

DESIGUALDADES, IMPACTOS Y DESAFÍOS

LA PANDEMIA EN ECUADOR



FRIEDRICH
EBERT
STIFTUNG



Observatorio
SOCIAL DEL ECUADOR

DESIGUALDADES, IMPACTOS Y DESAFÍOS

LA PANDEMIA EN ECUADOR



Cita: Hurtado Caicedo, F & Velasco Abad, M (2020).
La pandemia en Ecuador. Desigualdades, impactos y desafíos.
Quito: Observatorio Social del Ecuador y FES-Ildis.

LA PANDEMIA EN ECUADOR

Desigualdades, impactos y desafíos

Autora y autor

Margarita Velasco Abad y Francisco Xavier Hurtado Caicedo

Coordinado por

Gustavo Endara

Investigación

Francisco Xavier Hurtado Caicedo

Margarita Velasco Abad

Jesús Tapia López

Ilustraciones y diagramación

Sofía Acosta Varea (La Suerte)

Francisco Suárez

En cooperación con

FES-Ildis Ecuador

Agradecimientos

Javier Rodríguez Sandoval, Sofía Acosta Varea (La Suerte), Francisco Suárez, Gustavo Endara, Andrés Robalino, Pablo Iturralde y Andrea Gómez Ayora por su apoyo, datos, ilustraciones, lectura o comentarios para el monitoreo y el análisis

ISBN

978-9978-94-210-9

ÍNDICE DE CONTENIDOS

¿Por qué monitorear la pandemia?	4
La crisis y las desigualdades que recibieron al Covid-19	6
Priorizando la agenda neoliberal, no a las personas	8
La prevención y la atención primaria de la salud antes del brote	10
Datos ocultos, realidades a medias	12
Mortandad en Ecuador o la tragedia neoliberal	13
Pese al bajo nivel de testeo los casos siguen aumentando	15
La evolución de la pandemia de Covid-19 en las provincias y cantones	17
El dilema de las subsistencia en la cuarentena	20
Epidemiología popular y la defensa del Sistema de Salud Pública.....	22

¿Por qué monitorear la pandemia?

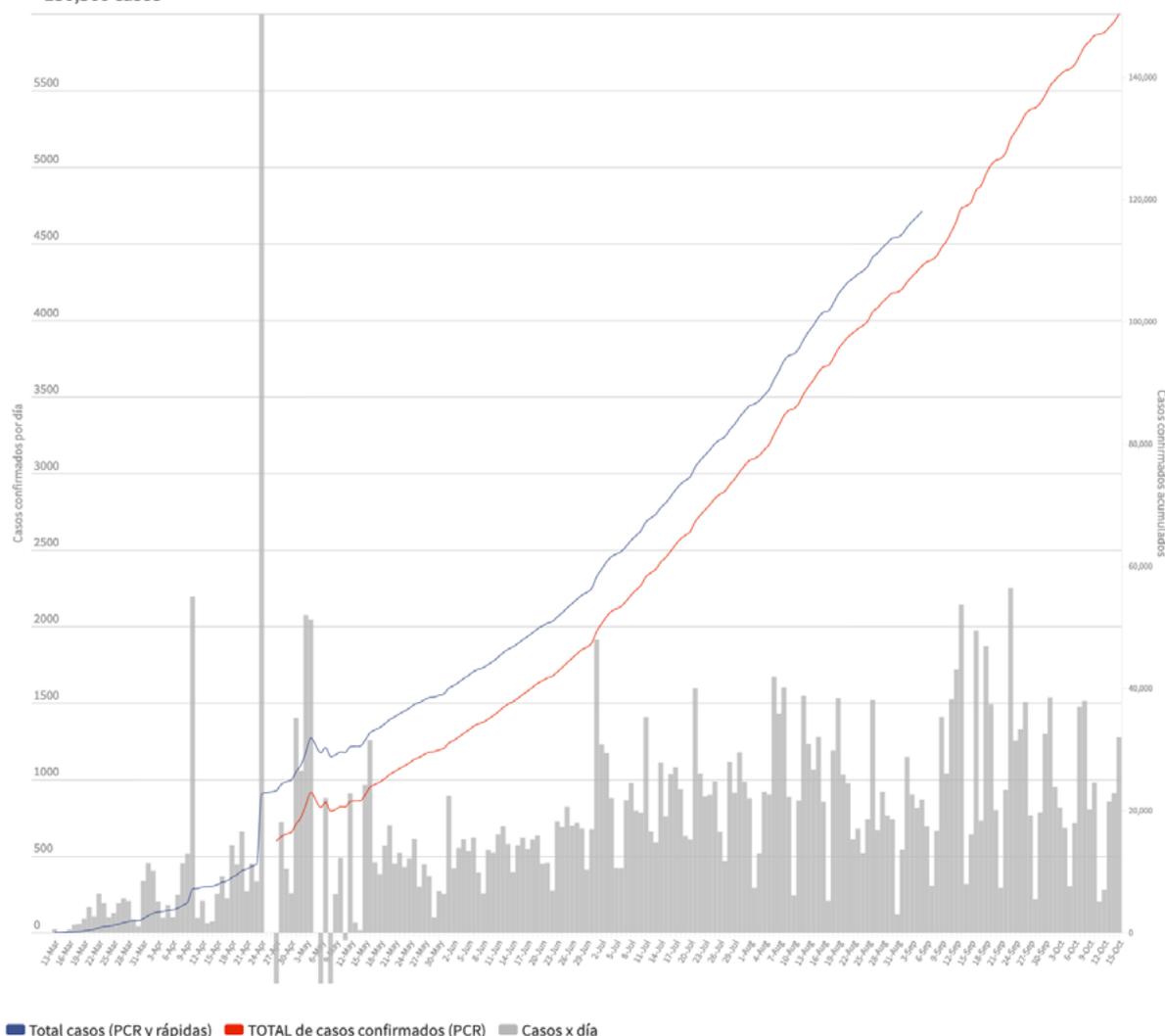
No hay capricho ni sorpresa cuando una enfermedad epidémica surge. Cada sociedad produce sus propias vulnerabilidades, estudiarlas constituye “una forma de entender la estructura de una sociedad, su nivel de vida y sus prioridades políticas” (Snowden 2019, 7).

Ecuador no ha tenido una política pública sólida de vigilancia y control epidemiológico y, en esta ocasión, no contó con capacidad de respuesta temprana ni suficiente. Desde mediados de marzo hasta inicios de mayo, varias provincias del país –Guayas y Santa Elena principalmente– enfrentaron un desproporcionado incremento de personas fallecidas diarias, con dolorosas imágenes de personas fallecidas en sus viviendas, en espacios públicos y denuncia de cuerpos desaparecidos, en medio de la deficiente gestión pública de la emergencia sanitaria.

El Observatorio Social del Ecuador se propuso monitorear la evolución de la pandemia a través de los datos emitidos por el Ministerio de Salud Pública y, a partir de abril, produjo ocho ensayos de análisis, desde una perspectiva social y con un enfoque de la salud integral; sin perder de vista el momento histórico en el que el virus SARS-CoV-2 o Covid-19 aparece, ni la crisis que afronta el Ecuador desde el 2014 con la caída de los precios del petróleo, en el contexto de las decisiones políticas que tomó el gobierno nacional para gestionar la pandemia.

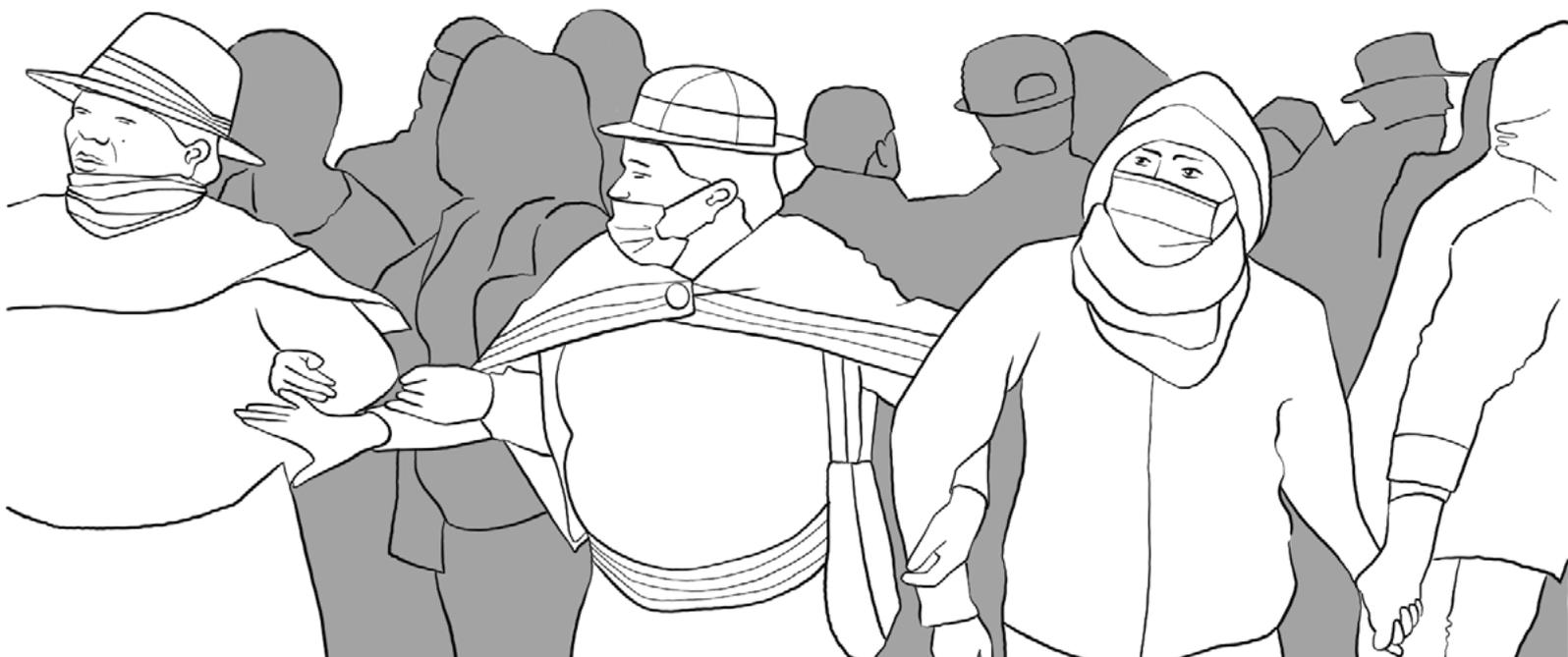
Con sustento en dichos ensayos, no se analiza la evolución de la pandemia como el instante fotográfico de un evento “sorpresivo” que, desde ciertas voces, pretende volverse el argumento suficiente para justificar las graves omisiones, la negligencia y las decisiones que se han adoptado.

 **Casos confirmados de Covid-19 en Ecuador**
150,360 casos



Por el contrario, miramos históricamente los sucesos ocurridos –por fuera del sensacionalismo con el que se ha manejado la grave situación que enfrentó la ciudad de Guayaquil–, y poder mirar dos momentos diferenciados pero que están entrelazados. En primer lugar, la situación social –incluida la salud integral– y económica en que se encontraba el Ecuador previo al brote. Lo que permite, en segundo lugar, comprender el impacto que hasta ahora tiene la pandemia en el territorio, en el marco de las medidas adoptadas.

Al 15 de octubre, 150,360 casos confirmados de Covid-19 registraba el Ecuador, sin embargo, la pandemia nos acompañará por varios meses más, por lo que miramos retrospectivamente su evolución, para pensar en el porvenir, en especial qué desafíos afrontará la sociedad ecuatoriana.



La crisis y las desigualdades que recibieron al Covid-19

Previo al brote de Covid-19 en febrero de 2020, la desigualdad en Ecuador había crecido en los últimos años, como consecuencia de la crisis económica global y que, en el caso del país, ha estado determinada por la caída de los precios del barril del petróleo desde 2014. Intensificada por la decisión del gobierno actual de firmar un acuerdo internacional de deuda con el Fondo Monetario Internacional (FMI), condicionado a una serie de medidas de ajuste estructural.

La pobreza es un determinante estructural para la salud integral de la población. Según los Objetivos

de Desarrollo Sostenible, cuatro de las 17 metas (1, 3, 6 y 8) a las que Ecuador se ha comprometido alcanzar hasta el 2030, se refieren a la eliminación de la pobreza, al logro de la salud y al bienestar, al acceso universal al agua potable y al trabajo decente. Sin embargo, según los datos de la Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo (ENEMDU) acumulada del año 2018, el 23% de la población enfrentaba pobreza de acuerdo con los ingresos que recibía –ingreso familiar de USD 84,79 mensuales–. Situación que se torna aún más compleja al mirar en detalle la situación a nivel provincial.

PROVINCIA	POBREZA			DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES					Tasa de prevalencia Covid-19*
	Pobreza por ingresos	Extrema pobreza	Pobreza por NBI	Empleo pleno	Subempleo	Desempleo	Red pública de agua	Hacinamiento	
Morona Santiago	53%	25%	53%	23%	12%	4%	57%	17%	1,440.5
Napo	52%	33%	43%	24%	23%	1%	59%	13%	1,050.8
Chimborazo	49%	26%	37%	16%	15%	4%	52%	7%	456.9
Sucumbíos	42%	18%	52%	34%	13%	3%	60%	10%	1,154.9
Esmeraldas	42%	13%	54%	31%	15%	2%	61%	13%	613.1
Orellana	42%	24%	41%	31%	18%	1%	56%	10%	1,112.5
Pastaza	38%	20%	38%	31%	17%	5%	65%	11%	1,933.4
Zamora Chinchipe	34%	12%	32%	30%	16%	9%	66%	11%	1,288.0
Bolívar	33%	10%	38%	24%	16%	3%	68%	9%	905.5
Cotopaxi	31%	13%	26%	28%	14%	5%	63%	8%	855.5
Loja	29%	10%	30%	31%	14%	4%	79%	9%	1,116.6
Carchí	29%	9%	22%	34%	15%	3%	84%	7%	1,527.8
Imbabura	28%	9%	25%	36%	13%	2%	88%	7%	930.8
Manabí	27%	8%	47%	33%	24%	2%	65%	10%	656.5
Los Ríos	27%	7%	49%	31%	25%	3%	67%	13%	413.9
Santa Elena	26%	7%	34%	36%	28%	3%	95%	17%	388.9
Cañar	24%	5%	23%	30%	14%	8%	80%	6%	712.5
Tungurahua	22%	9%	13%	32%	16%	2%	87%	3%	825.4
Santo Domingo	19%	4%	35%	40%	19%	3%	73%	7%	1,104.1
El Oro	17%	4%	22%	45%	17%	2%	88%	9%	833.3
Guayas	17%	3%	32%	47%	22%	5%	86%	12%	476.5
Azuay	16%	4%	17%	43%	13%	4%	87%	6%	1,111.4
Pichincha	13%	4%	9%	58%	10%	3%	98%	3%	1,484.4

* Por cada 100,000 habitantes con corte al 15 de octubre. | INEC no desagrega datos para Galápagos.
Fuente: ENEMDU acumulada 2018, INEC | Elaborado por: OSE, 2020

Tal como se aprecia en la tabla, las provincias de la Amazonía –Morona Santiago, Napo, Sucumbíos, Orellana, Pastaza y Zamora Chinchipe– registran, junto con Chimborazo y Esmeraldas, los porcentajes más altos de pobreza por ingresos [entre el 34% y el 53%]; en contraposición con Guayas, Azuay y Pichincha que registran por debajo del 17%. Por otra parte, de acuerdo con el porcentaje de pobreza por necesidades básicas insatisfechas (NBI), en Guayas, que hasta el 12 de junio fue la provincia con la tasa de prevalencia de casos de Covid-19 más alta, 3 de cada 10 personas enfrentaban pobreza a 2018 [32%]. Sin embargo, para el 27 de junio,

Morona Santiago [53% de pobreza por NBI], Napo [43%], Orellana [41%], Pastaza [38%] y Zamora Chinchipe [32%], registraban tasas de prevalencia de Covid-19 más altas que esa provincia. En las páginas centrales de esta cartilla se puede observar un mapa con la evolución de estas tasas.

Lo que resulta relevante de señalar es que, dado que el virus se contagia de persona a persona y a corta distancia, cualquier análisis sobre la evolución de la pandemia no puede perder de vista la desigualdad social en Ecuador como uno de los factores que contribuyen a su propagación y

letalidad. Es falso que el virus de Covid-19 nos afecta a todos por igual, todo lo contrario, recorre los senderos de dichas desigualdades, por los efectos adversos que provoca.



Por una parte, el hecho de que la mayoría de la población no tenga ingresos adecuados, constituye un obstáculo real para poder cumplir con la orden de quedarse en casa como mecanismo para reducir el contagio. Mucha gente, obligada a salir en la búsqueda de medios de vida para subsistir, quedaron mayormente expuestos al virus, junto con las y los trabajadores “esenciales” de las actividades que no se suspendieron. Al respecto, las provincias con mayor desempleo en Ecuador a 2018 fueron Chimborazo [70%], Morona Santiago [66%]; Bolívar [60%] y Cotopaxi [58%]. Incluso, en Guayas y Pichincha 3 de cada 10 personas estaban desempleadas.” por la siguiente frase: “Al respecto, las provincias con las tasas más bajas de empleo pleno en Ecuador a 2018 son Chimborazo [16%], Morona Santiago [23%]; Bolívar [24%] y Napo [24%]. Incluso, en Pichincha 6 de cada 10 personas tenían empleo pleno.

Por otra parte, adicional a la exposición al virus, también se debe tener en cuenta tres aspectos que agravan el escenario en que el nuevo coronavirus brota en Ecuador: el acceso a agua potable; las condiciones de vivienda donde las personas contagiadas conviven, sea que tienen síntomas leves y requieren cuidados o aquellas asintomáticas y; el estado de salud previo al apareamiento de la pandemia de Covid-19. Factores que provocaron mayor vulnerabilidad al virus en ciertos sectores de la población.

Pese a que lavarse las manos parecería una actividad sencilla para combatir la pandemia, en Ecu-

ador, 2 de cada 10 personas no tienen acceso al agua potable dentro de su vivienda. El 11.5% de la población accede agua por tubería fuera de ésta y el 8.1% no tiene acceso a ella, según la ENEMDU 2018. En Chimborazo la cobertura de la red pública de agua era del 52%, le siguen Orellana [56%], Morona Santiago [57%], Napo [59%], Sucumbíos [60%] y Esmeraldas [61%]; en contraposición con Pichincha que tiene una cobertura de 98%.

A estos se suma que 1 de cada 10 personas en el país viven hacinadas –dormir más de tres personas en una habitación sin ventilación y donde también se cocina–. A diciembre de 2018, las 6 provincias con mayor porcentaje de hogares hacinados fueron Morona Santiago y Santa Elena [17%], Napo, Esmeraldas, los Ríos [13% cada una] y Guayas [12%]. Además, el 11% del total de egresos hospitalarios en Ecuador corresponden a ciertas enfermedades preexistentes –hipertensión, enfermedad cardíaca, neumonía y gripe, cáncer, diabetes y obesidad– que aumentan el riesgo de agravamiento y de muerte de pacientes con Covid-19.

Así, al análisis sobre la movilidad de las personas –Guayas es puerto y aeropuerto internacional– o la fecha de inicio de la pandemia –el primer caso con síntomas que informa el Ministerio de Salud Pública es del 15 de febrero, una semana antes del feriado de carnaval y casi un mes antes de la suspensión de los eventos públicos–, se debe necesariamente considerar la desigualdad creciente que enfrentaba el Ecuador y que, para febrero de 2020, había crecido. A la fecha de cierre de esta cartilla, el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos [INEC], que depende de la Presidencia de la República, no ha hecho públicos los datos de la ENEMDU acumulada del año 2019, que permita observar el dato de desigualdad a nivel provincial más reciente, previo al brote.



Priorizando la agenda neoliberal, no a las personas

Deliberadamente, el gobierno nacional en turno, se aprovechó de la declaratoria de emergencia sanitaria y los dos estados de excepción emitidos, para continuar implementando el ajuste estructural neoliberal impuesto por el FMI y adaptar la gestión de la política social y económica, incluida la de la pandemia, para favorecer a pocos grupos económicos locales y transnacionales.

Hace un año, el 3 de octubre de 2019, la única respuesta gubernamental al inicio de las protestas, fue un estado de excepción con toque de queda y una desproporcionada represión policial y militar contra la población que se manifestaba en contra de las medidas tomadas.

Las personas fallecidas, los múltiples heridos, las detenciones arbitrarias, los tratos crueles, inhumanos y degradantes, los despliegues abusivos de la fuerza pública con motos, caballos, perros, vehículos antimotines, gases y armamento acústico, mostraron la voluntad del gobierno, aliado a intereses económicos de las élites, para defender el ajuste neo-

liberal (Alianza por los Derechos Humanos, 2019).

A partir de febrero de este año, el brote de Covid-19, el miedo provocado y los escándalos de corrupción se convirtieron en el escenario perfecto para seguir implementando el ajuste estructural.

Desde el 17 de marzo de 2020 rigió un estado de excepción que duró 180 días hasta el 13 de septiembre. Desde el 25 de marzo, el toque de queda se amplió a 15 horas diarias, pero se redujo paulatinamente a mediados de mayo y de manera diferenciada en los 221 cantones del Ecuador, hasta cesar con el fin del estado de excepción.

Durante este tiempo, la emergencia sanitaria no supuso un cambio de timón para preservar la salud integral y la situación social y económica de la población. Todo lo contrario, su ejecución rápidamente se adaptó al guion neoliberal, reduciendo los pocos recursos existentes para la política social, incluidos los de la gestión de la pandemia, pero priorizando el pago de la deuda externa y el desmantelamiento de la institucionalidad.

Sectorial	Inicial	Febrero	Agosto	Variación	%
Tesoro nacional	19,122	18,756	17,029	-2,092	-11%
Legislativo	56	56	57	01	2%
Jurisdiccional	545	542	535	-10	-2%
Administrativo	347	354	296	-51	-14%
Ambiente	185	187	188	03	1%
Asuntos internos	1,672	1,672	1,646	-26	-2%
Defensa nacional	1,545	1,546	1,529	-16	-1%
Asuntos del exterior	103	103	101	-02	-2%
Finanzas	241	231	220	-21	-9%
Educación	5,565	5,539	4,591	-974	-18%
Bienestar social	1,446	1,453	1,432	-14	-1%
Trabajo	49	49	43	-06	-12%
Salud	3,068	2,900	2,875	-193	-7%
Agropecuario	163	163	174	11	7%
Recursos naturales	249	261	196	-53	-20%
Comercio exterior	55	69	257	201	291%
Turismo	21	21	14	-08	-36%
Comunicaciones	437	495	421	-16	-3%
Desarrollo urbano y vivienda	383	856	764	381	45%
Sectorial electoral	38	38	37	-01	-3%
Transparencia y control social	206	209	200	-06	-3%
Total	35,498	35,501	32,606	-2,892	-8%

Sector social	10,128	9,941	8,941	-1,186	-12%
Agropecuario y vivienda	546	1,019	938	392	72%
Sector productivo exportador	763	847	888	125	16%
Sector seguridad	3,217	3,218	3,176	-42	-1%

* Valores en millones de dólares, de acuerdo a las codificaciones de enero a agosto del PGE.

Fuente: Subsecretaría de Presupuesto del Ministerio de Finanzas | **Elaborado por:** OSE, 2020



Durante el año 2020, el Presupuesto General del Estado [PGE] continuó recortándose, tal como había ocurrido en los años previos [el PGE inicial de 2020 se contrajo el 6% respecto del 2017], aunque esta vez bajo el argumento de que la grave crisis económica se derivaba de la emergencia sanitaria. En este año, como se aprecia en la tabla, el presupuesto del sector social –salud, bienestar social, trabajo y educación– se redujo en 12% [1,186 millones (M) de dólares] mientras que el del sector seguridad se redujo el 1% [42 M]. El sector Salud se redujo un 7%, es decir, 193 M. Por su parte, el sector productivo y exportador registra un incremento de su presupuesto [16%].

Estos recortes acontecen en medio de la perversa decisión del gobierno de continuar pagando la deuda externa. Sólo en marzo y abril se pagó 1,882 millones (Cajas y Pástor, 2020). Además, el total de deuda que al 24 de agosto de 2020 ha adquirido el gobierno actual [19,813 M], ha servido sólo para pagar intereses y capital de la deuda [14,541 M] y el déficit de la balanza de pagos [5,977 M], es decir, no se ha invertido ni en el sector social ni productivo del país (CDES, 2020).

En este contexto, la crisis adquiere un carácter más complejo por la cantidad de medidas de ajuste adoptadas. Ni las actividades de explotación petrolera y de minería metálica, ni las cadenas de exportación de productos “no esenciales” fueron afectadas durante toda la cuarentena por las restricciones a la libertad de tránsito y movilidad, poniendo en riesgo a los trabajadores de estos sectores y a las comunidades aledañas donde operan.

En mayo, un nuevo paquete de medidas económicas eliminó el subsidio a los precios de combustibles, se redujo nuevamente salarios para funcionarios públicos en 17 % y continuó la supresión y fusión de entidades del Estado. En junio se aprobó la *“ley orgánica de apoyo humanitario para combatir la crisis sanitaria derivada del Covid-19”*. Ese nombre es solo un eufemismo, al no disponer contribuciones obligatorias al PGE por parte de los grupos económicos y personas que más ganan. Tampoco estableció bonos de emergencia para un grupo más amplio de la población que le permita quedarse en casa. Y legalizó la violación a

derechos laborales afectando gravemente al trabajo decente, cuyos efectos se analizan más adelante en esta cartilla.

Frente a estas decisiones económicas que trasladaron el peso de la crisis a las clases medias y populares, el Ministerio de Defensa emitió el acuerdo ministerial 179 que, a nombre de regular el “uso progresivo de la fuerza”, autoriza el uso de tácticas militares y armamento letal para controlar acciones de movilización y protesta. Y si bien ha sido suspendida su ejecución, aún no se ha declarado inconstitucional.

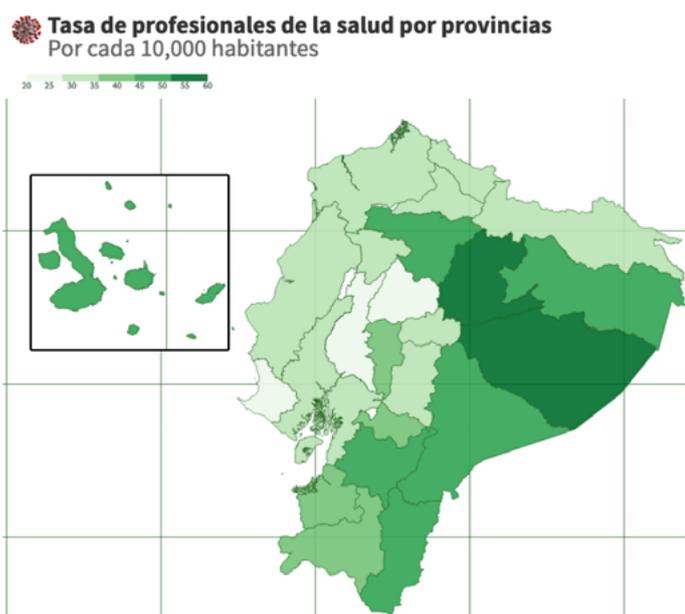
Tal y como ocurrió en octubre de 2019, a la violencia económica que ha ejercido el gobierno, deteriorando la ya difícil situación de la población previo al brote de Covid-19, también optó por aumentar el control y la criminalización para exigir el cumplimiento de la cuarentena, sin tomar en cuenta que mucha más gente se ha visto obligada a trabajar fuera de casa para conseguir medios de vida. Entre el 17 de marzo y el 11 de septiembre, según información de la Policía Nacional, 137,605 personas fueron multadas, de las cuales 924 fueron detenidas, todas por vulnerar el toque de queda. Además, las acciones de la Fuerza de Tarea Conjunta en la zona de seguridad de Guayas estarían vinculadas con el mal manejo de cadáveres y la desaparición de cuerpos en los primeros tres meses de la emergencia sanitaria.

Este es el contexto social en el que el gobierno nacional ha gestionado la pandemia de Covid-19, que a la fecha significa más de 36,000 personas que han fallecido, por encima del promedio histórico del país en los últimos tres años.

CON EL ARGUMENTO IRREFUTABLE DE UNA EMERGENCIA DE SALUD PÚBLICA, ESTA EXTENSIÓN DE PODER FUE ACOGIDA POR LA IGLESIA Y POR PODEROSAS VOCES POLÍTICAS Y MÉDICAS. LA CAMPAÑA CONTRA LA PESTE MARCÓ UN MOMENTO EN EL SURGIMIENTO DEL ABSOLUTISMO, PROMOVió UNA AMPLIACIÓN DEL PODER Y LA LEGITIMACIÓN DEL ESTADO MODERNO. (SNOWDEN, 2019).

La prevención y la atención primaria de la salud antes del brote

Aunque la Constitución de 2008 garantiza el derecho universal y gratuito a la salud pública, superando una visión asistencialista para las personas más vulnerables, durante la pandemia las debilidades del sistema de salud han quedado expuestas. Según datos del INEC al 2018, el 80% de establecimientos de salud en Ecuador eran públicos, el 76% de profesionales de la salud [61,989 personas] trabajaban en dicho sistema y el 75% de la población acudía a éste para atenderse –72% en lo urbano y 82% en lo rural–. Sin embargo, previo al brote de Covid-19, su disponibilidad era desigual en el territorio y el nivel de atención primaria no se había consolidado durante los 11 años del mandato constitucional.



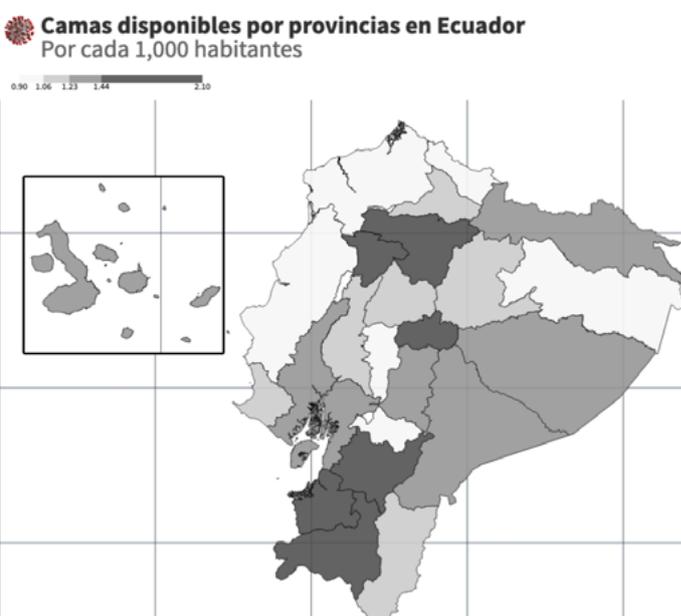
La OPS-OMS ha recomendado que la tasa de personal de salud –en medicina y enfermería– debe ser, mínimamente, de 25 por cada 10,000 habitantes. En Ecuador, al 2018 trabajaban 39,908 profesionales de medicina y 24,751 enfermeras y enfermeros profesionales, superando la meta recomendada al tener una tasa de 38 por cada 10,000 habitantes.

Sin embargo, en las provincias la situación es asimétrica. Mientras que Pastaza [57], Napo [56] y Pichincha [50] tenían las tasas más altas; en el otro extremo estaban Santa Elena [22] y Los Ríos [23] por debajo de la recomendación; junto con

Cotopaxi [28], Sucumbios [29] o Guayas [35], todas ellas debajo de la tasa promedio nacional.

Estos profesionales, operan también en una desigual distribución de establecimientos de la salud para atender la demanda de la población. De los 3,321 establecimientos de salud pública, 184 tenían capacidad de internación [6% del total], es decir, aquellos donde se pueden atender a los pacientes de Covid-19 con complicaciones y que no pueden ser cuidados en sus hogares ni atendidos en los centros de salud. De esos, el 45% estaban en la Sierra [82] –21 en Pichincha y 3 en Santo Domingo de los Tsáchilas–; el 43% en la Costa [80] –29 en Guayas y 8 en Los Ríos–, el 11% en la Amazonía [20] –7 en Morona Santiago y 2 en Sucumbios–; y 2 en Galápagos.

Además, la OMS-OPS recomienda a los Estados garantizar 2.7 camas por cada 1,000 habitantes, sin embargo, en Ecuador, a 2019, el promedio nacional fue de 1.39 camas –públicas y privadas–. Todas las provincias estaban por debajo de la recomendación. Tungurahua [2.04], Pichincha [1.80] y Santo Domingo de los Tsáchilas [1.70] tenían las tasas más altas. En contraposición Bolívar [0.91], Esmeraldas [0.92] y Carchi [0.95] con las tasas más bajas. En las provincias donde primero sucedió el brote la situación era compleja: Guayas [1.35], Los Ríos [1.22] y Santa Elena [1.10].



Así, si bien existía una oferta de unidades de salud en todo el territorio nacional y que la dotación de personal médico y de enfermería a nivel nacional se acercaba a lo sugerido por la OPS-OMS, varias provincias fueron rebasadas en su capacidad de atención para enfrentar al Covid-19, unas mucho más rápido que otras. Pero esta no es la única debilidad del sistema. Pese al postulado constitucional sobre la promoción, la prevención, la atención y la rehabilitación de la salud, el nivel primario de atención nunca fue consolidado y el país, en la última década, priorizó la atención curativa.

De casi 42 millones de consultas médicas anuales 75% eran curativas y solo 25% preventivas. Sin operar la red de atención domiciliaria y comunitaria ni el seguimiento casa por casa, condición ideal y esperada para el caso de la pandemia, el primer nivel no tuvo la capacidad de detectar tan tempranamente como fuere posible el contagio del virus, evitar su acelerada propagación y exacerbar la demanda sobre los hospitales de segundo y tercer nivel. Incluso la formación universitaria de personal en promoción y prevención de la salud es deficitaria en comparación con la que se forma para curar la enfermedad. Cabe añadir que, la implementación del modelo de salud debió incluir la activa participación con la sociedad para potenciar procesos de aprendizaje, promover valores de autocuidado y garantizar el control social sobre la gestión de los servicios, en un marco de derechos humanos y de promoción de la vida digna.

Una de las tareas específicas que tampoco se concretó, pese a los significativos ingresos con los que contó el Estado entre los años 2007 al 2014 y a las alertas globales del MERS y SARS [dos coronavirus que brotaron en humanos en 2002 y 2012 después de cruzar la barrera entre especies], es la consolidación y efectivo funcionamiento de un sistema de vigilancia epidemiológica que pudiera activarse y levantar, a través de pruebas masivas y de acceso universal, la presencia y expansión del virus. Junto con ello, debió existir un adecuado sistema de información –que se analiza en la siguiente sección–, la dotación de equipos e implementos y la infraestructura requerida. Finalmente tampoco se contó con una base social –la comunidad organizada en torno a la salud– que

lo respalde y que responda al llamado de alerta y acción frente a la pandemia.

En este complejo contexto, con el nuevo gobierno y como consecuencia de las condiciones impuestas por el acuerdo con el Fondo Monetario Internacional, el recorte en el presupuesto de la salud implicó el desmantelamiento del primer nivel de atención y del deficiente sistema de vigilancia epidemiológica. De los 39,908 profesionales en medicina, 1,598 son expertos en medicina familiar, 92 en infectología, 54 en epidemiología y 41 son salubristas. Sin embargo, en los últimos tres años los despidos de personas también afectaron los pocos esfuerzos de promoción y prevención de la salud.

En ese contexto, el brote de Covid-19 en Ecuador en febrero de 2020 encontró a un país desigual, en un renovado proceso de incremento de la pobreza por las medidas de ajuste que se ejecutaban, con la salud integral de las personas debilitándose y un sistema de salud pública sin capacidad de respuesta en el primer nivel de atención primaria, que trasladó rápidamente al segundo y al tercer nivel –hospitales generales y de especialidades– la contención del contagio.

Resta decir que, a siete meses del inicio de la pandemia en Ecuador, durante el tiempo de la cuarentena estricta sostenida en el estado de excepción y toque de queda, se debió implementar una estrategia rápida de educación en el trabajo que permitiera desarrollar las capacidades del personal de la salud frente a la llegada del virus, sumado a un aumento en la contratación y con los recursos económicos disponibles. El recorte presupuestario o la falta de pago al personal de la salud que realiza su post-grado son ejemplos de que esto no sucedió.



Datos ocultos, realidades a medias

La Organización Mundial de la Salud, desde el inicio de la pandemia alertó a los países sobre la necesidad de establecer una estrategia de comunicación adecuada como factor clave para su gestión. En febrero de 2020, esta organización recomendó que: 1) generen confianza y credibilidad; 2) que no minimicen la preocupación de la población; 3) que no se afirme que el gobierno tiene la situación bajo control; 4) que se anuncie la información de manera oportuna.

A eso se sumó la recomendación de disseminar información de manera transparente y desagregada. Sobre esto, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, a través de su Sala de Coordinación ha recomendado que se garantice el derecho a acceder a información pública, como mecanismo para ejercer otros derechos humanos.

Sin embargo, vinculado a la deficiente gestión de la emergencia sanitaria por parte del Ministerio de Salud Pública, el gobierno optó por publicar parcialmente la información y sin desagregaciones que permitan saber la real situación de la pandemia, según distintos grupos de la población. Esta situación, que en los primeros tres meses de la emergencia sanitaria resultó caótica, no ha mejorado a la fecha pese a que han transcurrido ocho meses del primer caso de Covid-19.



En la última semana de marzo y durante el mes de abril, la comunicación y acceso a la información fue especialmente contradictoria. Distintas autoridades del gobierno anunciaban cifras distintas de personas fallecidas y, en un primer momento, se trató de ocultar la crisis humanitaria vivida en la ciudad de Guayaquil.

Además, desde junio el gobierno dejó de emitir ruedas de prensa sobre la evolución de la pandemia. Y la infografía diaria que publica el Ministerio de Salud Pública, aún mantiene las deficiencias advertidas en mayo por el Observatorio, tal como se explica a continuación.

A la fecha, el sitio web Coronavirusecuador.com, que refiere ser el “portal con información oficial sobre la pandemia”, tiene cinco páginas web distintas con información estadística, que a su vez remiten a otras páginas de instituciones públicas dispersando la información y dificultando su acceso.

La información disponible en el nivel nacional, se desagrega parcialmente en los niveles provincial y cantonal. Por ejemplo, la información por edad y por género se desagrega sólo para casos confirmados a nivel nacional. Y, a nivel cantonal, sólo se informa la cifra de casos confirmados.

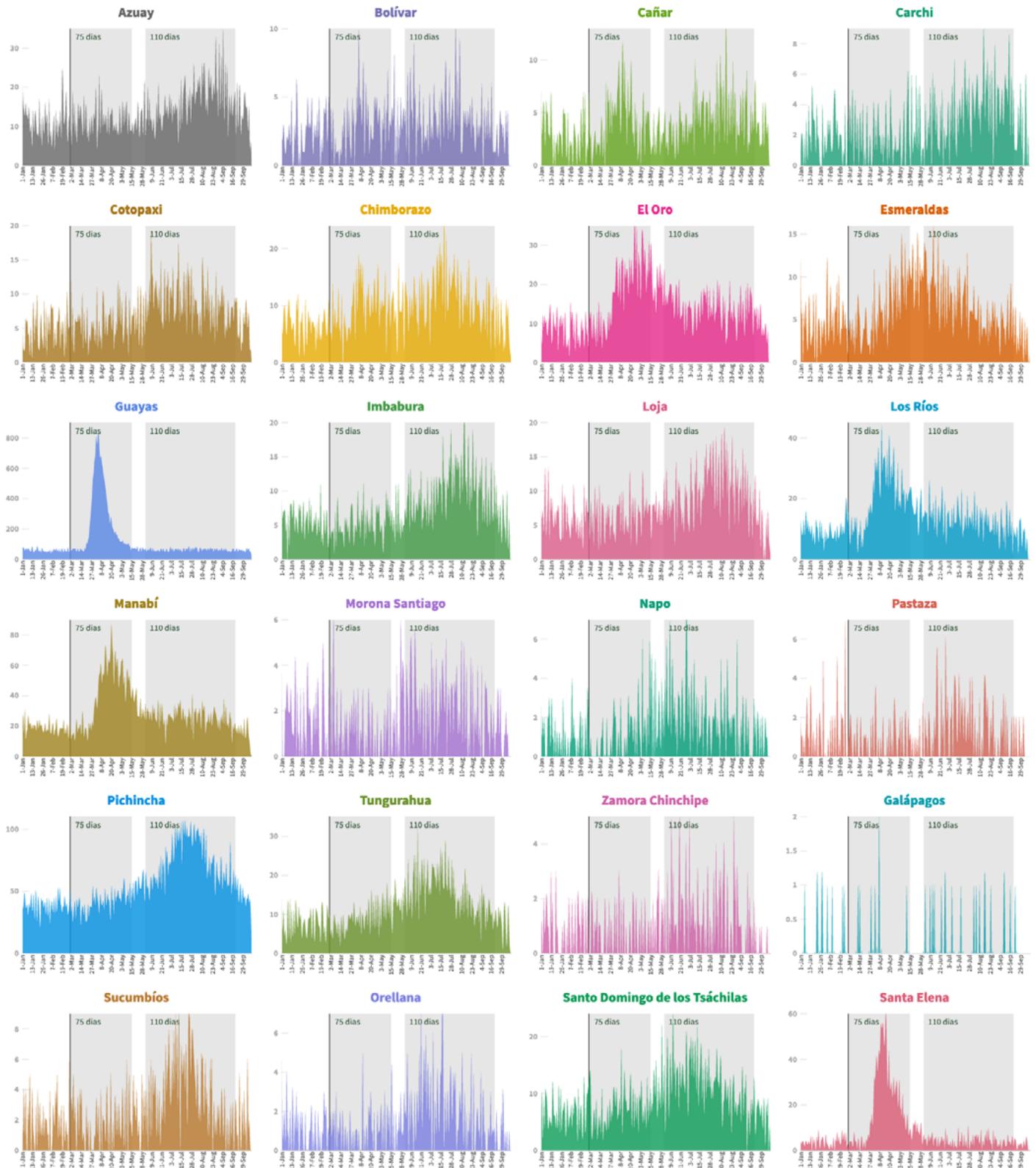
Más grave aún, no se ha hecho pública la información de la evolución del brote de Covid-19, desagregada por auto identificación étnica, discapacidad o la nacionalidad de las personas contagiadas y fallecidas. Tampoco sobre otras condiciones relevantes –enfermedades coexistentes, identidad de género o la ocupación–. Y prevalece un tema olvidado, la situación de las personas ecuatorianas que han migrado a otros países, en especial aquellos con brotes de Covid-19 graves como Estados Unidos, España, Italia o Chile.

En consecuencia, se alerta que pese a que es posible analizar la evolución de la pandemia en Ecuador en base a la información oficial disponible, ésta dista mucho de poder describir la realidad, lo que contribuye a aumentar el riesgo de la población frente al Covid-19.

Mortandad en Ecuador o la tragedia neoliberal

Si bien es cierto que la situación vivida en Guayaquil fue particularmente grave, se alerta que varias provincias del país registraron un exceso de personas fallecidas entre marzo, abril y mediados de mayo –Guayas, Santa Elena, Manabí, Los Ríos, El Oro, Esmeraldas, Chimborazo y Cañar–, durante el tiempo de cuarentena estricta. Situación que se ha extendido al resto de provincias de manera paulatina y con distinta intensidad, especialmente en Pichincha, Azuay, Santo Domingo de los Tsáchilas y Tungurahua.

Personas fallecidas por provincia por día [2020]

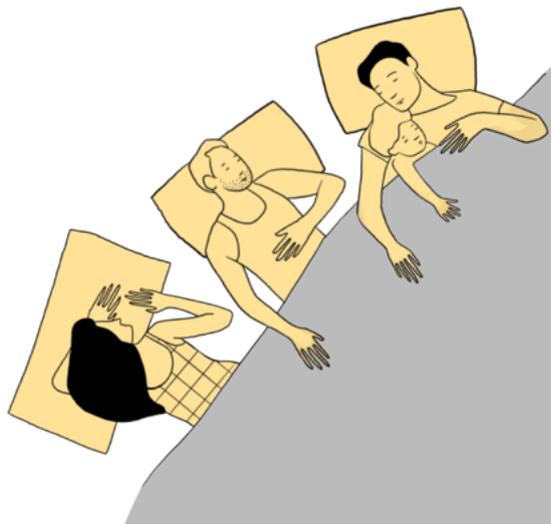


Si bien el Registro Civil aún no ha hecho públicas las causas de defunción, es evidente que el virus se esparció rápidamente en febrero. Desde el 22 de marzo al 18 de septiembre se registran más de 250 muertes diarias. Y sólo entre el 25 de marzo y el 28 de abril se registraron más de 400 muertes diarias y 24,713 defunciones en Ecuador.

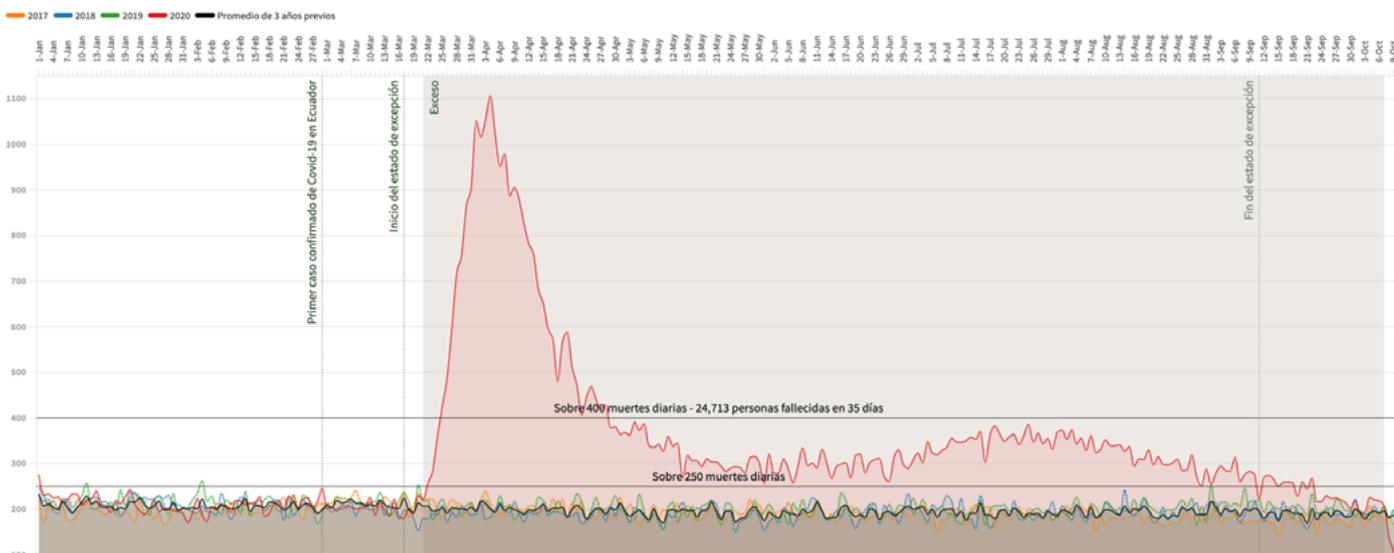
A nivel nacional, el exceso de fallecidos en el 2020 es de 36,351 personas sobre el promedio histórico de los tres años previos y la tasa de mortalidad es de 207.6 por cada 100,000 habitantes. Según el medio Financial Times, Ecuador registra al momento la segunda tasa más alta de exceso después de Perú, al comparar entre 20 países respecto de su población. En ese contexto, el COE Nacional registra 12,357 personas fallecidas por Covid-19, con una tasa de mortalidad de 70.6 por cada 100,000 habitantes, lo que ubica a Ecuador 7° en el mundo y 4° en América, después de Perú, Bolivia y Brasil, según las cifras de la Universidad Johns Hopkins.

Si se toma en cuenta que el 15 de febrero se registró el primer caso con síntomas de Covid-19, las medidas adoptadas en marzo no habrían sido oportunas. El Ministerio de Salud Pública registra sólo un tercio del total de personas fallecidas en exceso durante la pandemia, por lo que el resto de las personas habría fallecido por fuera del sistema de vigilancia epidemiológica activado, sin que se precise hasta ahora por qué causas. ¿Pudo el colapso del sistema de salud en varias provincias provocar miedo en la población sobre asistir al

sistema de salud? Se debe considerar, además, que la OMS (2020) ha alertado de la coexistencia del Covid-19 con otras epidemias, entre ellas, el Dengue, Chikungunya y Zika. Finalmente, las condiciones de salud y de desigualdad de la población son otro factor que se deberá considerar para comprender tanta mortandad.



Personas fallecidas por día - exceso: 36,351 personas
Se compara el año 2020 con el promedio de los 3 años anteriores

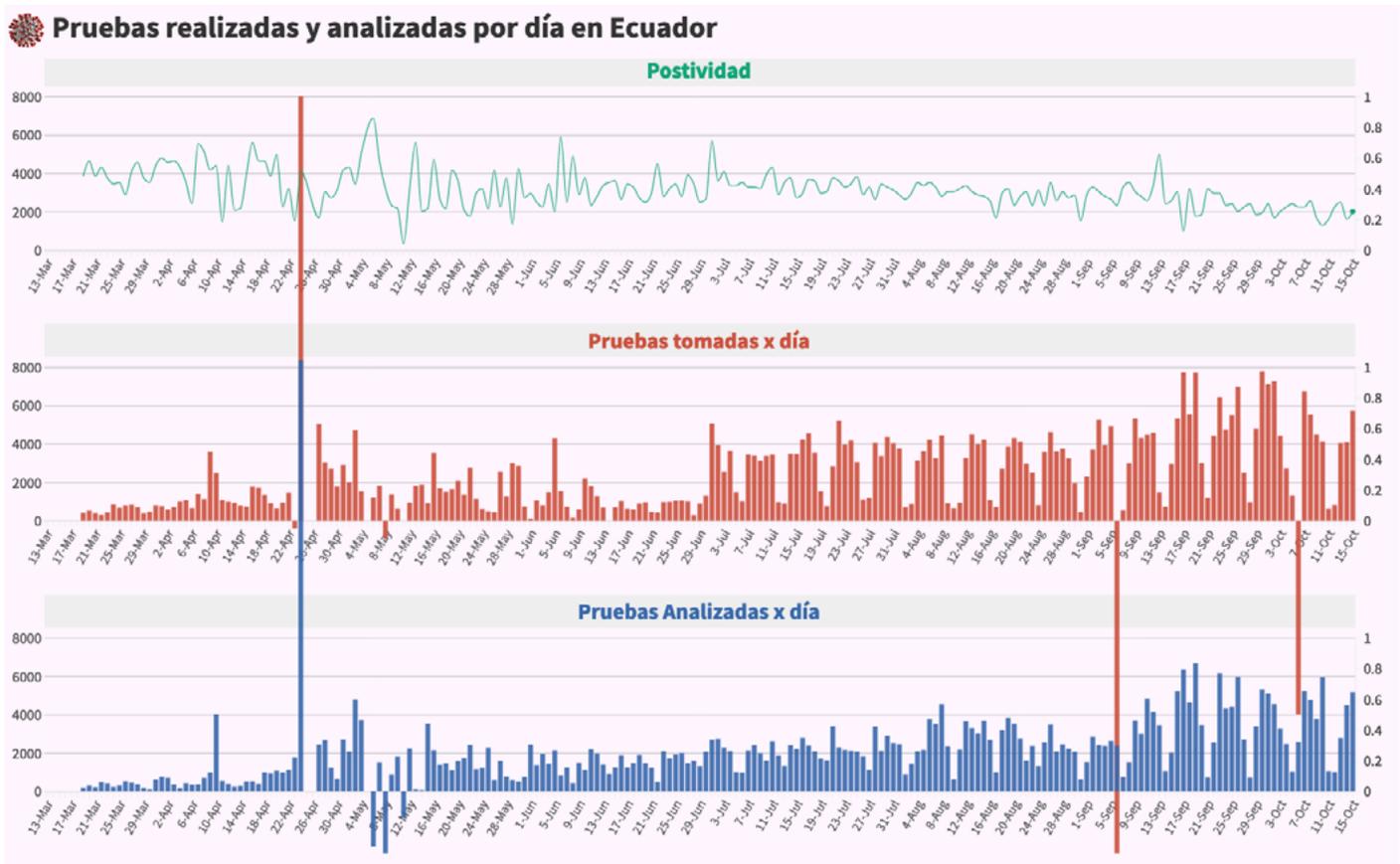


Pese al bajo nivel de testeo los casos siguen aumentando

Latinoamérica se convirtió rápidamente en el epicentro de la pandemia, después de los brotes graves de Covid-19 en Europa y Estados Unidos. Según las cifras recopiladas de la Universidad Johns Hopkins, Brasil, Argentina, Colombia, Perú y México están entre los primeros 10 países con más casos, le siguen Chile, Ecuador y Bolivia que aparecían a finales de septiembre, dentro de los siguientes 20. Ecuador registra una de las tasas de testeo más bajas de Sudamérica –27,811 pruebas por millón de habitantes–, solo por encima de Bolivia y Guyana. En promedio, ha realizado 2,277 pruebas y ha analizado 2,053 por día, esto pese a que en abril se anunció que se procesarían 13,000 pruebas diarias y que en junio el Presidente afirmó que se tomarían 6,000 pruebas diarias.

Al poco número de pruebas analizadas por día –sólo el 17, 19 y 23 de septiembre se analizaron por sobre 6,000 pruebas– se suma el 14.2% de pruebas tomadas aún sin resultado [69,369]. Estos dos factores son determinantes en el número de casos confirmados, así como en el cálculo de la positividad y la tasa de prevalencia

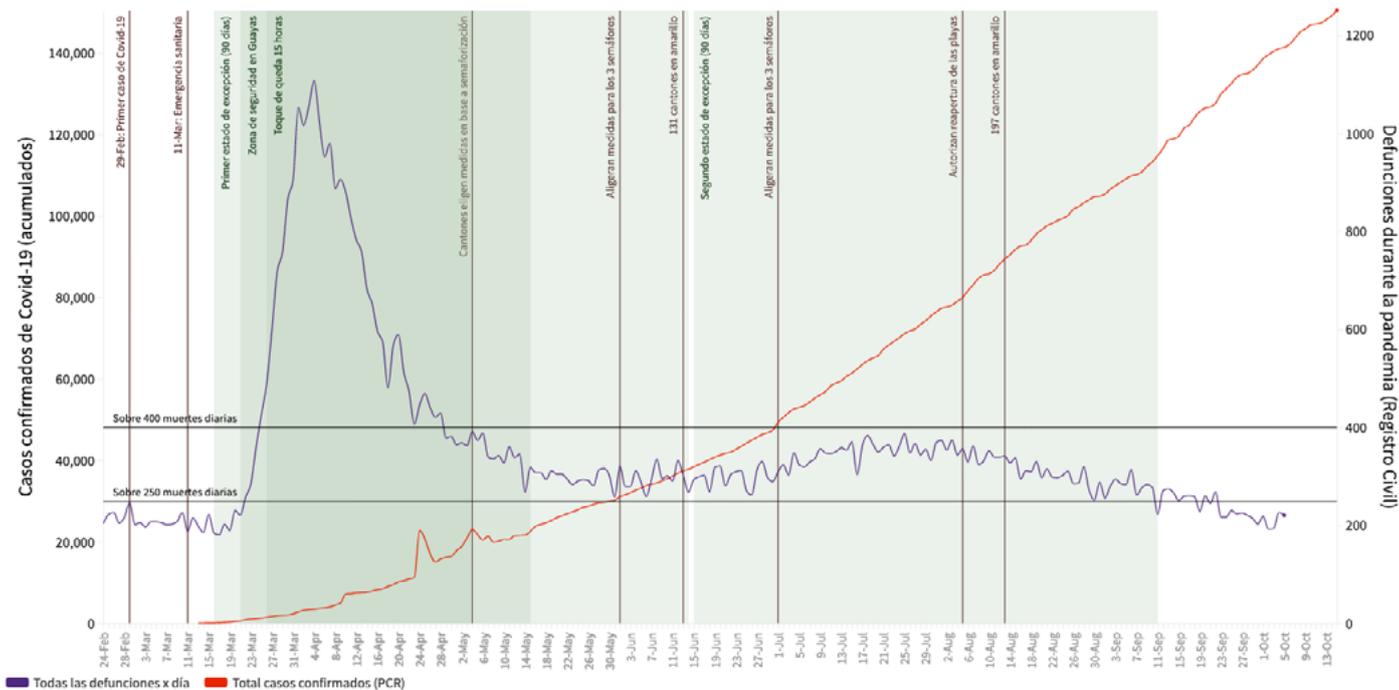
de Covid-19 a nivel nacional, esta última se ubica actualmente en 866.1 personas con Covid-19 por cada 100,000 habitantes.





En ese contexto, el brote de Covid-19 puede ser comparado entre el número de personas fallecidas y la curva de crecimiento de casos acumulados con las medidas adoptadas. Como se observa, los casos pasaron de 58 a 37,795 durante el primer estado de excepción y, a partir del aligeramiento de medidas y la mayor movilidad, resultado de la reactivación económica en medio del ajuste estructural, los casos pasaron de 37,795 a 114,732, durante el segundo estado de excepción. Además, al 15 de octubre –un poco más de un mes después del fin del estado de excepción– suman ya 150,360 casos confirmados.

Covid-19 en Ecuador y medidas adoptadas



La evolución de la pandemia de Covid-19 en las provincias y cantones

Una comparación entre las tasas de prevalencia del virus por provincia por cada 100,000 habitantes, permite observar el recorrido del contagio. Las fechas de los mapas se eligieron a partir de la modificación de medidas adoptadas durante los últimos 8 meses. Al 4 de mayo, con 22,891 casos –los COE cantonales pasaron a tener la decisión de modificar las medidas en base al proceso de semaforización– el contagio era más intenso en Guayas [61.8% del total de casos], Santa Elena, Los Ríos y Cañar. Además, las provincias de la Sierra y Amazonía norte registraban las tasas más bajas.

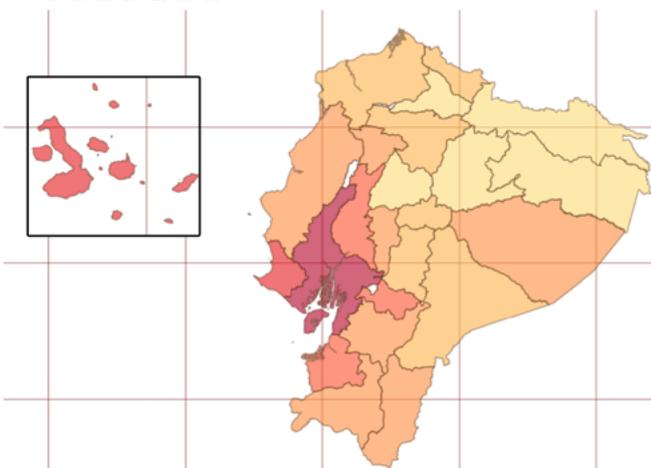
Sin embargo, para el 1 de julio, con 49,301 casos –por segunda vez se aligeraron medidas de restric-

ción a la movilidad – la región amazónica concentraba las tasas más altas de prevalencia del virus en relación con su población, sobre todo las provincias de Pastaza, Orellana y Zamora Chinchipe, junto con Santo Domingo de los Tsáchilas.

Para el 13 de septiembre, con 114,732 casos –día en que terminó el estado de excepción– Guayas, Santa Elena y los Ríos, que habían sido el epicentro de la pandemia en abril, registraban las tasas de prevalencia más bajas junto con Chimborazo y Galápagos; mientras que Pichincha, Azuay y Loja incrementaron su tasa de prevalencia y la Amazonía continuaba en la cima, ahora junto con Carchi. Y para el 15 de octubre

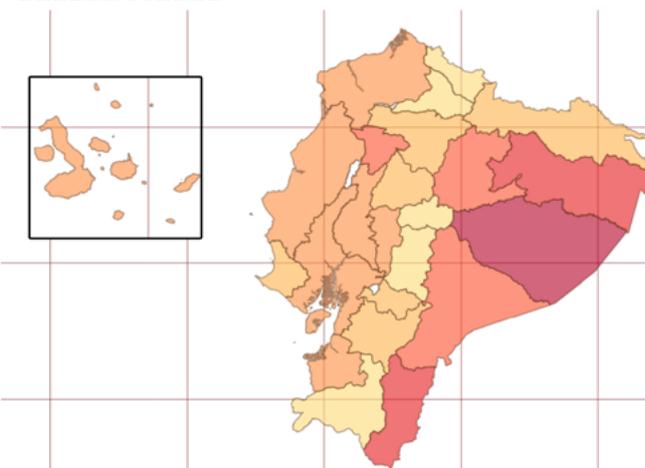
Tasa de contagio de Covid-19 por provincias en Ecuador
Por cada 100,000 habitantes

4 de mayo de 2020



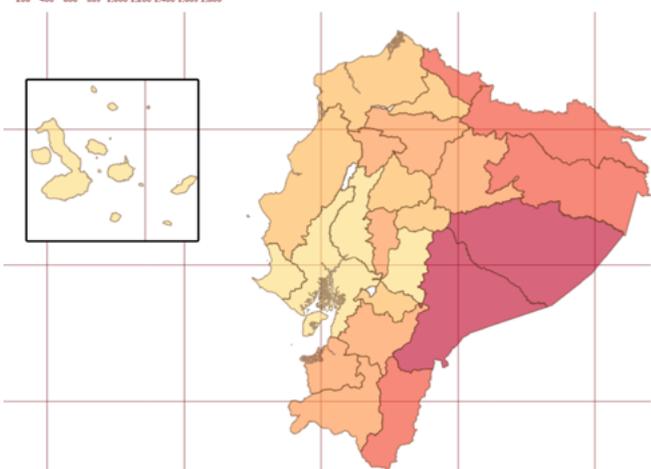
Tasa de contagio de Covid-19 por provincias en Ecuador
Por cada 100,000 habitantes

1 de julio de 2020



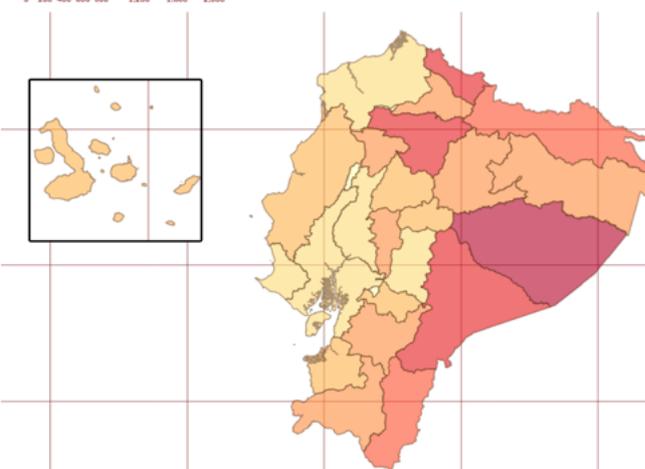
Tasa de contagio de Covid-19 por provincias en Ecuador
Por cada 100,000 habitantes

11 de septiembre de 2020



Tasa de contagio de Covid-19 por provincias en Ecuador
Por cada 100,000 habitantes

15 de octubre de 2020



sobre todo Pichincha, pero también Loja, Azuay y Santo Domingo de los Tsáchilas pasaron a tener tasas similares a las de la Amazonía y Carchi. Cada una de estas 11 provincias registran más de 1,000 personas contagiadas por cada 100,000 habitantes y el Ecuador registraba 150,360 casos confirmados de Covid-19.

Si bien no es posible tener información diaria a nivel provincial y cantonal sobre el número de pruebas realizadas, el Informe de Vigilancia Epidemiológica de 15 de octubre del MSP reporta el total acumulado de muestras PCR tomadas en cada provincia.

Provincia	Población	Muestras PCR	%	Tasa de testeo x
Galápagos	33,042	2,338	0.4%	70.8
Morona Santiago	196,535	11,148	2.1%	56.7
Pichincha	3,228,233	178,732	34.3%	55.4
Carchi	186,869	8,183	1.6%	43.8
Pastaza	114,202	4,625	0.9%	40.5
Tungurahua	590,600	21,052	4.0%	35.6
Sucumbíos	230,503	7,481	1.4%	32.5
Loja	521,154	16,889	3.2%	32.4
Azuay	881,394	27,605	5.3%	31.3
Orellana	161,338	5,015	1.0%	31.1
Zamora Chinchipe	120,416	3,601	0.7%	29.9
Santo Domingo Ts.	458,580	13,484	2.6%	29.4
Manabí	1,562,079	44,666	8.6%	28.6
Imbabura	476,257	13,282	2.5%	27.9
Bolívar	209,933	5,700	1.1%	27.2
El Oro	715,751	18,699	3.6%	26.1
Napo	133,705	3,476	0.7%	26.0
Cotopaxí	488,716	10,956	2.1%	22.4
Esmeraldas	643,654	13,163	2.5%	20.5
Cañar	281,396	5,374	1.0%	19.1
Guayas	4,387,434	80,404	15.4%	18.3
Santa Elena	401,178	6,157	1.2%	15.3
Los Ríos	921,763	12,804	2.5%	13.9
Chimborazo	524,004	6,092	1.2%	11.6
Nacional	17,510,643	520,927	100%	29.7
Nacional según infografía		481,189		27.5
Diferencia sin determinar		39,738		2.2

Así, se habían realizado 520,927 muestras. De ellas 150,360 fueron positivas, 262,702 negativas y la diferencia de 107,865 incluye 68,127 pruebas por analizar y otras 39,738 sin precisar a qué corresponden [podrían ser casos probables y duplicadas].

Pese a que el promedio nacional de muestras PCR es de 27.5 por cada 1,000 habitantes; a nivel provincial la situación es desigual y no se corresponde con la distribución demográfica de la población. En Galápagos se han realizado 71 pruebas por cada 1,000 habitantes; le siguen Morona Santiago con 57 y Pichincha con 55 pruebas respectivamente. Así mismo, en las provincias de

Carchi, Pastaza, Tungurahua, Sucumbíos y Loja se han tomado más de 32 pruebas por cada 1,000 habitantes. Mientras que Chimborazo [12], Los Ríos [14], Santa Elena [15], Guayas [18], Cañar [19] y Esmeraldas [21] registran la seis tasas de testeo más bajas.

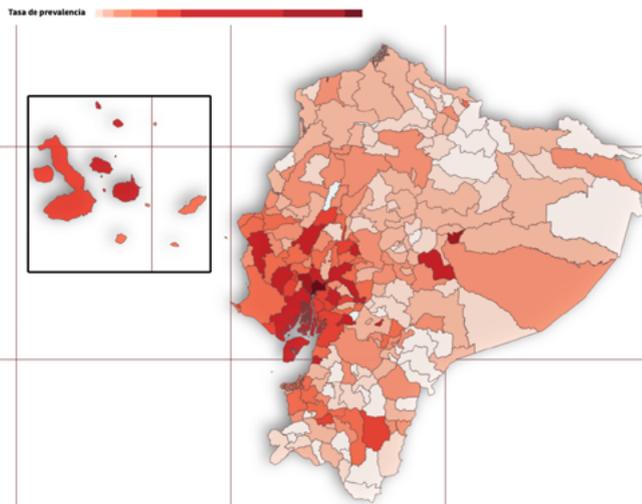
Según la información recopilada en Our World in Data, la política para realizar pruebas PCR en Ecuador es “a cualquier persona con síntomas”. Así también se reporta en medios a partir de la información del Ministerio de Salud Pública. Esta desigualdad geográfica en la tasa de testeo, es un factor determinante en la capacidad estatal para tener una idea lo más cercana a la realidad sobre el estado de la evolución del contagio de Covid-19. Cabe añadir que no se ha hecho público los resultados del testeo masivo con pruebas rápidas en Ecuador que permita complementar este análisis.

Resta decir que el 71% de muestras PCR se han realizado en Pichincha [34%], Guayas [15%], Manabí [9%], Azuay [5%] Tungurahua [4%] y El Oro [4%]; mientras que en las otras 18 provincias se han realizado el restante 29%.

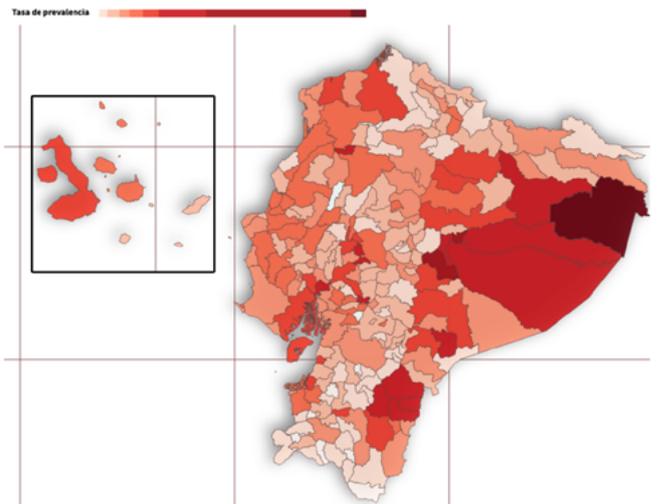


A nivel cantonal, la información pública diaria se restringe únicamente al número de casos confirmados por cantón a través de pruebas PCR. Aguarico, con una población de 3,629 habitantes, dese hace 4 meses, registra la tasa más alta de prevalencia de Covid-19 [901.7 por cada 10,000 habitantes]. Fue el primero en pasar de semáforo rojo directo a verde el 19 de mayo, cuando aún no registraba casos. 13 días después, el 1 de junio registró 6 y para el 11 de octubre acumula 327 casos.

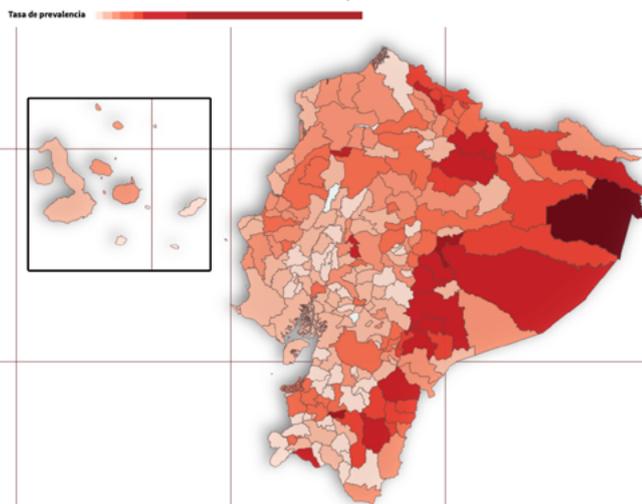
Tasa de prevalencia de casos en los cantones
Por cada 10,000 habitantes (4 de mayo)



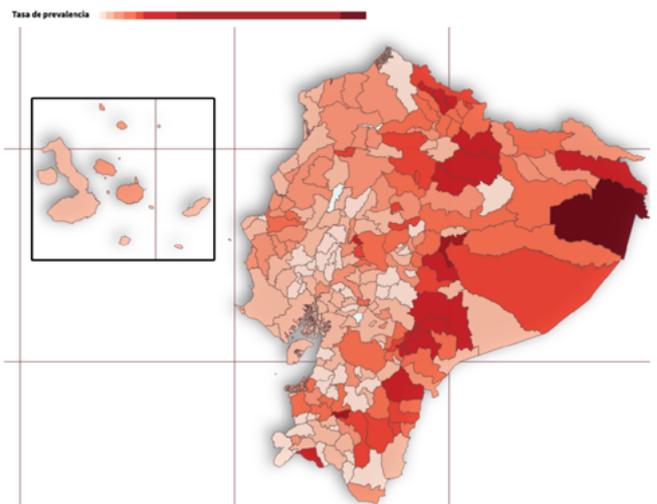
Tasa de prevalencia de casos en los cantones
Por cada 10,000 habitantes (1 de julio)



Tasa de prevalencia de casos en los cantones
Por cada 10,000 habitantes (11 de septiembre)



Tasa de prevalencia de casos en los cantones
Por cada 10,000 habitantes (11 de octubre)



El caso de Aguarico es una muestra de la movilidad que las actividades extractivas generan en la región Amazónica –explotación de petróleo, madera, palma y minería metálica, entre otras– junto con la del personal militar que realiza operativos en la zona y el de la población residente. Precisamente, después del 4 de mayo en que paulatinamente se relajan las medidas de restricción, las tasas de prevalencia rápidamente se incrementaron en esta región, donde habitan varias nacionalidades indígenas, incluido los pueblos en aislamiento voluntario Tagaeri y Tarmenane, en grave riesgo.

Manabí y Los Ríos, en esa misma fecha los cantones Santa Clara [Pastaza], Palora y Sucúa [Morona Santiago], Zamora [en Zamora Chinchipe] y en menor medida Cuyabeno [Sucumbíos] registraban tasas más altas que en la Sierra, las cuáles han seguido creciendo desde entonces e intensificándose en otros cantones de la región, como se observa en los mapas. Por otra parte, los cantones Mira y Espejo [en la provincia de Carchi]; La Concordia [Santo Domingo de los Tsáchilas], Las Naves, Echeandía [Bolívar], Portovelo [El Oro] y Macará [Loja] registran también tasas de prevalencia elevadas.

Pese a que al 4 de mayo el epicentro de la pandemia se concentraba en Guayas, el Sur de

El dilema de las subsistencia en la cuarentena

Resulta falaz la afirmación que hiciera el Ministro de Salud Pública del Ecuador –“*hemos sido el país que mejor ha manejado la pandemia en la región*”–, frase que ofende y falta el respeto a las decenas de miles de familias en duelo en el país, en medio de una de las peores crisis que enfrenta el Ecuador, agravada por la implementación del ajuste neoliberal que, al momento en que se cerraba este documento, implica el anuncio de 6,500 millones de dólares adicionales de deuda como parte de una política económica que sólo profundizará aún más la desigualdad.

Pese a la aparente facilidad con la que se puede evitar un contagio –usar una mascarilla, lavarse constantemente las manos, mantener la distancia física de al menos dos metros y evitar aglomeraciones innecesarias, sobre todo en espacios cerrados–, la población que habita en el Ecuador enfrenta la descomposición acelerada de las relaciones sociales de trabajo –no sólo el empleo en relación de dependencia–, lo que dificulta contar con medios de vida para garantizar la supervivencia: la alimentación, el agua, la vivienda, los cuidados, los servicios básicos, el transporte, la salud y la educación, entre otros.

El trabajo de cuidado sigue sin ser remunerado y la mayor carga lo realizan las mujeres, 31 horas semanales en comparación con las 11 horas que realizan los hombres. Las cuentas satélite publicadas por el INEC a 2017, evidencian la millonaria contribución que significa preparar alimentos, mantener el hogar, preparar la ropa, las compras y el cuidado de familiares, actividades que en la cuarentena se han intensificado, entre otras razones, por el cierre de escuelas y la atención a pacientes de Covid-19 que no requieren de hospitalización. En 2017, estos trabajos representaron 19,782 millones (el 19.1% de la riqueza del PIB), todos no remunerados.

A esta situación se suma, la persistencia de formas de trabajo precarias, como el trabajo remunerado del hogar, en el que miles de mujeres han debido enfrentar la pandemia sin la debida protección por parte del Estado, no han sido consideradas dentro de los trabajadores esenciales

ni objeto de normativa específica en razón de su condición. Por otra parte, la creciente desigualdad y empobrecimiento constituyen el escenario propicio para el incremento del trabajo infantil que no ha logrado ser erradicado y que, actualmente, se concentra mayoritariamente en la agricultura y la pesca para la exportación, en la explotación minera de oro, en la producción de ladrillos y en la construcción.

En este marco de trabajos precarios, ni siquiera la emergencia sanitaria ha significado medidas de protección para las y los trabajadores que aún accedían a empleo digno previo al brote de Covid-19. La ley de supuesto apoyo humanitario en la práctica vulneró el contenido esencial y el carácter tutelar del derecho al trabajo. Además, pese a la cantidad de trabajadores declarados esenciales –servidores públicos de servicios básicos, trabajadores de la cadena de exportación, conductores, periodistas, repartidores, entre otros–, la Covid-19 se considera como enfermedad profesional sólo para el personal sanitario, excluyendo de protección laboral a quienes, en ocasión de las actividades que realiza, se están contagiando de Covid-19.

Un tema olvidado. El Estado no ha promovido la protección de la población inmigrante en Ecuador, al contrario medidas cada vez más estrictas los irregularizan y precarizan. Muestra burda de esta situación son los caminantes venezolanos de retorno a su país o las protestas de repartidores, principalmente, migrantes exigiendo mejores condiciones a las plataformas digitales para las que trabajan. En espejo, pese a que la diáspora ecuatoriana vive y trabaja mayoritariamente en Estados Unidos, Italia y España, no se tiene información sobre su situación y, con la crisis, se podría prever una nueva ola migratoria, en un mundo cada vez más xenófobo y con mayor aseguramiento y control de sus fronteras.

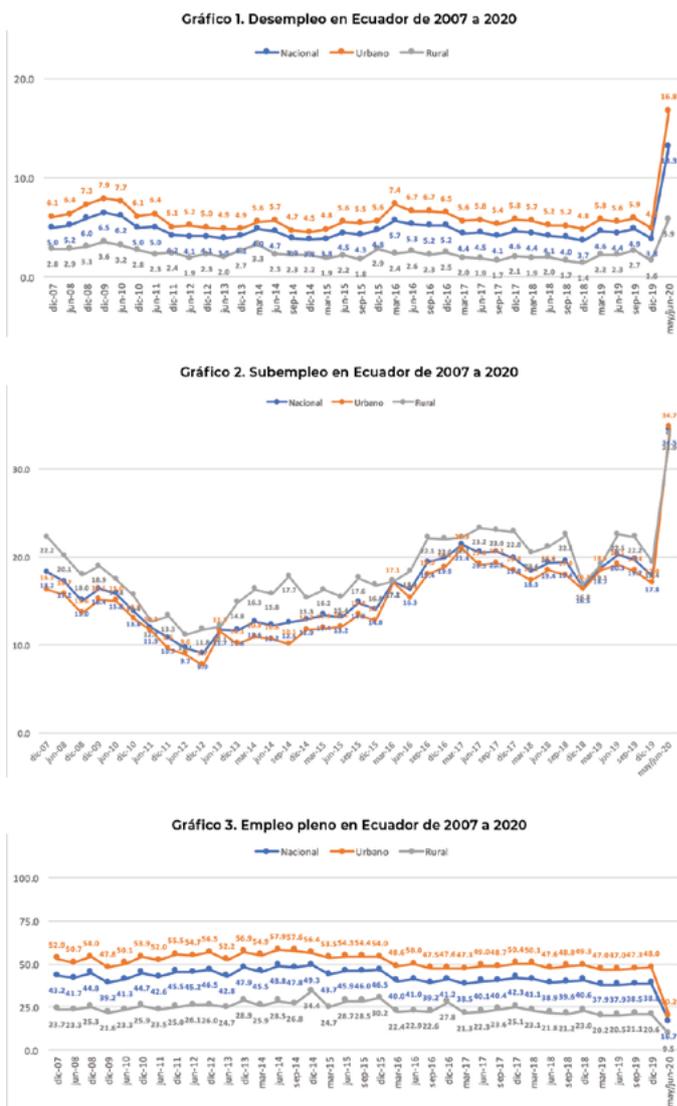
Los resultados de la ENEMDU realizada por vía telefónica durante el 2020 demuestran el impacto que hasta ahora tienen el ajuste estructural neoliberal implementado y la gestión de la pandemia en Ecuador.

A junio de 2020, el desempleo pasó de 3.8% a 13.3% de la población económicamente activa [PEA], el subempleo de 17.8% a 34.5%; mientras que el empleo decente cayó del 38.8% al 16.7%.

La perversa ley de apoyo humanitario, aprobada en medio del estado de excepción y toque de queda de 15 horas diarias en todo el territorio, y justo después del doloroso impacto del colapso del sistema de salud en la ciudad de Guayaquil, ha significado la erosión del carácter tutelar del derecho laboral y la flexibilización y precarización del empleo, al violar varios principios constitucionales del derecho al trabajo, entre ellos, su irrenunciabilidad, la obligación de promover el empleo pleno y adecuado y de prohibir la transacción de derechos cuando implican su afectación.

A la ya deteriorada situación de desigualdad acumulada desde el año 2014, el 2020 pasará a ser un punto de inflexión en términos de la salud colectiva de la población determinada, como se ha dicho, no sólo por la pandemia y su gestión sino, sobre todo, por las condiciones sociales y económicas en las que actualmente se vive.

Se debe tener presente que el trabajo no se restringen exclusivamente al análisis del empleo en relación de dependencia, sino al conjunto de actividades sociales que se realizan cotidianamente y que reproducen la vida, todas generadoras de riqueza que termina concentrándose en pocas manos. Esto incluye el trabajo no remunerado, la servidumbre y las formas contemporáneas de esclavitud, los trabajos prohibidos y peligrosos pero que no han sido erradicados, junto con miles de trabajos mal pagados, sin estabilidad y en malas condiciones.



DEBEMOS TRABAJAR EN DOS NIVELES: EN LO INMEDIATO Y EN EL DE LARGO PLAZO. HAY GENTE QUE NO TIENE NADA. NIÑOS CON HAMBRE EN TODAS PARTES. EN ESE PROCESO DE RESPUESTA INMEDIATA TAMBIÉN TENEMOS QUE CONSTRUIR OTRA MANERA DE ORGANIZAR LA PRODUCCIÓN. ASÍ CREAMOS OTRAS MANERAS DE HACER".
SILVIA FEDERICI, 2020.

Epidemiología popular y la defensa del Sistema de Salud Pública

Al 15 de octubre, los países oficialmente han reportado alrededor de 39 millones de personas diagnosticadas con Covid-19, sin embargo, la OMS asegura que el 10% de la población mundial se habría contagiado, es decir, alrededor de 770 millones de personas. Por otra parte, esa misma organización internacional alerta que, si bien existen al menos 43 vacunas en desarrollo, la humanidad enfrenta un desafío mayor: “cómo fabricar y distribuir una vacuna [o varias] de calidad suficiente para satisfacer la demanda mundial”.

Este desafío en Ecuador es aún más complejo por, al menos, tres razones. En primer lugar, las farmacéuticas privadas controlan no sólo las capacidades de innovación y desarrollo sino también el mercado. Pese a los brotes previos de SARS y MERS –provocados por otro tipo de coronavirus como el actual SARS-Cov-2 que provoca la Covid-19– el mercado farmacéutico no consideró rentable invertir en el desarrollo de vacunas ni de medicamentos frente al número de pacientes y personas fallecidas; a diferencia del actual brote, de su evolución a pandemia a inicios del 2020 y de los impactos que está generando en la salud y, en un campo más extendido, a toda la sociedad.

En segundo lugar, este contexto geopolítico encuentra a Ecuador no solo sumido en una grave crisis acumulada durante los últimos 6 años más los efectos de la pandemia y su gestión, sino y sobre todo en medio de la implementación de un renovado ajuste estructural neoliberal que sigue en marcha. A cambio de deuda por más de 10,000 millones de dólares, el Estado debe ejecutar medidas que están vulnerando el ejercicio de derechos económicos, sociales y culturales de la mayoría de la población, reduciendo el tamaño del Estado, recortando la inversión so-

cial y despidiendo a funcionarios públicos y, por otra parte, favoreciendo a determinadas élites económicas locales así como al capital transnacional y sus intereses en Ecuador. Nuevas medidas se esperan en los próximos meses.

En tercer lugar y como consecuencia, las aparentemente sencillas formas de prevenir contagios –lavarse las manos, usar una mascarilla, quedarse en casa el mayor tiempo posible– constituyen un dilema imposible de resistir para sectores de la población cada vez más grandes, obligados a salir de los hogares para conseguir ingresos. Es decir, las personas que durante el estado de excepción no pudieron dejar de trabajar por las actividades que realizan, a las que se suman quienes ya estaban desempleadas y subempleadas previo al brote de Covid-19, junto con los nuevos desempleados y subempleados a partir del primer caso confirmado, del estado de excepción y de las medidas adoptadas que, al contrario de protegerlas, están provocando mayor exposición al virus.

Las elecciones de un nuevo gobierno y de representantes a la Asamblea Nacional, previstas para el primer cuatrimestre de 2021, exigen poner en el centro del debate electoral de los próximos meses que las y los candidatos expliciten su plan de gobierno para garantizar la salud integral y la vida digna de la población. Hablar en abstracto sobre Covid-19 no es suficiente. En concreto es necesario saber:

- ¿Cómo van a fortalecer el sistema de salud pública, garantizar su universalidad y gratuidad?
- ¿Cómo van a ampliar su cobertura y, sobre todo, priorizar y ampliar el nivel primario de atención, incluida la vigilancia y control epidemiológico?
- ¿Van a implementar un sistema público de cuidados integral para la población, especialmente, para la niñez, las personas adultas mayores y personas con discapacidad?
- ¿Cómo van a enfrentar el acelerado proceso de empobrecimiento?



- ¿Cómo van a generar fuentes de empleo digno e impedir la precarización laboral?
- ¿Quién financiará estas acciones para que se conviertan en políticas estatales?
- ¿Cómo reorganizar el Estado para que la política frente a la emergencia sanitaria sea equitativa en el territorio y no profundice la desigualdad geográfica a través de las acciones que se realizan?

Frente a la ausencia de respuesta a estas preguntas, las organizaciones sociales paulatinamente han empezado a incorporar procesos de epidemiología popular, es decir, se organizan también para la construcción de formas colectivas de prevención y de cuidado. Varios ejemplos podrían citarse al respecto, se destacan entre ellos al Colectivo Mujeres de Frente, al Comité de Operaciones Wankavilka de Emergencia, a la Confederación de Nacionalidades Indígenas Amazónicas del Ecuador (CONFENIAE) y a la facultad de medicina de la Universidad Central con algunos barrios de la ciudad de Quito, en algunos de esos casos, en coordinación con el Ministerio de Salud Pública de las localidades donde operan.

Sin embargo, se debe tener presente que el cuidado en Ecuador, como en Latinoamérica y otras regiones del mundo, es asumido mayoritariamente por la población y de manera desproporcionada por las mujeres, frente a la ausencia estructural del Estado que no ha cumplido con la obligación asumida en la Constitución de 2008, esto es, promover un “régimen laboral que funcione en armonía con las necesidades del cuidado humano, que facilite servicios, infraestructura y horarios de trabajo adecuados”.

En consecuencia, los procesos de epidemiología popular deben tener en cuenta este horizonte, en especial la comprensión sobre la necesidad de impulsar la corresponsabilidad de esas acciones entre todas las personas y no sólo recargada a las mujeres, fortalecer la solidaridad y romper estructuras patriarcales y roles de género vinculados a la división sexual del trabajo. Estos procesos de cuidado y epi-

demiología popular no son nuevos y tienen vinculación con otros procesos referidos a la salud individual y colectiva y su relación con el entorno y ecosistemas con los que interactuamos. Desde los movimientos por la justicia ambiental, existen experiencias de monitoreo de la salud y la situación ambiental –sea de aquellos impactados por la minería, por los monocultivos o el petróleo o sea de aquellos que en las ciudades enfrentan contaminación y degradación en polos industriales, entre varios otros ejemplos–.

Sin duda, los próximos meses nos requieren organizados alrededor del cuidado para poder seguir exigiendo el respeto y garantía de nuestros derechos así como la modificación estructural de las causas que agravan los impactos que el Covid-19 o SARS-Cov-2 provoca al recorrer los senderos de inequidades cada vez más deteriorados en el país. No sólo eso, la presión sobre ecosistemas, la desertificación, la deforestación, la contaminación y la extracción masiva de recursos naturales generan mayor presión y configuran el escenario ideal para el salto de virus entre especies y que nuevas enfermedades emerjan u otras reemerjan en lugares donde se había controlado su contagio.



Fuentes

Esta cartilla está basada en una relectura de los ocho ensayos publicados por el Observatorio Social del Ecuador entre el 29 de abril y el 7 de septiembre de 2020, a partir del monitoreo diario de los datos oficiales sobre la pandemia de Covid-19. Los ensayos están disponibles en el sitio web: <https://www.covid19ecuador.org/analisis>.

¿Estaba el sistema educativo del Ecuador preparado para enfrentar la pandemia de Covid-19?

- Deficiencias en la información pública sobre la pandemia de Covid-19 en Ecuador
- El Covid-19 recorre las desigualdades del Ecuador ¿Sobrevivir o quedarse en casa?
- Autoritarismo y los fines ulteriores de la emergencia sanitaria por el Covid-19
- ¿Estaba preparado el sistema de salud para enfrentar la pandemia?
- El acceso geográfico desigual a la salud en Ecuador
- Precarización del trabajo durante la pandemia ¿Quiénes arrimamos el hombro?
- A seis meses de iniciada la pandemia en Ecuador ¿Nos cuida el Estado?

Adicionalmente se citan la siguiente bibliografía para esta cartilla:

Cajas-Guijarro, John & Pástor Pazmiño, Carlos. (2020). “Ecuador: deuda, pandemia y desigualdad”. En Finlandia Estación. Disponible en: <http://bit.ly/DeudadCajasPastor>.

Centro de Derechos Económicos y Sociales. (2020). “Más de lo mismo en Pandemia: Beneficios para prestamistas, deuda para los pueblos.” Pronunciamento de la Red Latinoamericana de Justicia Económica y Justicia Social – Latindad. Disponible en: <https://cdes.org.ec/web/?p=6015>.

OMS (2020). Intensifying vaccine production. Boletín. Disponible en: <http://bit.ly/OPSVacunasMercado>.

OPS (2020). Casos de dengue superan los 1.6 millones en América, lo que pone de relieve la necesidad de control de mosquitos durante la pandemia. Disponible en: <http://bit.ly/OtrasEpidemiasCovid19>.

Phillips, Leigh. (2020). “The Market is Leaving Us Unprepared for a Pandemic”. Jacobin Magazine No. 37. Primavera. P. 19-28.

Pravda, Natalia. (2020). “Entrevista a Silvia Federici. Esta crisis demuestra cuánta miseria lleva en sí el capitalismo.” En Ecuador Today. Re-publicada y disponible en: <http://bit.ly/EntrevistaFedericiTrabajo>.

Snowden, Frank. (2020). *Epidemics and Society. From the black death to the present*. New Haven y Londres: Yale Press University. <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>.

Johns Hopkins University. (2020). *Coronavirus Resource Center*. <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>.

Our World in Data. (2020). *Statistics and Research. Coronavirus Pandemic (Covid-19)*. <https://ourworldindata.org/coronavirus>.

Todos los datos tienen corte al 15 de octubre de 2020, basados en los siguientes registros administrativos de estadísticas:

- Ecuador en Cifras, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/estadisticas/>.
- Comportamiento de la Covid-19 en Ecuador. Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica del Ministerio de Salud Pública Corte: 15 de octubre de 2020. <http://bit.ly/Covid19MSPecuador>.
- Informes de situación e infografías COVID-19. Secretaría Nacional de Gestión de Riesgos y Emergencias. Al 15 de octubre de 2020. <https://www.gestionderiesgos.gob.ec/informes-de-situacion-covid-19-desde-el-13-de-marzo-del-2020/>.
- Portal con información oficial sobre la pandemia que afecta a Ecuador. <https://www.coronavirusecuador.com/>.
- Ejecución presupuestaria, Ministerio de Economía y Finanzas. <https://www.finanzas.gob.ec/ejecucion-presupuestaria/>.



DESIGUALDADES, IMPACTOS Y DESAFÍOS

LA PANDEMIA EN ECUADOR

Quito, Ecuador
Octubre 2020

Autor y autora

Francisco Hurtado Caicedo Abogado, especialista en derechos humanos y maestría en sociología. Docente invitado en la Universidad Andina Simón Bolívar y experiencia en derechos humanos, políticas públicas y enfoque de derechos.

Margarita Velasco Abad Enfermera y Magíster en Políticas Públicas, ex docente de la Universidad Central e investigadora social en derechos humanos de la niñez y adolescencia y experta en Gestión de Recursos Humanos en Salud.

<https://odna.org.ec/>

 Observatorio Social del Ecuador - OSE

 @SocialEcuador

 tcevallos@odna.org.ec

Pie de imprenta

Friedrich-Ebert-Stiftung (FES) Ecuador
Instituto Latinoamericano de Investigaciones Sociales (ILDIS).
Av. República 500 y Martín Carrión, Edif. Pucará 4to piso, Of. 404
Quito-Ecuador

Telf.: +593 2 2562103

<http://www.fes-ecuador.org>

 Friedrich-Ebert-Stiftung FES-ILDIS

 @FesILDIS

 info@fes-ecuador.org

Friedrich-Ebert-Stiftung (FES-ILDIS) Ecuador

La Friedrich-Ebert-Stiftung (FES) es una organización alemana representada en más de 100 países del mundo comprometida con los valores de la democracia y la justicia social. Desde su llegada al Ecuador en el año 1974 como Instituto Latinoamericano de Investigaciones Sociales (ILDIS), la institución se ha desempeñado como centro de pensamiento progresista y facilitador de diálogos democráticos. El trabajo está enfocado en cuatro ejes: profundizar la dimensión social de la democracia, fomentar la justicia social, construir una economía justa, así como aportar a la justicia de género. Observatorio Social del Ecuador

Observatorio Social del Ecuador

El Observatorio Social del Ecuador fue fundado en el 2002. Es un centro de investigación que efectúa investigaciones sobre la situación social de la población ecuatoriana, con el fin de aportar en el diseño y evaluación de políticas públicas que apunten a consolidar la equidad y la justicia social. Su eje central ha sido el monitoreo y evaluación de los derechos de la niñez y adolescencia y sobre la salud pública. Ha realizado estudios en el país y en cerca de 17 lugares de Latinoamérica y el Caribe.



El uso comercial de todos los materiales editados y publicados por la Friedrich-Ebert-Stiftung (FES) está prohibido sin previa autorización escrita de la FES.

Las opiniones expresadas en esta publicación no representan necesariamente las de la Friedrich-Ebert-Stiftung.

ISBN 978-9978-94-210-9