-PCM, se establece el aislamiento social y el estado de emergencia en todo el territorio nacional.

Previa a la declaración del aislamiento social, el estado de emergencia sanitaria se había declarado el 11 de marzo con Decreto Supremo n° 008-2020-sa, determinando protocolos sanitarios contra la pandemia que incluía el aislamiento domiciliario obligatorio por 14 días a todos los extranjeros que hayan provenido de países en donde la infección estaba latente. El 12 de marzo se resolvió la suspensión de eventos de congregación masiva, el 15 de marzo se concretó el cierre de fronteras, la suspensión de los servicios aeronáuticos y el aislamiento social.

Las medidas anteriores se reforzaron con la declaratoria del toque de queda y la disposición a las Fuerzas Armadas y Policía Nacional para que hagan cumplir las disposiciones del estado de emergencia, habilitándolos para intervenir e identificar a personas que violen estas disposiciones a partir del 18 de marzo de 2020.

El Gobierno del Perú estableció una bonificación para el personal de la salud que trabajaba en las unidades de cuidados intensivos y otras disposiciones relacionadas a la limpieza y desinfección del transporte público, acciones de protección a los adultos mayores y el financiamiento de actividades orientadas a la adopción de medidas de bioseguridad y acondicionamiento de espacios físicos para el tratamiento de pacientes, habilitando varios hospitales a escala nacional y otros espacios que se prepararon específicamente para la atención de personas con sintomatología de COVID-19. En total se destinaron 783 millones de soles peruanos para esta primera intervención (ANDINA 2020).

En la primera semana de abril las autoridades del Poder Ejecutivo determinaron que se está viviendo en etapa crítica y se reconoció el colapso del sistema de salud dada la falta de camas y ventiladores para atender a los pacientes en estado crítico. El 20 de abril se informó, mediante la Sociedad Peruana de Medicina, que en la ciudad de Lima ya no se contaba con espacios de camas vacantes para atender a nuevos pacientes, motivo por el cual el Ministerio de Salud, mediante resolución N° 225-2020-MINSA, se declaró en alerta roja el 23 de abril.

A los pocos días de la crisis, el 24 de abril, se elaboró un Decreto Ejecutivo orientado a la reactivación de la actividad inmobiliaria, mientras que el 29 de abril se habló ya del plan de reactivación económica, el cual se consolida con el Decreto Supremo número 1802020 PCM del domingo 3 de mayo. Estas acciones se siguieron desarrollando aunque, según los reportes del Ministerio de Salud el colapso hospitalario duró hasta finales de octubre de ese año, motivo por el cual el 22 de octubre de 2020 se anunció que la cuarentena finalizaba el 30 de ese mismo mes, aunque se mantenían algunas medidas como el toque de queda y la prohibición de circulación de vehículos particulares en algunos días de la semana.

Para diciembre del 2020, existía un total de 1 008 908 de casos positivos y 92 939 muertes confirmadas. Y hasta marzo de 2021 la cantidad de positivos había aumentado a 1 814 127 y las muertes ascendieron a 169 394 (Statista, 2024).

Muertes y contagios

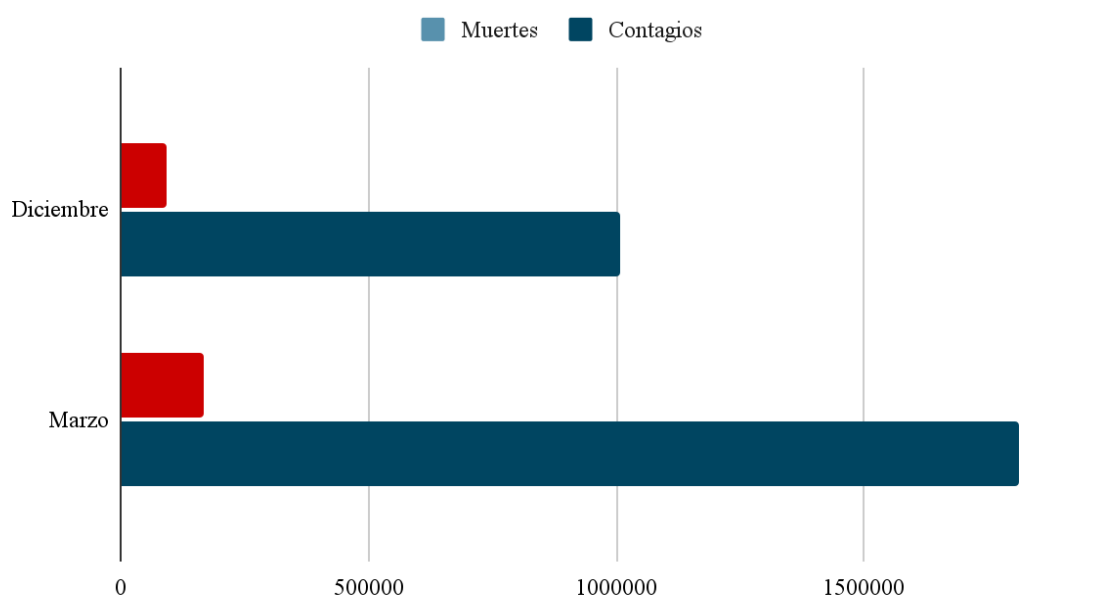


Gráfico 11. Diferencia de muertes y contagios entre diciembre 2020 y marzo 2021. INEI(2021) / Gobierno del Perú. Elaboración propia

4. Políticas públicas para atender emergencias de salud previas a la pandemia.

Ambas naciones, Ecuador y Perú, tenían políticas públicas de atención a emergencias de salud previas al apareamiento del COVID-19. Dichas políticas se centraban en el fortalecimiento del sistema de salud, inversión en infraestructura hospitalaria y capacitación y contratación de personal de salud. Además los ministerios de salud tenían campañas de vacunación y de prevención de enfermedades transmisibles.

Organismos internacionales como la OMS y la OPS, coordinaban la respuesta y el manejo de emergencias de salud, brindando directrices y estándares para el manejo de crisis sanitarias a nivel mundial y regional.

Sin embargo, en la práctica, dichas políticas públicas pasaban a segundo plano debido a los recortes presupuestarios y crisis que atravesaban Ecuador y Perú.

4.1. Estrategias sugeridas por los organismos internacionales para hacer frente a la pandemia.

La realidad de sociedades como las latinoamericanas, donde el modelo político-económico es fundamentalmente capitalista y neoliberal, generó un primer contexto que determinó la posibilidad de los distintos sectores sociales para afrontar la crisis y adaptarse para sobrevivir y mantener sus actividades socioeconómicas.

Desde los organismos internacionales y como parte de su accionar se habían desarrollado diversos observatorios e informes que permitieron monitorear el avance y la evolución de la enfermedad, dando cuenta del impacto mundial, continental y regional del COVID-19. Dichos documentos buscaban recabar información técnica que permitiera tomar decisiones y establecer recomendaciones a las autoridades de salud de los países pertenecientes a la OPS.

Para el primer informe de la OPS (2020) acerca de la situación de las Américas y el Caribe se registraron 188 949 casos y 3 561 muertes en 51 países, y se establecieron las líneas prioritarias de acción, siendo estas:

1. Información en tiempo real, coordinación y operaciones de respuesta.
2. Limitación de la transmisión entre seres humanos y prevención de eventos que podrían amplificar la transmisión.
3. Detección, aislamiento y cuidado temprano de los pacientes.
4. Comunicación de riesgos críticos, información sobre eventos y medidas para contrarrestar la información incorrecta.
5. Investigación, innovación y desarrollo.

Para Paz-Noguera (2020), las estrategias del diseño de políticas públicas de cara a la pandemia en América Latina, respondían a la preparación rápida e inmediata de los sistemas sanitarios, buscando evitar un colapso del mismo y la muerte de miles de personas. Dichas estrategias se realizaron a partir de diseños con cuatro estrategias básicas:

1. Estrategias no farmacéuticas de salud pública: con el propósito común de disminuir la velocidad de propagación del virus y la proporción de población infectada, estas son la cuarentena, aislamiento, distanciamiento social y confinamiento.
2. Estrategias de detección de los contagios.
3. Estrategias de fortalecimiento de los sistemas sanitarios: habilitación de nuevas en las unidades de cuidado intensivo; creación o refacción de hospitales, compra de respiradores e insumos médicos, entre otros.
4. Estrategias de restricción a los movimientos internacionales: irrupción de flujos migratorios y turísticos; cierre de fronteras terrestres y aéreas.

Dichas estrategias fueron adoptadas de forma distinta por cada país latinoamericano y tardaron, según Paz-Noguera (2020), 9 días en promedio. Ecuador y Perú tomaron como primera medida el aislamiento, cuarentena y distanciamiento social.

En cuanto a la detección de contagios, los países de América Latina no impulsaron la estrategia con contundencia, según el autor, al parecer aquellos países que optaron por medidas no farmacéuticas de salud públicas más estrictas como el confinamiento total, realizaron un menor esfuerzo en la aplicación de pruebas masivas, como es el caso de Perú y Ecuador, que presentan en promedio aplicación de pruebas de solo 4,2 por cada mil habitantes, en comparación con países como Chile y Uruguay aplicando en promedio 30,5 y 12,5 pruebas por cada mil habitantes, respectivamente, siendo los países con mayor aplicación en América Latina, pero también con medidas de confinamientos menos estrictas.

La estrategia de fortalecimiento de los sistemas sanitarios se adoptó de forma comprometida en la mayoría de los países, en la región se contaba prepandemia con un promedio de 9,3 UCI por cada cien mil habitantes, siendo Perú uno de los países con los niveles más bajos en este indicador (0,8 por cada cien mil habitantes), en tanto para Ecuador el indicador señala 6,7 por cada cien mil habitantes. Tras el inicio de la crisis sanitaria ambos países aumentaron su capacidad alcanzando un promedio de UCI de 12,5 por cada cien mil habitantes. Paz-Noguera (2020) señala que en Perú este esfuerzo fue más contundente, teniendo una variación de 308%, a pesar de lo cual, continúa en los últimos lugares de este indicador (3,4 por cada cien mil habitantes).

En el caso de la restricción a los movimientos internacionales, la mayor parte de los países optó por el pronto cierre de las fronteras terrestres, estableciendo en promedio 13 días para la toma de esta medida, tras la detección del primer contagio. Perú y Ecuador fueron parte de los seis países que aplicaron el cierre total de los aeropuertos.

4.2. Instrumentos de política pública.

Para Paz-Noguera (2020) no solo se establecieron estrategias para hacerle frente a la pandemia por COVID-19, sino que también se definieron una serie de instrumentos de política pública que permitían determinar las tendencias hacia los diseños de dichas políticas sanitarias en la región y estos han sido clasificados en cuatro: Instrumentos de información, Instrumentos de autoridad, Instrumentos de tesoro o presupuesto e Instrumentos de organización.

El autor sostiene que tras el análisis de estos instrumentos se puede encontrar un gran énfasis en la dimensión comunicativa de la política pública con gran cantidad de instrumentos de información. En cuanto al instrumento de autoridad, la mayoría de los países usaron los estados de excepción principalmente en este ítem como la mejor manera de concentrar la autoridad en los gobiernos centrales y ejercer el liderazgo.

La ampliación de recursos del sector salud, a través de fondos de contingencia, reasignaciones presupuestales y endeudamiento, es la principal acción como parte de los instrumentos de tesoro o presupuestos. En tanto, los instrumentos de organización relacionados con las agencias, entidades y capacidad logística del gobierno, muestra una concentración del liderazgo en la ejecución de política en los ministerios de salud.

Paz-Noguera (2020) identifica tres grupos de países con tendencias divergentes en sus diseños, y estos dependen de las estrategias y de los instrumentos que hayan utilizado. Lo que llevó a distintos resultados en la intensidad y duración de la pandemia en cada país.

Capítulo tercero

Políticas públicas y acciones frente al COVID-19 en Ecuador y Perú

La emergencia por la COVID-19 precarizó el acceso a los derechos fundamentales de los grupos vulnerables de la sociedad y, para hacer frente a ello, se desarrollaron una serie de medidas y políticas tendientes a garantizar la vida de la población, pero esto no implicó una transformación real del modelo socioeconómico y político de cada uno de los países alrededor del mundo y, en particular de los países latinoamericanos en donde la necesidad de que la población se cuide para enfrentar el virus del COVID-19 se ha contrapuesto con la posibilidad de sobrevivir.

En cada país, los gobiernos debieron enfocarse en determinar prioridades para dar respuesta a los brotes y su alta transmisión, así como definir estrategias de tratamiento y enfoques de atención clínica. Además de los aspectos de salud, también tuvieron que enfocarse en la crisis social y económica que acompañó a la pandemia por COVID-19, por lo que la definición de políticas que permitieran enfrentar de forma integral la situación fue prioritaria.

Al hablar de políticas públicas debemos asumir el concepto esencial sobre la política entendida como el “conjunto de objetivos, decisiones y acciones que lleva a cabo un gobierno para solucionar los problemas que en un momento determinado los ciudadanos y el propio gobierno consideran prioritarios” (Manuel Tamayo citado en Vargas 2007, 128); las políticas públicas en estricto sentido están orientadas a las acciones que impulsan los gobiernos en sus diferentes niveles para garantizar el ejercicio de derechos de la ciudadanía con base en los preceptos constitucionales y legales de cada Estado.

1. Acciones estatales para afrontar la propagación del coronavirus.

A partir de las estrategias e instrumentos sugeridos a nivel mundial por los organismos internacionales de salud y atención de riesgos para hacer frente a la pandemia, las distintas naciones adoptaron y adaptaron dichas medidas y recomendaciones según sus necesidades y velocidad de propagación. Estas acciones e instrumentos incluyen los mencionados en el capítulo anterior, cuarentenas, confinamientos, distanciamiento social, uso de mascarillas, cierre de fronteras, pruebas y rastreo de contactos, campañas e información pública y real y reforzamiento de los sistemas de salud.

1.1. Acciones estatales adoptadas por Ecuador.

Posterior a la declaración de la OMS, la cual determina la existencia de la pandemia por infecciones relacionada al nuevo coronavirus, mediante Acuerdo Ministerial n.º 00126-2020, emitido el 11 de marzo de 2020 por la Ministra de Salud, se declara estado de emergencia sanitaria por un período de 60 días. Además, se permitía su extensión en caso de que se considerara necesario. Con esta medida se suspendieron las actividades en centros educativos básicos, medios y superiores, así como la restricción de los espacios de reunión, sin todavía prohibir o limitar la movilidad y el derecho de reunión como tal.

El 14 de marzo del mismo año mediante Acuerdo Ministerial Nro. 0000003, el Ministerio de Relaciones Exteriores y Movilidad Humana y el Ministerio de Gobierno establecen una serie de medidas y acciones tales como el control aeroportuario, el cierre de fronteras, la limitación de aforos, la obligación de cuarentena para las personas que ingresaban al país, la suspensión de eventos sociales y de aglomeraciones, la restricción de visitas a centros de rehabilitación.

Después de la declaratoria de emergencia sanitaria, el lunes 16 de marzo se emitió el decreto n.º 1017 mediante el cual se declara el estado de excepción por calamidad pública y con ello la restricción constitucional de movilidad, reunión y la limitación para el acceso a ciertos servicios públicos. El Ecuador pasó al período de cuarentena manteniéndose abiertos y operativos los servicios públicos de salud, gestión de riesgos de desastres, los de seguridad y cualquier otro que se haya considerado de importancia por cada uno de los ministerios.

De acuerdo con datos del SNGRE (2020) Guayaquil y la provincia del Guayas, que presentaba la mayor cantidad de contagios, fue declarada el 22 de marzo como zona de seguridad nacional con lo cual la participación de las Fuerzas Armadas tomó un rol protagónico para el control del cantón.

El 6 de abril de 2020 las nuevas medidas dispuestas por el Comité de Operaciones de Emergencias incorporaron el uso obligatorio de la mascarilla para todas las personas.

Para el 4 de mayo el Comité de Operaciones de Emergencias estableció un sistema de semaforización que permitía a los gobiernos autónomos descentralizados municipales establecer sus condiciones particulares para el desarrollo de las actividades sociales y económicas, estableciendo tres niveles de semaforización: rojo, amarillo y verde; según cada uno de ellos, se determinaba las capacidades del desarrollo de actividades comerciales, laborales, de movilización, el uso del transporte público y la restricción de movilidad de las personas por cualquiera de los medios.

1.1.1. Declaratoria de emergencia.

El 11 de marzo de 2020, mediante cadena nacional, se informó al país sobre la emisión del decreto de emergencia sanitaria nacional en donde se establecieron medidas para prevenir la propagación del coronavirus, además se habilitó al Ministerio de Salud Pública y al sistema sanitario nacional a proceder, conforme la ley, a la adquisición de bienes, insumos y servicios para enfrentar la emergencia.

En el mensaje a la nación el presidente Lenin Moreno solicitó a la ciudadanía que contribuyan con disciplina “Aprendamos de otros países. El mejor aliado es nuestra disciplina, [y] por supuesto que la higiene personal” (EFE 2020).

El estado de emergencia se fundamentó en los preceptos constitucionales en los cuales se establecen las responsabilidades del Estado como deberes primordiales “Garantizar, sin discriminación alguna, el efectivo goce de los derechos establecidos en la Constitución y en los instrumentos internacionales, en particular la cedulación, la salud, la alimentación, la seguridad social y el agua para sus habitantes.” (EC 2008, art.3).

Dicha declaratoria comprendía a todo el sistema de salud, con el MSP a la cabeza, instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en salud; y buscaba garantizar la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles, propiciando la participación ciudadana y el control social, conforme a lo previsto en el artículo 359 de la Constitución.

Según el MSP (2020) la declaratoria de emergencia establecía, entre otras cosas:

Art. 1.- Declarar el Estado de Emergencia Sanitaria en todos los establecimientos del Sistema Nacional de Salud, en los servicios de laboratorio, unidades de epidemiología y control, ambulancias aéreas, servicios de médicos y paramédicos, hospitalización y consulta externa por la inminente posibilidad del efecto provocado por el coronavirus COVID-19, y prevenir un posible contagio masivo en la población.

Art. 2.- Disponer que los establecimientos de salud pertenecientes a la Red Pública Integral de Salud, durante la vigencia de la presente declaratoria, procedan a priorizar los recursos económicos, de talento humano; y, demás medidas que se estimen necesarias para afrontar la presente declaratoria de emergencia.

Art.11.- Se dispone a la Agencia Nacional de Regulación, Control y Vigilancia Sanitaria (ARCSA) actualice las regulaciones referentes a la producción nacional de medicamentos y dispositivos médicos necesarios para la atención de la emergencia y que, a su vez, priorice la atención a los procesos de regulación en curso.

Art. 13.- La presente Declaratoria de Emergencia, tendrá una duración de sesenta (60) días, pudiendo extenderse en caso de ser necesario.

Entre las disposiciones generales se dispuso que sería el MSP quien emita las “directrices de prevención y cuidado frente al COVID-19 en los ámbitos de educación,

educación superior, inclusión económica y social, turismo, producción, trabajo, telecomunicaciones, transporte, economía y finanzas, y otros que ameriten” (MSP 2020). Además, es quien dispone la activación de la mesa de trabajo número 2 del COE nacional.

1.1.2. Estado de Excepción.

El 16 de marzo, el presidente declaró el estado de excepción por calamidad pública en todo el territorio nacional en el marco de la pandemia por COVID-19 a través del Decreto Ejecutivo n.º 1017, que entre otras cosas suspendía el ejercicio del derecho a la libertad de tránsito, asociación y reunión y como la jornada presencial de trabajo para todos los trabajadores, salvo los de las áreas priorizadas.

La Constitución de la República del Ecuador (2008) en el artículo 164 determina como una de las atribuciones del presidente o la presidenta de la República decretar el estado de excepción en todo el territorio nacional o en parte de él en caso de agresión, conflicto armado internacional o interno grave conmoción interna calamidad pública o desastre natural. La declaración del estado de excepción no interrumpirá las actividades de las funciones del Estado.

Para atender la situación presentada por el COVID-19, y posterior a la declaración del estado de emergencia sanitaria propuesta por el MSP, el Gobierno Nacional emitió varios estados de excepción, los mismos que para Carbonell (citado en Salazar, 2013) actuaban como mecanismo de defensa del Estado constitucional al derecho a la salud y a los derechos humanos en el contexto de la pandemia por COVID-19.

El Decreto Ejecutivo del primer estado de excepción contemplaba 17 artículos, mediante los cuales se disponía la movilización en todo el territorio nacional de las entidades de la administración pública central e institucional, en especial la Policía Nacional y las Fuerzas Armadas, el Ministerio de Salud Pública y del Servicio Nacional de Gestión de Riesgos y Emergencias, para que coordinen las diferentes acciones que permitirían garantizar la seguridad pública y del Estado.

En los artículos de este primer decreto también se disponía la suspensión del derecho a la libertad de tránsito, de asociación y de reunión, con el fin de evitar aglomeraciones y el traslado de un lugar a otro por parte de la ciudadanía, y con ello la propagación del virus.

El toque de queda y la cuarentena comunitaria era obligatorias y se establece que el COE nacional sea quien determina las disposiciones específicas de funcionamiento de la restricción de la movilidad y circulación. Además se determina la facultad y la capacidad del Estado de proceder a requisiciones para garantizar la atención de la población en el marco

de la pandemia y así mismo, se orienta al Ministerio de Economía y Finanzas la provisión de los recursos necesarios para garantizar la atención de todos los requerimientos técnicos y logísticos que permitan el funcionamiento de las diferentes instituciones y con ello la atención a la población.

Los siguientes decretos de excepción mantienen fundamentalmente los mismos elementos y están orientados a limitar la movilidad y los espacios de concentración en reunión.

1.1.3. Ley Humanitaria.

El 15 de mayo de 2020, la Asamblea Nacional del Ecuador aprobó la llamada Ley de Apoyo Humanitario, cuyo objetivo de la ley según Vieira (2020) era “luchar contra las adversidades que ha generado la aparición del coronavirus en Ecuador”. Se propuso establecer una serie de medidas político-institucionales que permitieran disminuir la carga social y económica para las familias ecuatorianas y las empresas en el marco de la cuarentena para evitar la profundización de la crisis económica y la pérdida de plazas para las y los trabajadores.

La ley en cuestión establece una serie de aspectos relacionados a la política tributaria, provisión de servicios, asuntos de crédito y financiamiento, y políticas a nivel laboral. Además, prohíbe la suspensión de los distintos tipos de servicios públicos y privados, tales como agua potable, saneamiento, telecomunicaciones, internet, pólizas de salud y otros, por motivos de retraso en los pagos. También prohíbe el incremento de los costos de estos servicios en sus tarifas.

La reducción del 10 % del valor del servicio de electricidad se aplica por disposición legal a los meses de marzo, abril, mayo y junio de 2020, dirigido a las familias de los quintiles uno y dos de pobreza, además prevé la rebaja de los cargos de energía para los sectores productivos.

Se prevé que la Junta de Política Monetaria y Financiera, debería realizar una revisión de las tasas de interés y fijar reprogramaciones de pago por las cuotas de obligaciones que tengan los deudores con el sistema financiero y no financiero, permitiendo a los dueños de dichas obligaciones establecer nuevos plazos, reducción o reestructuración de las deudas. Incorpora también la reprogramación de la revisión y matriculación vehicular y la fijación de precios de los diferentes productos de consumo popular.

En el campo educativo, se dispone la generación de créditos con tasas de interés preferencial y con plazos más extensos a fin de que se continúe en los procesos educativos,

por otro lado, se prohíbe que las y los estudiantes que tengan deudas con instituciones privadas sean retirados del sistema de educación o que, por el motivo mencionado, no se puedan presentar a las evaluaciones programadas.

Ley Humanitaria en políticas laborales.

La ley humanitaria tuvo su peso más fuerte en lo referente a las políticas laborales, dando prioridad a los intereses del empleador principalmente. Se permitió la reducción del salario de los trabajadores, la contratación de emergencia con jornada laboral reducida, la reducción a la mitad de la jornada de los y las trabajadoras que ya hayan estado prestando servicios y funciones, que las vacaciones puedan ser definidas de manera unilateral por el empleador.

Estos aspectos se muestran los artículos 16, 19, 20 y 21 de la mencionada Ley donde se establecieron los llamados “acuerdos de preservación de fuentes de trabajo”, que busca que trabajadores y empleadores puedan, por común acuerdo, establecer nuevas modalidades de trabajo, horarios y reducción del salario. Pero en caso de que el trabajador o trabajadores no estén de acuerdo, podrían ser liquidados y despedidos sin indemnización (Ley Orgánica de Apoyo Humanitario, 2020).

El artículo 19 de la Ley Humanitaria de 2020, establece el contrato especial emergente, definido como un contrato que busca la sostenibilidad de la producción en el período de la emergencia, estableciendo jornadas laborales ordinarias de por lo menos 20 horas a la semana que puedan ser distribuidas hasta en 6 días. Estos contratos emergentes podrían extenderse con una renovación hasta por cuatro años (Ley Orgánica de Apoyo Humanitario 2020).

El artículo 20 de la ley, habla de la reducción emergente de la jornada de trabajo estableciendo que podría reducirse hasta el 50% con una remuneración no menor al 55% de la remuneración originalmente fijada, nuevamente en esta parte, permite que este tipo de reducciones puedan darse por dos años y puedan renovarse por un período igual. El artículo 21 determina que el goce de vacaciones se podrá notificar de manera unilateral al trabajador con el cronograma de vacaciones o, que pueda descontarse la jornada de vacaciones de los días de inasistencia que haya tenido el trabajador en el marco de la cuarentena (Ley Orgánica de Apoyo Humanitario, 2020).

1.1.4. Kits alimenticios y Bono de contingencia por COVID-19.

“Dar una mano sin dar la mano” fue la consigna con la que el presidente Lenín Moreno impulsaba el bono de contingencia establecido por el MIES, a cargo del Ministro Iván Granda, el 20 de marzo de 2020. Esta frase buscaba impulsar el mantenimiento del distanciamiento social por parte de la sociedad civil, mientras se garantizaba la atención a las personas mayores y en condiciones de vulnerabilidad por el coronavirus y las medidas adoptadas.

La iniciativa buscaba entregar kits alimenticios a las diferentes familias, la cual fue impulsado por sectores empresariales en articulación con el Estado, para la que se habilitaron plataformas en donde la ciudadanía podía realizar donaciones entre los 5 y 20 dólares, que serían entregados en cadenas de supermercados incorporados a la campaña y en articulación con el Ejército y la Policía Nacional y algunos representantes de los gobiernos autónomos descentralizados.

El bono de contingencia fue estipulado en 60 dólares y se entregaría a 400.000 familias priorizadas en el censo social y se entregaría dos veces en los meses de abril y mayo.

1.2. Acciones estatales adoptadas por Perú.

Las acciones estatales para afrontar la propagación del coronavirus estuvieron orientadas al fortalecimiento del sistema de salud alrededor del estado de emergencia sanitaria y la contención de la propagación mediante el aislamiento social, para lo cual, se aplicaron medidas como el toque de queda. Sin embargo, una de las preocupaciones más evidentes tenía que ver con la necesidad de la reactivación económica, por lo cual se estableció un plan económico y una serie de subsidios y bonos.

Entre las medidas adoptadas por Perú frente a la Pandemia por COVID-19, y con el objetivo de mitigar sus efectos en la población, se cerraron fronteras, se implementó el toque de queda, se suspendieron las clases y trabajos presenciales, hubo apoyo económico para las familias más vulnerables, se dictaron medidas de bioseguridad, entre otras.

1.2.1. Declaratoria de emergencia sanitaria.

Dicha medida se adoptó el 11 de marzo de 2020, pocas horas después de que la OMS definiera al COVID-19 como una pandemia. Mediante el Decreto Supremo número 008-2020-SA, el Ministerio de Salud emitió el Plan de Acción orientado a la adquisición de bienes y servicios que se requirieran para enfrentar la propagación del coronavirus en el Perú, incluyendo en este plan, al sistema de seguridad social peruana, el Seguro Social de Salud, las diferentes instancias de la autoridad sanitaria, los sistemas de las Fuerzas Armadas

y Policía Nacional y, otras acciones que, según el Gobierno, buscaban “fortalecer los sistemas de vigilancia, contención y respuesta para mitigar el impacto sanitario social y económico que tendría el coronavirus en el país” (Ministerio de Salud de Perú, 2020).

En Perú, la declaratoria de emergencia es un mecanismo que habilita a las instituciones a adoptar medidas de carácter urgente para la adquisición de bienes y servicios que se orienten a la superación de la emergencia.

1.2.2. Estado de emergencia, cuarentena y toque de queda.

El 15 de marzo el Gobierno nacional decretó el estado de emergencia y cuarentena, la cual se aplicó desde el 16 de marzo de 2020 hasta el 30 de marzo de 2020. Sin embargo, este estado de emergencia fue ampliado en varias ocasiones, llegando a ejecutarse hasta el 30 de octubre de 2020 con algunas modificaciones. En total se realizaron siete ampliaciones al estado de emergencia original.

La medida incorporó el cierre total de las fronteras y el aislamiento social obligatorio. Además, facultó a las Fuerzas Armadas y a la Policía Nacional para que mediante el uso de sus competencias, garanticen el cumplimiento de las disposiciones dictadas en el instrumento legal. El aislamiento social, conocido como la *Cuarentena*, aplicó a las personas de todas las edades, garantizando única y exclusivamente el funcionamiento de los servicios básicos, los servicios de salud, de la banca y algunas operaciones comerciales orientadas al abastecimiento de alimentos, fundamentalmente.

Las extensiones al estado de emergencia se dieron el 26 de marzo, el 8 de abril, el 23 de abril, el 8 de mayo, el 22 de mayo y el 26 de junio, mediante decretos supremos n.º 044-2020-PCM, N.º 51-2020-PCM y , N.º 094-2020-PCM respectivamente. En cada una de estas extensiones se fueron modificando algunos aspectos concretos que ampliaban o disminuían las diferentes restricciones de movilidad relacionadas, fundamentalmente, a las limitaciones de la circulación de personas y de vehículos hasta que, el 1 de julio, mediante Decreto Supremo se establecía cuarentena focalizada, exceptuando algunos departamentos del territorio nacional.

La ejecución y cumplimiento de las medidas dispuestas en el estado de emergencia por parte de la ciudadanía presentaban una serie de complicaciones pues existían altos índices de incumplimiento motivados por la falta de recursos económicos y la necesidad de la ciudadanía de abastecerse mediante cualquier mecanismo de alimentos e insumos para la subsistencia, motivo por el cual, se decretó también el toque de queda a escala nacional.

El 18 de marzo de 2020, el presidente del Gobierno informó la aplicación de la medida conocida como el toque de queda a escala nacional el cual regiría desde las 20:00 hasta las 5:00, disponiendo además a las Fuerzas Armadas y Policía para que garanticen el cumplimiento de esta disposición. Se excluyó de la medida al personal de salud, abastecimiento de servicios, de agua y saneamiento, electricidad, combustibles, telecomunicaciones, servicios funerarios, representantes de los medios de comunicación y transporte de carga o, traslado de insumos para el abastecimiento de personas y actividades productivas.

El 26 de marzo el toque de queda amplió su horario desde las 18:00 hasta las 5:00 de la mañana para los departamentos de Lambayeque, Loreto y Piura, mientras que, desde el 23 de mayo se determinó que el toque de queda mantendría ese horario de lunes a sábado, mientras que los domingos aplicaría las 24 horas del día, medida que se mantuvo hasta el 30 de junio de 2020.

El 27 de junio se anunció que el toque de queda quedaría reducido al horario de 22:00 hasta las 4:00 de la mañana de lunes a domingo, excluyendo de esta disminución de los horarios a varios departamentos en donde la presencia y multiplicación de contagios era evidente.

1.2.3. Medidas para atender la crisis económica.

Paralizada la economía a causa del coronavirus y las consecuentes medidas de restricción, las demandas de los sectores productivos y de trabajadores no se hicieron esperar, motivo por el cual se estableció un plan de garantías impulsado por el Banco Central del Perú que destinó 30.000 millones de soles con el objetivo de asegurar los pagos de créditos y de salarios por parte de los distintos sectores empresariales (Gestión 2020, parr. 1). A esta medida inicial, se suma el Plan Reactiva Perú que fue oficializado el 3 de abril y que permitía canalizar los recursos anteriormente mencionados para las diferentes empresas.

El 16 de marzo se autorizó la aplicación y entrega de un bono de 380 soles para 9 millones de familias consideradas en condiciones de alta vulnerabilidad. Este bono es posteriormente complementado con un segundo aporte de 360 soles (Gestión, 2020).

El Poder Ejecutivo facultado por ley, mediante el órgano rector de la vivienda la construcción y el saneamiento, decretó la suspensión del pago de los servicios de agua de los meses de marzo y abril sin que esto implique la exoneración, sí no más bien, el diferimiento de pago hasta en 24 meses y dispuso también la prohibición de los cortes de servicios básicos.

El 17 de abril se aplicó un tercer bono de 380 soles orientado en este caso para las familias vulnerables identificadas en las poblaciones urbanas y, posteriormente, se estableció el bono familiar universal para cerca de 7 millones de familias el cual implicó el recibimiento de 760 soles por familia beneficiaria.

Se establecieron para las áreas productivas diferentes mecanismos orientados a disminuir el peso de la liquidez para el pago de deudas de las pequeñas y medianas empresas, generando el fondo de apoyo empresarial a las MYPES, garantizando el capital de trabajo y generando mecanismos para refinanciamiento de deudas, incorporando incluso períodos de gracia de hasta 6 meses y subsidios para el pago de los sueldos de los trabajadores y trabajadoras, haciéndose cargo el Estado de la cancelación del 35 % de los sueldos de hasta 1.500 soles mensuales (Ministerio de Economía y Finanzas del Perú, 2020).

Trabajadores informales o independientes recibieron un bono de 380 soles en abril de 2020 mientras que, por otro lado, el Congreso Nacional aprobaba la ley que autorizaba a las personas hacer retiros de sus cuentas individuales de la seguridad social. Esta medida se cumplió en diferentes momentos, autorizando retirar hasta 5.000 soles mientras dure el estado de emergencia.

1.2.4. Leyes fijadas para atender la crisis.

Durante la pandemia por COVID-19, en Perú se fijaron principalmente tres leyes que buscaban proteger la salud pública y mitigar el impacto económico y social de la crisis sanitaria en el país.

Ley 31 0101.

El 27 de marzo de 2020 se publicó en el Registro Oficial de la República del Perú la ley 31011, con duración de 45 días, que delegaba en el Poder Ejecutivo la facultad de legislar en diversas materias para la atención de la emergencia sanitaria producida por el COVID-19.

Entre estas obligaciones se establecía la atención en ámbitos de la salud, política fiscal y tributaria, promoción de la inversión, seguridad ciudadana y orden interno, trabajo y promoción del empleo, educación, prevención y protección de las personas en situación de vulnerabilidad, bienes y servicios para la población, protección de los sectores productivos extractivos y de servicios y la promoción cultural y de turismo, así como el fomento de libre competencia y funcionamiento del mercado, la protección del derecho de los consumidores y el sistema concursal.

En el aspecto de seguridad ciudadana y orden interno, el presidente estaba facultado para determinar medidas que permitan la articulación y coordinación de la Policía Nacional y las Fuerzas Armadas para enfrentar los aspectos concernientes a la crisis y emergencia sanitaria.

En lo correspondiente a la protección de las personas en situación de vulnerabilidad, el Poder Ejecutivo, conforme esta ley, es capaz de dictar medidas para los grupos familiares que estén consideradas en mayor situación de vulnerabilidad, medidas que están orientadas a garantizar la atención de dichos grupos y su acceso a la asistencia alimentaria.

Conforme estas facultades delegadas, el Ejecutivo de la nación adoptó una serie de medidas y protocolos que fueron descritos en el título anterior.

Ley que declara de necesidad pública el acceso a la vacuna contra el COVID-19.

El 8 de octubre de 2020, el Congreso de la República del Perú aprobó el proyecto de ley que determina que el acceso a productos farmacéuticos y vacunas para el tratamiento curativo y preventivo del coronavirus son de necesidad pública e interés nacional.

La ley 31091 en su artículo 1 establece que el objeto de la misma es garantizar el acceso a todas las personas y en particular a la población vulnerable al tratamiento preventivo y curativo de la enfermedad generada por el coronavirus, estableciendo en los artículos posteriores que es responsabilidad del Estado la gestión de las vacunas para que puedan llegar a la población. Por otro lado, la ley establece la necesidad de la articulación de las diferentes instancias públicas y privadas, para garantizar el tratamiento de las personas ante la presente y futuras pandemias.

Ley que declara en emergencia el sistema nacional de salud y regula su proceso de reforma.

El 18 de febrero de 2021 se aprobó por parte del Congreso de la República del Perú, la ley número 31125 mediante la cual se declaraba en emergencia el Sistema Nacional de Salud y regulaba su proceso de reforma, determinando en el artículo 1 que el objeto de la ley es que además de declarar en emergencia el Sistema Nacional debía regularlo por la necesidad pública de carácter impostergable, con el fin de revertir la aguda crisis que atraviesa la gestión de los establecimientos y redes prestacionales de salud pública del Perú.

La declaratoria de emergencia se consideraba durante 12 meses y buscó establecer medidas para consolidar la rectoría del Ministerio de Salud, determinar medidas que mejoren

los recursos humanos en salud, así como mejorar los recursos de servicios de salud. En ese sentido, esta ley establecía una comisión para la reforma del Sistema Nacional de Salud, la cual tenía un carácter mixto en donde se incorporan representantes del Ejecutivo y del Congreso Nacional, representantes de la Asamblea Nacional de los gobiernos regionales, de la salud, la sanidad, las noFuerzas Armadas, delegados de la asociación de clínicas particulares y Defensoría del Pueblo.

Al determinar las medidas para consolidar la rectoría del Ministerio de Salud, se establecía además de la función de rectoría, los niveles de cobertura de atención, el tipo de servicios e implementos de políticas que tienen que articularse con otras instituciones del Estado como las Fuerzas Armadas y policiales.

Sobre las medidas para mejorar los recursos humanos, se regularon y ratificaron beneficios como el seguro de vida a los profesionales de salud o la prohibición de contratación de profesionales de la salud bajo modalidades de tercerización y otros.

2. Impacto de las acciones y políticas públicas para afrontar la pandemia en Ecuador y Perú.

En Ecuador y en Perú, durante los meses de marzo y hasta octubre del año 2020, la crisis hospitalaria se debió al incremento exponencial de casos con complicaciones y la falta de camas para atender a los enfermos, al mismo tiempo se evidenció la falta de personal médico en el sector público y se reportó, por diferentes medios de comunicación, las situaciones de agotamiento, cansancio y sobreexposición a las cuales el personal médico se enfrentó, sobre todo en los primeros meses de la pandemia.

En los dos casos descritos se puede determinar que la mayoría de acciones estuvieron orientadas a la atención de las estrategias no farmacéuticas de salud pública, con el propósito de disminuir la velocidad de propagación del virus en relación a la detección temprana de contagios, el fortalecimiento de los sistemas sanitarios y las restricciones de movilización nacionales e internacionales y la disminución de espacios de concentración y aforos para eventos y actividades de distintos tipos, incluida la prestación de diferentes servicios públicos y privados.

La declaratoria de emergencia del sistema de salud en ambos países tuvo como efectos inmediatos el establecimiento de zonas especiales para atención, el incremento de capacidad hospitalaria con camas de cuidados intensivos y la adquisición de insumos médicos de distinta naturaleza incluida la adquisición de bienes e instrumentos como respiradores artificiales.

En ambos países se incorporaron el cierre de fronteras y aeropuertos, disminución del tránsito migratorio, la disposición del cumplimiento de medidas de bioseguridad, el establecimiento de períodos de cuarentena general o focalizada en relación a las diferentes momentos de la pandemia, la asignación de recursos especiales para la atención a pacientes, el mejoramiento de las capacidades y condiciones del sistema sanitario nacional y la incorporación de las Fuerzas Armadas a los procesos tanto de atención de la emergencia sanitaria cuánto del control a la ciudadanía para el cumplimiento de las disposiciones que contemplaron dichos estados de excepción.

Los discursos de Gobierno involucraron el mensaje de la necesidad de que exista corresponsabilidad para afrontar la crisis, haciendo llamados a respetar el toque de queda y evitar la participación en eventos y actos de concentración masiva. Sin embargo, la respuesta de la ciudadanía, motivada posiblemente por la necesidad económica, obligó a una mayor participación de las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional en las actividades de control reportando en cada caso importantes datos de incumplimiento que conllevaron a multas y a detenciones en las distintas ciudades en los dos países.

Ecuador y Perú viven en contextos socioeconómicos muy similares y las políticas públicas adoptadas en los dos países fueron las sugeridas por los organismos internacionales de control encargados de manejar la pandemia. Sin embargo, se ha podido apreciar que en ambas naciones la respuesta a la emergencia dejó a un lado ciertos grupos y acciones.

La emergencia del COVID-19 precarizó el acceso a los derechos fundamentales de los grupos más vulnerables de la sociedad y, para hacer frente a ello, se desarrollaron una serie de medidas y políticas tendientes a posibilitar la vida de la población, sin que esto haya implicado una transformación real del modelo socioeconómico y político de cada uno de los países alrededor del mundo y, en particular, de los países latinoamericanos, considerados países en vías de desarrollo, en donde la necesidad de que la población se cuide para enfrentar el virus del COVID-19 se contrapuso con la posibilidad de subsistir.

La información recabada en la parte de características demográficas de ambas naciones demuestra que existe una población distribuida en edades correspondientes a los 65 años y más que bordea el 6% y el 8% de la población para Ecuador y Perú respectivamente. Este dato es importante pues los adultos mayores son las personas con mayor riesgo de sufrir complicaciones por la infección del COVID-19 y en ninguno de los países hubo políticas públicas o acciones gubernamentales implementadas para precautelar el contagio de este grupo en particular de la población.

En el tema educativo, tampoco se prestó especial atención a las familias que viven en situación de pobreza y pobreza extrema o en comunidades alejadas de los centros educativos. En ambos países se fijó como ley que las clases debían ser virtuales y que se debían dar opciones para acceder a las mismas, sin embargo muchos de los niños, niñas y adolescentes no contaban con acceso a internet y/o dispositivos tecnológicos que les permitan continuar con sus estudios derivando en un alto número de fracaso y abandono escolar.

2.1. Análisis de las políticas y medidas orientadas a disminuir los efectos adversos de las medidas de contención en el campo económico y productivo.

Estas medidas tuvieron un impacto importante en la economía y producción de ambos países, lo que se refleja en la disminución del Producto Interno Bruto (PIB) en 2020, según los datos reportados por la CEPAL.

Tabla 1
Evolución del PIB Ecuador-Perú 108-2020

Evolución PIB anual Ecuador			Evolución PIB anual Perú		
Año	PIB anual	Variación PIB (%)	Año	PIB anual	Variación PIB (%)
2020	98.808 M\$	-7,8	2020	205.458 M\$	-11,0
2019	108.108 M\$	0,0	2019	230.865 M\$	2,2
2018	107.562 M\$	1,3	2018	225.369 M\$	4,0

Fuente: INEC / Gobierno del Perú.
Elaboración propia.

En Perú el PIB para el año 2020 se redujo en 11 puntos, mientras que para Ecuador en 7,8 puntos porcentuales, lo cual tiene efectos para la economía país ya que el Estado que deja de recibir ingresos por impuestos y contribuciones y las y los ciudadanos que producto de la falta de demanda de bienes y servicios son desplazados de su actividad laboral.

Para el año 2019 en el Ecuador la PEA se estableció en el 65,3% de los habitantes, incluidas las personas mayores 16 años y en Perú la PET se consideraba en el 75,3% Sin embargo, los datos de empleabilidad hacia 2019 establecían que en el Ecuador el 96,2% de las personas que integraban la PEA estaban empleadas, aunque tan solo el 48% de estas contaban con un empleo adecuado. Para el caso peruano no se identificaron datos conforme el tipo de empleabilidad, pero sí se estableció que para el año 2018 la tasa de paro o desempleo era del 6% mientras que para el Ecuador fue del 3,4 por ciento.

El Ecuador y el Perú afrontaron de manera diferente las problemáticas relacionadas a la producción y al trabajo. En el caso ecuatoriano, la llamada ley humanitaria reguló fundamentalmente los aspectos relacionados a la política tributaria (el acceso de créditos y

las políticas laborales), facilitando a las empresas los pagos de créditos y la disminución del pago de impuestos, como por ejemplo el anticipo del impuesto a la renta. Pero además, determinando bajo el pretexto de garantizar la permanencia de las y los trabajadores en sus puestos de trabajo, una serie de mecanismos de flexibilización laboral que permitieron adelantar vacaciones, disminuir salarios y por ende disminución de los pagos de los consecuentes beneficios de ley a favor de los trabajadores y se facilitó despedir a trabajadores y trabajadoras, bien sea por incumplimiento o desacuerdo en relación a las nuevas disposiciones laborales o con la utilización de la figura de quiebra.

En el Perú por su parte, se identificó de manera temprana la necesidad de contar con plan de reactivación económica que incorporó la entrega de créditos y flexibilidad para el cumplimiento de obligaciones tributarias, más no se identifican políticas de flexibilización laboral sino más bien la inyección de recursos y estatales para soportar las responsabilidades patronales para con las y los trabajadores. También existió el bono de 380 soles que se entregó a trabajadores informales, mientras que en el caso ecuatoriano no existió ninguna política específica para este sector de la PEA.

Las políticas aplicadas en Perú corresponden a normas y medidas para responder a la coyuntura, mientras que en el caso ecuatoriano las disposiciones se extienden hasta cuatro años después de la aplicación de las leyes sin que exista en los documentos analizados una justificación real de tales extensiones.

2.2. Análisis de las políticas y medidas orientadas a disminuir los impactos sociales negativos generados a causa de las medidas de contención del COVID-19.

Las medidas adoptadas por los países para evitar la propagación rápida del coronavirus tuvieron efectos en la producción y el empleo, como mencionamos en el apartado anterior, afectando e incrementando los niveles de vulnerabilidad de las familias con menores recursos pues fueron cientos de miles las personas que perdieron su empleo o que vieron disminuidos sus ingresos por diferentes motivos.

En el caso ecuatoriano el índice de Gini para el año 2019 se ubicó en 0,45 puntos y la pobreza por ingresos llegaba al 25% de la población, y en el caso del Perú el índice de Gini se ubicó en 0,42. y la pobreza monetaria se ubicó en el 20,2%. En ambos casos la incidencia de pobreza es mucho mayor para la ruralidad. Sin embargo, existen diferencias relevantes en relación al acceso y cobertura de servicios públicos como el saneamiento y el acceso a la electricidad, lo cual establece sin duda condiciones diferentes para las familias que tuvieron que afrontar la pandemia del COVID-19 en sus hogares.

Los elementos descritos muestran que en Ecuador y Perú existen antecedentes sociales que permiten determinar un alto porcentaje de población en condiciones de vulnerabilidad, no solo por la condición original de pobreza por ingresos, sino también por la falta de empleo seguro y garantías para enfrentar situaciones económicas en condición de desempleo.

Uno de los datos más importantes a valorar tiene que ver con las y los trabajadores informales, que para el Ecuador y para el Perú representan un altísimo porcentaje de la PEA, los cuales por la restricción de movilidad dejaron de comercializar sus productos o proveer servicios complementarios generando consecuentemente la pérdida de ingresos a los hogares y con ello la falta de acceso a recursos para el abastecimiento de los insumos necesarios para la supervivencia de las y los integrantes del hogar.

En los dos países se garantizó la no paralización de la prestación de servicios básicos, agua potable, saneamiento y otros y los dos casos se aplicaron políticas que, sin condonar el pago de servicios, prestaron facilidades para que los consumos relativos a los meses de marzo, abril y mayo del año 2020 puedan ser pagados en plazos extendidos a fin de evitar cortes de servicios y disminuir la necesidad de liquidez a las familias.

Alrededor de los elementos descritos, es evidente que la carga económica y social que trajo la pandemia, fue absorbida por la población sin la garantía de apoyos estatales suficientes para la supervivencia de las familias y la continuidad de las actividades socioeconómicas. Al estar restringida la movilidad en los dos países, la disminución parcial o incluso total de los ingresos familiares es real y tomando en cuenta que los bonos entregados, al menos en el caso del Ecuador, no alcanzan a cubrir ni el 30% de una canasta básica familiar y, en el caso peruano, aunque estos bonos hayan sido mayores, la temporalidad con la que se entregaron, no puede dar cuenta de una satisfacción de la necesidad de las familias durante un período de 8 meses, en los cuales sus ingresos se vieron absolutamente disminuidos.

El sistema de educación, trasladado a la modalidad híbrida, más allá de los problemas pedagógicos que implica, representó para las familias que no tienen acceso a internet y TIC una gran debilidad, por lo cual, se habla actualmente que podrían existir no solo dos años de rezago en el proceso escolar, sino incluso hasta seis por el olvido pedagógico. Tesis e informes sobre estas posibles afectaciones a la población se discuten en organismos científicos nacionales e internacionales en la actualidad.

Tabla 2
Impacto de las acciones y políticas públicas para afrontar la pandemia por COVID-19
Resumen para Ecuador

Área	Ecuador		Perú	
	Medida adoptada	Impacto	Medida adoptada	Impacto
Salud Pública	Medidas de contención y prevención: 1. Cuarentenas estrictas y toque de queda. 2. Uso obligatorio de mascarillas y distanciamiento social. 3. Campañas de vacunación masiva, en principio con problemas de suministro y distribución.	<ul style="list-style-type: none"> - Periodos de reducción de la tasa de transmisión. - Desafíos en el sistema de salud por falta de infraestructura y recursos médicos humanos y materiales. - Alta mortalidad en los primeros meses de la pandemia, especialmente en Guayaquil. 	Medidas de contención y prevención: 2. Confinamientos estrictos y toque de queda. 3. Uso obligatorio de mascarillas y distanciamiento social. 4. Campañas de vacunación que dependían de la disponibilidad de las vacunas.	<ul style="list-style-type: none"> - Reducción inicial del contagio pero con brotes recurrentes. - Sistema de salud sobrecargado, sobre todo en la ruralidad. - Alta mortalidad, principalmente en los primeros meses de la pandemia.
Economía	Medidas económicas: 1. Bonos y estímulos económicos para empresas y población de bajos recursos. 2. Flexibilización de leyes laborales que favorecían a los empleadores. 3. Políticas de moratoria en pagos de créditos y servicios básicos. 4. Programas de asistencia alimentaria.	<ul style="list-style-type: none"> - Recesión económica con una notable disminución del PIB. - Aumento de desempleo, pobreza y pobreza extrema. - Recuperación gradual de sectores como comercio y agricultura. 	Medidas económicas: 1. Paquetes de ayuda económica para empresas y ciudadanos. 2. Programas de reactivación económica y apoyo para pequeñas y medianas empresas. 3. Subsidios y asistencia para las poblaciones más afectadas.	<ul style="list-style-type: none"> - Disminución del PIB. - Aumento de desempleo, pobreza y pobreza extrema. - Recuperación gradual del sector minero y la inversión pública.
Educación	1. Transición a educación virtual. 2. Distribución de recursos tecnológicos a estudiantes de bajos recursos.	<ul style="list-style-type: none"> - Acceso inequitativo a la educación por falta de recursos económicos o materiales para continuar con los estudios. - Tasa alta de abandono y fracaso escolar. - Pérdida y limitaciones de aprendizaje debido al aprendizaje en línea. 	1. Transición a educación virtual. 2. Iniciativas para mejorar la conectividad y acceso a la tecnología.	<ul style="list-style-type: none"> - Acceso inequitativo a la educación por falta de recursos económicos o materiales para continuar con los estudios. - Tasa alta de abandono y fracaso escolar. - Pérdidas y limitaciones de aprendizaje debido al aprendizaje en línea.
Aspectos Sociales	1. Programas de apoyo para grupos vulnerables.	<ul style="list-style-type: none"> - Aumento de la desigualdad social. 	1. Programas de apoyo para grupos vulnerables.	<ul style="list-style-type: none"> - Aumento de la desigualdad social y pobreza.

	<ol style="list-style-type: none">2. Estrategias y campañas de comunicación para evitar la desinformación.3. Información actualizada y en tiempo real sobre contagios y muertes.	- Problemas de salud mental y estrés en la población.	<ol style="list-style-type: none">2. Estrategias y campañas de comunicación para evitar la desinformación.	- Problemas de salud mental y bienestar social.
--	---	---	--	---

Elaboración propia.

Conclusiones

Ecuador y Perú comparten condiciones políticas, económicas y socioculturales similares y se enfrentaron a la pandemia del COVID-19 en el marco de crisis políticas y económicas.

La respuesta institucional de ambos países fue reactiva y enfocada en el fortalecimiento de las capacidades institucionales, sobre todo de salud, para atender los contagios, principalmente los de mayor gravedad. En los dos países se vivieron graves y tristes momentos en donde las capacidades sanitarias fueron superadas, provocando la desatención y muerte de miles de personas que no pudieron acceder a atención médica ante la enfermedad. A esto se suma la falta de capacidad para identificar casos positivos y con ello evitar la propagación rápida del virus. La falta de previsibilidad y preparación estatal para cumplir el objetivo de garantizar el bien común, condicionó la respuesta institucional y la determinación de políticas integrales y eficientes.

Aunque las medidas adoptadas por Ecuador y Perú ayudaron a controlar la pandemia, la falta de recursos e inversión de los gobiernos para infraestructura y personal médico, la desigualdad y la preparación insuficiente para enfrentar una crisis tal, impactaron severamente en la salud, economía, educación, seguridad y bienestar social de los países.

La respuesta sanitaria en Ecuador era variable. Las medidas de contención iniciales ayudaron a reducir la propagación del virus, pero la infraestructura médica y recursos eran insuficientes, haciendo que los picos de contagio fueran sumamente altos y, por ende, una alta mortalidad, especialmente en la ciudad de Guayaquil, en donde la falta de atención y respuesta al virus fueron noticia mundial. En Perú pasó algo similar, las cuarentenas y el uso obligatorio de mascarillas permitieron la reducción de la transmisión del virus, pero los fondos insuficientes destinados al sistema de salud, especialmente en zonas rurales, hizo que el contagio y contención del virus sean variables. En ambos países hubo sobrecarga de los sistemas sanitarios.

Ambos países se vieron afectados gravemente a nivel económico, el PIB disminuyó significativamente y la pobreza y desempleo aumentaron debido al confinamiento. Pero lamentablemente, como vimos en capítulos previos, se fijaron medidas y políticas laborales que resultaron estar en pro de los empleadores, dando muy poco margen de decisión a los empleados y agudizando las condiciones de desempleo.

A nivel educativo, la política pública de ambos países fue la de garantizar el acceso a la educación en modalidad virtual para toda la población educativa básica, bachillerato y universitaria. Sin embargo, en la práctica esto no fue así. La transición a la educación virtual exacerbó las desigualdades ya existentes, con afectaciones directas a las y los estudiantes de bajos recursos y pertenecientes a las zonas rurales, ya que tenían acceso intermitente o nulo a internet y/o dispositivos tecnológicos. Según el INEC (2020), tan solo el 37% de los hogares rurales tenían acceso a internet para ese año. Las consecuencias de estas limitaciones hicieron que el fracaso y abandono escolar estén a la orden del día.

Las desigualdades sociales y la salud mental también se vieron afectadas debido a la pandemia. El Ministerio de Salud de Perú (2021) mencionaba que el confinamiento y la crisis económica que llegaron con la pandemia aumentaron significativamente los problemas de salud mental y que el 30% de la población reportaba síntomas de ansiedad. Para Ecuador no hay data en la que podamos basarnos para hablar de la salud mental, sin embargo podemos extrapolar las estadísticas de Perú, e incluso aumentarlas, debido al desbordamiento y cantidad de muertes que hubo, sobre todo al inicio de la pandemia.

Según Paz-Noguera (2020), las estrategias para diseñar políticas públicas esbozaban la tendencia predominante del problema público respecto al inicio de la pandemia en el continente, evidenciando que los sistemas sanitarios de los países no estaban preparados para atender la gran cantidad de contagios y muertes que se dieron y que su capacidad se desbordaría rápidamente, como así sucedió.

Sin embargo, las capacidades de reacción para preponderar el papel de lo público y su fortalecimiento a través de planes especiales, que otorguen recursos significativos para la atención sanitaria durante la pandemia, fueron limitadas. Por lo que los sistemas de salud no solo se desbordaron por sus escasas capacidades que venían arrastrando, sino por la falta de atención de los gobiernos en la medida en que debían hacerlo.

A pesar del colapso de los sistemas de salud de Perú y Ecuador, antes del año se pudieron superar las dificultades iniciales ya que las instituciones públicas se articularon con otras organizaciones en donde se fueron generando actividades puntuales para la detección temprana de casos positivos de COVID-19 y también el establecimiento de protocolos de prevención. El proceso de adaptación del sistema de salud en los dos países permitió que las medidas de restricción de movilidad puedan ser flexibilizadas, con lo cual se empezaron a retomar las actividades económicas y productivas entre los meses de junio a octubre del año 2020. Para los meses siguientes y hasta marzo del 2021, la OPS (2012) empieza a hablar de la fase inicial de recuperación.

La predominancia de enfoques que reducen el papel del Estado en la sociedad y en la economía, antes y durante la pandemia, llevaron a que los gobiernos implementen este tipo de políticas públicas, que no sólo no lograron contener las condiciones sanitarias, sino que incluso, no contuvieron la agudización de las condiciones de desigualdad. Los recursos que se podían haber invertido para no afectar significativamente los niveles de consumo de la población o para garantizar mejores condiciones de conectividad a internet para el acceso a educación de niños, niñas y adolescentes, no se dieron y con ello, se complejizaron las condiciones de pobreza y se crearon escenarios más favorables para el recrudecimiento de otras problemáticas sociales relacionadas como la inseguridad.

Así, las dificultades para atender la pandemia no solo se delimitan por la deficiencia de las políticas públicas, sino también por las limitadas voluntades de los gobiernos sobre ciertas áreas y la predominancia de enfoques que llevaron a manejar los recursos financieros de las formas en que hemos señalado.

Aunque las circunstancias sanitarias están mejor controladas tras las experiencia de la pandemia, las repercusiones sociales y económicas que conllevó la misma, perdurarán por algún tiempo e incluso serán el punto de partida para el inicio de otras circunstancias sociales. De esta manera, lo vivido en Ecuador y Perú frente a las políticas públicas implementadas en pandemia, pueden ser ejemplos importantes de lo que ocurren cuando hay un deterioro en las capacidades y voluntades institucionales de los Estados.

Lista de referencias

- Ackerman. 2020. Gráfico 2: De “A seis meses de iniciada la pandemia en Ecuador ¿nos cuida el Estado?”. 8 de septiembre. <https://www.covid19ecuador.org/post/nos-cuida-el-estado>.
- Agamben, Giorgio. 2004. *Egiostado de Excepción: Homo Sacer II, 1*. Valencia: Pre-Textos.
- Aguilar, Luis. 2013. *El estudio de las políticas públicas*. México: Porrúa.
- ANDINA. 2020. “Gobierno ha destinado S/ 783 millones para enfrentar coronavirus a la fecha”. *ANDINA*. 16 de marzo. <https://andina.pe/agencia/noticia-gobierno-ha-destinado-s-783-millones-para-enfrentar-coronavirus-a-fecha-788542.aspx>.
- Arce, Moisés, & Incio, José. (2018). Perú 2017: un caso extremo de gobierno dividido. *Revista de ciencia política (Santiago)*, 38(2), 361-377. <https://dx.doi.org/10.4067/s0718-090x2018000200361>
- Banco Mundial. 2020. “Respuesta a la COVID-19 (coronavirus)”. Accedido 21 de octubre. <https://www.bancomundial.org/es/region/lac/coronavirus>.
- . 2021. “Respuesta a la COVID-19 (coronavirus)”. Accedido 25 de octubre. <https://www.bancomundial.org/es/region/lac/coronavirus>.
- Cabezas, César. 2020. “Pandemia de la COVID-19: Tormentas y retos”. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública* 37 (4): 603-4. <http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2020.374.6866>.
- CEPAL. 2019. *Panorama Social de América Latina 2019*. Santiago: Naciones Unidas.
- . 2021. *Panorama Social de América Latina 2020*. Santiago: Naciones Unidas.
- CNIG. 2021. *Consejo Nacional Para la Igualdad de Género*. Accedido 25 de octubre. <https://www.igualdadgenero.gob.ec/sistemadegestion/>.
- CNII. 2021. *Consejo Nacional para la Igualdad Intergeneracional*. Accedido 25 de octubre. <http://indicadores.igualdad.gob.ec/index.php>.
- Crabtree, J., Durand, F., & Wolff, J. (2024). *Estado y poder empresarial en Bolivia, Ecuador y Perú: Un estudio comparativo*. Fondo Editorial PUCP.
- Datosmacro.com. 2020a. “PIB de Ecuador”. *Datosmacro.com*. <https://datosmacro.expansion.com/pib/ecuador>.
- . 2020b. *Datosmacro.com*. <https://datosmacro.expansion.com/pib/peru>.
- EC. 2008. *Constitución de la República del Ecuador*. Registro Oficial 449, 20 de octubre.

- . 2020a. *Ley Orgánica de Apoyo Humanitario*. Registro Oficial 229. https://www.emov.gob.ec/sites/default/files/transparencia_2020/a2_41.pdf.
- . 2020b. *Decreto Ejecutivo 1017*. Registro Oficial 160, 16 de marzo.
- EC Corte Constitucional del Ecuador. 2021. “Estados de excepción”. *Corte Constitucional*. Enero. <https://portal.corteconstitucional.gob.ec/FichaRelatoria.aspx?numdocumento=7-20-EE/20#:~:text=Frente%20a%20los%20posibles%20riesgos,disponibles%20bajo%20el%20r%C3%A9gimen%20ordinario>.
- EC INEC. 2011. “Estadísticas de etnicidad en censos, encuestas de hogares y registros administrativos Ecuador”. *Ecuador en Cifras*. Accedido 10 de octubre. <http://docplayer.es/27403677-Estadisticas-de-etnicidad-en-censos-encuestas-de-hogares-y-registros-administrativos-ecuador.html>.
- . 2018. *Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo Acumulada ENEDMU*. Quito: INEC.
- . 2019a. *Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo ENEDMU*. Quito: INEC.
- . 2019b. *Indicadores de Pobreza y Desigualdad Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo ENEDMU*. Quito: INEC.
- . 2020a. *Registro Estadístico de Defunciones Generales 2020: Estadísticas Vitales*.
- . 2020b. *Boletín Técnico N°-01-2020 Registro Estadístico de Camas y Egresos Hospitalarios*. Quito: INEC.
- . 2020c. *Boletín Técnico N°02-2020-ENEDMU. Pobreza y Desigualdad*. Quito: INEC.
- . 2020d. *Encuesta Nacional Multipropósito de Hogares TIC - 2019*. Quito: INEC.
- . 2021. Accedido 19 de octubre <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/institucional/home/>.
- EC. 2015. *Ley Orgánica de Salud*. Registro Oficial 652, Suplemento, 18 de diciembre.
- EC Ministerio de Defensa Nacional. 2018. “Política de la Defensa Nacional del Ecuador”. *Libro Blanco*. Quito: Ministerio de Defensa Nacional.
- EC Ministerio de Educación. 2021. “Educar Ecuador”. *Ministerio de Educación*. Accedido 22 de octubre. <https://educarecuador.gob.ec/visualizador-estadistico/>.
- EC Ministerio de Salud Pública. 2020. *Acuerdo n.º 00126 - 2020 2020*. Registro Oficial 160. 12 de marzo. https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/03/SRO160_2020_03_12.pdf.

- EC Secretaría Nacional de Planificación. 2014. *Sistema Nacional de Información*. Accedido 24 de octubre. <https://sni.gob.ec/inicio>.
- EC Servicio Nacional de Contratación Pública. 2020. “Sercop regula y controla las contrataciones por Emergencia”. *Servicio Nacional de Contratación Pública*. Accedido 7 de marzo. <https://portal.compraspublicas.gob.ec/sercop/sercop-regula-y-controla-las-contrataciones-por-emergencia/>.
- EC SNGRE. 2020. “Informe a la ciudadanía sobre la situación nacional en relación al COVID19”. *Gestión de Riesgos*. 13 de marzo. <https://www.gestionderiesgos.gob.ec/informes-de-situacion-covid-19-desde-el-13-de-marzo-del-2020/>.
- EFE. 2020. “El presidente de Ecuador declara la emergencia sanitaria por el coronavirus”. *Agencia EFE*. 12 de marzo. <https://www.efe.com/efe/america/sociedad/el-presidente-de-ecuador-declara-la-emergencia-sanitaria-por-coronavirus/20000013-4193906>.
- El Comercio. 2020. “Lenín Moreno dice que familias vulnerables recibirán 245 000 raciones de alimentos”. *El Comercio*. 20 de marzo. <https://www.elcomercio.com/tendencias/sociedad/moreno-covid19-alimentos-bonomies.html>.
- Encinas, Daniel. 2020. “Perú 2019: crisis política y salida institucional”. *Revista de ciencia política (Santiago)* 5.
- Ferreira, Cynthia, Karina García, Leandra Macías, Alba Pérez, y Carlos Tomsich. 2014. *Mujeres y hombres del Ecuador en cifras III*. Quito: Consejo Nacional Para la Igualdad de Género.
- Gestión. 2020. “Lanzan plan de garantías por S/ 30,000 millones para asegurar cadena de pagos”. *Gestión*. 30 de marzo. <https://gestion.pe/economia/coronavirus-peru-bcr-lanzan-plan-de-garantias-por-s-30000-millones-para-asegurar-cadena-de-pagos-julio-velarde-nndc-noticia/#:~:text=El%20presidente%20del%20Banco%20Central,%2D19>.
- INEI. 2018. “Perú: Resultados definitivos de los censos nacionales 2017”. *Gobierno de Perú*. Accedido 19 de octubre. <https://www.gob.pe/inei/>.
- . 2020a. “Condiciones de Vida en el Perú”. *Gobierno de Perú*. Accedido 19 de octubre. <https://www.gob.pe/inei/>.

- . 2020b. “Informe Técnico Estadísticas de las Tecnologías de Información y Comunicación en los Hogares”. *Gobierno de Perú*. Accedido 19 de octubre. <https://www.gob.pe/inei/>.
- . 2020c. “Perú: Evolución de los Indicadores de Empleo e Ingreso por Departamento, 2007 -2019”. *Gobierno de Perú*. Accedido 20 de octubre. <https://www.gob.pe/inei/>.
- . 2020d. “Pobreza monetaria alcanzó al 20,2% de la población en el año 2019”. *INEI*. 20 de mayo. <https://www.inei.gob.pe/prensa/noticias/pobreza-monetaria-alcanzo-al-202-de-la-poblacion-en-el-ano-2019-12196/> .
- Jellinek Georg. 2005. “Teoría General del Estado, México, FCE. Reimpresión 2002, 687 pp. (Prólogo y traducción Fernando de los Ríos)”. *Estudios Políticos* 8 (5): 169-79. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=426439533009>.
- Jiménez, Arturo. 2003. *Apuntes de Teoría General del Estado*. México: Ediciones Jurídicas Alma S.A.
- Johns Hopkins University. 2021. Accedido 23 de octubre. <https://www.jhu.edu/>.
- Koziner, Nadia, Natalia Aruguete, y Esteban Zunino. 2020. “COVID-19: La comunicación en tiempos de pandemia”. *Pandemia, medios y riesgo*. Ediciones Universidad de La Frontera. *Apuntes de Coyuntura*: 83-7.
- Lossio, Jorge. 2021. “Covid-19 en el Perú: respuestas estatales y sociales”. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* 28 (2): 581-5.
- Montecinos, Egon. 2007. “Límites del enfoque de las políticas públicas para definir un problema público”. *Cuadernos de Administración* 20 (33): 323-35. <https://www.redalyc.org/pdf/205/20503314.pdf>.
- OMS. 2021. “Salud Mental del Adolescente”. *Organización Mundial de la Salud*. 17 de noviembre. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>.
- OPS. 2021. “Informes situación COVID-19”. *PAHO*. <https://www.paho.org/es/informes-situacion-covid-19>
- OPS/OMS. 2020a. “Informe 1 COVID”. *OPS / OMS*.
- . 2020b. “Covid-19 - Respuesta de la OPS/OMS. Reporte 1”. *Organización Panamericana de la Salud*. 31 de marzo. <https://www.paho.org/es/documentos/covid-19-respuesta-opsoms-reporte-1-31-marzo-2020>.
- . 2021. “Covid-19 - Respuesta de la OPS/OMS. Reporte 47”. *Organización Panamericana de la Salud*. 23 de marzo.

- <https://www.paho.org/es/documentos/covid-19-respuesta-opsoms-reporte-47-23-marzo-2021-0>
- Payet Rey Cauvi Pérez. 2020. *PRCP*. 30 de marzo. <https://prcp.com.pe/coronavirus-covid-19-ley-31011-ley-que-delega-en-el-poder-ejecutivo-la-facultad-de-legislar-en-diversas-materias-para-la-atencion-de-la-emergencia-sanitaria-producida-por-el-covid-19/>.
- Paz-Noguera, Bayron. 2020. “Tendencias de los diseños de políticas públicas sanitarias para la pandemia Covid-19 en América Latina”. *Universidad y Salud. Suplemento 1: Especial Covid-19* 22 (3): 327-39. doi:<https://doi.org/10.22267/rus.202203.205>.
- PE Gobierno del Perú. 2020. “Seguros de salud del Perú”. *Plataforma digital única del Estado Peruano*. Accedido el 21 de octubre. <https://www.gob.pe/281-seguros-de-salud-del-peru>.
- PE Ministerio de Defensa Nacional del Perú. 2006. *Libro Blanco de Defensa Nacional*. Lima: Ministerio de Defensa Nacional del Perú.
- PE Ministerio de Economía y Finanzas del Perú. 2020. “Subsidio de 35% de la remuneración para cada trabajador que gane hasta S/1 500”. *mef.gob.pe*. Accedido 21 de octubre. https://www.mef.gob.pe/es/?option=com_content&language=es-ES&Itemid=102655&lang=es-ES&view=article&id=6349.
- PE Ministerio de Salud de Perú. 2020. “Poder Ejecutivo aprueba Plan de Acción para enfrentar emergencia sanitaria por Covid-19”. *Ministerio de Salud*. 15 de marzo. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/108929-poder-ejecutivo-aprueba-plan-de-accion-para-enfrentar-emergencia-sanitaria-por-covid-19>.
- Ponce Andrade, J., Palacios Molina, D., Palma Avellan, A., & Salazar Olives, G. (2020). Crisis económica pre y post-pandemia: su incidencia en la mortalidad de las MiPymes en Ecuador. *Revista Observatorio de la Economía Latinoamericana*, septiembre 2020. ISSN: 1696-8352.
- Ponce, Zoila. 2021. “Sistema de Salud en el Perú y el COVID-19”. *Gobierno y Políticas Públicas PUCP* (2). Mayo. <https://escuela.pucp.edu.pe/gobierno/wp-content/uploads/2021/05/La-salud-en-tiempos-de-covid-VF.pdf>.
- Rancière, Jacques. 2012. *El odio a la Democracia*. Buenos Aires: Nómadas.
- Salazar, Pedro. 2013. *Estado de excepción, suspensión de derechos y jurisdicción*. México: Instituto de Investigaciones Jurídicas.
- Schmitt, Carl. 1999. *El concepto de lo político*. Madrid: Alianza Editorial.
- . 2009. *Teología Política*. Madrid: Trotta.

- Serrafero, Mario. 2013. *Política y excepción*. Buenos Aires: Academia Nacional de Ciencias Morales y Políticas.
- Statista. (n.d.). Número de casos y muertes por COVID-19 en Ecuador. Statista. <https://es.statista.com/estadisticas/1110063/numero-casos-muertes-covid-19-ecuador/>
- Statista. (n.d.). Número de casos y muertes por COVID-19 en Perú. Statista. <https://es.statista.com/estadisticas/1110077/numero-casos-muertes-covid-19-peru/>
- Vargas, Cidar. 2007. “Análisis de Políticas Públicas”. *PERSPECTIVAS* (19).
- Veletanga, Jonathan. 2021. “Ecuador registra un exceso de fallecidos de 69.517 personas en un año de pandemia”. *Edición Médica*. 13 de abril. <https://www.edicionmedica.ec/secciones/salud-publica/en-un-ano-de-pandemia-ecuador-registra-un-exceso-de-fallecidos-de-69-517-personas--97378>.
- Vieira, Mirian. 2020. “¿Sabes en qué consiste la recientemente aprobada Ley Humanitaria en Ecuador?”. *Adipiscor*. 21 de mayo. <https://www.adipiscor.com/tramites-cotidianos/ley-humanitaria-en-ecuador/>.