



Pandemia y políticas sociosanitarias en América Latina

INÉS NERCESIAN

Universidad de Buenos Aires - Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas de Argentina (Conicet), Argentina
inercesian@gmail.com

ROBERTO CASSAGLIA

Universidad de Buenos Aires - Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas de Argentina (Conicet), Argentina
robertocassaglia@gmail.com

VANNESSA MORALES CASTRO

Universidad de Buenos Aires - Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas de Argentina (Conicet), Argentina
vmoralesc@unal.edu.co

Resumen. El artículo analiza las políticas sanitarias y socioeconómicas adoptadas durante la pandemia del SARS-CoV-2 en seis países de América Latina: Argentina, Brasil, Chile, Colombia, México y Perú. Proponemos como hipótesis que el comportamiento de la pandemia y las medidas sociosanitarias adoptadas fueron el resultado de una combinación de factores de coyuntura y elementos estructurales. En cuanto a los factores coyunturales, consideramos el perfil del gobierno y las élites estatales; respecto a los estructurales, cuentan las capacidades estatales, las características sociodemográficas y los índices relacionados con el desarrollo humano. El artículo utiliza una estrategia de análisis comparativo a partir de una combinación de metodologías cuantitativas y cualitativas.

Palabras clave: pandemia, políticas públicas, capacidades estatales

Pandemic and sociosanitary policies in Latin America

Abstract. This paper analyzes the health and socio-economic policies adopted by six Latin American countries during the SARS-CoV-2's pandemic: Argentina, Brazil, Chile, Colombia, Mexico, and Peru. It proposes the hypothesis that the behavior of the pandemic and the decisions taken depended on the relationship between relevant situational factors – namely, the profile of the government and state elites – and structural elements

such as state capacities, sociodemographic characteristics, and human development indexes. This article adopts a comparative analytic strategy and employs a combination of quantitative and qualitative methodologies.

Keywords: pandemic, public policy, state capacities

1. Introducción

A partir del 26 de febrero de 2020, cuando se dio a conocer el primer caso de SARS-CoV-2 en América Latina, los Estados implementaron un conjunto de políticas sociosanitarias. Con el transcurrir de la pandemia y la extensión de las cuarentenas, se hicieron visibles las consecuencias económicas, sociales y humanas. Los problemas históricos de los sistemas de salud, así como también la pobreza, el desempleo y la desigualdad, se convirtieron en materia de debate y, en el mejor de los casos, en objeto de intervención estatal. Nos encontramos frente a un virus cuyo abordaje inmediato le ocupaba a la biomedicina, pero cuya circulación dependía de las conductas sociales, condicionadas por las estructuras económicas y sociales, así como por las políticas públicas (Nercesian, Cassaglia, & Morales Castro, 2020).

La historia de las pandemias y sus efectos sociales ha sido materia de tratamiento en el campo de las ciencias sociales desde diferentes enfoques. Por ello, son relevantes los trabajos que abordan el rol político de las pandemias en los procesos de conquista y colonización (Cook, 1998; García Caceres, 2003; Guerra, 1988; Navarrete, 2019). El trabajo de Ole J. Benedictow en *La Peste Negra, 1346-1353: La historia completa* (2004) supone un aporte sustantivo en el estudio de la pandemia y el comienzo de la modernidad temprana, los cuales precipitaron los cambios sociales y económicos que pusieron fin al predominio del sistema feudal.

De las 20 mayores pandemias de la historia de la humanidad, 17 se produjeron bajo el capitalismo; por lo tanto, la relación entre ambos fenómenos, y en particular la formación del capitalismo en América Latina, resulta una tarea necesaria (Ansaldi, 2020). Estos temas fueron discutidos en el ciclo de charlas organizado por Frank Molano Camargo titulado *Capitalismo, pandemia y naturaleza* (2020), donde se analizó la relación entre los ciclos económicos del capitalismo, la naturaleza y las pandemias, como la malaria, el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y el SARS-CoV-2. El principal tema de interrogación de ese campo fue la relación entre los ciclos de acumulación, la reorganización del sistema de acumulación capitalista y el surgimiento de nuevas enfermedades.

Otras aproximaciones históricas sobre las pandemias incluyeron el impacto social de las enfermedades, la incorporación de nuevos conceptos y cómo estos se integraron a las políticas públicas. Con la enfermedad del cólera a lo largo del siglo XIX, se agregaron conceptos como higiene, salud pública, control social y reforma urbana (Briggs, 1961; Pascual, 2017; Rosemberg & Golden, 1992). Estas problemáticas revelaban la relación de la cuestión sanitaria con las condiciones socioeconómicas y habitacionales de los sectores populares, quienes habían sido los más afectados. Sobre

América Latina resulta relevante el trabajo de Diego Armus (2003), donde se estudia el tratamiento de las enfermedades en relación con las instituciones de salud, y las estructuras económicas, políticas y sociales. También, destaca el trabajo de Marcos Cueto (1997) que analiza las pandemias del Perú a partir de distintas variables: el impacto de la enfermedad y los factores biológicos y ecológicos que la producen, las técnicas y políticas puestas en práctica para combatirla desde el Estado, y las reacciones sociales. Maximiliano Fiquelprón (2020) enfatiza en el problema de las relaciones de clases y las desigualdades que se evidencian con las epidemias, y recalca el accionar estatal para enfrentar este tipo de fenómenos críticos. Para el caso argentino, resaltan los estudios sobre la asociación entre las políticas sanitarias y el Estado desde una perspectiva histórica (Ramaciotti & Rayez, 2020), así como también las investigaciones de Susana Belmartino (2009) quien interpreta la intervención médica desde una perspectiva histórica y añade a su análisis la noción de coyuntura crítica, es decir, el momento de reconversión institucional donde intervienen múltiples factores como la correlación de fuerzas de los actores sociales, las reglas de juego establecidas y las formas organizativas predominantes.

Este artículo recupera aquellas indagaciones que analizan el fenómeno de la pandemia desde un enfoque múltiple y complejo que incluye no solamente la dimensión sanitaria, sino también la cuestión económica, social, política y estatal. El estudio de las políticas públicas permite obtener una visión del Estado en movimiento desagregando esa estructura en un proceso social concreto y observando a sus actores, clases, fracciones de clase, organizaciones, grupos y, eventualmente, individuos (Oszlak & O'Donnell, 1981). El ordenamiento de las necesidades, la agenda política y las condiciones socio-históricas previas fueron cruciales en la respuesta que brindaron los Estados latinoamericanos; por eso, pueden identificarse caminos diferentes entre los países. Por ejemplo, si se toma como variable la política sanitaria, una caracterización posible agrupar a los casos nacionales en «negacionistas» (Brasil y, en algún sentido, México), «gradualistas» (Chile y, en algún sentido, Colombia) y «estrictos» (Argentina, Perú) (Belardo & Herrero, 2020). Sin embargo, la salud es un determinante clave del bienestar, que se encuentra vinculado con el crecimiento económico, la pobreza y los niveles de desigualdad que impactan tanto la equidad como la eficiencia de la acción pública en materia de salud (Lustig, 2008). Sostenemos como hipótesis que el comportamiento de la pandemia y la gestión de la crisis sanitaria fueron el resultado de la decisión política de los gobiernos, pero, además, de los rasgos estructurales de los países, las capacidades estatales, las características sociodemográficas y los índices relacionados con el desarrollo humano. Para

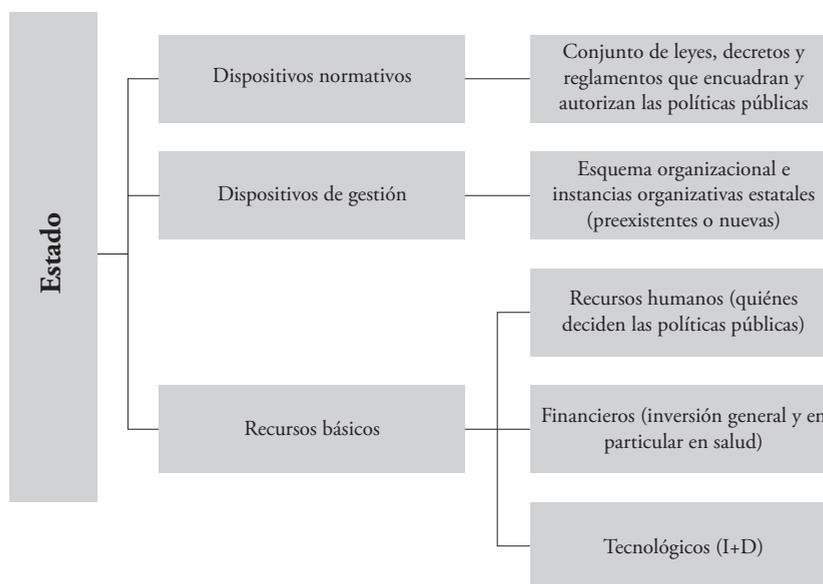
este estudio tomaremos seis casos nacionales, seleccionados por ser los países con el número más alto de contagios en la región. Estudiaremos, en primer lugar, las facultades estatales y las políticas sanitarias para el control de la pandemia, y, en segundo lugar, las tácticas socioeconómicas implementadas para mitigar el impacto económico.

El tratamiento de la pandemia y las estrategias públicas aplicadas atravesaron distintos momentos: en la primera etapa, donde había incertidumbre por el desconocimiento del virus, se adoptaron políticas tendientes a la reducción de la circulación, cuarentenas y medidas generales de cuidados; en la segunda, el conocimiento sobre la enfermedad estaba en una fase más avanzada, lo cual permitió perfeccionar los métodos para mitigar la propagación del virus: la ampliación de testeos, medidas de tratamiento de la enfermedad y un mayor alcance de políticas socioeconómicas. Gracias a la aparición de las vacunas, se inició el tercer estadio donde estas tácticas se orientaron en torno a la fabricación, compra, distribución y vacunación. Dado que la tercera fase ha comenzado durante la escritura del texto y aún no ha concluido, este artículo se ocupará de las dos primeras.

2. Las capacidades estatales, los instrumentos de política pública y las políticas sanitarias

Las capacidades estatales se refieren a las herramientas de los Estados para prevenir, resolver o morigerar los problemas de la sociedad e implementar un conjunto de políticas públicas. Para poder llevar a cabo esos planes, los Estados cuentan con un grupo de instrumentos que se denominan «dispositivos normativos», «dispositivos de gestión» y «recursos básicos». Los primeros aluden al conjunto normas y leyes; los segundos, a la estructura organizacional preexistente o nueva; y los terceros, a las posibilidades concretas de activación de las políticas, como los recursos humanos, financieros y tecnológicos (Isuani, 2012). El proceso de configuración de estos instrumentos obedece a una suma amplia de cuestiones socio-históricas estatales y no estatales, y a los actores sociales diversos que integran las sociedades. Se trata de competencias instaladas de acumulación histórica que se estimulan frente a problemas urgentes.

Figura 1
Capacidades estatales



Fuente: elaboración propia

Salvo algunas excepciones, en América Latina, prácticamente todos los países instauraron políticas frente a la pandemia, las cuales tuvieron distintos grados de magnitud, alcance y posibilidades de cumplimiento. El perfil ideológico del gobierno es una variable importante, pues constituye una de las dimensiones de los dispositivos de gestión y define a quiénes, en última instancia, toman las decisiones de política pública, pero no es la única. Existen, también, un conjunto de atributos que los países han construido históricamente a lo largo de siglos: ¿tienen Estados fuertes o Estados débiles? ¿Estados centralizados fuertes o débiles? ¿Estados federales donde los poderes locales gravitan o tensionan el poder central? ¿Cuáles son las características históricas de inversión en las áreas de salud, ciencia y tecnología? ¿Cómo son los sistemas de salud? Considerando los elementos estructurales y capacidades estatales que influyen sobre el comportamiento de la pandemia, agrupamos los países de la siguiente manera:

Tabla 1

	Economías grandes		Economías medias y pequeñas	
	Desarrollo humano bajo	Desarrollo humano alto	Desarrollo humano bajo	
Estados fuertes	Brasil y México	Argentina	-	
Estados débiles y/o privatizados	-	Chile	Colombia y Perú	

Fuente: elaboración propia

En la tradición de la sociología histórica de Norbert Lechner (1977) y Oscar Oszlak (1978), retomada por Waldo Ansaldi y Verónica Giordano (2012), la concepción de la formación estatal pertenece a un proceso histórico complejo más amplio de «creación social» que es inescindible de otros procesos como la nación, el mercado, las clases y la ideología. El Estado está imbricado con las relaciones de clases y, en última instancia, con la economía, pero, además de ser un espacio relacionado con el conflicto de clases, también es una institución que posee atributos de estatidad (Oszlak, 1978) o, en términos de Göran Therborn, grandes aparatos: gubernativo, administrativo, judicial y represivo. Para este artículo retomamos la caracterización sobre la constitución histórica del Estado que realizan Ansaldi y Giordano (2012) a partir del entrecruzamiento de múltiples variables, y construimos una tipología. Consideramos Estados fuertes a aquellos donde coexisten economías robustas, grandes aparatos gubernativos (nacionales y provinciales/estadales/departamentales), aparatos administrativos complejos (por la propia dimensión del país), y estructuras judiciales y represivas acordes con esa magnitud. De esta manera, los distinguimos de los Estados pequeños o débiles, donde el proceso socio-histórico de integración estatal fue más complejo, con economías medianas y pequeñas y aparatos estatales de menor dimensión y complejidad. El caso de Chile es singular; si bien hubo una temprana formación estatal y rápida centralización del poder, la dictadura militar y el modelo neoliberal de larga continuidad legaron un Estado fuerte en cuanto al ejercicio de la autoridad pero débil con respecto a su capacidad infraestructural de penetrar en las distintas dimensiones de la sociedad civil. Cabe aclarar también que, como ocurre con este tipo de elaboraciones, se trata de «tipos» entendidos sociológicamente que marcan tendencias y permiten una mejor reflexión acerca de los fenómenos.

Con la aparición de los primeros casos en la región, las medidas sanitarias instauradas en cuanto a los decretos de estado de emergencia, cierre de fronteras, implementación de cuarentenas obligatorias y suspensión de clases presenciales fueron similares en todos los países de la región. Des-

pués de Perú, Argentina fue el segundo país en adoptar tempranamente normas sanitarias que pusieron énfasis en el concepto del cuidado¹. Así, el país argentino decretó el cierre de fronteras el 15 de marzo y la cuarentena obligatoria el 20 de marzo. La disposición del Aislamiento Preventivo Social Obligatorio (ASPO) se extendió hasta el 7 de noviembre en el área metropolitana (Ciudad Autónoma de Buenos Aires y alrededores), que concentra el 37% de la población, el 40% del PBI del país, y el 30% de pobreza². Si bien la cuarentena fue una de las más extensas y estrictas en la región, de manera paulatina, se fueron habilitando actividades recreativas y económicas. El informe de movilidad de Google para el Área Metropolitana de Buenos Aires³ refleja un cambio drástico en la utilización de lugares de ocio (-34%), del transporte público (-37%) y de concurrencia a los lugares de trabajo (-33%).

Si bien se cancelaron las clases presenciales en la misma fecha del cierre de fronteras, dado el sistema federal, algunas provincias las retomaron de forma parcial. Siguiendo los datos de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Cepal), el gobierno argentino destinó un 3,9 de su PBI para atender la pandemia (2000). A su vez, los datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) estimaban que el número de camas UCI era 18,68 por cada 100.000 habitantes⁴. Argentina es uno de los países que más invierte en salud pública de la región y el segundo en inversión en Investigación y Desarrollo (I+D), después de Brasil. Asimismo, según el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) (tabla 1), este país también es uno de los que más capacidad sanitaria posee en términos de personal médico, camas hospitalarias y gasto sanitario corriente.

Además de las condiciones del sistema de salud previas a la pandemia, hubo una ampliación de las estructuras sanitarias: el sistema de salud aumentó sus capacidades en general y, en particular, en camas de terapia

1 Por ejemplo, la aplicación informática que permitía la circulación excepcional se denominó «Cuidar» y, en las distintas apariciones en los medios y comunicaciones oficiales que había, se hacía referencia al paradigma del cuidado.

2 Ministerio del Interior, Obras Públicas y Vivienda. *Cocamba*. Recuperado de https://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/modulo_12_-_suarez_lastra.pdf

3 Google. (9 de marzo de 2021). *Cambios en la movilidad. Buenos Aires*. Recuperado de https://www.gstatic.com/covid19/mobility/2021-03-09_AR_Buenos_Aires_Mobility_Report_es-419.pdf

4 Según datos de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), el gasto en salud en Estados Unidos se estima en un 17% del PBI (2019), mientras que el número de UCI es de 28,8 cada 100 mil habitantes (2018). Liderando la Unión Europea, aparece Alemania con un gasto de 11,7% (2019) y unas 33,9 camas UCI (2017). El gasto promedio del conjunto de los países de la OCDE en salud es del 8,8 del PBI y el del número de UCI cada 100 mil habitantes es de 15,9.

intensiva que alcanzó un 37%⁵. Pese a tratarse de un país con características federales, la coordinación de las políticas públicas a escala nacional se realizó de manera efectiva. A diferencia de la gran mayoría de países de la región, tanto las disposiciones de aislamiento, como el robusto sistema de salud, posibilitaron que la estructura sanitaria argentina no entrara en colapso.

Por su parte, Brasil, con su presidente Jair Bolsonaro (2018-), siguió una estrategia negacionista (Belardo & Herrero, 2020), pues subestimó el alcance de la pandemia y descreyó de los científicos, a pesar de ser el país con mayor inversión en I+D de la región, y de poseer una historia relevante en cuanto al desarrollo del conocimiento y sus universidades públicas. A diferencia de Argentina, que también tiene una organización de tipo federal, el manejo de la pandemia generó grandes discrepancias entre las políticas del gobierno central y los diferentes estados; las medidas de cuarentena, cancelación de clases presenciales, suspensión de actividades masivas y el cierre total de las fronteras nunca fueron establecidas desde el gobierno nacional. Por el contrario, fueron las autoridades estatales las que tuvieron competencia en estas decisiones. El informe de movilidad de Google para los estados más poblados de Brasil – es decir , São Paulo⁶, Minas Gerais⁷ y Rio de Janeiro⁸– revela una disminución pronunciada en el empleo de espacios de ocio, aunque mucho menor en el uso del transporte público y la concurrencia a los lugares de trabajo, si se compara con la variación en Argentina.

A estas diferencias con los poderes locales se sumaron los cambios repetitivos en la cartera de salud y, luego de cambiar tres veces de ministro, quedó a cargo el general Eduardo Pazuello, un hombre sin experiencia en cuestiones sanitarias. En el país la inversión en salud es relativamente alta si se la compara con otros Estados nacionales, aunque por debajo de los niveles esperados teniendo en cuenta las dimensiones territoriales y socio-demográficas de Brasil. Según los datos de la OPS (2020), el número de camas UCI es de 8,0 por cada 100.000 habitantes, y la inversión privada en salud supera a la pública.

5 Argentina.gob.ar. (7 de julio de 2020). *El país aumentó en un 37% la cantidad de camas de terapia intensiva durante el aislamiento social*. Recuperado de <https://www.argentina.gob.ar/noticias/el-pais-aumento-en-un-37-la-cantidad-de-camas-de-terapia-intensiva-durante-el-aislamiento>

6 Google. (9 de marzo de 2021). *Mudanças na mobilidade. Sao Paulo*. Recuperado de https://www.gstatic.com/covid19/mobility/2021-03-09_BR_State_of_São_Paulo_Mobility_Report_pt-BR.pdf

7 Google. (9 de marzo de 2021). *Mudanças na mobilidade. Minas Gerais*. Recuperado de https://www.gstatic.com/covid19/mobility/2021-03-09_BR_State_of_Minas_Gerais_Mobility_Report_pt-BR.pdf

8 Google. (9 de marzo de 2021). *Mudanças na mobilidade. Rio de Janeiro*. Recuperado de https://www.gstatic.com/covid19/mobility/2021-03-09_BR_State_of_Rio_de_Janeiro_Mobility_Report_pt-BR.pdf

El gobierno afirmó, en repetidas ocasiones, la importancia de mantener activa la economía, preocupación que también se vio reflejada en los 4,6 puntos del PBI anunciados para atender los efectos económicos de la pandemia (Cepal, 2020). La descoordinación entre la política sanitaria del gobierno nacional y los gobiernos locales, la falta de robustecimiento del sistema de salud, así como el desconocimiento de las implicancias por no decretar cuarentena, generaron que, en los momentos más críticos de la pandemia, el sistema sanitario se viera paralizado en varios estados, como ocurrió en Amazonas, Pará, Ceará, Pernambuco, Maranhão y Rio de Janeiro⁹.

En Chile el gobierno de Sebastián Piñera (2018-) enfrentó la pandemia en un contexto crítico, marcado por la falta de legitimidad y el descrédito de su gobierno, y del sistema político en su conjunto. Poco antes de que se dieran a conocer los primeros casos de coronavirus, el país atravesaba un proceso de gran conflictividad, con movilizaciones sociales y una política de represión estatal. Si bien el país cerró sus fronteras el 18 de marzo, y ordenó la interrupción de clases presenciales (retomadas de forma paulatina en octubre), el gobierno fue renuente a reglamentar una cuarentena obligatoria, medida que finalmente fue anunciada en el mes de mayo (dos meses después de que lo hicieran Argentina, Colombia y Perú), ante el inminente desborde del sistema sanitario.

Para garantizar el cumplimiento de la cuarentena, Chile determinó el estado de catástrofe y diferentes toques de queda acompañados por la presencia de militares, la cual fue fundamental en algunos sitios¹⁰. El informe de movilidad de Google¹¹ para el Área Metropolitana de Santiago indica que el uso de lugares de ocio se modificó en menor medida que en Argentina y Brasil (-25%). Con respecto a la variación del uso de transporte público, este documento indica una mayor alteración que Brasil, aunque menor que Argentina.

Aunque el gobierno chileno anunció el destino de 5,7 puntos del PBI para atender la pandemia (Cepal, 2020), estos recursos resultaron insuficientes para evitar el colapso del sistema sanitario. En el país la inversión pública

9 El Litoral. (5 de agosto de 2020). *Colapsa el sistema de salud en seis estados brasileiros*. Recuperado de www.ellitoral.com/index.php/id_um/238618-colapsa-el-sistema-de-salud-en-seis-estados-brasileiros-tanto-la-red-publica-como-la-privada-internacionales.html

10 Rojas Sasse, E. (31 de marzo de 2020). *América Latina: el coronavirus favorece la militarización de la seguridad pública*. DW. Made for minds. Recuperado de <https://www.dw.com/es/am%C3%A9rica-latina-el-coronavirus-favorece-la-militarizaci%C3%B3n-de-la-seguridad-p%C3%BAblica/a-52974691>

11 Google. (9 de marzo de 2021). *Cambios en la movilidad. Región Metropolitana*. Recuperado de https://www.gstatic.com/covid19/mobility/2021-03-09_CL_Santiago_Metropolitan_Region_Mobility_Report_es-419.pdf

en I+D es del 36%, solo un punto por arriba de la inversión privada que alcanza el 34,9%, y el mismo panorama se replica en el sector salud, donde el gasto privado y público son prácticamente equivalentes. Según las cifras de la OPS (2020), el número de camas UCI es bajo, pues el país solo contaba con 6,4 por cada 100.000 habitantes. La misma situación ocurre a nivel de personal médico por habitantes (enfermeras y médicos), el cual es uno de los más precarios en la región. Aunque hubo una drástica reducción de la movilidad¹², la falta de adopción de una cuarentena temprana, con un sistema de salud que, comparado con otros países de la región resulta ser uno de los más limitados, implicó el derrumbe de la estructura sanitaria en la región metropolitana, la cual concentra el 37% de la población del país (Nercesian, Cassaglia, & Morales Castro, 2020).

En Colombia, pese al centralismo político, el manejo inicial de la pandemia por parte del gobierno de Iván Duque (2018-) provocó varios desacuerdos con las autoridades locales debido a la falta de adopción de medidas sociosanitarias tempranas y eficientes por parte del gobierno nacional, y el desconocimiento de las acciones sanitarias implantadas en las esferas locales. En un comienzo, el gobierno nacional fue reticente al cierre de fronteras aéreas y al decreto de la cuarentena obligatoria, estrategias que finalmente fueron implementadas el 23 y 25 de marzo respectivamente. A su vez, se cancelaron las clases presenciales el 16 de marzo, disposición que se mantuvo vigente a lo largo del año. A las pocas semanas de haber impuesto el ASPO, el país fue testigo del fenómeno de los trapos rojos, un movimiento que buscaba visibilizar la falta de recursos y alimentos de los sectores vulnerables para quienes su único sustento provenía de la informalidad que alcanza el número de 47, 5%¹³. Esta situación condujo a una rápida flexibilización de la cuarentena en el mes de mayo y a la puesta en marcha de confinamientos sectorizados para garantizar la actividad económica y la descongestión permanente del sistema sanitario, el cual estuvo al límite de la paralización en reiteradas ocasiones¹⁴.

Al igual que en Chile, la inversión pública en I+D y en salud es similar a la magnitud de la inversión privada. Según la OPS (2020), Colombia es el tercer país que cuenta con más camas UCI después de Uruguay y Argentina

12 Google. (9 de marzo de 2021). *Cambios en la movilidad. Santiago de Chile*. Recuperado de https://www.gstatic.com/covid19/mobility/2021-01-03_CL_Santiago_Metropolitan_Region_Mobility_Reprt_en.pdf

13 Véase https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/ech/ech_informalidad/bol_geih_informalidad_ago20_oct20.pdf

14 D.W Made for minds. *Bogotá: se acerca el colapso sanitario*. Recuperado de <https://www.dw.com/es/bogotá-se-acerca-el-colapso-sanitario/av-54382205>

(10,54 por cada 100.000 habitantes). Si bien hubo un reconocimiento internacional en la política de testeos,¹⁵ las ayudas sociales no fueron suficientes y los recursos destinados para atender la emergencia resultaron escasos. La Cepal (2020) señala que Colombia destinó solamente 1,7 puntos de su PBI, presupuesto que resulta bajo si se compara con otros países de la región como Argentina, Brasil, Chile y Perú. Es importante enfatizar que, a pesar de la flexibilización de la cuarentena, las principales ciudades –especialmente Bogotá que concentra el 20% de la población del país– respetaron las medidas de aislamiento, pues, según el informe de movilidad de Google¹⁶, la urbe presentó variaciones drásticas en cuanto al uso de espacios públicos y actividades recreativas. El comportamiento social y las cuarentenas sectorizadas ayudaron a que no se detuviera el sistema sanitario.

En México López Obrador (2018-) asumió el cargo luego de casi cuarenta años de continuidad neoliberal en el país. El gobierno nacional no promulgó el cierre de fronteras; tampoco implementó la medida de cuarentena obligatoria, aunque se suspendieron las clases presenciales. Sobre la organización política de México, esta es federada y se debe remarcar la existencia de importantes contrastes entre zonas geográficas, grupos étnicos y niveles socioeconómicos (Lustig, 2008). El país presenta una inversión en salud (pública y privada) muy baja, inferior a los números esperados para su dimensión económica. Según la Organización para la Cooperación y el Desarrollo (OECD)¹⁷, el país solo posee 124 mil camas hospitalarias. Tampoco la inversión en I+D se condice con la dimensión del territorio y su lugar en la economía mundial. Las políticas sanitarias que se activaron en México fueron más laxas y de menor alcance; inclusive no hubo una cuarentena en sentido estricto y no se obligó a la población a permanecer en su lugar de residencia. La política gubernamental hizo énfasis en mantener la «sana distancia» y, de hecho, los informes sobre movilidad realizados por Google¹⁸ evidencian que el país fue uno de los que menos respetó el distanciamiento social en América Latina.

En Perú se decretó, tempranamente, tanto el cierre de fronteras como la cuarentena obligatoria (ambas medidas el 15 de marzo). Esta última se extendió hasta el 1 de julio, es decir, que allí la cuarentena tuvo una duración de 107 días en total, aunque, en el mes de mayo, el gobierno nacional habi-

15 Organización Panamericana de la Salud. *Colombia*. Recuperado de https://www.paho.org/sites/default/files/colombia_caso_respuesta_covid19_julio_2020.pdf

16 Google. (9 de marzo de 2021). *Cambios en la movilidad. Bogotá*. Recuperado de https://www.gstatic.com/covid19/mobility/2021-01-03_CO_Bogota_Mobility_Report_en.pdf

17 Véase https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_REAC

18 Véase <https://www.google.com/covid19/mobility>

litó algunas actividades. La supresión de las clases presenciales en colegios y universidades inició el 11 de marzo y se mantuvo a lo largo del año. Sin embargo, la situación sanitaria convivió con un contexto político crítico.

El gobierno de Martín Vizcarra (2018-2020) recibió una declaración de vacancia por incapacidad moral y, luego, se sucedieron los gobiernos interinos de Manuel Merino (por cinco días) y Francisco Rafael Sagasti (2020-). Aunque el país tomó medidas tempranas para controlar el avance de la pandemia, con una cuarentena estricta que incluyó el toque de queda, las capacidades sanitarias instaladas se saturaron y los sistemas de salud se vieron desbordados. Perú es uno de los países que menos inversión tiene en I+D y en salud. Según la OPS (2020), el número de UCI es de 2,58 por cada 100.000 habitantes. A pesar de la importante inyección de recursos que el gobierno nacional designó para atender la pandemia, la cual constituye alrededor del 4,8 del PBI (Cepal, 2020), el alto índice de informalidad – que se estima es cercano al 70% (Nercesian, Cassaglia, & Morales Castro, 2020)– y el precario sistema de salud produjeron la rápida propagación del virus a pesar de los esfuerzos por mantener el aislamiento social obligatorio. El informe de movilidad de Google para la región de Lima¹⁹ expone valores similares a los de Chile. La circulación comunitaria del virus, el alto número de contagios y el escaso número de camas UCI provocaron el desplome del sistema sanitario.

19 Google. (9 de marzo de 2021). *Cambios en la movilidad. Gobierno Regional de Lima*. Recuperado de https://www.gstatic.com/covid19/mobility/2021-03-09_PE_Lima_Region_Mobility_Report_es-419.pdf

Tabla 2
Inversión en salud e I+D

	Argentina	Brasil	Chile	Colombia	México	Perú
Población total (2020)	45.196.000	212.559.000	19.116.000	50.883.000	128.933.000	32.972.000
Puesto en la economía en el mundo (2018)	24	9	40	37	15	49
USD per cápita en salud pública (2017)	959	389	692	311	255	211
USD per cápita en salud privada (2017)	359	539	690	148	240	121
USD per cápita en salud total (sectores público y privado)	1.318	928	1.382	459	495	332
% PBI destinado a I+D	0,5%	1,3%	0,4%	0,2%	0,5%	0,1%
Inversión pública en I+D (% sobre el total de la inversión en I+D) (2014)	74,0%	54,9%	36,0%	42,0%	60,8%	-

Fuente: Banco Mundial (BM); Organización Mundial de la Salud (OMS)

Tabla 3
Desarrollo humano y sistemas de salud

	Argentina	Brasil	Chile	Colombia	México	Perú
Índice de desarrollo humano (IDH) (2018)	0,830	0,761	0,847	0,761	0,767	0,759
Desarrollo humano						
IDH ajustado por desigualdad (2018)	0,714	0,574	0,673	0,585	0,595	0,612
Desigualdad en IDH (%) (2018)	14,0	24,5	20,5	23,1	22,5	19,4
Médicos cada 10 mil habitantes (2018)	39,6	21,5	10,8	20,8	22,5	12,7
Enfermeros cada 10 mil habitantes (2018)	26	97	9	13	29	14
Sistema de salud						
Camas de hospital cada 10 mil habitantes (2018)	50	22	22	15	15	16
Gasto público en salud (% PBI) (2016)	7,5	11,8	8,5	5,9	5,5	5,1

Fuente: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD)

3. Las políticas socioeconómicas

El costo en vidas humanas, el aislamiento social, las restricciones a la movilidad de personas y la circulación de bienes pusieron en tensión los preceptos económicos. La crisis sanitaria provocada por el coronavirus agudizó la recesión económica global, que se arrastraba desde la crisis financiera internacional de 2008 (Dörre, 2020), y alcanzó niveles comparables con la Gran Depresión de 1930 (Acosta & Guijarro, 2020).

En América Latina el derrumbe se exacerbó por la vulnerabilidad histórica de sus economías. Según proyecciones de Cepal, la contracción del PBI (promedio regional), en 2020, alcanzaría el 5,3%. En perspectiva histórica, esas cifras son equivalentes a la crisis de 1930 (5%) y la Primera Guerra Mundial (4,9%), y superan a la magnitud de la regresión sufrida en el año 2009 (2%) (Katz, 2020). La gravedad de la crisis en la región deriva de la convergencia de cuatro factores: el desplome de los precios de las materias primas; la recesión en China, el principal socio comercial, que ocasionará una caída de la demanda; la escasez de divisas por la retracción del turismo y el envío de remesas; y el deterioro de las cadenas globales de valor, que afectará particularmente al eslabón conformado por Centroamérica sobre la base del empleo intensivo de mano de obra no calificada. Para empeorar el cuadro, se redujeron las capacidades de endeudamiento regional.

El desempleo, la informalidad laboral y la pobreza son otros agravantes de la situación. El hacinamiento y las deficiencias en la provisión de agua y servicios sanitarios, en muchos casos, impidieron cumplir los requisitos del distanciamiento social y las medidas higiénicas preventivas del contagio (Nercesian, Cassaglia, & Morales Castro, 2020). Por añadidura, la emergencia sanitaria se yuxtapone a otras enfermedades infecciosas como el dengue. El desamparo de América Latina en estos aspectos se ve reflejado en la brecha sanitaria. El promedio regional de la inversión en salud es del 2,2% del PBI, por debajo de los 6 puntos porcentuales recomendados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), mientras que, en las llamadas economías avanzadas, ese número asciende a casi el 10%.

Tabla 4
Indicadores sociales

País	Pobreza extrema* (% de la población)	Pobreza** (% de la población)	Índice de Gini	Empleo informal (% total del empleo)	Desocupación (Tasa anual media)	Barrios marginales, asentamientos informales o viviendas inadecuadas (% población urbana)
Argentina	1,0 (2018)	9,6 (2018)	0,414 (2018)	49,4 (2019)	9,8 (2019)	16,7 (2014)
Brasil	4,4 (2018)	19,9 (2018)	0,538 (2019)	45,0 (2015)	11,9 (2019)	22,3 (2014)
Chile	0,3 (2017)	3,7 (2017)	0,454 (2017)	29,2 (2019)	7,2 (2019)	9,0 (2014)
Colombia	4,1 (2018)	27,8 (2018)	0,529 (2019)	62,1 (2019)	9,9 (2019)	13,1 (2014)
México	1,7 (2018)	23,0 (2018)	0,475 (2018)	-	3,5 (2019)	11,1 (2014)
Perú	2,6 (2018)	22,1 (2018)	0,429 (2019)	68,4 (2019)	3,9 (2019)	34,2 (2014)
América Latina (promedio)	4,4 (2018)	24,1 (2018)	0,460 (2019)	-	8,0 (2019)	21,0 (2014)

* Población que vive con menos de 1.9 dólares por día.

** Población que vive con menos de 5.5 dólares por día.

Fuente: Cepal. Organización Internacional del Trabajo (OIT)

En este marco crítico, el protagonismo del Estado como promotor de las economías ha sido notable, e incluso contradice el dogma neoliberal de libre regulación del mercado. Entre los países de la región, las diferencias en cuanto a la gestión de la pandemia revelaron las distintas formas de concebir el rol del Estado (Fantozzi, 2020). Un primer estilo de administración es el de Brasil, donde la actividad económica se acompañó de un discurso oficial elusivo del costo humano. El presidente Jair Bolsonaro minimizó las consecuencias sanitarias de la pandemia y presionó por la reapertura temprana de la actividad comercial y la movilidad de las personas, e incluso contravino las medidas tomadas a nivel sub-nacional por los distintos estados. Como resultado, Brasil ha tenido la menor caída del PBI en el largo plazo y, al mismo tiempo, el mayor ratio de muertes sobre la población.

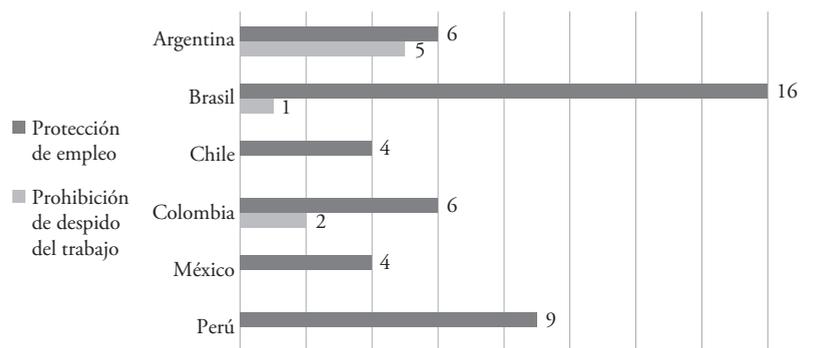
En Argentina la posición fue inversa. El discurso oficial tuvo un fuerte componente Estado-céntrico, que concebía al Estado como la columna vertebral de las políticas públicas para enfrentar la crisis, y se priorizó mitigar los efectos sociales de la pandemia en detrimento del impacto económico. A diferencia de Brasil, las estrategias públicas fueron diseñadas desde el gobierno central y coordinadas con los gobernadores de las provincias. Tanto en el plano discursivo como en la propia gestión, se exhibió un grado de articulación vertical y de coherencia que fue sostenido a lo largo del tiempo. Esto implicó que el gobierno nacional asumiera la responsabilidad de los resultados de las políticas sanitarias, así como también de la inevitable caída de la actividad económica.

El resto de los países se ubicó en medio de estos extremos conformando casos híbridos donde las disposiciones adoptadas y el discurso oficial oscilaron entre contener las implicancias sociales de la pandemia y mantener cierto grado de actividad económica. De acuerdo a sus capacidades estatales, estos países exhibieron un enfoque socio-céntrico que, a diferencia de la concepción estatista, puso mayor énfasis en la responsabilización de la sociedad civil frente a la pandemia

En lo relativo a las políticas socioeconómicas, los países de América Latina designaron recursos para atenuar la reducción de la actividad comercial. Sin embargo, el auxilio estatal fue inferior al de las llamadas economías centrales donde esos montos alcanzaron entre el 10% y casi el 20% del PBI, en Estados Unidos y Japón, respectivamente; en Argentina, Brasil y México la ayuda estatal se ubica entre el 0,7% y el 3,5% del PBI (Katz, 2020). La magnitud del capital dedicado al auxilio de las economías varía según el país y, en líneas generales, el destino de los planes fue dirigido hacia los asalariados, los sectores más precarizados y los empresarios.

Los efectos sociales de la pandemia redundaron en una mayor flexibilización del trabajo, acompañada de reducciones de haberes, suspensiones y despidos. La dimensión de la crisis en el mundo laboral ha dependido del grado de informalidad que existe en los países, aunque en toda la región el número es significativamente alto.

Figura 2
Políticas de empleo



Fuente: Cepal

En este campo aparecen dos estilos de gestión de la pandemia. Por un lado, Brasil implementó una batería de normativas destinadas al sostenimiento de la actividad económica, con un importante sesgo en favor de los empleadores, y solo subsidiariamente con el fin de proteger el empleo. Entre las más destacadas, se identifica la *Medida Provisória* (MP) N° 927 (del 22 de marzo, vigente hasta el 19 de julio), que permitió los acuerdos individuales entre empleador y empleado para poner en práctica el régimen de teletrabajo, entre otros mecanismos como la anticipación de vacaciones, feriados, la concesión de licencias colectivas y el aprovechamiento del banco de horas.²⁰ Como parte del *Programa Emergencial de Manutenção do Emprego e da Renda* (MP N° 936, sancionada como Ley N° 14.020 el 6 de julio), el gobierno federal ejecutó el *Programa Emergencial de Suporte a Empregos* (MP N° 944) por medio del cual financió el equivalente a dos meses del salario de los trabajadores de empresas con una facturación de entre 360 mil y 10 millones de R\$ (68 mil y 1,9 millones de USD) anuales. Solamente los empleadores beneficiados por esta medida se vieron prohibidos de despedir trabajadores sin causa.

²⁰ Sistema por el cual no se pagan horas extras por las jornadas laborales superiores a 8 horas, sino que son compensadas con la reducción de futuras jornadas dentro del plazo de un año.

Por contraste, Argentina fue el único país de los que analizamos que tomó medidas de prohibición de los despidos,²¹ las cuales se iniciaron el 31 de marzo por un plazo de 60 días (Decreto de Necesidad y Urgencia [DNU] N° 329) y se renovaron en mayo, septiembre y noviembre.²² En el caso de las suspensiones temporales, el gobierno negoció con la Unión Industrial Argentina (UIA) y la Confederación General del Trabajo (CGT) el pago de al menos el 75% del salario neto correspondiente (Resolución N° 475 Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social [MTEySS]). En total Argentina llevó a cabo menos precauciones, pero estas estuvieron enfocadas en la protección de los puestos de trabajo y los ingresos de los trabajadores.

Tabla 4
Cobertura de programas de protección social y empleo, medidas de protección durante la pandemia, variación interanual de la tasa de desocupación y empleo informal^{23 24}

	Argentina	Brasil	Chile	Colombia	México	Perú
Población cubierta por programas de protección social y empleo (% total de la población) (2016)	53,6	46,2	12,3	34,3	34,3	35,1
Medidas de protección social y empleo tomadas durante la pandemia	25	32	15	21	7	22
Tasas de desocupación 2019/2020 (variación interanual)	+1,4	+1,2	+3,6	+6	+1	+3,7
Empleo informal (% total del empleo) (2019)	49,4	45,0	29,2	62,1	-	68,4

Fuente: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (Unesco). Cepal. BM.

El cruce entre la modificación interanual (2019/2020) de la tasa de desempleo y la variable porcentaje de la que es beneficiaria de políticas de protección social y de empleo, manifiestan que los dos países cuyas políticas

21 Colombia también promulgó medidas al respecto, pero estas afectaron únicamente a las empresas privadas contratadas por el Estado (Decreto N° 488 Ministerio del Trabajo [MinTrabajo]).

22 En junio se estableció el pago de doble indemnización en caso de despido, medida que se extendió hasta el final del año.

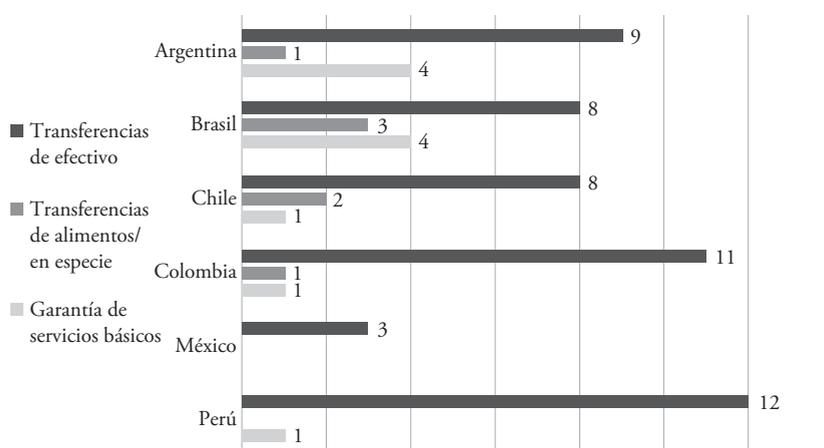
23 Google. *COVID-19 and human development*. Recuperado de <https://datastudio.google.com/u/0/reporting/abd4128c-7d8d-4411-b49a-ac04ab074e69/page/qk3NB>

24 Véase https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/documents/publication/wcms_764630.pdf

sociales tienen un mayor alcance en términos poblacionales, es decir, que presentan una mayor capacidad estatal (Argentina y Brasil), son los mismos que tuvieron una menor alteración en la tasa de desocupación. México tampoco presenta una variación importante, aunque la economía siguió funcionando por causa de las escasas medidas sanitarias. Por su parte, las políticas de amparo social en Colombia y Perú tienen un alcance más modesto, dato que coincide con un mayor aumento en las tasas de desocupación.

En materia de apoyo social a los más vulnerables, los planes asistenciales se han visto multiplicados con el objeto de proveer un recurso de emergencia a los sectores más precarizados que vieron abruptamente mermados sus ingresos. En algunos casos, este socorro alcanzó a las clases medias a través de alivios de erogaciones tales como alquileres, hipotecas y servicios.

Figura 3
Políticas de protección social



Fuente: Cepal

Se perfilan dos enfoques en la coordinación de la emergencia: uno de carácter asistencialista y el otro universal. Perú y Colombia se ubican en la primera estrategia y han tomado la mayor cantidad de medidas destinadas a otorgar transferencias sin contraprestación a determinados sectores de la población e, incluso, a territorios en condiciones particularmente vulnerables. En Perú el Estado adelantó el pago de los haberes a los beneficiarios de programas sociales del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (Midis), y aprobó transferencias a 800.000 trabajadores independientes, trabajadores que perciben menos de 2400 S/ (658 USD) ocupados por empresas de hasta 100 empleados que vieron sus actividades totalmente interrumpidas (Decreto de Urgencia [DU] N° 72) y alrededor de un millón de familias

rurales. Además, emitió un «Bono Familiar Universal» que alcanzó a más de 8 millones de personas que habían sido beneficiarias de los distintos bonos dispuestos previamente por el Gobierno. También, transfirió fondos al Gobierno Regional del Departamento de Cusco para enfrentar la emergencia sanitaria y a otros municipios para adquirir productos de primera necesidad.

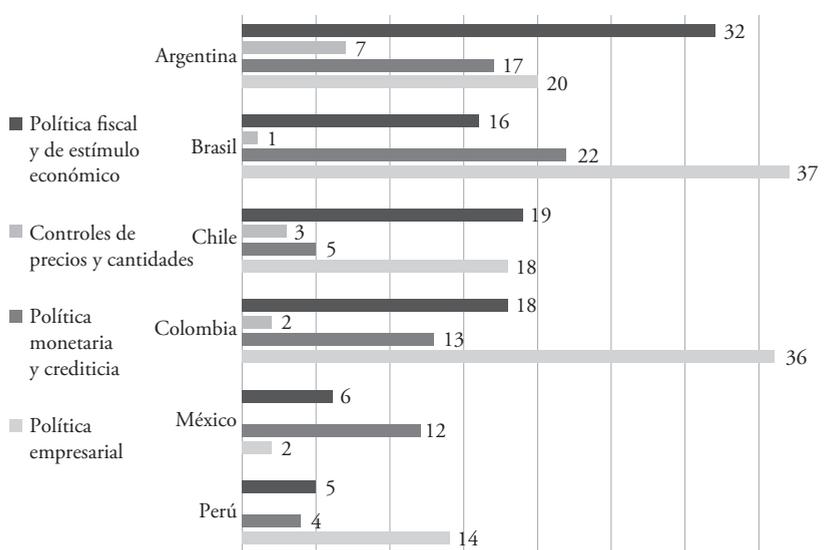
En Colombia se dispuso un ingreso extra para los beneficiarios de programas sociales (Decreto Legislativo [DL] N° 533 Ministerio del Trabajo [MinTrabajo]) y un «Ingreso Solidario» de 160 mil COP (46 USD) para unas 3 millones de familias del sector informal que no perciben ninguno de esos ingresos (DL N° 518 Ministerio de Hacienda y Crédito Público [MinHacienda]), además de un incentivo de dos pagos por 80 mil COP (23 USD) para unas 500 mil familias rurales (Decreto N° 486 Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural [MinAgricultura]).

Argentina y Brasil, en cambio, ofrecieron un enfoque de cobertura social de emergencia de carácter universal. Ello se debe a que ambos países poseen un sistema de protección social más robusto donde existían programas como la Asignación Universal por Hijo (AUH) y *Bolsa Familia*, respectivamente. Asimismo, en Argentina, se modificó el régimen de asignaciones familiares y los requerimientos para percibir las ayudas económicas, pues se buscaba extender el acceso a los beneficios de la AUH y la Asignación Universal por Embarazo (AUE) (DNU N°840). Además, se destinaron bonos adicionales por valores en torno a los 3 mil AR\$ (50 USD) para los perceptores de la AUH-AUE y favorecidos de otros planes sociales, jubilados y pensionados, y unas 550 mil personas con ingresos equivalentes a la mitad o menos del salario mínimo. Por último, se llevó a cabo el Ingreso Familiar de Emergencia (IFE) por un monto de 10 mil AR\$ (140 USD), destinado a monotributistas, trabajadores informales, beneficiarios de la AUH-AUE y Programa de Respaldo a Estudiantes de Argentina (Progresar). Las distintas prestaciones por desempleo fueron extendidas hasta el 31 de diciembre (a un 70% del valor inicial luego del 31 de mayo).

En Brasil, por medio de la Ley N° 13.982 (del 2 de abril) se creó un *auxilio emergencial* por el valor de 600 R\$ (114 USD) por persona durante tres meses, asignado a trabajadores informales y contribuyentes a la seguridad social con un ingreso familiar menor a tres salarios mínimos. Los adjudicatarios de otros programas sociales o ayudas por desempleo quedaban excluidos, no así los perceptores del *Bolsa Familia*, quienes pasarían a percibir el auxilio en caso de que fuera más ventajoso. El beneficio fue extendido luego por dos meses más, hasta septiembre (Decreto N° 10.412), cuando se instituyó un *auxilio emergencial residual* a ser percibido en hasta cuatro pagos de 300 R\$ (57 USD) hasta el mes de diciembre (MP N° 1.000).

Tanto Argentina como Brasil fueron los países que tomaron un mayor número de medidas para garantizar la continuidad de los servicios básicos con carácter universal. En Argentina se prohibió a las empresas prestadoras la suspensión y/o corte de servicios de energía eléctrica, gas y agua corriente, telefonía fija o móvil e Internet y TV por cable ante la mora de los usuarios hasta el año 2021 (DNU N° 543), y se congelaron las tarifas por el mismo plazo (DNU N° 690). Brasil también vetó la interrupción del servicio de energía eléctrica por falta de pago (Resolución N° 878 *Agência Nacional de Energia Elétrica* [ANEEL]) y asumió el costo de los beneficiarios de la *Tarifa Social de Energia Elétrica* (TSEE) (MP N° 949), que abarca a unas 9,8 millones de familias con un ingreso per cápita menor o igual a medio salario mínimo o receptoras de prestaciones de asistencia social.

Figura 4
Políticas económicas



Fuente: Cepal

En cuanto a las políticas económicas pueden identificarse dos enfoques. Uno orientado al apoyo de políticas favorables al sector empresarial, por ejemplo, a través de instrumentos crediticios, a fin de mantener el nivel de actividad y rentabilidad empresarial. El otro enfoque ha tenido una perspectiva más integral que apuntó a paliar la merma de la actividad económica por medio de una política fiscal expansiva y estímulos económicos que contemplaron el consumo como variable relevante, incluso a través de controles de precios y abastecimiento.

Con la excepción de Argentina, los países estudiados optaron por la primera modalidad. Brasil, Chile, Colombia, México y Perú redujeron la tasa de interés de referencia y abrieron múltiples líneas de crédito destinadas a los distintos sectores productivos, que alcanzaron en mayor o menor medida a las Pequeñas y Medianas Empresas (PyMEs). Estas medidas fueron acompañadas de exenciones y aplazamientos de gravámenes impositivos sobre el comercio exterior, las transacciones financieras y también de aportes patronales al sistema previsional para los sectores productivos. Chile, Colombia y Perú aplicaron subsidios ante el declive de la actividad en sectores específicos, tales como el turismo y el transporte local.

Como en Brasil, Colombia y Perú, Argentina estableció un programa de protección a las empresas dedicado a cubrir parte del salario de los trabajadores impedidos de realizar sus tareas debido a las restricciones a la movilidad y la emergencia sanitaria: el programa de Asistencia de emergencia al Trabajo y la Producción (ATP) (Decisión Administrativa [DECAD] N° 1133). Con la creación del programa de Recuperación Productiva (Repro) (Resolución N° 938 MTEySS), el alcance de la cobertura se expandió a aquellas empresas no incluidas en los sectores críticos definidos por el ATP, pero que sufrieron una contracción importante en sus actividades.

Argentina también recurrió, como el resto de los países, a la instauración de exenciones impositivas y líneas de crédito blandas, en particular para las PyMEs, pero, además, contempló métodos para estimular la demanda, en buena parte sustentadas en políticas públicas ya existentes. Incrementó la inversión pública en infraestructura por el equivalente al 0,5% del PBI, además de extender la línea de créditos Programa de Crédito Argentino del Bicentenario para la Vivienda Única Familiar (Procrear) a fin de estimular el sector de la construcción. También, apuntó al consumo a través de la extensión del programa de crédito «Ahora 12». Fue el único país de los estudiados que tomó medidas extensivas de control de precios, incluyendo alimentos, productos de higiene, medicamentos e insumos médicos (Resolución N° 100 Ministerio de Desarrollo Productivo [MDP]), congelamiento de alquileres, prórroga de contratos de locación y suspensión de desalojos (DNU N° 320). Ambas resoluciones fueron prorrogadas sucesivamente hasta el 31 de enero de 2021.

La recesión de la economía en todos los países implicó una reducción en las posibilidades de recaudación impositiva de las que disponen los Estados con sus actuales sistemas tributarios. Frente a esta situación, surgen como principales alternativas el endeudamiento o la activación de nuevos tributos. Como ya hemos mencionado, en un contexto de fuga de capitales, la opción de tomar deuda trae riesgos y condicionamientos que, a mediano

plazo, resultan perjudiciales para los países. Aun así Perú, Colombia y Brasil han optado por ese camino. En Argentina, en cambio, donde el acceso al crédito internacional es más dificultoso por la historia reciente del país, se impuso la otra alternativa bajo la forma del impuesto a las grandes fortunas. El 4 de diciembre de 2020, el Congreso aprobó la Ley de Aporte Solidario y Extraordinario por el cual el Estado exige el pago del 2% del patrimonio de las personas físicas que hayan declarado hasta la fecha de la promulgación de la ley activos por más de 200 millones de pesos. El impuesto permitirá obtener los fondos requeridos para la emergencia (unos 3800 millones de dólares), mediante una afectación mínima del patrimonio de 15 mil acaudalados. Aunque no representa una carga significativa para ese sector concentrado, que tributa poco por el carácter regresivo del sistema y oculta en el exterior las tres cuartas partes de sus patrimonios, la iniciativa fue duramente resistida.

4. Conclusión

En este artículo hemos analizado el desarrollo de las políticas estatales implementadas durante la pandemia, tomando en consideración las medidas sanitarias y socioeconómicas. Estudiamos seis casos nacionales elegidos por ser los países con mayor número de contagios: Argentina, Brasil, Chile, Colombia, México y Perú. Se trata de naciones con rasgos diferentes en cuanto a sus capacidades estatales, sus características sociodemográficas y los índices relacionados con el desarrollo humano, así como también sus diferencias en cuanto al perfil ideológico de los gobiernos y las élites estatales.

Argentina adoptó estrategias tempranas para el control de la pandemia que incluyeron un enfoque integral de medidas sanitarias, cuarentenas estrictas y prolongadas, y ampliación de los recursos en el área de salud. Las políticas socioeconómicas apuntaron a paliar los efectos de la recesión económica por medio de una gestión fiscal expansiva y estímulos que contemplaron el consumo como variable relevante, incluso a través de controles de precios y abastecimiento. Estas disposiciones fueron en buena medida canalizadas por las tácticas de protección social existentes y que son relevantes para un sector importante de la sociedad. Si bien las políticas resultaron insuficientes para resolver la inevitable caída de la actividad económica y la profundización de las desigualdades, el sistema sanitario no entró en colapso.

Brasil y México son países con economías grandes, Estados fuertes y desarrollo humano bajo. Por motivos diversos, ambos tuvieron una posición menos proactiva con relación a la pandemia, la cual, en el caso de Brasil, se podría caracterizar como negacionista. Allí se priorizó la actividad comercial sobre las políticas sanitarias y, por ello, hubo una menor caída del PBI.

Esta decisión se tradujo en un mayor ratio de muertes sobre población y sistemas de salud desbordados. Bolsonaro minimizó las consecuencias de la pandemia y mantuvo las actividades económicas y la movilidad de las personas incluso contraviniendo la posición de los gobernadores de los estados. En México no hubo medidas sanitarias estrictas y tampoco se asignaron estrategias socioeconómicas para paliar los efectos de la crisis causada por la pandemia, en un país con indicadores de desarrollo humano precarios, con poca inversión en salud, con altos índices de informalidad y con una herencia larga de políticas neoliberales.

Chile es un país con una economía mediana o pequeña, con un Estado centralista fuerte e índices de desarrollo humano altos, aunque con varias áreas de los servicios sociales privatizados. En cuanto a las políticas socioeconómicas, estas fueron intermedias: se tomaron medidas que oscilaron entre contener el impacto de la pandemia y mantener la actividad económica. La instauración tardía de la cuarentena total, sumado a un sistema de salud precario, produjeron el colapso del sistema sanitario en algunas áreas.

Colombia y Perú poseen economías intermedias o pequeñas, Estados débiles, con varias áreas privatizadas, índices de informalidad altos y desarrollo humano bajo. En el caso colombiano, no hubo desborde sanitario, en parte por un acertado manejo de la estrategia de testeos y la logística comunicacional, aunque hubo un deterioro importante de los indicadores sociales. En el caso de Perú, la implantación temprana de medidas sanitarias estrictas no fue suficiente para contrarrestar el colapso sanitario, en un país con débiles capacidades estatales, con un sistema de salud precario y con una elevada informalidad. En lo concerniente a las políticas socioeconómicas, ambos países aplicaron acciones con un enfoque menos estatista y más sociocéntricas, que descansaron en la responsabilización de la sociedad civil frente a la pandemia.

Salvo Argentina, en donde las políticas económicas tuvieron un enfoque integral que apuntaba a sostener la economía, con éxito relativo por causa de condiciones heredadas (entre las cuales se destaca la crónica restricción externa), el resto de los países orientó las políticas económicas al sostenimiento focalizado del sector empresarial, a través de instrumentos crediticios, a fin de mantener el nivel de actividad y rentabilidad corporativa.

El perfil de las gestiones públicas ejecutadas para atenuar la crisis, sanitaria, económica, social y humana causadas por la pandemia variaron según la combinación de factores de coyuntura, como la decisión política del gobierno, con elementos de largo plazo tales como las capacidades estatales, el estado de las estructuras de salud, y los indicadores económicos y sociales. La pandemia por coronavirus inició una serie de preguntas relativas al rol

del Estado y la gravedad de las desigualdades en los países de la región más inequitativa del mundo. Esta dramática experiencia debería proveer una posibilidad para repensar los entramados institucionales existentes, no solo en materia de salud y previsión, sino de las políticas gubernamentales en conjunto.

Siglas y abreviaturas

Agência Nacional de Energia Elétrica (ANEEL), Brasil
Aislamiento Preventivo Social Obligatorio (ASPO)
Asignación Universal por Embarazo (AUE), Argentina
Asignación Universal por Hijo (AUH), Argentina
Asistencia de emergencia al Trabajo y la Producción (ATP), Argentina
Confederación General del Trabajo (CGT), Argentina
Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Cepal)
Decisión Administrativa (DECAD), Argentina
Decreto de Necesidad y Urgencia (DNU), Argentina
Decreto de Urgencia (DU), Perú
Decreto Legislativo (DL), Colombia
Ingreso Familiar de Emergencia (IFE)
Medida Provisória (MP), Brasil
Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural (MinAgricultura), Colombia
Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (Midis), Perú
Ministerio de Desarrollo Productivo (MDP), Argentina
Ministerio de Hacienda y Crédito Público (MinHacienda), Colombia
Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social (MTEySS), Argentina
Ministerio del Trabajo (MinTrabajo), Colombia
Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (Unesco)
Organización Internacional del Trabajo (OIT)
Organización Mundial de la Salud (OMS)
Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE)
Organización Panamericana de la Salud (OPS)
Pequeñas y Medianas Empresas (PyMEs)
Programa de Crédito Argentino del Bicentenario para la Vivienda Única Familiar (Procrear), Argentina
Programa de Respaldo a Estudiantes de Argentina (Progresar), Argentina
Recuperación Productiva (Repro), Argentina
Tarifa Social de Energia Elétrica (TSEE), Brasil
Unión Industrial Argentina (UIA), Argentina

Referencias

- Acosta, A., & Cajas Guijarro, J. (2020). Del coronavirus a la gran transformación. Repensando la institucionalidad económica global. En *Posnormales* (pp. 151-168). Buenos Aires: Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio.
- Ansaldi, W. (2020). No solo con arcabuces conquistaron América. *Trabajo y Sociedad*, XXI(35), 195-201.
- Ansaldi, W., & Giordano, V. (2012). *América Latina. La construcción del orden*. Buenos Aires: Ariel.
- Armus, D. (2003). *Disease in the history of modern Latin America: from malaria to AIDS*. Londres: Duke University Press.
- Belardo, M. B., & Herrero, M. B. (2020). Negacionistas, gradualistas y estrictos. El complejo engranaje entre las políticas, el tiempo y los sistemas de salud. En *Posnormales* (pp. 91-128). Buenos Aires: Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio.
- Belmartino, S. (mayo, 2009). Las políticas de salud en el siglo XX: legados históricos. En *Quinto Foro del bicentenario. Panel de políticas de salud pública en el siglo XX*, Buenos Aires. Recuperado de <http://historiapolitica.com/datos/biblioteca/belmartino3.pdf>
- Benedictow, O. J., & Benedictow, O. L. (2004). *The Black Death, 1346-1353: the complete history*. Woodbridge y Rochester: Boydell & Brewer.
- Briggs, A. (1961). Cholera and society in the nineteenth century. *Past & Present*, 19, 76-96.
- Cook, N. D. (1998). *Born to die: disease and New World conquest, 1492-1650* (Vol. 1). Nueva York y Cambridge: Cambridge University Press.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2020). *Panorama Fiscal de América Latina y el Caribe, 2020: la política fiscal ante la crisis derivada de la pandemia de la enfermedad por coronavirus (COVID-19)*. Cepal. Recuperado de https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45730/5/S2000154_es.pdf
- Cueto, M. (1997). *El regreso de las epidemias. Salud y sociedad en el Perú del siglo XX*. Lima: Instituto de Estudios Peruanos.
- Dörre, K. (2020). La pandemia del coronavirus: una catástrofe global explosiva. *Astrolabio Nueva Época: Revista digital del Centro de Investigaciones y Estudios sobre Cultura y Sociedad*, 25, 119-145.
- Fantozzi, A. (2021). ¿Gobernar es cuidar? Los estilos de gestión de la pandemia en América del Sur: los casos de Argentina, Brasil y Uruguay. *Trabajo y Sociedad*, XXII(36), 145-173.
- Fiquepron, M. (2020). *Morir en las grandes pestes: Las epidemias de cólera y fiebre amarilla en la Buenos Aires del siglo XIX*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- García Cáceres, U. (2003). La implantación de la viruela en los Andes, la historia de un holocausto. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 20(1), 41-50.
- Guerra, F. (1988). Origen de las epidemias en la conquista de América. *Quinto centenario*, 14, 43.
- Isuani, F. J. (2012). Instrumentos de políticas públicas. Factores claves de las capacidades estatales. *Documentos y aportes en administración pública y gestión estatal*, 12(19), 51-74.
- Katz, C. (2020). Confluencia del virus en América Latina. En *Posnormales* (pp. 129-150). Buenos Aires: Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio.
- Lechner, N. (1977). *La crisis del Estado en América Latina*. Caracas: Cid Editor.

- Lustig, N. (2008). Políticas públicas y salud en México. *Revista Nexos*, 358.
- Molano Camargo, F. (FrankMolano). (5 de mayo de 2020). *Sexta sesión. Covid-19. Capitalismo financiero*. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=pEMbJcn6nfo>
- Navarrete, F. (2019). *¿Quién conquistó México?* México D.F: Debate.
- Nercesian, I., Cassaglia, R., & Morales Castro V. (2020). *La agenda social de la pandemia. Las ciudades en perspectiva comparada*. Spoiler. Recuperado de <http://espoiler sociales.uba.ar/2020/06/03/la-agenda-social-en-la-pandemia-las-ciudades-en-los-sectores-mas-vulnerables-en-clave-comparada/>
- O'Donnell, O., & Oszlak, O. (1981). *Estado y políticas estatales en América Latina: hacia una estrategia de investigación*. (Documento de trabajo N° 4). Buenos Aires: Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES)/G.E. CLACSO.
- Organización Panamericana de la Salud. (2020). *Monitoreo de la respuesta de países sudamericanos frente a la pandemia de COVID-19*. OPS. Recuperado de <https://www.paho.org/es/documentos/monitoreo-respuesta-paises-sudamericanos-frente-pandemia-covid-19>
- Oszlak, O. (1978). *Formación histórica del Estado en América Latina: elementos teórico-metodológicos para su estudio*. Buenos Aires: Centro de Estudios de Estado y Sociedad.
- Pascual, C. M. (2017). La epidemia de cólera como condensador de sentidos: culturas urbanas, narraciones clínicas y políticas higiénicas en Rosario, Argentina, 1886-1887. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 24(2), 295-311.
- Ramacciotti, K. I. R., & Rayez, F. (2020). La pandemia de coronavirus y el consejo de los expertos médicos. Reflexiones desde la historia. *Prácticas de Oficio. Investigación y reflexión en Ciencias Sociales*, 25, 16-16.
- Rosemberg, C. E., & Golden, J. L. (Eds.). (1992). *Framing disease: studies in cultural history*. New Brunswick: Rutgers University Press.
- Therborn, G. ([1979] 2016). *¿Cómo nos domina la clase dominante?* Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Universidad Javeriana. (2020). *La transparencia en el uso de los recursos para atender la emergencia*. Bogotá: Universidad Javeriana. Recuperado de <https://imgcdn.larepublica.co/cms/2020/06/23170047/Transparencia-fiscal-COVID-19.pdf>

