

# (IN)CAPACIDADES DE POLÍTICA EN TIEMPOS DE COVID-19: COMPRENDIENDO LAS RESPUESTAS ECONÓMICAS DE COLOMBIA Y ECUADOR

**Diana Marcela Paz- Gómez**, Doctora (c) en Políticas Públicas. Miembro del Grupo de Investigación en Políticas Públicas y Territorio. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (Flacso) - Sede Ecuador. Correo electrónico: dmpazfl@flacso.edu.ec

**María Caridad Santelices Enríquez**, Magister (c) en Estudios Urbanos. Miembro del Grupo de Investigación en Políticas Públicas y Territorio. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (Flacso) - Sede Ecuador. Correo electrónico: mcsantelicesfl@flacso.edu.ec

## RESUMEN

Este artículo busca comprender las diferencias y similitudes en las respuestas económicas y de salud adoptadas por los gobiernos de Colombia y Ecuador para hacer frente a la pandemia por Covid-19. Para ello, clasificamos las medidas implementadas y las asociamos a las capacidades fiscales y organizativas en cada país. Los resultados demuestran semejanzas en la implementación de medidas para reducir los impactos negativos sobre el sector empresarial y turístico; mientras que se evidencian grandes contrastes en las medidas de estímulo fiscal, que incluye la renegociación de la deuda externa, y en la distancia temporal para la implementación de medidas sanitarias.

**Palabras clave:** Capacidades de política; respuestas económicas; instrumentos de política; Covid-19.

## POLICY (IN) CAPACITY IN COVID-19'S TIMES: UNDERSTANDING THE ECONOMIC RESPONSES OF COLOMBIA AND ECUADOR

### ABSTRACT

This article seeks to understand the differences and similarities in the economic and health responses adopted by the governments of Colombia and Ecuador to address the Covid-19 pandemic. Therefore, we classify the measures implemented and associate them with the fiscal and organizational capacities in each country. The results show similarities in the implementation of measures to reduce the negative impacts on the business and tourism sectors, while there are great contrasts in the fiscal stimulus measures, which include the renegociation of the foreign debt, and in the time frame for the implementation of health measures.

**Keywords:** Policy capacity; economic responses; policy tools; Covid-19.

**Fecha de recepción:** 02/11/2020

**Fecha de aprobación:** 30/11/2020

[72]

## INTRODUCCIÓN

La pandemia por Covid-19 ha significado un desafío mayor para los países con sistemas de salud deficientes, economías inestables y ninguna experiencia frente a este tipo de enfermedades. El inicio del brote tocó con fuerza al Asia oriental y rápidamente se fue extendiendo por Europa y América del Norte, llegando finalmente a Latinoamérica. Estos últimos gobiernos se enfrentaron a un virus desconocido asociado al Síndrome Respiratorio Agudo Grave (SARS), cuando ni siquiera han logrado erradicar la mortalidad infantil y materna, las enfermedades infecciosas, la desnutrición y además, con un cuadro de enfermedades crónicas que representan en conjunto, los principales problemas de salud en la región (enfermedades cardiovasculares y respiratorias, diabetes y cáncer) (OPS, 2017).

Hasta mediados del 2020, la región andina había reportado 799.826 casos confirmados y 35.011 muertes por Covid-19. Mientras que países como Bolivia, Ecuador y Perú se enfrentaban también a un aumento exponencial de casos por dengue con respecto al mismo periodo en 2019. Ecuador por ejemplo, registró 11.639 casos en este año versus 4.799 en 2019 y Colombia estaba dentro de los países bajo observación del comportamiento del dengue por parte de la OPS- Organización Panamericana de la Salud (OPS & OMS, 2020). De acuerdo con los datos del *Center for Systems Science and Engineering* (CSSE) de la *Johns Hopkins University*, al primero de noviembre, la misma región registra 2.287.263 casos confirmados y 87.684 muertes por Covid-19<sup>1</sup>.

Tras el primer caso confirmado en América Latina el 26 de febrero y el primer caso confirmado en la región andina el 29 de febrero, los países comenzaron a implementar medidas lentas y débiles que se hicieron más restrictivas tras el aumento de los contagios. Esto conllevó no sólo a que América Latina a mediados de año, se convirtiera en la región con más casos confirmados a nivel mundial, sino también a que su economía se impactara negativamente. Para octubre del 2019, el Banco Mundial (BM) pronosticó un crecimiento del 1,8% en 2020 para la región (Banco Mundial, 2019). Empero, el último reporte de junio de 2020 reveló que la contracción de la economía pasó del 4,6% en abril a 7,2% en junio y que los impactos económicos serían mayores que la crisis de la deuda latinoamericana en los años ochenta (Banco Mundial, 2020a, 2020b).

De los países de la región andina<sup>2</sup>, Perú presenta una contracción de su economía del 12% mucho mayor que el promedio latinoamericano; mientras que Colombia presenta el indicador más bajo en comparación a sus homólogos, con un 4,9%, seguido de Bolivia con un 5,9% y finalmente Ecuador con un 7,4%. No obstante, en comparación con países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OECD por sus siglas en inglés) de tener una segunda ola de contagios masivos que obliguen medidas restrictivas, Colombia presentaría una contracción del PIB de un 7,9% similar al de Chile con un 7,1%, para este caso Brasil y México registrarían mayores contracciones a la economía con un 9,1% y un 8,6% respectivamente (AS/COA, 2020).

Bajo este contexto, la discusión propuesta en este artículo va más allá de la epidemiología del Covid-19 y aborda desde una perspectiva de política pública, las respuestas económicas y de salud de los gobiernos de Colombia y Ecuador. De forma descriptiva, respondemos a las preguntas so-

1 No incluye datos sobre Venezuela.

2 No incluye datos sobre Venezuela.

bre ¿Qué medidas implementaron los gobiernos de Colombia y Ecuador? Y ¿En qué medida estas respuestas fueron similares y en qué se diferenciaron y por qué? Para ello, partimos del patrón de aparición de la enfermedad y la adopción de las medidas económicas y de salud en torno a las capacidades fiscales y organizativas en cada país.

El debate se organiza en dos fases. La primera caracteriza el contexto y la definición del problema del Covid-19 en el mundo y la región, buscando precisar los puntos de acuerdo claves a los que llegaron los gobiernos y expertos sobre qué es la enfermedad y sus impactos sobre la población, orientados principalmente a medidas de salud. La segunda, identifica las medidas económicas y de salud de acuerdo con las capacidades fiscales y organizativas de cada país, con el fin de describir las relaciones entre medidas y capacidades de política.

## **METODOLOGÍA**

Metodológicamente, este artículo propone un análisis de tipo cualitativo-descriptivo en torno a la evolución del Covid-19 y las respuestas económicas y de salud de los gobiernos de Colombia y Ecuador, asociando las capacidades fiscales y organizativas con las que contaban al inicio y durante la pandemia. En principio, se analizan descriptivamente los datos sobre la aparición del virus, el número de casos y las tasas de letalidad con datos actualizados al 1 de noviembre del 2020 tomados del *Center for Systems Science and Engineering (CSSE) de Johns Hopkins University and Medicine*.

[74]

Para fines analíticos, se clasifican los instrumentos adoptados por cada país a partir de lo establecido por el Observatorio Covid-19 en América Latina y el Caribe de Naciones Unidas y la CEPAL. Las acciones económicas responden al conjunto de medidas sobre las políticas fiscales, monetarias y comerciales, las restricciones a la actividad económica, el control sobre los precios, los estímulos económicos, la regulación del mercado de higiene personal y productos de limpieza y alivios a las deudas. Por su parte, las acciones de salud consideran medidas sobre emergencia en salud, cobertura obligatoria, cuarentena obligatoria a viajeros, casos sospechosos o confirmados, cuarentenas nacionales obligatorias, coberturas de pruebas y hospitales.

Finalmente, para asociar las medidas implementadas a las capacidades de los gobiernos, se toma el modelo de capacidades de política propuesto por (Wu et al., 2018) que permite identificar la intensidad o rigurosidad con la que se desplegaron los instrumentos y los recursos destinados al conjunto de medidas. Las técnicas de recolección de datos utilizadas consideran la revisión de informes institucionales, noticias y bases de datos oficiales de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Panamericana de la Salud (OPS), CoronaNet y el Observatorio Covid-19 en América Latina y el Caribe de la Cepal y Naciones Unidas.

## **EL CONTEXTO EMERGENTE DEL COVID-19**

El 31 de diciembre del 2019, la Comisión Municipal de Salud de Wuhan, Provincia de Hubei en China, informa a la OMS de la presencia de casos por neumonía de etiología desconocida (OMS, 2020b). Tres días después, a inicios del 2020, el gobierno chino da a conocer que se registran 44 casos por neumonía de causa desconocida, de los cuales 11 pacientes estaban en estado grave. Se ordena el cierre del mercado de venta al por mayor de pescado y animales vivos en Wuhan, puesto que los casos estaban asociados con este lugar. China respondió al inicio del virus, con aislamientos

de pacientes contagiados y un rastreo de casos; mientras que la OMS recomendó buscar atención médica a personas que después de haber viajado a China, presentaran síntomas.

Para el 13 de enero ya se registraba el primer caso por Covid-19 fuera de China, en Tailandia. Un mes después de darse a conocer los casos de neumonía en Wuhan, el 30 de enero el Comité de Emergencias de la OMS, declara el brote de la enfermedad del nuevo coronavirus relacionado con el Síndrome Respiratorio Agudo Grave SARS-CoV-2 que produce la enfermedad del Covid-19 (Coronaviridae Study Group, 2020) una emergencia de salud pública de importancia internacional (ESPII), señalando la presencia de 7.818 casos confirmados en China y 18 países más (OMS, 2020a).

Dentro de las primeras medidas adoptadas por la OMS durante esta fase, estuvo la publicación del Plan Estratégico de Preparación y Respuesta para los gobiernos con sistemas de salud débiles (OMS, 2020d) y la misión de expertos de países como Alemania, Canadá, Estados Unidos, Japón, Corea del Sur, Rusia y Singapur que viajaron a China para definir factores claves del nuevo coronavirus (OMS, 2020c).

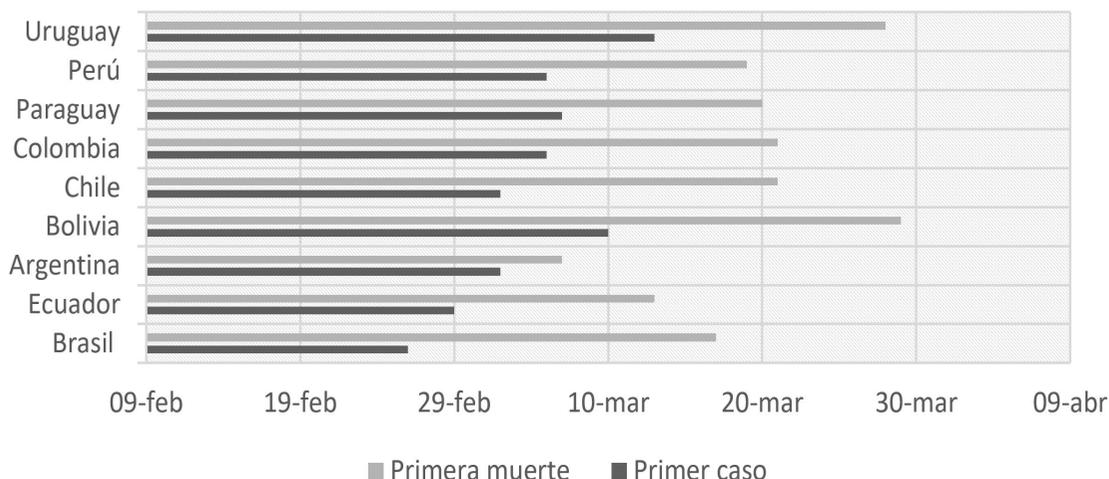
Tres meses después de registrarse los primeros casos, la OMS declara el 11 de marzo de 2020 a la nueva enfermedad por coronavirus como una pandemia. En alocución, el director general, señaló que la expansión del virus fuera de China se había triplicado y que para la fecha, contábamos con 118.000 casos de contagios y 4.291 muertes, por lo que llamó a la adopción de medidas urgentes y agresivas por parte de los gobiernos, sobre todo aquellos que presentaban falta de capacidades, recursos y determinación.

Desde la OMS hemos llevado a cabo una evaluación permanente de este brote y estamos profundamente preocupados tanto por los alarmantes niveles de propagación y gravedad, como por los alarmantes niveles de inacción. Por estas razones, hemos llegado a la conclusión de que el Covid-19 puede considerarse una pandemia (parte de la alocución del Director General de la OMS: (Ghebreyesus, 2020).

Los primeros países en enfrentarse al brote por Covid-19 contaban con experiencia producto de anteriores contagios asociados al coronavirus. En 2003, países como China, Corea del Sur y Singapur respondieron a la epidemia por la enfermedad del SARS logrando contenerla ocho meses después (Thompson, 2013). En 2012, nuevamente los países asiáticos se enfrentan a un nuevo virus proveniente de Arabia Saudita que producía la enfermedad del MERS (Síndrome Respiratorio del Oriente Medio) relacionado con la familia de coronavirus asociados al virus MERS-CoV (Coronaviridae Study Group, 2020).

Por otro lado, estaba el grupo de países que parecían casi inmunes observando desde la barrera, y sin imaginarse que el virus llegaría hasta sus regiones. El primer caso en las Américas se registró en Estados Unidos el 20 de enero (OPS, 2020) y hasta un mes después no se habían registrado casos en América Latina. El 26 de febrero, Brasil anunció que un hombre de 61 años que había regresado de un viaje al norte de Italia era el primer caso positivo en la región, aun así, los gobiernos mantuvieron un esquema laxo frente al Covid-19. Días más tarde, el 29 de febrero Ecuador confirma su primer caso en una mujer de 71 años proveniente de España y quien fallece el 13 de marzo (Gonzalez et al., 2020).

**Gráfico 1.** Patrón de aparición de contagios y primeras muertes por Covid-19 en países de América del Sur



Fuente: elaboración con base en el informe del Americas Society Council of the Americas AS/COA (Gonzalez et al., 2020).

[76]

Argentina a pesar de confirmar su primer caso positivo el 3 de marzo, fue el primer país en América Latina en anunciar la muerte de un hombre de 64 años por cuenta del Covid-19 el 7 de marzo (Gonzalez et al., 2020). En la misma fecha, Chile registró su primer caso en un médico de 33 años que regresaba de Asia y, Colombia el 6 de marzo, con una mujer de 19 años que regresaba de Italia. Paraguay por su parte, registró el primer caso el 7 de marzo con un hombre de 32 años que regresaba de Ecuador, siendo el primer caso de contagio importado de la misma región. Uruguay fue el último país en registrar los primeros casos positivos el 13 de marzo (ver gráfico 1).

Rápidamente el virus se extendió por toda la región. En los primeros noventa días de contagio Uruguay era el único país de América del Sur que no se encontraba en fase de transmisión comunitaria; mientras que las mayores tasas de letalidad del virus se registraban en Ecuador y Brasil (Acosta, 2020, p. 109). Los medios de comunicación comenzaron a registrar la compleja situación en la provincia del Guayas (Ecuador) que se había convertido en el epicentro del virus, por lo que el 11 de marzo el presidente Lenín Moreno declara la emergencia de salud nacional y días después, el 16 de marzo el estado de excepción que incluyó medidas altamente restrictivas a la movilidad.

**Tabla 1.** Comparado por tiempo de casos por Covid-19 en países de América del Sur

País	Primeros 90 días			Datos actualizados a 1 nov		
	Número de casos	Número de muertes confirmadas	Tasa letalidad (%)	Número de casos	Número de muertes confirmadas	Tasa letalidad (%)
Argentina	17.402	556	3,2	1.173.533	31.140	2,7
Bolivia	13.949	475	3,4	141.757	8.725	6,2
Brasil	363.211	22666	6,2	5.535.605	159.884	2,9
Chile	99.688	1054	1,1	511.864	14.247	2,8
Colombia	33.354	1045	3,1	1.073.809	31.799	3,0
Ecuador	38.471	3.313	8,6	169.194	12.684	7,5
Perú	178.914	4.894	2,7	902.503	34.476	3,8
Uruguay	847	23	2,7	3.149	59	1,9
Paraguay	1.086	11	1,0	63.185	1.404	2,2

Fuente: Elaboración con base en (Acosta, 2020) y (CSSE, 2020) at Johns Hopkins University.

Colombia por su parte, aunque con pocos casos al principio del brote, es el octavo país del mundo con más brotes. Como medida frente a la pandemia, el presidente Iván Duque declara la emergencia sanitaria nacional el 12 de marzo y un estado inicial de emergencia el 17 de marzo. Para el 21 de marzo se registró la primera muerte por Covid-19 en un paciente de 58 años en Cartagena, mismo día en que el presidente, nombra a Luis Guillermo Plata como gerente para coordinar la respuesta al coronavirus en el país, cargo que terminó en octubre, días más tarde el 24 de marzo, se declara cuarentena nacional.

Por su parte, la respuesta uruguaya a la crisis parece ser de las más sólidas y rápidas en la región. En los primeros 90 días tan solo registraba 847 contagios y hasta la fecha 59 muertes por Covid-19. Por su parte, el presidente Luis Lacalle Pou declara la emergencia sanitaria el mismo día que se confirman los primeros casos y Uruguay despliega la estrategia de aplicar 1.000 pruebas diarias, con un total de 81.73 por cada mil personas. Para el 13 de octubre, el país ya había anunciado una inversión de \$2.5 millones para adquirir 1.5 millones de dosis de la vacuna cuando esté disponible (Gonzalez et al., 2020).

Los gobiernos comenzaron a desplegar medidas que paulatinamente se fortalecieron. De acuerdo con la información del Observatorio Covid-19 de la CEPAL, dentro del sector económico los países de América del Sur han adoptado un total de 404 medidas económicas, de las cuales 146 se enfocan en políticas empresariales y 84 a la política fiscal (CEPAL, 2020). Colombia se caracteriza por tener una mayor cantidad de medidas económicas en comparación a los países de la región, con un total de 81 medidas, seguido de Brasil con 80. Ecuador presenta el menor número de medidas implementadas.

**Tabla 2.** Cantidad de medidas económicas implementadas en América del Sur

Países	BR	AR	CO	PE	CL	EC	BO	PY	UY	Total	
<b>Total de medidas económicas</b>	80	61	81	30	48	16	28	26	34	404	
<b>Cantidad de medidas por subsectores económicos</b>	política fiscal	15	7	17	5	9	4	14	10	3	84
	política monetaria	21	2	12	4	5	SD	1	7	2	54
	política empresarial	35	20	36	14	18	3	7	2	11	146
	estímulo económico	SD	12	1	SD	10	2	SD	2	SD	27
	alivio a la deuda o suspensión de pagos	SD	11	1	SD	SD	1	3	SD	7	23

Fuente: Elaboración propia con base en los datos del Observatorio Covid-19 de la CEPAL.

[78]

De las acciones en salud, se registra un total de 222 medidas desplegadas por los países de América del Sur, de los cuales Brasil registra el mayor número de acciones, seguido de Chile, Colombia y Perú. Los países que han implementado menos medidas de salud son Uruguay, Bolivia y Paraguay; mismos que registran menos casos por contagio, pero a su vez menos población. La cuarentena obligatoria ha sido una de las medidas mayormente adoptadas por los países de la región, con un total de 51 medidas, seguidas de las disposiciones de emergencia de salud que combinan las declaraciones de emergencias sanitarias a nivel nacional, los llamados a personal de salud a sumarse a la atención a la crisis y el distanciamiento individual. En menor grado, están las medidas asociadas al fortalecimiento de la infraestructura sanitaria y de salud, que constituye la creación de capacidades para responder al Covid-19 y a próximos escenarios pandémicos.

**Tabla 3.** Número de medidas de salud adoptadas en países de América del Sur

Países	BR	AR	CO	PE	CL	EC	BO	PY	UY	Total	
<b>Total de medidas en Salud</b>	76	16	28	22	48	10	7	8	7	222	
<b>Cantidad de medidas por subsectores de salud</b>	Emergencia de salud	1	1	7	3	9	1	1	2	1	26
	cuarentena obligatoria para viajeros y casos confirmados	3	1	1	1	5	1	SD	1	1	14
	Cuarentena general obligatoria	9	3	10	5	18	3	SD	1	2	51
	Expansión cobertura para exámenes gratuitos	1	2	1	SD	10	1	SD	1	1	16
	hospitales (infraestructura sanitaria)	4	5	2	5	SD	SD	1	1	SD	14

Fuente: Elaboración propia con base en los datos del Observatorio Covid-19 de la CEPAL.

Bajo este contexto regional, se analizarán de manera particular, las medidas adoptadas por los gobiernos de Colombia y Ecuador. La coherencia y consistencia del número de medidas económicas puede apuntar a una menor contracción del PIB en Colombia que en Ecuador; sin embargo,

analizar el contexto en el que se adoptan, permite identificar las (in) capacidades en la implementación, que ha conllevado a que Colombia presente más casos de contagio que Ecuador, pero que este último tenga una tasa mayor de letalidad.

### EL MODELO DE CAPACIDADES DE POLÍTICA

Desde el enfoque de la administración, referirse a capacidades es considerar la capacidad que tienen las instituciones para coordinar y prestar servicios públicos (Painter & Pierre, 2005) por lo que se relaciona fuertemente con el éxito en los resultados de las políticas (Woo, 2020). Las capacidades son propicias para responder a problemas o crisis que requieren inmediatez, por lo que la literatura ha identificado capacidades políticas, económicas, ideológicas, técnicas, de infraestructura, militares y fiscales (Bali & Ramesh, 2018; Howlett & Ramesh, 2016; Mukherjee & Bali, 2018).

Las capacidades han sido definidas en torno a las habilidades y los recursos con los que cuentan los gobiernos para diseñar políticas (Wu et al., 2015, 2018). Su conceptualización se da en términos de las aptitudes y competencias analíticas, operativas y políticas a nivel individual, organizativo y sistémico que tienen los gobiernos. El modelo de capacidades de política identifica las variaciones sobre la adopción de medidas a partir de un análisis del conjunto de habilidades y recursos del gobierno (Painter & Pierre, 2005) que varía entre recursos altos y bajos y habilidades y competencias altas y bajas.

Los niveles de recursos y capacidades se asocian con la preparación, planificación, recursos de gestión y organización de la que disponen los gobiernos ante una crisis (McConnell & Drennan, 2006); es decir, las capacidades claves con las que cuentan los gobiernos para enfrentar por primera vez la pandemia por Covid-19. Por su parte los indicadores de habilidades y competencias, se relacionan con experiencias pasadas, el conocimiento adquirido y el aprendizaje (Capano & Howlett, 2019). En este artículo se incluye a la capacidad fiscal relacionada con los recursos económicos, presupuestarios y fiscales con los que cuentan los gobiernos para dar respuestas oportunas (Woo, 2020).

Tabla 4. Capacidades de política: habilidades y recursos

Analítica		Habilidades y competencias		
		Análítica	Operacional	Política
Niveles de recursos y capacidades	Individual	Capacidad analítica individual	Capacidad operacional individual	Capacidad política individual
	Organizacional	Capacidad analítica organizacional	Capacidad operacional organizacional	Capacidad política organizacional
	Sistémica	Capacidad analítica sistémica	Capacidad operacional sistémica	Capacidad política sistémica

Fuente: Tomado de (Wu et al., 2015, p. 167).

Las respuestas ante las crisis y las capacidades que se adoptan o de las que se parta, consideran también el tipo de crisis que enfrentan. De acuerdo con la literatura se identifican tres tipos de crisis, las rápidas y graves en las que se necesita un mayor liderazgo; las crisis de inicio lento que permite un espacio de maniobra (Kehinde, 2014) y las crisis transnacionales consideradas así por las dinámicas que se generan a nivel global (Boin, 2019). Para efectos de este artículo, clasificamos

a la pandemia por Covid-19 como un tipo de crisis transnacional-rápida, con un despliegue de medidas que van desde las experiencias y aprendizajes existentes, hasta los recursos y capacidades ya creadas.

Tomamos la clasificación realizada por (Capano et al., 2020) en torno a los países que concentran un bajo nivel de experiencia y de recursos y capacidades para enfrentar el Covid-19, como es el caso de los gobiernos latinoamericanos. La categorización propone una definición de capacidades en cuatro bloques de países, basándose en su experiencia previa y organización (Lee et al., 2020; May, 1989; Moyson et al., 2017). En el primer bloque se encuentran los países asiáticos, que por su contexto cuentan con una experiencia previa al hacer frente a enfermedades respiratorias como el SARS-CoV-1, el H1N1 y el MERS. Se caracterizan por tener sistemas financieros y de salud sólidos, con suficiente información y con capacidades reales para responder a los impactos económicos, sociales y de salud pública por causa del Covid-19, por tanto adoptaron medidas tempranas, constantes y mayormente restrictivas (Hartley & Jarvis, 2020; Lee et al., 2020; Mei, 2020; Woo, 2020).

El segundo bloque está conformado por países con poca experiencia, que ya habían enfrentado epidemias como la del SARS-CoV-1 y el H1N1, cuentan con sistemas médicos de alta calidad y sistemas financieros sólidos. En este grupo destacan países europeos y de Norteamérica con respuestas tardías y débiles a la pandemia por Covid-19 (Bakir, 2020; Migone, 2020). En el tercer bloque están los países africanos, estos tienen experiencia en enfrentar enfermedades como el ébola y el VIH, pero no cuentan con recursos suficientes para enfrentar una pandemia por Covid-19. En este caso, las medidas se caracterizan por ser rápidas y restrictivas, teniendo como fin, contener el contagio masivo. Finalmente, están aquellos países que no estaban preparados y que tampoco tenían experiencia previa. En esta categoría se encuentran algunos países de Europa y América Latina, con medidas lentas y débiles al principio de la pandemia y con acciones restrictivas en la etapa de mayor contagio (Capano, 2020).

**Tabla 5.** Modelización de capacidades de acuerdo con la respuesta de los países

		Experiencia pasada relevante	
		Alta	Baja
Nivel de preparación pre- existente	Alta	Capacidad de los sistemas para manejar la enfermedad. Respuestas tempranas, lentas pero constantes y fuertes. Países: mayoría asiáticos	Preparado, pero con poca experiencia. Respuestas tardías, lentas y débiles Países: algunos europeos y de América del Norte
	Baja	Pocas capacidades para manejar la enfermedad, pero con mayor conocimiento. Respuestas tempranas, rápidas y fuertes Países: mayoría africanos	Conmocionados, poco informados y preparados. Respuestas tardías y luego de pánico Países: algunos europeos, de América del Norte y América Latina

Fuente: (Capano et al., 2020, p. 15).

Con el objetivo de analizar las medidas económicas y de salud en torno a las capacidades fiscales y organizativas, tomamos los casos de Colombia y Ecuador, identificados con niveles de preparación y experiencia bajos.

[80]

## ¿CÓMO SE DEFINIÓ EL PROBLEMA GLOBAL DE LA PANDEMIA POR COVID-19?

La comprensión del problema es fundamental para el diseño de las políticas. Definir de manera correcta un problema, conlleva a la formulación de objetivos claramente identificados y de alternativas adecuadas; la calidad y el acceso a la información también resulta ser clave al momento de definir el éxito o el fracaso de las acciones. Problemas bien estructurados, llevan a políticas más completas y a soluciones más apropiadas. En los últimos años, las estrategias de prevención y mitigación del riesgo de inundaciones o terremotos, por ejemplo, suelen ser más efectivas e integrales en la medida que cuentan con mayor y mejor información. No obstante, existen problemas que han sido difíciles de estructurar y que se constituyen como complejos y poco susceptibles de ser tratados por parte de los gobiernos (Howlett, 2019).

A esto se suman, aquellos problemas que la literatura ha definido como problemas *wicked* (Churchman, 1967). Son aquellos caracterizados por una pobre definición y un fuerte vínculo con otro tipo de problemas; es decir, hacen parte de una red de problemas que implica el despliegue de distintivos sectores de política y que están ligados a diferentes actores, además las soluciones a estos resultan poco evidentes (Peters, 2018). Pero también están los problemas de política difíciles de abordar, denominados problemas *super-wicked* (Levin et al., 2012). Estos incorporan, además de los atributos anteriores, las restricciones del tiempo que obliga a los formuladores de política, a tomar decisiones en un marco temporal corto, arriesgándose a consecuencias críticas (Peters, 2018, p. 66).

La pandemia por Covid-19 se ubica en la categoría de problema *super-wicked*, puesto que significó un desafío al que pocos estaban preparados (Capano, 2020). Se caracterizó por la inmediatez en las respuestas de los gobiernos, la limitación en los datos, la falta de consenso entre expertos, la incapacidad por medir el exceso o la insuficiencia de las acciones y las variaciones en los niveles de confianza o apoyo político a los gobiernos (Capano et al., 2020, p. 4).

A pesar de la existencia de enfermedades respiratorias asociadas a la especie del coronavirus en años anteriores, la gran mayoría de países no tenían la experiencia para responder a una pandemia que exigía respuestas rápidas para frenar la propagación y estrategias conjuntas con sectores económico, social, laboral y educativo. Las estrategias al principio de la pandemia entonces, se basaron en el conocimiento sobre los resultados efectivos para contener el SARS y el MERS como fue el distanciamiento social, el uso de protección y la restricción de aglomeraciones; empero, ni todos los gobiernos respondieron al mismo tiempo ni de la misma manera (Capano et al., 2020).

Los primeros países asiáticos en presentar casos de contagio por Covid-19, respondieron de la misma manera que en noviembre del 2002 con el brote de la enfermedad respiratoria del SARS que apareció en la provincia de Guangdong en China y que rápidamente se extendió a 30 países, entre ellos Singapur, Taiwán y Canadá (CDC, 2004). En este momento, el gobierno chino adoptó medidas como el cierre de carreteras y la paralización de actividades en las ciudades, mientras que el resto de los países optaron por el aislamiento, las cuarentenas y el uso de protección, lo que permitió la erradicación del virus en julio del 2003. En el mismo año, la OMS advirtió que “el mundo no está exento del SARS” (OMS, 2003).

A pesar de los impactos generados, esta epidemia incentivó a los gobiernos a crear capacidades en infraestructura de salud, de investigación y dotó de experiencia a la región para atender en

2012, la emergencia por el brote del síndrome respiratorio de medio oriente. El MERS aparece en Arabia Saudita con características similares al SARS, pero con una mayor tasa de letalidad y menor capacidad de contagio, a su vez, encontró sistemas de salud mucho más preparados y gobiernos con una actuación más rápida para prevenir la propagación (OMS, 2015). Si bien el MERS no ha logrado erradicarse, y desde el 2012 hasta el 2019 registraba un total de 858 muertes y 2494 contagios, la adopción de medidas como el aislamiento de personas contagiadas y el uso de protección ha logrado contener el contagio mayormente en centros de salud (OMS, 2019).

Los brotes por el SARS y el MERS llevaron a los países a construir capacidades fiscales para enfrentar los impactos económicos fuertes después de los cierres masivos y dotando de *expertise* a los gobiernos, para adoptar medidas que controlaron el brote del nuevo coronavirus sin cierres que impacten negativamente la economía de sus países (Lee et al., 2020). Tras el brote del SARS, los países de Asia Oriental adoptaron medidas de aislamiento y cuarentenas estrictas, que produjeron una rebaja del casi 0,3% de la economía regional, afectado principalmente al sector turismo (Bustelo, 2003). El MERS generó una baja en el comercio y las exportaciones en Corea del Sur, lo que llevó a estos países a impulsar medidas de rescate económico como compensación a los daños generados.

Por su parte, para otros países el conocimiento sobre los virus del SARS y el MERS no resultaron suficientes para prevenir la propagación del brote a nivel mundial del Covid-19 ¿Qué significó esto? Que en su gran mayoría, los gobiernos y expertos afrontaron el principio del brote con poco conocimiento de los parámetros claves para comprender la pandemia en sus regiones (Capano et al., 2020). Las primeras acciones, se basaron en los cálculos sobre la expansión y el grado de contagio al que deberían responder los sistemas de salud de no tomar medidas estrictas.

[82]

Un ejemplo de esto fue la modelización propuesta por el *Imperial College London* que predecía el número de muertes por Covid-19. Para Reino Unido, se predecían 500.000 muertes de no tomar decisiones, lo que llevó a que el Primer Ministro Boris Johnson anunciara restricciones a la movilidad de las personas días después. El mismo modelo sugirió para Estados Unidos, 2.2 millones de muertes por causa de la pandemia por Covid-19, lo que orientó decisiones en torno al fortalecimiento del distanciamiento social (Adam, 2020).

Finalmente, en los primeros meses del contagio se llegó a un mínimo consenso que se dio tras acuerdos entre expertos, gobiernos y la OMS y sobre el cual se definieron elementos básicos del virus. Primero, que existen patrones similares sobre la susceptibilidad de la infección; es decir, que nadie es inmune naturalmente al virus. Segundo, que en un futuro inmediato no se tendrá el tratamiento para el manejo del paciente con Covid-19 y además que no se tendrá fecha exacta de cuándo existirá una vacuna. Tercero, que la tasa de letalidad es más alta que la influenza estacional y la mayor tasa de mortalidad se concentra en personas mayores o con enfermedades crónicas (Acosta, 2020).

Por último, que las acciones debían ser formuladas e implementadas bajo altos niveles de incertidumbre, puesto que aún no se tenía conocimiento con respecto a los síntomas que produce, cómo se contagia, el periodo de incubación, el tiempo en aparecer o desaparecer los síntomas, los segmentos de población vulnerable y las tasas de letalidad. Aunque muchos de estos temas aun no son claros, las primeras soluciones, basadas en la discrecionalidad en la toma de decisiones de

diferentes grupos de asesores, enfocaron las medidas gubernamentales a la restricción estricta de la movilidad en todo el mundo.

Estas soluciones fueron estandarizadas a nivel global, pero la variación en los momentos de implementación, definieron la propagación masiva del Covid-19. En América Latina, los gobiernos parecían temerosos de enfrentar las consecuencias de una pandemia, a pesar que no contaban con sistemas de salud fuertes, sumado a los altos niveles de pobreza y la falta de acceso a los servicios públicos, las medidas fueron débiles en la prevención de la llegada del virus a la región, tema que cambió con la llegada masiva de casos importados que obligó a los países a tomar medidas estrictas de salud, declarando estados de emergencia sanitaria en un principio y luego estados de excepción.

El conjunto de las primeras medidas de los países latinoamericanos se enfocaron en declaraciones de emergencia sanitaria, cierre de fronteras internacionales, suspensión o restricción a los vuelos internacionales, cuarentenas obligatorias a viajeros provenientes del exterior, promoción de medidas de higiene personal como el lavado de manos o el uso de gel anti-bacterial, rastreo de casos sospechosos y aislamiento de casos confirmados, distanciamiento social, confinamiento voluntario u obligatorio, uso de mascarillas, restricciones a los horarios de circulación vehicular, suspensión del transporte público, cierre de escuelas, universidades, centros comerciales, espacios públicos, restaurantes, bares y discotecas (Acosta, 2020; Sánchez-Villena & La Fuente-Figuerola, 2020; Smith & DO, 2020).

## **EL DESPLIEGUE DE MEDIDAS ECONÓMICAS Y LAS (IN) CAPACIDADES FISCALES DE COLOMBIA Y ECUADOR**

Ecuador enfrenta la pandemia por Covid-19 con una crisis económica que se agudizó desde finales del 2019. Para 2001, el país renuncia a su moneda nacional producto de su devaluación y emprende el proceso de dolarización de su economía, perdiendo así su capacidad sobre la divisa como medida de regulación macroeconómica. Si bien el dólar ha permitido una estabilidad en los precios y baja inflación, durante la pandemia el estímulo al consumo en la población ha sido uno de los indicadores económicos más afectados (Naciones Unidas & CEPAL, 2020). Otra de las medidas más comunes en los países, ha sido acudir a las reservas internacionales; no obstante, las de Ecuador resultan ser mínimas y por su condición, las respuestas sobre políticas monetarias, cambiarias y fiscales han sido imposibles.

En cuanto a las medidas de estímulo fiscal y de política económica, el 5 de mayo la oficina de Tesoro ecuatoriana solicitó a todas las agencias gubernamentales presentar un plan de choque para reducir el presupuesto entre un 10 y 15%, mientras que para el 11 de mayo, el presidente suprimió dos ministerios y fusionó un tercero y anunció el cierre de tres empresas de obras públicas. Para el 19 de mayo, se anuncia el paquete de siete medidas económicas destinadas a recortar el gasto público, en las que se incluyen recortes a las jornadas laborales, cierre de 11 embajadas y reestructuración de la deuda pública.

Colombia no reacciona sino hasta el 22 de julio con políticas de estímulo fiscal, cuando el gobierno en cabeza de la vicepresidente Marta Lucía Ramírez, presenta el plan del gobierno para la reactivación económica post-Covid-19. En este plan se incluyen medidas de promoción a la creación de empleo, la economía del conocimiento y el comercio electrónico nacional (República

de Colombia, 2020). Por su parte, el Congreso de la República aprobó para el 2021, un alza del 19,2% en el presupuesto nacional, que significa un aumento en el gasto público enfocado principalmente a educación.

Otra de las medidas fuertes en Ecuador, se sustentó en la Ley de Apoyo Humanitario que aprobó una reducción en las semanas de trabajo y en los salarios entre un 45 y 50% (Gonzalez et al., 2020). Dentro de las medidas económicas más populares, estuvo el paquete de impuestos a personas con mayores ingresos, anunciada el 10 de abril por el presidente Moreno. Esta medida se enfocó en empresas con ingresos de más de un millón de dólares y a personas con salarios superiores a \$500, lo que conllevó a la reducción de un 10% de los salarios de funcionarios públicos, incluyendo docentes de universidades públicas. Por su parte Colombia, aprueba una medida que permite a las empresas con ingresos que presenten caídas de un 20% retrasar el pago de bonificaciones a sus empleados.

En cuanto a la adopción de medidas de alivio económico, Ecuador anunció la reducción de impuestos y aplicó medidas para diferir el pago de impuestos a los sectores de turismo y exportación y a pequeñas empresas y flexibilizó el pago de deudas de personas con los bancos. Colombia por su parte, adoptó medidas de reembolsos de impuestos, periodos de gracia en pagos de hipotecas y préstamos para pymes y líneas de crédito enfocadas a los sectores agrícola, turismo y aviación (CEPAL, 2020). Colombia en su afán de alentar el consumo, adoptó el 3 y 19 de julio el día sin IVA para compra de electrodomésticos y demás productos electrónicos.

**Tabla 6.** Medidas económicas de Ecuador y Colombia

Medidas	Colombia	Ecuador
<b>Aplazamiento del pago de impuestos</b>	El 18 de marzo se anunciaron rápidos reembolsos de impuestos	Facilidades de pago de impuestos (abril 2020). Diferimiento de pago de impuestos (Decreto No. 1021)
<b>Flexibilización de la regulación fiscal</b>	El 27 de mayo la cámara baja de Colombia aprobó una ley de “borrón y cuenta nueva” que otorgaría a los deudores un período de gracia de un año para ponerse al día con sus pagos, y aquellos que lo hagan tendrán borrados los informes de crédito negativos de las centrales de riesgo.	Nuevos impuestos a las personas con mayores ingresos fue una medida clave en un paquete de política fiscal del 10 de abril anunciado por Moreno. Las empresas que reportaron más de \$1 millón en ingresos en 2018 serán gravadas con un 5 por ciento, y las personas que ganan más de \$500 mensuales serán gravadas en una escala móvil.
<b>Licencia y subempleo</b>	El 3 de junio, la administración de Duque agilizó una medida que permite a las empresas cuyos ingresos han caído en al menos un 20 por ciento retrasar el pago de las bonificaciones a los empleados y el pago de horas extras desde la primera mitad del año hasta el 20 de diciembre a más tardar. El 8 de mayo, mediante un decreto el gobierno subsidiará el 40 por ciento del salario mínimo de \$250 dólares por mes para los trabajadores de empresas que han visto caer sus ingresos en al menos un 20 por ciento durante la pandemia.	
<b>Préstamo comercial</b>	El 18 de marzo se anunciaron una serie de medidas de alivio económico, un período de gracia para pagos de hipotecas y préstamos para pequeñas y medianas empresas, y líneas de crédito especiales para los sectores de agricultura, turismo y aviación. Nuevos créditos para PYMES. Con el 50% del pago siendo aprobado por el gobierno si el beneficiario no puede pagar debido a la crisis.	A partir del 25 de mayo, estará disponible el crédito “Reactivación Ecuador” para cubrir nóminas y costos operativos de las pequeñas o medianas empresas. Este préstamo se iniciará con Banco del Pacífico con tasas de hasta 5%, plazo de 36 meses y período de gracia de 6 meses.
<b>Advertencias y restricciones de viaje</b>	Suspensión de transporte doméstico aéreo. Cierre de todas las fronteras y puntos de entrada de Colombia a partir del 17 de marzo	Prohibición de ingreso de pasajeros (15 marzo). Los aeropuertos de Ecuador reabrieron para vuelos nacionales e internacionales el 1 de junio al 30 por ciento de su capacidad
<b>Política monetaria</b>	Disponer de las operaciones presupuestarias necesarias para las acciones frente a la emergencia sanitaria	Diferir los impuestos para los sectores de turismo y exportación, así como para las pequeñas empresas, por los meses de abril, mayo y junio.
<b>Seguridad social</b>	Medidas para el flujo de recursos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y mantener la afiliación al mismo de quienes han perdido la capacidad de pago	Suspensión de plazos y todos los procedimientos administrativos. Prórroga para el pago de aportes y cesantía hasta el 25 de abril <sup>1</sup> . Posponer los pagos de la seguridad social por 90 días.
<b>Apoyo a los vulnerables</b>	-Creación de un incentivo económico para los campesinos (27 de marzo). -Establecer un auxilio económico a la población cesante. -Respaldo de la emisión de nuevos créditos con el fin de mantener activas las relaciones crediticias y financiar tanto a micro, pequeñas y medianas empresas. - Desembolsos de aproximadamente \$40 dólares para 3 millones de familias de bajos ingresos	Garantizar la entrega de kits de alimentos para las familias que lo requieran a nivel nacional. Un programa que otorgó \$60 durante dos meses a 950,000 familias que ganan menos de \$400 por mes fue expandido para alcanzar a 2 millones como parte del paquete de medidas del 10 de abril.
<b>Cierre de escuelas y universidades</b>	Suspensión de todas las clases presenciales el 16 de marzo. Las escuelas públicas y las universidades continuaron ofreciendo clases virtuales hasta el 30 de julio. Subsidio del 100% de la matrícula de casi 400,000 estudiantes de bajos recursos en universidades públicas, y el 70% de las cuotas de otros 169,000 estudiantes.	El 12 de marzo se anuncia la suspensión de todas las clases en las instituciones educativas a partir del 13 de marzo. Algunas clases secundarias se reanudaron virtualmente el 4 de mayo y algunas universidades el 1 de julio. Autorizar el retorno progresivo a clases presenciales (1 octubre).

<b>Ayuda financiera</b>	Los sueldos públicos entre 10 y 15 millones donarán el 10% y los sueldos superiores a 15 millones donarán el 15%, para ayudar a financiar la crisis	Anunció una línea de crédito de 50 millones para PYMES a través del Banco del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social y la Corporación Financiera Nacional
<b>Gasto en salud</b>	El “Fondo de mitigación de emergencia” FOME se creó para financiar el gasto durante la crisis. \$929.950 billones de pesos El gobierno colombiano ha solicitado un total de \$14 mil millones de dólares en préstamos de prestamistas internacionales, incluidos \$11 mil millones del FMI, y \$3 mil millones al Banco Mundial, el Banco Interamericano de Desarrollo y la CAF-Banco de Desarrollo de América Latina.	USD 760 millones

Fuente: Elaboración con base en *Covid-19 Observatory in Latin America and the Caribbean* (CEPAL, 2020).

### Capacidades fiscales

La diferencia en la adopción de medidas sin duda se debe a las capacidades fiscales entre estos dos países. Colombia por su parte, ha devaluado su moneda en un 17,14% para compensar algunos desequilibrios macroeconómicos causados por la pandemia, entre los que se registra el balance comercial, el régimen cambiario con relación al dólar y el índice de precios (CEPAL, 2020). De ahí que Colombia registre la menor contracción de la economía en comparación a sus homólogos andinos. A pesar de esto, S&P rebajó la calificación crediticia de Colombia de estable a negativa, mientras que el desempleo en los últimos meses sigue en aumento con un 19,7% uno de los más altos de los países de la OECD (Gonzalez et al., 2020).

[86]

En términos de deuda externa, los dos países alcanzan un alto porcentaje del PIB, Colombia con un 53,6% y Ecuador con un 60,53%. Lo que resultó ser un hecho histórico y más en el contexto por el que atraviesa Ecuador, ha sido la renegociación de la deuda externa en manos del Ministro de Economía Richard Martínez y el presidente Moreno. Este nuevo acuerdo incluyó un canje de los bonos globales, que representan un capital de más de USD 17.000 millones, logrando así un alivio en el pago de su deuda externa por USD 16.452 millones durante los próximos 10 años, se redujo el capital en más de USD 1.500 millones, se alcanzó un plazo de 12,7 años para el pago con una tasa de interés que pasó del 9,2 al 5,3% más un periodo de gracia de cinco años en el capital (Presidencia de la República, 2020).

### LA GAMA DE MEDIDAS EN SALUD Y LAS (IN) CAPACIDADES ORGANIZATIVAS DE COLOMBIA Y ECUADOR

Ecuador confirma el primer caso de contagio importado proveniente de España, el 29 de febrero. Colombia días después, el 6 de marzo confirma su primer caso positivo en una mujer de 19 años que voló de Milán a Bogotá. Desde ese momento, estos dos países comenzaron a registrar medidas similares en la primera fase de la pandemia, aunque Ecuador con un epicentro del virus en la Provincia del Guayas, adopta medidas mucho más restrictivas que Colombia.

Las primeras medidas en estos dos países fueron bastante similares. Los gobiernos concentraron sus medidas en declaraciones del estado de emergencia sanitaria nacional el 11 de marzo en Ecuador y al día siguiente en Colombia. No obstante, las variaciones en esta primera fase de la pandemia se tornaron diferentes en cuanto a la rigurosidad de cada acción. Ecuador es el primero en declarar el estado de excepción el 16 de marzo, medida que constituyó acciones restrictivas

para contener la propagación. Esta medida incluyó el toque de queda nocturno entre las 9 de la noche y las 5 de la mañana, límites a la circulación de automóviles durante todo el día y cierre de escuelas y universidades.

Colombia por su parte, toma acciones que varían entre la declaratoria inicial de emergencia un día después del estado de excepción en Ecuador y una semana después declara la cuarentena nacional. Este país se caracteriza por medidas mucho más laxas en los primeros tres meses de la pandemia, tan solo el 6 de mayo se declara un segundo estado de emergencia de 30 días que se extendió a una nueva declaración de emergencia sanitaria nacional vigente hasta el 31 de agosto; de acuerdo con la Constitución Política de 1991, no se permiten estados de emergencia de más de 90 días al año. Desde ahí, las cuarentenas se han focalizado a grupos de población vulnerables como los mayores de 70 años (CEPAL, 2020; Gonzalez et al., 2020).

Ecuador decreta el segundo estado de excepción el 15 de junio, aumentando las medidas restrictivas a 60 días más. Durante este periodo, se implementan medidas de mitigación como el uso de elementos de bioseguridad, uso de guantes de látex y mascarilla y límites de aforo para las compras de aprovisionamiento de alimentos. Una de las mayores dificultades en el control de la transmisión, fueron las débiles capacidades para el diagnóstico, detección, aislamiento y atención oportuna de los pacientes que se dio en los dos países.

#### **Capacidades operativas-organizativas**

La capacidad organizativa presenta diferencias significativas. Ante la declaratoria de emergencia, el gobierno ecuatoriano nombra eje central en el manejo de la pandemia al Comité de Operaciones de Emergencia-COE- encargado de recoger las acciones a desplegar sobre el territorio nacional a partir de la consulta a expertos, instituciones nacionales e internacionales y adopta la metodología de evaluación de necesidades post desastres (PNDA por sus siglas en inglés) recomendada por el Servicio Nacional de Gestión de Riesgos y Emergencias. Por su parte, Colombia centraliza en el Ministerio de Salud y en la gerencia de coordinación de la pandemia por coronavirus de Luis Guillermo Plata la formulación e implementación de medidas.

En cuanto a las capacidades operativas, Colombia supera en número de camas UCI a Ecuador. En algunas provincias del Ecuador no hay cobertura de este tipo de atención, mientras que, de acuerdo con los datos del Ministerio de Salud colombiano, en promedio hay dos camas por cada 10.000 habitantes en cada departamento. En cuanto al número de camas de hospitalización, nuevamente Colombia supera a Ecuador, aunque su población triplica al número de ecuatorianos, lo que demuestra una menor capacidad hospitalaria por número de habitantes en Colombia. Los datos también arrojan un número similar de médicos en los dos países con relación a su población total (Ministerio de Salud, 2020).

**Tabla 7.** Identificación de Medidas en Salud para Colombia y Ecuador

Medidas	Colombia	Ecuador
<b>Distanciamiento social</b>	Aislamiento preventivo obligatorio desde el 25 de marzo. Extensión de la emergencia sanitaria nacional, vigente desde el 12 de marzo hasta el 31 de agosto.	Implementar el Toque de Queda a partir del 17 de marzo
<b>Instalaciones sanitarias</b>	Colombia tiene cobertura de salud pública general obligatoria para toda su población, con una tasa de afiliación del 97%. Con programas completos de atención al coronavirus tanto para pagadores como para beneficiarios.	Existe un laboratorio certificado como Centro Nacional de Enlace y Laboratorio Nacional de Referencia certificado por la OMS en la ciudad de Guayaquil, para la toma y procesamiento de muestras por Covid-19 mediante el uso de pruebas PCR. El laboratorio ha expandido sus capacidades a Azuay y Quito, sin embargo, la demanda ha superado la capacidad de respuesta. El Instituto Nacional de Investigación en Salud Pública (INSPI) con el apoyo del Instituto Nacional de Investigación en Salud Pública (ARCISA) revisa la certificación de 22 laboratorios privados cuyas capacidades instaladas todavía no son suficientes.
<b>Suministros médicos</b>		El gobierno está proporcionando pruebas gratuitas de coronavirus para cualquier persona con síntomas. Permitir que los laboratorios privados realicen pruebas de Covid-19 y fijar precios máximos para los tests: 80 USD para exámenes autorizados por el Ministerio de Salud y 120 USD para pacientes con una orden de un médico privado. Las pruebas realizadas por el Ministerio de Salud son gratuitas.
<b>Atención al paciente</b>	El gobierno articula esfuerzos con laboratorios universitarios y hospitales para incrementar el número de pruebas.	El Ministerio de Salud Pública debe establecer protocolos para las pruebas de Covid-19 para los usuarios tanto en los sistemas de salud públicos como privados.
<b>Inmunización y tratamiento</b>	5.845 camas UCI Gobierno regula costo de atención UCI en hospitales.	1.183 camas UCI
<b>Información y asesoramiento</b>	Portal web Coronavirus Colombia	COE Nacional. Portal web Coronavirus Ecuador. Llamada al 171 como canal de emergencia para COVID-19

[88]

Fuente: elaboración con base en Covid-19 Observatory in Latin America and the Caribbean (CEPAL, 2020).

## CONCLUSIONES

Bajo este contexto, se expone que las medidas adoptadas por los gobiernos de Colombia y Ecuador se catalogan como *super-wicked* debido a las (in) capacidades para hacer frente a la pandemia derivada del Covid-19. Los niveles de recursos y capacidades asociados con la preparación, planificación, recursos de gestión y organización dispuestos por los gobiernos ante la crisis (McConnell & Drennan, 2006), demuestran que tanto Ecuador como Colombia han debilitado tanto al Estado como a la población de manera catastrófica. En este sentido, los servicios de salud se han visto desbordados en sus capacidades de respuesta y han dificultado la asistencia a los casos que requieren el tercer nivel de atención.

Las consecuencias de la limitada capacidad de acción en el sistema de salud tomando en cuenta las medidas de mitigación del virus, diagnóstico para la detección, aislamiento y atención oportuna de

los casos, ha devenido en que Colombia presente más casos de contagio que Ecuador, pero que este último tenga una tasa mayor de letalidad. Esto se relaciona con el nulo aprendizaje y conocimiento adquirido en cuanto a habilidades y competencias por no haber tenido experiencias similares en el pasado, que en otras regiones incentivó a los gobiernos a crear capacidades en infraestructura de salud y de investigación al enfrentarse al MERS y al SARS.

De acuerdo con la capacidad fiscal relacionada con los recursos económicos, presupuestarios y fiscales con los que cuentan los gobiernos para dar respuestas oportunas, han generado una menor contracción del PIB en Colombia que en Ecuador. La disminución de la actividad económica ha causado una reducción en las exportaciones. Además, la interrupción de las cadenas globales de valor, la reducción de la demanda de servicios y la disminución de las remesas provenientes del exterior, han afectado negativamente en el flujo de liquidez. Para ambos países los indicadores macroeconómicos, han disparado el riesgo país y han reducido las calificaciones de riesgo crediticio.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acosta, L. (2020). Capacidad de respuesta frente a la pandemia de Covid-19 en América Latina y el Caribe. *Cepal*, 1, 1–15. [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45337/4/S2000264\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45337/4/S2000264_es.pdf)
- Adam, D. (2020). Modeling the pandemic - The simulations driving the world's response to COVID-19. *Nature*, 580, 316–318. <https://www.nature.com/articles/d41586-020-01003-6>
- AS/COA. (2020). *El PIB latinoamericano se hunda a medida que se profundiza el Covid-19*. Americas Society Council of the Americas. <https://www.as-coa.org/articles/latin-american-gdp-dives-covid-19-deepens>
- Bakir, C. (2020). The Turkish state's responses to existential COVID-19 crisis. *Policy and Society*, 39(3), 424–441. <https://doi.org/10.1080/14494035.2020.1783786>
- Bali, A. S., & Ramesh, M. (2018). Policy Capacity: A Design Perspective. In M. Howlett & I. Mukherjee (Eds.), *Routledge Handbook of Policy Design* (First, pp. 331–344). Routledge.
- Banco Mundial. (2019). Trade Integration as a Pathway to Development? In *Trade Integration as a Pathway to Development?* Banco Mundial. <https://doi.org/10.1596/978-1-4648-1516-4>
- Banco Mundial. (2020a). Global Economic Prospects, June 2020. In *The Financial Crisis and the Global South* (Issue June). <http://elibrary.worldbank.org/doi/book/10.1596/978-1-4648-1553-9>
- Banco Mundial. (2020b). La economía en los tiempos del covid-19. In *Informe Semestral de la Región: América Latina y el Caribe* (Vol. 1). <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/33555/211570SP.pdf?sequence=12&isAllowed=y>
- Boin, A. (2019). The Transboundary Crisis: Why we are unprepared and the road ahead. *Journal of Contingencies and Crisis Management*, 27(1), 94–99. <https://doi.org/10.1111/1468-5973.12241>
- Bustelo, P. (2003). Perspectivas económicas de Asia oriental en 2003-2004 : ¿ un milagro que se desvanece ? *Economía Internacional*, 71, 1–5.
- Capano, G. (2020). Policy design and state capacity in the COVID-19 emergency in Italy: if you are not prepared for the (un)expected, you can be only what you already are. *Policy and Society*, 39(3), 326–344. <https://doi.org/10.1080/14494035.2020.1783790>
- Capano, G., & Howlett, M. (2019). Causal logics and mechanisms in policy design: How and why adopting a mechanistic perspective can improve policy design. *Public Policy and Administration*. <https://doi.org/10.1177/0952076719827068>
- Capano, G., Howlett, M., Jarvis, D. S. L., Ramesh, M., & Goyal, N. (2020). Mobilizing Policy (In)Capacity to Fight COVID-19: Understanding Variations in State Responses. *Policy and Society*, 39(4), 1–24. <https://doi.org/10.1080/14494035.2020.1787628>
- CDC, C. for D. C. and P. (2004). *Severe Acute Respiratory Syndrome* (p. 5).
- CEPAL. (2020). *Medidas y acciones a nivel nacional*. Observatorio Covid-19 CEPAL. <https://www.cepal.org/es/temas/covid-19>
- Churchman, C. W. (1967). Wicked Problems. *Management Science*, 14(4), 953–953. <https://doi.org/10.1126/science.155.3765.953-b>
- Coronaviridae Study Group, I. (2020). The species severe acute respiratory syndrome-related coronavirus: classifying 2019-nCoV and naming it SARS-CoV-2. *Nature Microbiology*, 5, 536–544. <https://doi.org/https://doi.org/10.1038/s41564-020-0695-z>
- CSSE, C. for S. S. and E. (2020). *Global Cases by Country*. Johns Hopkins University. <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>
- Ghebreyesus, T. A. (2020). *Alocución de apertura del Director General de la OMS en la rueda de prensa sobre la Covid-19 celebrada el 11 de marzo de 2020*. Organización Mundial de La Salud. <https://www.who.int/es/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>
- Gonzalez, E., Hopkins, K., Nagovitch, P., Sonneland, H., & Zissis, C. (2020). *El coronavirus en América Latina*. AS/COA, Americas Society Council of the Americas. <https://www.as-coa.org/articles/¿dónde-está-el-coronavirus-en-américa-latina#ecuador>

- Hartley, K., & Jarvis, D. S. L. (2020). Policymaking in a low-trust state: legitimacy, state capacity, and responses to COVID-19 in Hong Kong. *Policy and Society*, 39(3), 403–423. <https://doi.org/10.1080/14494035.2020.1783791>
- Howlett, M. (2019). *The Policy Design Primer. Choosing the Right Tools for the Job* (First).
- Howlett, M., & Ramesh, M. (2016). Achilles' heels of governance: Critical capacity deficits and their role in governance failures. *Regulation and Governance*, 10(4), 301–313. <https://doi.org/10.1111/rego.12091>
- Kehinde, B. (2014). Applicability of Risk Transfer Tools to Manage Loss and Damage from Slow-onset Climatic Risks. *Procedia Economics and Finance*, 18(September), 710–717. [https://doi.org/10.1016/s2212-5671\(14\)00994-0](https://doi.org/10.1016/s2212-5671(14)00994-0)
- Lee, S., Hwang, C., & Moon, M. J. (2020). Policy learning and crisis policy-making: quadruple-loop learning and COVID-19 responses in South Korea. *Policy and Society*, 39(3), 363–381. <https://doi.org/10.1080/14494035.2020.1785195>
- Levin, K., Cashore, B., Bernstein, S., & Auld, G. (2012). Overcoming the tragedy of super wicked problems: Constraining our future selves to ameliorate global climate change. *Policy Sciences*, 45(2), 123–152. <https://doi.org/10.1007/s11077-012-9151-0>
- May, P. (1989). Policy Learning and Failure. *The Journal of British Studies*, 28(2), b1–b9. <https://doi.org/10.1017/S0021937100024837>
- McConnell, A., & Drennan, L. (2006). Mission impossible? Planning and preparing for crisis. *Journal of Contingencies and Crisis Management*, 14(2), 59–70. <https://doi.org/10.1111/j.1468-5973.2006.00482.x>
- Mei, C. (2020). Policy style, consistency and the effectiveness of the policy mix in China's fight against COVID-19. *Policy and Society*, 39(3), 309–325. <https://doi.org/10.1080/14494035.2020.1787627>
- Migone, A. R. (2020). Trust, but customize: federalism's impact on the Canadian COVID-19 response. *Policy and Society*, 39(3), 382–402. <https://doi.org/10.1080/14494035.2020.1783788>
- Ministerio de Salud. (2020). *Gobierno Nacional destinó \$929.950 millones para fortalecer las capacidades en salud ante la llegada del COVID-19*. Ministerio de Salud. <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Gobierno-Nacional-destino-929.950-millones-para-fortalecer-las-capacidades-en-salud-ante-la-llegada-del-covid-19.aspx>
- Moyson, S., Scholten, P., & Weible, C. M. (2017). Policy learning and policy change: Theorizing their relations from different perspectives. *Policy and Society*, 36(2), 161–177. <https://doi.org/10.1080/14494035.2017.1331879>
- Mukherjee, I., & Bali, A. S. (2018). Capacities and Customization in Policy Design. In M. Howlett & I. Mukherjee (Eds.), *Routledge Handbook of Policy Design* (first, pp. 359–371). Routledge.
- Naciones Unidas, & CEPAL. (2020). Principales condicionantes de las políticas fiscal y monetaria en la era pospandemia de COVID-19. In *Estudio Económico*.
- OMS. (2003). *El brote del SARS ha sido contenido en todo el mundo*. Rueda de Prensa. <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr56/es/>
- OMS. (2015). Prevención y control de infecciones durante la atención sanitaria de casos probables o confirmados de infección por el coronavirus causante del síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS-CoV). In *Organización Mundial de la Salud* (pp. 1–6). [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/187922/WHO\\_MERS\\_IPC\\_15.1\\_spa.pdf;jsessionid=97CE4A8559BD22BA0E084AC8DD2C9C15?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/187922/WHO_MERS_IPC_15.1_spa.pdf;jsessionid=97CE4A8559BD22BA0E084AC8DD2C9C15?sequence=1)
- OMS. (2019). MERS Situation Update. In *World Health Organization Eastern Mediterranean Regional Office (EMRO)* (Issue November, p. 1). <http://applications.emro.who.int/docs/EMROPub-MERS-SEP-2019-EN.pdf?ua=1&ua=1>
- OMS. (2020a). *Covid-19: Cronología de la actuación de la OMS*. Organización Mundial de La Salud. <https://www.who.int/es/news/item/27-04-2020-who-timeline---covid-19>
- OMS. (2020b). *Neumonía de causa desconocida-China*. Organización Mundial de La Salud. <https://www.who.int/csr/don/05-january-2020-pneumonia-of-unkown-cause-china/es/>
- OMS. (2020c). Report of the WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). In *The WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019* (Issue February). <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/who-china-joint-mission-on-covid-19-final-report.pdf>
- OMS. (2020d). Strategic Preparedness and Response Plan. In *World Health Organisation (WHO)* (No. 1; 1, Issue February).
- OPS. (2017). Salud en las Américas. Resumen: panorame regional y perfiles de país. In 2017. <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/wp-content/uploads/2017/09/Print-Version-Spanish.pdf>
- OPS. (2020). *Informes de situación de la Covid-19*. Situación de La Covid-19 En La Región de Las Américas. <https://www.paho.org/es/temas/coronavirus/brote-enfermedad-por-coronavirus-covid-19>
- OPS, & OMS. (2020). *Alerta Epidemiológica. Dengue en el contexto de COVID-19* (p. 8). <https://www.paho.org/es/documentos/alerta-epidemiologica-dengue-contexto-covid-19-28-julio-2020>
- Painter, M., & Pierre, J. (2005). Challenges to State Policy Capacity. In M. Painter & J. Pierre (Eds.), *Challenges to State Policy Capacity* (1st ed., pp. 1–18). Palgrave MacMillan. <https://doi.org/10.1057/9780230524194>
- Peters, G. B. (2018). Policy problems and policy design. In *Policy Problems and Policy Design*. <https://doi.org/10.4337/9781786431356>
- Presidencia de la República. (2020). *Renegociación de la deuda es un acierto para la economía ecuatoriana*. Presidencia República Del Ecuador. <https://www.presidencia.gob.ec/la-renegociacion-de-la-deuda-es-un-acierto-para-la-economia-ecuatoriana/>
- República de Colombia. (2020). *Con el Plan de reactivación, Colombia sale adelante y sigue siendo un país atractivo para la inversión*. Presidencia de La República de Colombia. <https://id.presidencia.gov.co/Paginas/prensa/2020/Con-el-plan-de-reactivacion-Colombia-sale-adelante-y-sigue-siendo-un-pais-atractivo-para-la-inversion-Duque-200730.aspx>

- Sánchez-Villena, A., & La Fuente-Figuerola, V. (2020). COVID-19: cuarentena, aislamiento, distanciamiento social y confinamiento, ¿son lo mismo? *Asociación Española de Pediatría. Elsevier España*, 1(1), 73–74. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2020.05.001>
- Smith, W., & DO, F. (2020). Isolation, quarantine, social distancing and community containment: pivotal role for old- style public health measures in the novel coronavirus (2019-nCoV) outbreak. *Journal of Travel Medicine*, 27(2), taaa020.
- Thompson, L. (2013). Inicio de una nueva epidemia, SARS. *Revista Medica Herediana*, 14(2), 49. <https://doi.org/10.20453/rmh.v14i2.753>
- Woo, J. J. (2020). Policy capacity and Singapore’s response to the COVID-19 pandemic. *Policy and Society*, 39(3), 345–362. <https://doi.org/10.1080/14494035.2020.1783789>
- Wu, X., Ramesh, M., & Howlett, M. (2015). Policy capacity: A conceptual framework for understanding policy competences and capabilities. *Policy and Society*, 34(3–4), 165–171. <https://doi.org/10.1016/j.polsoc.2015.09.001>
- Wu, X., Ramesh, M., & Howlett, M. (2018). Policy Capacity and Governance. *Policy Capacity and Governance*, 1–25. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-54675-9>