



Políticas sociales para enfrentar la pandemia en el *Global South*

Los casos del Congo, Marruecos, Kerala en la India y Uruguay

Autores

Mario Poblete
Email: mpoblete@bcn.cl

Nicolás Martínez
Email: nmartinez@bcn.cl

Eduardo Goldstein
Email: egoldstein@bcn.cl

Nº SUP: 130219

Disclaimer

Este documento es un análisis especializado realizado bajo los criterios de validez, confiabilidad, neutralidad y pertinencia que orientan el trabajo de Asesoría Técnica Parlamentaria para apoyar y fortalecer el debate político-legislativo. El tema y contenido del documento se encuentra sujeto a los criterios y plazos acordados previamente con el requirente. Para su elaboración se recurrió a información y datos obtenidos de fuentes públicas y se hicieron los esfuerzos necesarios para corroborar su validez a la fecha de elaboración.

Resumen

La pandemia por COVID-19 ha tenido fuertes impactos en los países más pobres y en desarrollo. Sin embargo, estos han debido enfrentarla con los recursos y herramientas de intervención social que disponen. Para poder observar la respuesta frente a la pandemia de este tipo de países, también clasificados dentro del *Global South* o Sur Global, se estudian cuatro casos que son: la República del Congo, el Reino de Marruecos, el Estado de Kerala en la India y la República Oriental del Uruguay.

Si bien estos cuatro países dan cuenta de la variabilidad dentro del mundo no desarrollado y en vías de desarrollo, contando unos con sistemas de seguridad social desarrollados previamente, mientras otros no, se encuentran ciertas regularidades en la respuesta frente a la pandemia. Entre estas regularidades están:

- Se focalizan en respuestas para paliar los efectos inmediatos de la pandemia, utilizando 'transferencias monetarias' a la población, pero levantando los condicionamientos a quienes sean beneficiados por estas transferencias.
- En los casos de estudio surge, asimismo, la pregunta por sistemas sanitarios y de protección social más robustos. De una u otra manera, se observa esta preocupación, ya sea por instalar sistemas de protección social más amplios, o por aumentar la cobertura y mejorar lo que ya se posee. En ambas líneas, el horizonte de la universalidad de la protección surge en el debate.
- Se observa también la incidencia diferenciada que tendrían las condiciones de base previas. Es decir, aspectos como la integralidad del sistema de protección social, la robustez de los sistemas de salud, la capacidad de articulación de actores, o la legitimidad de autoridades ante la comunidad, aparecen como factores determinantes a la hora de enfrentar los desafíos que ha planteado esta pandemia. En esto, se presentan aspectos destacables en los casos de las respuestas dadas en Kerala y Uruguay.

Introducción

La pandemia por COVID-19 ha provocado un riesgo importante de empobrecimiento de amplios estratos de la población mundial. Pero, a la vez, ha configurado una coyuntura crítica susceptible de diagnósticos y acciones gubernamentales urgentes. Dichos diagnósticos, sin embargo, dan cuenta de un retroceso hacia necesidades sociales más primarias, las que son consonantes con acciones gubernamentales dirigidas a paliar los efectos inmediatos de la crisis, como son el desempleo y la consecuente reducción de ingresos (v.g., Martínez & Poblete 2021). Es por ello que, de una u otra manera, los casos analizados en este informe presentan un denominador común: las ‘transferencias monetarias’ que realizan los estados a su ciudadanía, pudiendo ser estas ‘condicionadas’ –también denominadas ‘programas de transferencia condicionada’ (PTC)¹– o ‘no condicionadas’.

A nuestro juicio, y de acuerdo a ciertos autores (vg. Gracia, Tornel & Santos 2020; Santos 2020), esto sería reflejo de un retorno hacia la noción de pobreza monetaria o de ingresos, ya sea en la versión dominante de ‘pobreza absoluta’, o en la de ‘pobreza relativa’², provocado por la pandemia. En efecto, ello se verificaría en la preponderancia de la política de transferencias monetarias, la que, empero, no daría cuenta de las dimensiones no monetarias de la pobreza –o de una pobreza más bien multidimensional–, siendo insuficiente a la hora de amortiguar el diverso impacto social que la pandemia está teniendo sobre los más pobres³.

En este sentido, existen autores (vg. Boltvinik & Damián 2020) que incluso sostienen que el impacto de la pandemia sobre la pobreza rebasaría muchos pronósticos basados en situaciones previas⁴. Es por ello que las respuestas gubernamentales basadas en dichas experiencias previas podrían resultar muy insuficientes, frente a una pobreza por causa de la pandemia que superaría el perjuicio más inmediato.

Por esta razón, para organismos de Naciones Unidas resultan urgentes unas políticas sociales que vayan más allá de los paliativos coyunturales enfocados en las necesidades básicas. Por ejemplo, la Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos (OHCHR 2020) se ha pronunciado en términos del “redescubrimiento de la protección social en una pandemia global” (Ibíd.), apostando por acciones que se extiendan más allá de la propia emergencia; dicho de otra manera, que aborden la construcción de sistemas de protección social sobre la base de los derechos humanos.

Bajo este contexto, este informe indaga en la manera cómo los países del *Global South* o Sur Global⁵, seleccionados para este informe, han implementado políticas sociales para enfrentar la pandemia. Hemos observado a este grupo de países, toda vez que son los que han debido enfrentar las consecuencias sociales de la pandemia con menores recursos y herramientas, es decir, estando peor preparados que el mundo desarrollado. En términos generales, lo que se observa en estos países es una tensión entre la respuesta urgente de los estados y la aspiración por un sistema de seguridad social –o en sentido más amplio: de bienestar– más robustos e inspirados en el ejercicio de derechos individuales y sociales (v.g. Beazley et al 2021)⁶.

Como se señaló, y de acuerdo a los casos específicos analizados, la respuesta urgente de los estados toma la forma de transferencias monetarias. Esto es, pasando de un PTC a una transferencia no condicionada, como ocurre en la República de Congo; o siendo desde un principio no condicionadas,

como en el Reino de Marruecos; Estado de Kerala; y en parte la República Oriental del Uruguay. Aunque sí todas focalizadas. A pesar de ello, las fuentes, en esta muestra de países, apuntan a prestaciones cada vez más amplias en cuanto a su cobertura. Si bien no poseen sistemas de protección social propiamente universales –y solo Uruguay se acercaría a ello–, se observan compromisos públicos de universalidad en la seguridad social en algunos países de la muestra (Estado de Kerala y Reino de Marruecos); o bien de consolidación de sistemas de protección social más desarrollados, a través de extensión de beneficios (República Oriental del Uruguay).

Cabe agregar que la selección de estos cuatro casos busca dar cuenta de la diversidad de políticas para enfrentar la pandemia en el Sur Global. Así y todo, hemos podido identificar regularidades en nuestra muestra; sin embargo, dichas regularidades, que se explicitan en el informe, no pueden ser necesariamente generalizables a todos los países del Sur Global, sino solo corresponden a características de estos cuatro casos. Solamente un estudio más amplio, que considere más países, podría entregar luces respecto de cómo el Sur Global, en toda su extensión, ha enfrentado esta crisis sin precedentes.

Finalmente, la estructura de este informe consiste de cuatro secciones principales, en cada una de las cuales se describen brevemente los casos seleccionados, uno a uno, en el siguiente orden: la República del Congo; el Reino de Marruecos; el Estado de Kerala en la India; y la República Oriental del Uruguay. También, se considera una sección final a modo de conclusión.

Cabe consignar que para la elaboración de este texto se han utilizado fuentes del mundo académico y de organismos internacionales, todas con fecha previa a la segunda ola de contagios en el Sur Global.

I. El programa *Lisungi* de transferencias monetarias como articulador de la respuesta contra la pandemia en la República del Congo ⁷

La República del Congo, con una población de 4.620,000 habitantes según estimaciones al año 2016, posee dos esquemas de protección social: uno basado en la contribución del trabajador y otro no contributivo. El primero corresponde a la seguridad social que está fundamentalmente centrado en el sector formal, dirigido a los funcionarios del Estado, así como a empleados del sector privado y mixto. Este esquema abarca solo un 15% de la población. En cambio, el segundo se compone de dos partes principales: (a) transferencias monetarias a través del programa *Lisungi*, que corresponde a una forma redistribución de recursos para personas pobres o vulnerables; y (b) servicios de asistencia social, dirigido a víctimas de abuso, violencia, explotación y exclusión social.

El programa *Lisungi* corresponde a una transferencia monetaria condicionada dirigida a los hogares más vulnerables del Congo. Para recibir este aporte estatal, debe producirse reciprocidad de quien recibe, es decir, los hogares beneficiados deben cumplir las siguientes condiciones: escolaridad de niños y niñas, vacunación de estos, así como las mujeres embarazadas deben cumplir una serie de consultas médicas prenatales. Este programa parte el 2015, alcanzando a 50.447 personas y 9.824 hogares en 2020, aproximadamente menos de un 1% de la población. Este 1%, por su parte, ha recibido al menos una transferencia condicionada de 44 dólares americanos. Además, como parte de

la ampliación del programa, y con fondos del Banco Mundial y la *Agence Francaise de Développement* (AFD), refugiados y población de minorías étnicas están siendo también cubiertos por este programa.

Con la llegada de la pandemia al Congo, se desarrolló una respuesta multisectorial y comunitaria para reducir el impacto económico y social sobre las condiciones de vida. Esta respuesta contó con 3 componentes:

- Un fondo de 50 millones de dólares estadounidenses, donde el Banco Mundial apoyó la emergencia sanitaria con una transferencia de US\$91 para 200 mil hogares, es decir, casi 16% de los hogares del país.
- La AFD, por su parte, promovió también la inclusión de personas vulnerables. Así, 5 mil personas que viven en hogares pobres fueron beneficiadas con asistencia alimentaria, y con el apoyo del World Food Programme (WFP) otros 7 mil *vouchers* de comida fueron distribuidos entre la población vulnerable de la capital Brazzaville.
- Una campaña de comunicación del riesgo para informar a la población acerca de las medidas preventivas contra el COVID-19.

La estrategia para determinar elegibilidad de las personas susceptibles de ayuda social, para hacer frente a las consecuencias de la pandemia, se basó en el programa *Lisungi*. Junto con ello, se utilizó como mecanismo de asignación el *Registre Social Unique* o RSU, el cual es considerado la base para una visión global de la asistencia social en el Congo. Así, el proceso brevemente consiste en el registro de los hogares en el RSU, a quienes se les clasifica socio-demográficamente, determinando de esa forma su elegibilidad. Esto es realizado a través de una encuesta entre aproximadamente 500 mil hogares del Congo, buscando medir vulnerabilidades en una serie de dimensiones. Luego, existe una validación comunitaria de los hogares seleccionadas por parte del programa *Lisungi*. Esta fue primero llevada a cabo por líderes distritales urbanos y rurales, para a continuación validar esta lista por comités establecidos bajo un decreto interministerial del 6 de junio de 2020. Posterior a estas etapas viene la transferencia monetaria propiamente tal.

Junto con la encuesta y enrolamientos complementarios, el RSU logró registrar 828.221 hogares que requirieron asistencia, distribuidos a través de toda la diversidad religiosa y territorial del Congo, convirtiéndose en la más grande base de datos con información de población pobre y vulnerable del país. Debido a criterios de concentración urbana, la capital Brazzaville concentró una cuota de 100 mil hogares que serían asistidos, mientras que Pointe-Noire otros 60 mil. 40 mil ayudas restantes fueron distribuidas entre el resto de los hogares del país. El WFP también utilizó la información disponible del RSU para hacer la entrega de canastas de alimentos de emergencia a más de 10 mil hogares, siguiendo los criterios pre-establecidos particularmente para Brazzaville.

En lo que correspondió a las transferencias monetarias en particular, las personas beneficiarias recibieron el dinero a través de bancos, otras instituciones prestamistas u operadores telefónicos, esto de acuerdo a la preferencia que declarara el beneficiario y la accesibilidad que tuviera. Por ejemplo,

los pagos a través del banco fueron realizados mediante los *counters* del Banque Postale al presentar la tarjeta que acreditaba ser beneficiario, siendo autenticada mediante información biométrica.

A pesar del esfuerzo que realizó el país con la ayuda de organismos internacionales, su programa de transferencias monetarias no fue suficiente, toda vez que dejó fuera a importantes sectores vulnerables de la población, como es el sector del trabajo informal, que representa la mayoría de la fuerza laboral del país. Además, de acuerdo a datos de las Naciones Unidas, el impacto social de la pandemia en la República del Congo ha superado la acción del Estado, dando cuenta de su insuficiencia. Por ejemplo, el 78% de los hogares declara que su ingreso ha disminuido producto de la emergencia sanitaria; 83% ha tenido que contraer deudas, donde el 40% ha sido para comprar alimentos y el 34,5% para gastos en salud; mientras que solo el 48,2% de los niños más pequeños, entre 6 y 23 meses, alcanza a cumplir con los requerimientos mínimos en alimentación.

II. Marruecos y las transferencias monetarias para enfrentar la emergencia sanitaria: ¿la promesa un sistema de protección social más integral? ⁸

Según estimaciones al año 2016, Marruecos contaba con 35.277.000 habitantes. Debido a la pandemia, para marzo de 2020 se estimó que cerca de 10 millones de marroquíes estaban en riesgo de caer en la pobreza, siendo el sector del trabajo informal el más propenso a este riesgo. Así, al comienzo de la emergencia sanitaria, se dio inicio al *Comité de veille économique* que estaba compuesto por los ministros de Finanzas e Interior, además de otros secretarios de Estado, representantes del Banco Central y líderes empresariales. De este comité surgió un fondo de US\$3,4 billones (*COVID-19 Solidarity Fund*) para hacer frente a la emergencia, dirigido a gastos en salud y medidas de protección social para la población.

El Reino de Marruecos, entonces, crea dos portales digitales para canalizar sus transferencias monetarias a trabajadores, tanto formales como informales:

- Trabajadores formales de empresas que están enfrentando dificultades económicas califican para recibir una transferencia monetaria mensual fija de US\$ 220 dólares, entre marzo y junio de 2020. Para los trabajadores del turismo, esta transferencia monetaria se extendió hasta fin del 2020.
- Para trabajadores informales, es decir, los grupos sociales más vulnerables, se instaló un programa de asistencia social (*Opération TADAMON*), el cual también iba en ayuda de los hogares pobres. De hecho, esta vertiente de transferencia monetaria se asignó también entre marzo y junio de 2020, siendo destinada a hogares con dos o menos personas (US\$ 80), a hogares con tres o cuatro personas (US\$ 110) y a hogares con más de cuatro integrantes (US\$ 132). Lo anterior significa menos de US\$40 per cápita en hogares con más de 2 integrantes.

Además, el gobierno implementó un sitio web para recibir demandas de personas que necesitaban este ingreso de emergencia. Así, a mediados de junio, cerca de 1,6 millones de demandas habían sido

aceptadas e ingresadas al sistema de transferencias monetarias; mientras que en torno a 400 mil fueron rechazadas.

En definitiva, las acciones del Reino de Marruecos para hacer frente a la pandemia consideraron en 2020 transferencias monetarias a 5,5 millones de hogares, es decir, en torno a 65% de la población total. Esto significó un gasto de US\$ 1,7 billones de dólares financiados por relocalización de gasto público, junto con campañas de obtención de fondos a través del *COVID-19 Solidarity Fund*.

Pero todas estas acciones gubernamentales corresponden a medidas de corto plazo para hacer frente a los efectos inmediatos de la pandemia, siendo requerido adecuar políticas sociales pensando en el mediano y largo plazo. Por otro lado, están pendiente también políticas destinadas a grupos específicos de la población. Un ejemplo fue la Encuesta sobre el impacto del COVID-19 en la niñez (*Survey on the Impact of COVID-19 on children*). Desarrollada entre abril y junio de 2020 por el *Haut Commissariat au Plan*, con el apoyo de la UNICEF, esta consideró dos rondas de entrevistas remotas vía teléfonos celulares, siendo la primera para indagar sobre cuestiones generales relacionadas con la salud, educación, protección social, empleo y aspectos psicológicos; mientras que la segunda ronda abordó los problemas específicos de la niñez en esta pandemia.

El 29 de julio de 2020, el Rey de Marruecos se compromete a que la provisión de seguridad social sea de cobertura universal, lo cual sería durante el período 2022-2024. Entonces, esto significaría la extensión del seguro de salud y prestaciones a las familias que alcanzaría a aquella parte del trabajo formal que actualmente no es considerado; así como al sector informal del trabajo, pero que posee capacidad contributiva. Además, esta promesa real se concretaría en un seguro médico básico y unificado, así como el desarrollo de un programa para ayudas a los hogares pobres, entre otros aspectos. La realización de lo anterior sería una base de seguridad social más comprensiva para el pueblo marroquí, que superaría el mero esquema de transferencias monetarias.

III. Kerala y el desarrollo de largo plazo de un sistema sanitario público con mejor preparación para enfrentar las consecuencias de la pandemia ⁹

Kerala es un estado sureño de la República de la India, siendo el que tiene más alto Índice de Desarrollo Humano (IDH) y menor pobreza de todo el país¹⁰. Con una población de 35 millones de personas, este estado ha implementado una respuesta contra el COVID-19 coordinada y considerada efectiva. Las razones de ello radican en que Kerala fue uno de los primeros estados que introdujo medidas para enfrentar el Coronavirus, muy temprano en enero de 2020, las cuales se basaron en la experiencias previas con el virus Zika, la fiebre amarilla y el virus Nipah.

Con un comparativamente alto gasto en salud pública, en torno al 5,5% del total de gasto, el sistema de salud de Kerala es el mejor de la India, junto con ser el segundo estado en tener más trabajadores asegurados sanitariamente, luego de la capital Nueva Delhi, que contiene 66 por cada 10.000 habitantes. En este contexto, Kerala estuvo mejor preparado para enfrentar la pandemia por COVID-19 con una respuesta más adecuada que la del resto de los estados de la India.

Un aspecto relevante de la estrategia de Kerala fue un enfoque denominado “todo el gobierno, toda la sociedad” (*all-of-government, all-of-society approach*), es decir, que incluyó los distintos estamentos de los gobiernos locales, redes comunitarias y sindicatos. Esta estrategia, además, se sustentó en dos vertientes de ayudas estatales, a saber:

- Un ‘paquete estándar’. Kerala prestó especial atención a las consecuencias sociales y económicas que tendría la crisis, de allí que buscó garantizar una buena comunicación y coordinación entre el poder público y los actores privados y comunitarios a todo nivel. Esto, a la postre, se tradujo en este paquete estándar que incluyó alimentos para todos los hogares que poseyeran la tarjeta única de identificación nacional o *Aadhaar card*, así como la provisión de servicios básicos para todos aquellos que lo necesitaran.
- Estas medidas fueron complementadas con ayudas monetarias. Entre estas estuvieron: avances en el pago de jubilaciones, pensiones de vejez y discapacidad; transferencias monetarias a trabajadores independientes e informales; préstamos gestionados a través de cooperativas de mujeres; trabajos asignados a través de programas de empleo rural; entre otros.

En definitiva, lo que se puede sacar en limpio del caso de Kerala es que, “(...) a pesar de la densidad poblacional y los altos niveles de migración internacional que pueden incrementar la propagación del virus, Kerala ha demostrado poseer una respuesta integrada ante la crisis, la cual se construyó sobre la base de inversiones en un sistema de salud pública a lo largo de los últimos 15 años, así como el contar un efectivo involucramiento de otros actores sociales” (ILO 2020: 6).

IV. Uruguay: sistema sanitario, cohesión social y acciones estatales oportunas¹¹

Uruguay tiene una población estimada de 3.473.727 habitantes, donde el gasto público en salud alcanza al 6,4% del PBI, según datos del 2018. Este es uno de los más altos entre los países de América del Sur.

Además, en el caso de la República Oriental del Uruguay confluyen una serie de factores que facilitaron una respuesta robusta del país para enfrentar la emergencia sanitaria, a saber: un sistema sanitario con diversas fortalezas; cohesión social y confianza institucional desarrolladas previamente; y una serie de acciones gubernamentales *ad hoc* para enfrentar las consecuencias de la pandemia. A continuación, se detallan estos tres pilares de su respuesta a la emergencia sanitaria.

- Sistema sanitario robusto

La robustez del sistema de salud uruguayo no es una novedad, siendo este habitualmente reconocido por parte de organismos internacionales y expertos. En efecto, en septiembre de 2020, el Director General de la OMS destacaba la preparación previa con que contaba el Uruguay al señalar que el país “(...) tiene uno de los sistemas más fuertes y resilientes en Latinoamérica con inversiones sostenibles, basadas en un consenso político sobre la importancia de invertir en la salud pública”¹². El resultado

concreto de ello se observa en una serie de indicadores en los que Uruguay es líder en América Latina, tales como: el gasto público en salud, la razón de camas hospitalarias y la dotación del recurso humano en salud atendiendo a la densidad de médicos y enfermeras, respecto al número de habitantes del país (FMI 2020; OPS 2020). Este destacado sistema de salud uruguayo fue resultado de un proceso de transformación que comienza en 2005 bajo la Presidencia de Tabaré Vázquez, instalando así el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) y creando el Seguro Nacional de Salud (SNS) financiado por el Fondo Nacional de Salud (FONASA). Con ello, se logró reducir considerablemente la segmentación del sistema (OPS s/f).

- Cohesión nutrida por seguridad social e igualdad

Otra condición previa que se le reconoce a Uruguay es un alto nivel de cohesión social posible de observar en el apoyo y la confianza respecto de las medidas tomadas por el gobierno. Al respecto, se señaló que: “el elevado nivel de cohesión social y de confianza en el gobierno aseguró el apoyo generalizado a las medidas de contención, [además] de contar con uno de los sistemas de protección social más integral de América Latina, ha ayudado a Uruguay a proteger tanto la salud como los recursos financieros de su población más vulnerable” (FMI 2020).

Otros factores que confluyen para la cohesión social del Uruguay son una serie de condiciones previas a la pandemia, como son su ‘seguro de enfermedad’ y su ‘seguro de desempleo’. En particular, un ajuste que se realizó a propósito de la emergencia sanitaria fue extender el beneficio por enfermedad a todos los trabajadores mayores de 65 años en el sector privado, para que pudiesen quedarse en sus casas (FMI 2020). Y si a ello se le suman las bajas tasas de pobreza, desigualdad e informalidad laboral, ausencia casi total de indigencia, una sociedad comparativamente con baja concentración de ingreso en el contexto latinoamericano y con alto ingreso per cápita (Banco Mundial 2019, CEPAL 2019; FMI 2020), convierten a Uruguay en un país con condiciones de base comparativamente sólidas, en el contexto del Sur Global, para proyectar acciones estatales más efectivas para enfrentar la emergencia sanitaria.

- Acciones estatales específicas para enfrentar la pandemia

El primer caso confirmado de Coronavirus en el Uruguay fue el 13 de marzo de 2020, de allí en adelante se declaró la emergencia sanitaria, tomando muy tempranamente medidas para evitar la propagación de los contagios, tales como: cierre de fronteras, suspensión de clases y de espectáculos públicos, entre otros¹³. La coordinación lograda entre los tomadores de decisiones con el mundo científico, así como expertos de distintas áreas, ha sido destacada igualmente en la gestión de la respuesta gubernamental del Uruguay. Esto corresponde al caso del Grupo Asesor Científico Honorario (GACH) que asesoran a la Presidencia, recogiendo a su vez los aportes de diferentes profesionales).

Sin embargo, si bien muchas de estas medidas de mitigación se pueden encontrar en otros países del Sur Global, las acciones de asistencia social en el Uruguay fueron bastante variadas.

Al respecto, la Organización Panamericana de la Salud calificó estas medidas como oportunas (OPS 2020), destacándose las siguientes (Presidencia del Uruguay 2020):

- La utilización del Estadio Centenario “(...) para el ingreso de personas en situación de calle”.
- “El Gobierno aprobó una inversión de 1.000 millones de pesos (USD\$ 21.8 millones) para crear nuevos refugios para personas mayores de 65 años, o en situación de calle, así como para incrementar el presupuesto del Instituto Nacional de Alimentación”.
- “En un intento por generar mayores fondos, el gobierno dispuso rebajar el sueldo de funcionarios públicos que cobren por encima de los 80 mil pesos uruguayos netos (alrededor de USD\$ 1.850 dólares). Los descuentos serán del 5, 10 y 20%, y se extenderán en principio por dos meses. Este dinero irá al Fondo Coronavirus que el gobierno creó para combatir la pandemia”.
- “Se dispuso la entrega de canastas alimentarias en el mes de abril y mayo a las 118 mil familias que forman parte del llamado ‘Plan de Equidad’. Se abrió además una línea telefónica para que trabajadores informales que no están incluidos en ninguna red de contención pueda sumarse”.
- “También se anunciaron medidas para aliviar la carga tributaria, como el aplazamiento de vencimientos de pagos en sectores como patentes y la contribución inmobiliaria”.
- “El 19 de marzo, el Ministerio de Economía publicó los precios de elementos de higiene [y] el Área de Defensa al Consumidor, los precios de elementos esenciales para prevenir alzas”.
- Y también se intensificó su programa previo de transferencias monetarias ‘Uruguay Social’, en donde se duplicó, “(...) por única vez, el monto de la tarjeta”¹⁴.

Conclusiones

La muestra compuesta por tres países y un territorio de un cuarto país, todos situados en el Sur Global, da cuenta de los tipos de políticas sociales para hacer frente a los efectos sociales perniciosos de la pandemia por COVID-19. Todas estas acciones gubernamentales, para prepararse o enfrentar la primera ola de contagios, se caracterizan por focalizarse en paliar las situaciones más apremiantes en el plano de los impactos económicos, a saber: el desempleo, la consiguiente reducción de ingresos de los hogares y, con ello, de su capacidad de consumo. En este contexto, sostenemos que las políticas sociales y acciones gubernamentales se estarían orientando conceptualmente bajo la noción de pobreza monetaria, siendo la principal herramienta en este ámbito las llamadas ‘transferencias monetarias’.

Cabe señalar, además, que lo que vemos en los casos estudiados no dista de la situación en Chile, tanto pasada como actual. En efecto, mucho antes de la pandemia, el programa Chile Solidario¹⁵ se convirtió en un ejemplo sofisticado de transferencia monetaria condicionada (PTC), la cual está a su vez vinculada al ejercicio de derechos. Dicho de otra manera, el ejercicio, por ejemplo, del derecho de la educación, plasmado en la asistencia de un estudiante a clases promovido por sus progenitores, sería un tipo de condición para beneficiarse de la ayuda monetaria estatal por parte de hogares pobres. En cambio, lo que observamos en el actual contexto propiciado por la pandemia, es el surgimiento de programas de transferencias, si bien focalizados en hogares pobres, que no están

condicionadas. Este es el caso del Ingreso Familiar de Emergencia (IFE)¹⁶ en Chile, que corresponde a un pago mensual que es asignado dependiendo de una serie de características socioeconómicas de la ciudadanía a la que cubre. Así, en línea con los casos estudiados, en Chile se podría sostener que el IFE es una transferencia monetaria sin condicionalidades que, en definitiva, se distancia del paradigma de los PTC como es Chile Solidario.

Así y todo, bajo este panorama dominado por las transferencias monetarias, principalmente sin condicionalidades, podemos establecer dos observaciones a partir de los casos de estudio:

- La propia coyuntura crítica parece tender a eliminar las condicionalidades de las transferencias.
- Hemos identificado una aspiración por políticas de mayor cobertura, vislumbrando en el horizonte las posibilidades de la universalidad.

En relación a este último aspecto, y a pesar de que es claro que las condiciones de base, en cuanto a sistemas de salud y protección social preexistentes a la pandemia resultan insoslayables, sobre todo en los casos africanos estudiados en este documento, la emergencia sanitaria ha puesto sobre la mesa la interrogante sobre cómo proveer sistemas de seguridad más robustos frente a las amenazas actuales y futuras.

Sin embargo, por tratarse de países del Sur Global, es evidente que la disponibilidad de recursos, monetarios y no monetarios, es comparativamente menor a la de los países del mundo desarrollado. Pero no todo es preocupación por recursos monetarios, si bien está claramente presente. En efecto, entre estas otras preocupaciones están también la articulación entre actores, coordinaciones intersectoriales o la validación comunitaria de las acciones del Estado. Además, frente a la informalidad y exclusiones de la seguridad social que prevalece en algunos países, el contar con sistemas de información y registros sociales amplios, pueden ser un factor crítico para poder ampliar las coberturas de los sistemas protección social, así como avanzar hacia la universalidad, como observamos en el caso de Kerala con la *Aadhaar Card*. En definitiva, lo que todos estos elementos nos señalan es la preocupación por la generación de respuestas comprensivas e integradas para hacer frente a la pandemia, así como a los futuros desafíos que enfrentarán los países del Sur Global.

Para finalizar, cabe apuntar algunas líneas de discusión, entre muchas otras, que pueden emerger debido las consecuencias sociales de la pandemia en el Sur Global. En primer lugar, encontramos la ya clásica distinción entre universalidad y focalización de las políticas sociales. En segundo lugar, está el dilema del asistencialismo estatal, que podría crear dependencia social, versus las políticas habilitantes, que habilitarían solo para la inserción laboral. Y en tercer lugar, está la pregunta por el anclaje de la seguridad social al empleo u otras condicionantes, versus una renta básica universal sin condicionantes.

Notas

¹ Serrano (2005) define los programas de transferencias condicionadas o PTC como programas de subsidio a la demanda por medio de transferencias monetarias directas a las familias, a objeto de mejorar su capacidad de consumo. Definen objetivos combinados de soporte y alivio a la pobreza, y de inversión en capital humano. La inversión en capital humano se expresa, a su vez, en el carácter condicionado de los programas. Aquí se rescata la esencia dual de estos programas: asistencia y promoción/habilitación, entendida esta como acceso a servicios sociales. Resulta interesante contrastarla con la definición del Banco Mundial –recogida en Houghton & Khandker (2009)– que señala que estas corresponde a programas dirigidos por lo general a hogares pobres, a condición de que dichos hogares realicen determinadas acciones o “inversiones” predefinidas en capital humano de sus hijos e hijas. Cecchini y Martínez (2011), en cambio, han preferido la denominación ‘Programas de Transferencia con Corresponsabilidad’, de igual acrónimo, “PTC”, caracterizándolos por el intento de combatir la pobreza mediante la combinación de un objetivo de corto plazo, el aumento de los recursos disponibles para el consumo a fin de satisfacer las necesidades básicas de las familias beneficiarias, con otro de largo plazo, el fortalecimiento del capital humano para evitar la transmisión intergeneracional de la pobreza.

Sin embargo, una contradicción de las transferencias condicionadas dice relación con que se pueden llegar a establecer condiciones al ejercicio de algún derecho, siendo que se podría asumir que estos últimos debieran ser garantizados por los estados a todo evento. En este sentido, se puede asimismo sostener la necesidad de transferencias monetarias, pero en un marco universal de derechos, sin condicionarlas a un determinado comportamiento.

² En buena parte del mundo –salvo, fundamentalmente, en la Unión Europea– se estudia la pobreza monetaria o de ingresos en tanto una “medición absoluta”. Esta se refiere a un valor numérico, es decir, a una línea de pobreza calculada sobre la base del costo de una canasta de bienes y servicios; y no a la situación del conjunto de la población, caso en el cual se hablaría de “pobreza relativa”. Esta última perspectiva relacional es la que se considera en la Unión Europea, donde la definición de pobreza es relativa a la situación de ingresos de la población, operacionalizada como un cierto porcentaje de la mediana de la distribución del ingreso, umbral bajo el cual se considera pobre a una persona. Para más detalle al respecto véase Foster (1998).

³ Esto, dicho sea de paso, sería reflejo de un ‘giro epistémico’ (Gracia, Tornel & Santos 2020). En otras palabras, una vuelta “a conceptos como el de pobreza absoluta, cuando mucho al de pobreza relativa, para entender lo que está ocurriendo” (Ibíd.) y que ha gatillado en este plano la pandemia por COVID-19. Como contracara, nociones como la de pobreza multidimensional han sido relegadas, al menos a la hora de entender y actuar frente a una primera etapa de la pandemia. Para mayor desarrollo de este argumento, véase Martínez & Poblete (2021).

⁴ Y con ello nos referimos a aquellos fundados en la caída del PIB, así como su correlación con el aumento de la pobreza en recesiones o *shocks* anteriores.

- ⁵ Levander & Mignolo (2011) han manejado una serie de definiciones para poder comprender qué es el Sur Global, una de ellas y que hace sentido para este informe es la siguiente: “The “Global South” is not an existing entity to be described by different disciplines, but an entity that has been invented in the struggle and conflicts between imperial global domination and emancipatory and decolonial forces that do not acquiesce with global designs” (Ibíd. 3).
- ⁶ A esto, la socióloga Ruth Lister ha denominado *rights-based and participatory approaches to anti-poverty policies*. Para profundizar en esto, véase Lister (2004).
- ⁷ Esta sección fue elaborada en base a Yaba et al (2021).
- ⁸ Esta sección fue elaborada en base a Kessaba & Halmi (2021).
- ⁹ Esta sección fue elaborada en base a ILO (2020).
- ¹⁰ Más información respecto del Estado de Kerala en la República de la India, véase Saseendran & Rodríguez (2018).
- ¹¹ Esta sección fue elaborada en base a Goldstein (2020).
- ¹² Información de prensa, de la propia OPS (Organización Panamericana de la Salud), la cual está disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/8-9-2020-contra-covid-19-uruguay-sobresale-region-para-oms#:~:text=Esto%20no%20es%20un%20accidente,fallecidos%20al%207%20de%20setiembre> (abril, 2021).
- ¹³ Uruguay se destacó respecto a otros países de la región, por la rapidez con que adoptó las medidas de contención, en relación a la aparición de los primeros casos de contagio. Esto impidió que la pandemia escalara al nivel comunitario, en una primera fase, facilitando la trazabilidad y el freno de la propagación de brotes.
- ¹⁴ En 2021, además, ya se anunció un aumento de ayuda social en el país, donde el gobierno “destinará 900 millones de dólares al apoyo de sectores más afectados por la pandemia”. Respecto de esta nota de prensa de Presidencia del Uruguay, véase: <https://www.presidencia.gub.uy/comunicacion/comunicacionnoticias/anuncios-medidas-apoyo-pandemia-arbeleche-paganini-bartol-mieres-cardoso> (abril 2020).
- ¹⁵ Para una descripción general, véase Instituto de Previsión Social (s/f).
- ¹⁶ Para una descripción general, véase IFE (s/f).

Anexo: Información sociodemográfica y en salud de la muestra

	Congo	Marruecos	Uruguay	India (total país)
Población total (2016)	4.620.000	35.277.000	3.444.000	1.324.171.000
Ingreso nacional bruto per cápita (dólares int., 2013)	5.381*	7.000	18.930	s/i
Esperanza de vida al nacer h/m (años, 2016)	63/66	75/77	73/81	49/62
Gasto total en salud por habitante (\$int, 2014)	323	447	1.792	s/i
Gasto total en salud como porcentaje del PIB (2014)	5,2	5,9	8,6	4,7

Fuente: Elaborado en base a datos OMS (s/f).

* Para la República del Congo, la cifra corresponde al 2013. Fuente: Banco Mundial (2021).

Referencias

- Banco Mundial (2020). *Uruguay: Panorama General*. Disponible en <https://www.bancomundial.org/es/country/uruguay/overview> (abril, 2021).
- Banco Mundial (2021). *GDP per capita, PPP (constant 2017 international \$) - Congo, Rep.* Disponible en: <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.PP.KD?end=2016&locations=CG&start=1990> (abril, 2021).
- Beazley, R., Barca, V. & Bergthaller, M. (2021). How might the lessons from the response to COVID-19 influence future social protection policy and delivery? *Policy in Focus* 19(1), 11-13.
- Boltvinik, J., & Damián, A. (2020). El Covid-19 está aumentando mucho la pobreza y la desigualdad. *Economía UNAM*, (51), 374-385.
- Cecchini, S. & Martínez, R. (2011). *Protección social inclusiva en América Latina. Una mirada integral, un enfoque de derechos*. Santiago de Chile: CEPAL.
- CEPAL (2019). *Panorama Social de América Latina, 2019*. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/44969/5/S1901133_es.pdf (abril, 2021).
- FMI (2020). El secreto del éxito de Uruguay contra el Covid-19. Elaborado por S. Pelin Berkmen y Natasha Che. Fondo Monetario Internacional. Disponible en <https://blog-dialogoafondo.imf.org/?p=13865> (abril, 2021).
- Foster, J. E. (1998). Absolute versus relative poverty. *The American economic review*, 88(2), 335-341.
- Gracia, M., Tornel, M., & Santos, J. (2020). Un retorno inevitable al concepto de pobreza en España en tiempos de confinamiento por el COVID-19. *La Razón histórica: revista hispanoamericana de historia de las ideas políticas y sociales*, (46), 63-76.

- Goldstein, E. (2020). La respuesta a la pandemia en la República Oriental de Uruguay. *Informe de la Biblioteca del Congreso Nacional*. Disponible en: https://www.bcn.cl/asesoriasparlamentarias/detalle_documento.html?id=76601 (abril, 2021).
- Haughton, J. & Khandker, S. (2009). *Handbook on Poverty and Inequality*. Washington D.C.: World Bank.
- IFE (s/f). *Ingreso Familiar de Emergencia*. Disponible en: <https://www.ingresodeemergencia.cl/> (abril, 2021).
- ILO (2020). Social protection responses to the COVID-19 pandemic in developing countries: Strengthening resilience by building universal social protection. *Social Protection Spotlight: ILO Brief*. Mayo. Disponible en: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---soc_sec/documents/publication/wcms_744612.pdf (abril, 2021).
- Instituto de Previsión Social (s/f). Chile Solidario. Disponible en: <https://www.ips.gob.cl/servlet/internet/content/1421810829144/chile-solidario> (abril, 2021).
- Kessaba, K. & Halmi, M. (2021). Morocco's social protection response to COVID-19 and beyond—towards a sustainable social protection floor. *Policy in Focus* 19(1), 29-31.
- Lister, R. (2004): *Poverty*. Cambridge: Polity Press.
- Levander, C., & Mignolo, W. (2011). Introduction: the global south and world dis/order. *The Global South*, 5(1), 1-11.
- Martínez, N. & Poblete, M. (2021). Pobreza y COVID-19. Una mirada general a los ajustes conceptuales y de mediciones de la pobreza en el contexto de la pandemia. Informe de la *Biblioteca del Congreso Nacional*. Disponible en: https://www.bcn.cl/asesoriasparlamentarias/detalle_documento.html?id=79258 (abril, 2021).
- OHCHR (2020). *Special Rapporteur on extreme poverty and human rights*. Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos. Disponible en: <https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Poverty/Covid19.pdf>
- OMS (s/f). *Countries*. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <https://www.who.int/countries> (abril, 2021).
- OPS (2020). *Monitoreo de la respuesta de países Sudamericanos frente a la pandemia de COVID-19*. Washington: Organización Panamericana de la Salud. Disponible en: http://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/06/1100513/informe_covid19_paises_sudamericanos_0106_20-1 (abril, 2021).
- OPS (s/f). *Informe de País: Uruguay*. Disponible en: https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?page_t es=informes%20de%20pais/uruguay&lang=es (abril, 2021).
- Presidencia de la República de Uruguay (2020). *Medidas del Gobierno para atender la emergencia sanitaria por coronavirus (COVID-19)*. Disponible en <https://www.presidencia.gub.uy/comunicacion/comunicacionnoticias/medidas-gobierno-social-emergencia-sanitaria-covid19#navegacion-contenido> (abril, 2021).
- Santos, M. (2020). Pobreza Multidimensional en tiempos del COVID-19. *Blog del PNUD, América Latina y el Caribe*. Disponible en: <https://www.latinamerica.undp.org/content/rblac/es/home/blog/2020/pobreza-multidimensional-en-tiempos-del-covid-19.html> (abril, 2021).
- Saseendran, P., & Rodríguez, M. (2018). Development Practices in the Global South countries. A Comparison of Kerala-India and Cuba. En *Diseño, implementación y evaluación de políticas públicas. Estudios de caso en México y América Latina*. Universidad de Quintana Roo Boulevard Bahía.
- Serrano, C. (2005) *La política social en la globalización. Programas de protección en América Latina*. Santiago de Chile: CEPAL.
- Yaba, M., Ganga, L. & Acka-Douabele, C. (2021). The Republic of Congo's social protection response before and during COVID-19: Perspectives from the Lisungi programme- *Policy in Focus* 19(1), 35-36.

Nota aclaratoria

Asesoría Técnica Parlamentaria, está enfocada en apoyar preferentemente el trabajo de las Comisiones Legislativas de ambas Cámaras, con especial atención al seguimiento de los proyectos de ley. Con lo cual se pretende contribuir a la certeza legislativa y a disminuir la brecha de disponibilidad de información y análisis entre Legislativo y Ejecutivo.



Creative Commons Atribución 3.0
(CC BY 3.0 CL)