

# Características iniciales de las políticas de control de la pandemia de Covid-19 en América Latina

Dr. Marino J. González R.<sup>1</sup>

## RESUMEN

**Introducción:** La pandemia de Covid-19 ha obligado a todos los países del mundo a diseñar e implementar políticas de control en plazos muy cortos. Identificar las características de estas políticas es fundamental para lograr el control y gestionar los efectos de la pandemia en los sistemas de salud de América Latina, región especialmente afectada tanto en incidencia como mortalidad. **Objetivo:** Caracterizar las políticas implementadas por los países de América Latina para el control de la pandemia de Covid-19, especialmente en los aspectos relacionados con las fases de preparación e implementación. **Métodos:** Análisis del “Índice de Rigurosidad de Políticas (IRP)”, conocido en inglés como “Government Response Stringency Index”, elaborado en la Escuela de Gobierno Blavatnik de la Universidad de Oxford, en 19 países de América Latina. **Resultados:** Se identificaron ocho países de la región que ejecutaron políticas de control en la primera etapa de la pandemia, entre 35 y 56 días antes del registro del primer caso de Covid-19. El valor promedio del IRP desde el registro del primer caso hasta el 17 de mayo de 2020, permitió clasificar los países en tres grupos según la rigurosidad de las políticas: baja, intermedia, alta. **Discusión:** Al relacionar el IRP con la evolución de la pandemia, permitió constatar que los países que han logrado el control a la fecha del

análisis (Costa Rica y Uruguay), ejecutaron políticas de rigurosidad intermedia. **Conclusiones:** Los efectos de las políticas de control están relacionados con las condiciones estructurales de los sistemas de salud de la región.

**Palabras clave:** Pandemia, Covid-19, políticas de salud, América Latina, Índice de Rigurosidad de Políticas

## SUMMARY

**Introduction:** The Covid-19 pandemic has forced every country in the world to design and implement control policies in a very short time. Identifying the characteristics of these policies is fundamental to achieving control and managing the effects of the pandemic on the health systems of Latin America, a region that has been especially affected in terms of both incidence and mortality. **Objective:** To characterize the policies implemented by Latin American countries for the control of the Covid-19 pandemic, especially in aspects related to the preparation and implementation phases. **Methods:** Analysis of the “Government Response Stringency Index (GRSI)” developed at the Blavatnik School of Government, University of Oxford, in 19 Latin American countries. **Results:** Eight countries in the region were identified that implemented control policies in the first stage of the pandemic, between 35 and 56 days before the registration of the first case of Covid-19. The average value of the GRSI from the registration of the first case until May 17, 2020, allowed the classification of the countries into three groups according to the stringency of the policies: low, intermediate, and high. **Discussion:** By relating the GRSI to the evolution of the pandemic, it

<sup>1</sup>Profesor Titular, Universidad Simón Bolívar. Miembro Correspondiente Nacional No. 39 de la Academia Nacional de Medicina. Miembro de la Academia de Ciencias de América Latina (ACAL). Investigador Asociado de la Universidad de La Rioja, España.  
**Correo electrónico:** marinojgonzalez@gmail.com

*was possible to see that the countries that had achieved control at the time of the analysis (Costa Rica and Uruguay) had implemented policies of intermediate stringency. Conclusion: The effects of control policies are related to the structural conditions of the region's health systems.*

**Key words:** *Pandemic, Covid-19, health policy, Latin America, Government Response Stringency Index*

**Conflicto de intereses:** No existe conflicto de intereses.

## INTRODUCCIÓN

La magnitud de la pandemia de Covid-19 ha obligado a casi todos los países del mundo a diseñar e implementar políticas de control en plazos muy cortos. Este es un evento de especial singularidad, por cuanto la gran mayoría de las políticas para enfrentar problemas comunes en el mundo, a pesar de enfrentar críticos problemas, se diseñan y ejecutan en períodos mucho más largos. De allí que la gran heterogeneidad de contextos sociales, políticos y culturales, influye en que las políticas de control de la pandemia sean diversas, pero paradójicamente, también parecidas. Es tarea del análisis de políticas colaborar con perspectivas y opciones para el control de la pandemia (1).

Identificar las características de las políticas de control de la pandemia, es de especial relevancia al menos por tres razones. La primera de ellas es obtener las lecciones que han implicado estas políticas para los sistemas de salud. Un evento de tanta significación como la pandemia de Covid-19 dejará un efecto amplio en las pautas que fundamentan las políticas de salud en los próximos años. De manera especial porque la pandemia ha modificado cursos de asignación de recursos y prioridades. Dados los impactos que tendrá la pandemia en las condiciones económicas y sociales, los sistemas de salud deberán reconocer este efecto amplio y aplicar los correctivos necesarios. La segunda razón es más bien de corto plazo. Muchos países, especialmente, en las economías menos avanzadas, están confrontando restricciones para

el control de la pandemia. En consecuencia, reconocer con rapidez las opciones de políticas que pueden ser de utilidad para alcanzar el control, se convierte en una premisa central. La tercera razón está vinculada con la aplicación de los aprendizajes derivados de las políticas de control de la pandemia en la prevención, diagnóstico, y tratamiento de otras enfermedades infecciosas, y también de enfermedades crónicas. Enfrentar la pandemia ha expuesto los sistemas de salud a nuevas opciones y requerimientos. De allí que sea relevante avanzar en la caracterización de estas políticas con el propósito de explorar alternativas en estas tres perspectivas.

América Latina ha sido especialmente afectada por la pandemia de Covid-19 (2-7). A mediados de mayo de 2020, la región ha reportado más de medio millón de casos de Covid-19. El número de fallecimientos supera los 30 000. Tres países de la región (Perú, Panamá y Chile) se encuentran entre los veinte con mayor número de casos por millón de habitantes. Cuatro países (Ecuador, Brasil, Perú y Panamá), están en el grupo de veinte con mayor mortalidad por Covid-19. Dada las especiales exigencias que ya estaban colocadas sobre los sistemas de salud de la región, es de gran relevancia sistematizar las características de las políticas de control de la pandemia aplicadas. La identificación de aprendizajes permitirá apoyar los esfuerzos que deberán acometer los países de América Latina, no solo para culminar el control de la pandemia, sino para impulsar los cambios requeridos para garantizar la máxima protección financiera y de servicios de salud en la próxima década.

Desde la perspectiva del desempeño de los sistemas de salud, se pueden proponer al menos cuatro factores que podrían condicionar la efectividad de las políticas de control de la pandemia de Covid-19. El primer factor está conformado por la institucionalidad del sistema de salud, afectada a su vez por condicionantes políticos, económicos, sociales. Este factor está ligado a la evolución de los cambios y prioridades que se han producido dentro de cada sistema de salud. Se generan así pautas o rutinas propias de cada país, valga decir, de cada sistema de salud, con sus correspondientes particularidades en el diseño e implementación de políticas.

El segundo factor corresponde a la especificidad

de las políticas de control en caso de una amenaza biológica a escala global. Con este propósito se elaboró el Índice Global de Seguridad de Salud (IGSS), el cual es un proyecto entre la *Nuclear Threat Initiative* (NTI) y el Centro de Seguridad en Salud de la Universidad Johns Hopkins, y fue desarrollado con *The Economist Intelligence Unit* (EIU) (8). Los resultados de la primera medición del IGSS fueron publicados en 2019. El IGSS está calculado tomando en cuenta la información disponible a escala global para cada uno de los países incluidos, sea porque ha sido publicada por instancias nacionales o por organizaciones internacionales.

El IGSS está conformado por seis categorías: 1) prevención de la emergencia o liberación de agentes patógenos, 2) detección temprana y alerta de epidemias de potencial preocupación internacional, 3) respuesta rápida ante una epidemia y la capacidad de mitigación, 4) capacidad del sistema de salud para tratar enfermos y proteger la salud de los trabajadores, 5) cumplimiento de normas internacionales, y 6) riesgo ambiental. La escala máxima del índice es 100. De acuerdo con los resultados, ningún país estaba en 2019 completamente preparado para enfrentar una pandemia. Los Cuadros 1 y 2 muestran el IGSS agregado (incluyendo las seis categorías señaladas), y el IGSS asociado con la categoría 2 (detección temprana y alerta de epidemias).

De acuerdo con la estimación del IGSS, los cinco países de la región más preparados para enfrentar una pandemia eran: Brasil, Argentina, Chile, México y Ecuador. En la categoría de detección temprana y alerta los cinco países con mayores capacidades eran: Brasil, Argentina, El Salvador, Chile y México.

El tercer factor corresponde a la preparación que realizan los sistemas de salud para enfrentar la pandemia. Se trata de ponderar la rapidez y pertinencia en la fase de preparación, luego de producirse la alerta respectiva. El cuarto factor corresponde a la ejecución de la estrategia definida en la fase de preparación.

La situación ideal para tener éxito en el control de la pandemia es que los países: 1) dispongan de la institucionalidad adecuada en el sistema de salud, fundamentalmente expresada por la protección financiera y la cobertura de servicios,

Cuadro 1

América Latina: Índice Global de Seguridad en Salud (IGSS) 2019

País	
Brasil	59,7
Argentina	58,6
Chile	58,3
México	57,6
Ecuador	50,1
Perú	49,2
Costa Rica	45,1
Colombia	44,2
El Salvador	44,2
Panamá	43,7
Nicaragua	43,1
Uruguay	41,3
República Dominicana	38,3
Bolivia	35,8
Paraguay	35,7
Cuba	35,2
Guatemala	32,7
Haití	31,5
Honduras	27,6
Venezuela	23,0
Promedio mundial	40,2
Promedio de América Latina	42,7

Fuente: (8), cálculos propios

2) cuenten con las capacidades instaladas en el área específica de atención a pandemias, 3) realicen la preparación más detallada posible, y 4) ejecuten con efectividad las estrategias definidas, para lo cual requieren la cohesión organizativa y de procesos, los recursos humanos, de equipamiento y logísticos, y los sistemas de información y seguimiento de la evolución de la pandemia.

En este trabajo se caracterizan las políticas implementadas por los países de América Latina en el control de la pandemia, para analizar la fase de preparación y de implementación, esto es, los dos últimos factores señalados. Estas características serán relacionadas en la discusión, con los resultados que han obtenido los países en el control de la pandemia.

POLÍTICAS DE CONTROL COVID-19 EN AMÉRICA LATINA

Cuadro 2

América Latina: Índice Global de Seguridad en Salud (IGSS), Categoría: detección temprana y alerta 2019

País	
Brasil	82,4
Argentina	74,9
El Salvador	73,9
Chile	72,7
México	71,2
Ecuador	71,2
Costa Rica	56,0
Guatemala	50,0
Haití	48,3
Panamá	44,6
Colombia	41,7
Nicaragua	39,9
Perú	38,3
República Dominicana	37,1
Paraguay	34,6
Uruguay	33,5
Bolivia	33,1
Honduras	27,7
Cuba	10,5
Venezuela	8,7
Promedio mundial	41,9
Promedio de América Latina	47,5

Fuente: (8), cálculos propios

MÉTODOS

Con el propósito de monitorear las políticas de control de la pandemia de Covid-19, la Escuela de Gobierno Blavatnik de la Universidad de Oxford, estableció el 25 de marzo de 2020 el primer registro de este tipo información por países. Este sistema está disponible de manera abierta en el sitio web respectivo (9). El Cuadro 3 muestra los indicadores que son monitoreados diariamente para calcular el Índice de Rigurosidad de Políticas (IRP), conocido en inglés como “*Government Response Stringency Index*” (10). Este índice toma en cuenta los valores de los indicadores señalados a través de una escala entre 0 y 100. En la medida que aumenta el valor del índice, las políticas aplicadas son más rigurosas. Recientes publicaciones reportan la utilización del IRP (11-14). En la literatura no se identificó hasta la fecha la aplicación del IRP en los países de América Latina.

De acuerdo con esta base de datos, se obtuvo información de 19 países de América Latina (sólo Haití no está incluido). El cálculo del IRP está disponible diariamente desde el 1 de enero de 2020 para todos los países del mundo. También

Cuadro 3

Indicadores para el cálculo del Índice de Rigurosidad de Políticas (IRP)

Código	Nombre	Opciones
<b>C1</b>	Cierre de instituciones educativas	(0) sin medidas, (1) cierre recomendado, (2) cierre parcial, (3) cierre total
<b>C2</b>	Cierre de sitios de trabajo	(0) sin medidas, (1) cierre recomendado (o teletrabajo), (2) cierre parcial (3) cierre total (excepto servicios)
<b>C3</b>	Cancelación de eventos públicos	(0) sin cierre, (1) recomendada, (2) requerida
<b>C4</b>	Tamaño de reuniones	(0) sin restricciones, (1) límite mayor a mil personas, (2) límite entre 100 y 1 000 personas, (3) límite entre 10 y 100 personas, (4) menos de 10 personas
<b>C5</b>	Cierre del transporte público	(0) sin medidas, (1) recomendado, (2) requerido
<b>C6</b>	Confinamiento en el hogar	(0) sin medidas, (1) recomendado, (2) con excepciones (ejercicios, compras, salidas esenciales), (3) con mínimas excepciones (solo una persona cada vez, solo una vez cada ciertos días)
<b>C7</b>	Restricción a la movilidad interna	(0) sin medidas, (1) recomendada, (2) requerida
<b>C8</b>	Viajes internacionales	(0) sin medidas, (1) despistaje de casos, (2) cuarentena a viajeros de regiones de alto riesgo, (3) prohibición de entrada a viajeros de zonas de alto riesgo, (4) cierre total
<b>H1</b>	Campañas de información	(0) sin campañas, (1) funcionarios públicos alertan sobre Covid-19, (2) campañas públicas coordinadas

Fuente: (15)

están disponibles los datos correspondientes a cada uno de los indicadores que forman parte del índice. La información sobre los casos y fallecimientos por Covid-19 fueron extraídos del sitio web sobre coronavirus de la Universidad Johns Hopkins (16) y de *Our World in Data* (17). Los datos de las pruebas realizadas para el diagnóstico de Covid-19 fueron extraídas de la base de datos *Our World in Data* (17).

## RESULTADOS

Para el análisis se tomaron en cuenta los datos sobre las políticas implementadas hasta el día 17 de mayo de 2020. El día inicial del registro de políticas para los países de América Latina es el 21 de enero. Del examen de los datos se pueden indicar resultados sobre: 1) políticas implementadas antes del inicio de la pandemia en cada país, y 2) políticas implementadas desde el inicio de la pandemia hasta el 17 de mayo de 2020.

### Políticas implementadas antes del inicio de la pandemia

El primer informe de situación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre el nuevo coronavirus, denominado en ese momento “2019-nCoV”, fue publicado el 21 de enero de 2020, aunque se señala que la información de base correspondía al 20 de enero de 2020 (18). En ese informe se indica que la oficina de la OMS en China fue notificada el 31 de diciembre de 2019 sobre casos de neumonía de etiología desconocida en la ciudad de Wuhan, en la Provincia de Hubei. En el informe también se indica que la OMS notificó a los países para que tomaran en cuenta esta situación.

Tal como se indica en el Cuadro 4, los países de América Latina están clasificados según la fecha de la primera decisión con respecto a lo que posteriormente se convertiría en pandemia. Los países que tomaron la primera medida en el mes de enero de 2020 corresponden al Grupo 1. Los que ejecutaron la primera decisión en febrero conforman el Grupo 2. Para ambos grupos de países se indica el número de días que ocurrieron

Cuadro 4

América Latina: primeras medidas tomadas contra la pandemia

País	Grupo	Fecha de la primera medida	Fecha del primer caso	Días entre la primera medida y el primer caso
El Salvador	1	23/01/20	19/03/20	-56
Guatemala	1	21/01/20	14/03/20	-53
Panamá	1	21/01/20	10/03/20	-49
Colombia	1	21/01/20	6/03/20	-45
Paraguay	1	23/01/20	8/03/20	-45
Cuba	1	28/01/20	12/03/20	-44
Argentina	1	23/01/20	3/03/20	-40
Ecuador	1	26/01/20	1/03/20	-35
Costa Rica	2	3/02/20	6/03/20	-32
Nicaragua	2	21/02/20	19/03/20	-27
Venezuela	2	28/02/20	14/03/20	-15
Honduras	2	2/03/20	11/03/20	-9
Uruguay	2	13/03/20	14/03/20	-1
México	3	28/02/20	28/02/20	0
República Dominicana	3	2/03/20	1/03/20	1
Bolivia	3	12/03/20	11/03/20	1
Brasil	3	2/03/20	27/02/20	4
Perú	3	14/03/20	6/03/20	8
Chile	3	14/03/20	3/03/20	11

Fuentes: (9,16), cálculos propios

entre el día de la primera medida y el registro del primer caso. En estos dos grupos este número es negativo, porque corresponde a los días previos. En el Grupo 3 están incluidos los países que tomaron la primera medida el mismo día en que se registró el primer caso (México), y aquellos que las tomaron en días posteriores.

Los primeros países que tomaron medidas fueron Guatemala, Panamá y Colombia, el día 21 de enero de 2020. En Guatemala se inició el despistaje de casos en los viajes internacionales. Colombia inició la campaña de información pública coordinada. En Panamá los funcionarios públicos comenzaron a alertar sobre Covid-19. En los días finales de enero también se iniciaron campañas públicas coordinadas en los siguientes países: Argentina, Cuba, Ecuador, El Salvador y Paraguay. En este grupo de países, el período previo al registro del primer caso varió entre 35 (Ecuador) y 56 días (El Salvador). En Chile se registró el período más largo entre el reporte del primer caso de Covid-19 y la aplicación de la primera medida (14 días).

### Políticas implementadas hasta el 17 de mayo de 2020

Es conveniente indicar que el plazo para el análisis se extiende hasta el 17 de mayo de 2020. Es posible que el Índice de Rigurosidad de Políticas (IRP) varíe después de esa fecha, dependiendo de la evolución de la pandemia en cada país. Es por ello que este análisis debe considerarse inicial.

El valor del IRP permite clasificar los países de acuerdo con dos criterios: 1) la puntuación máxima en el período, como expresión del límite superior de rigurosidad considerada necesaria por parte de los gobiernos, y 2) el promedio en el período, lo cual es indicativo de la tendencia general de la rigurosidad de políticas. En el Cuadro 5 se encuentran ambos criterios, aunque los países están ordenados por el segundo.

De acuerdo con el IRP, diez países de la región han considerado políticas de la más alta rigurosidad, esto es, con un valor de 97 (sobre 100). Esto significa que en el período en que se alcanzó este valor de IRP, los gobiernos implementaron el máximo de rigurosidad en casi

Cuadro 5

América Latina: Índice de Rigurosidad de Políticas (IRP) desde el registro del primer caso

País	IRP Máximo desde el primer caso	IRP Promedio después del primer caso
Nicaragua	20	16
Chile	82	58
México	85	58
Brasil	78	62
Panamá	83	74
Colombia	92	78
Cuba	97	78
República Dominicana	97	79
Argentina	97	79
Uruguay	85	80
Costa Rica	97	81
Venezuela	83	82
Ecuador	97	83
Perú	97	85
Paraguay	92	86
Bolivia	97	88
Honduras	97	92
El Salvador	97	93
Guatemala	97	93

Fuentes: (9), cálculos propios

todos indicadores. Los países con menor valor máximo de IRP (por debajo de 85 puntos), son: Nicaragua, Brasil, Chile, Panamá y Venezuela. En el ámbito internacional, por ejemplo, la puntuación máxima de Corea del Sur desde el registro del primer caso hasta alcanzar el control es 63.

Al analizar el IRP promedio se pueden distinguir tres grupos de países. El primer grupo, conformado por aquellos con un valor promedio del IRP menor a 70. En este grupo se encuentran: Nicaragua, Chile, México, y Brasil. Para mostrar una referencia se puede indicar que Corea del Sur tiene un valor promedio de IRP de 41 hasta alcanzar el control. En el segundo grupo de países están los que tienen un valor promedio de IRP entre 70 y 85: Panamá, Colombia, Cuba, República Dominicana, Argentina, Uruguay, Costa Rica, Venezuela y Ecuador. En el tercer grupo se encuentran los países con IRP promedio entre 85 y 93: Perú, Paraguay, Bolivia, Honduras, El Salvador y Guatemala. Los países de este

grupo implementaron políticas más rigurosas.

Para detallar las características de la rigurosidad de las políticas se seleccionan tres indicadores del IRP: cierre de instituciones educativas, cierre de sitios de trabajo, y confinamiento en hogares.

Con la excepción de Nicaragua, todos los países de la región alcanzaron el mayor nivel de rigurosidad con respecto al cierre de instituciones educativas, esto es, el cierre en todos los niveles (Cuadro 6). Hasta el 17 de mayo de 2020 los países con mayor número de días de cierre son Bolivia y El Salvador (67 días). Panamá es el país con el menor número de días de cierre total, 38 días.

El cierre total de sitios de trabajo (solo exceptuados los servicios esenciales), fue aplicado en todos los países menos en Nicaragua y Uruguay (Cuadro 7). En el caso de Nicaragua no se tomó ninguna medida. En Uruguay solo se recomendó el cierre y el teletrabajo. La menor duración del cierre total se observa en Chile (5 días). El máximo número de días se registra en

Cuadro 6

América Latina: Cierre de instituciones educativas durante la pandemia

País	Medida más rigurosa	Días de vigencia
Argentina	3	59
Bolivia	3	67
Brasil	3	58
Chile	3	64
Colombia	3	63
Costa Rica	3	60
Cuba	3	52
Ecuador	3	52
El Salvador	3	67
Guatemala	3	61
Honduras	3	60
México	3	56
Nicaragua	Sin medidas	
Panamá	3	38
Paraguay	3	52
Perú	3	61
República Dominicana	3	60
Uruguay	3	63
Venezuela	3	63

Fuente: (9), cálculos propios

Venezuela (62 días).

El máximo nivel de confinamiento en el hogar (solo una persona, solo cada ciertos días), ha sido aplicado en Argentina, Cuba, El Salvador, Honduras, Paraguay, Perú y República Dominicana. Los países con la mayor duración de este tipo de confinamiento son El Salvador (58 días) y Honduras (57 días). Cuba solo lo aplicó por 4 días.

Cuadro 7

América Latina: Cierre de sitios de trabajo durante la pandemia

País	Medida más rigurosa	Días de vigencia
Argentina	3	39
Bolivia	3	55
Brasil	3	55
Chile	3	5
Colombia	3	29
Costa Rica	3	52
Cuba	3	28
Ecuador	3	48
El Salvador	3	58
Guatemala	3	60
Honduras	3	53
México	3	53
Nicaragua	Sin medidas	
Panamá	3	48
Paraguay	3	52
Perú	3	57
República Dominicana	3	60
Uruguay	1	62
Venezuela	3	62

Fuente: (9), cálculos propios

El nivel intermedio de confinamiento (permitido el ejercicio, salidas esenciales, compras) fue aplicado por diez países (Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Guatemala, México, Panamá, Uruguay y Venezuela). El país con el período más extenso de este confinamiento es Venezuela (65 días), y con el menos extenso es Brasil (10 días). Costa Rica fue el único país que aplicó el confinamiento del nivel más bajo (recomendado), y solo por 14 días. Nicaragua no aplicó medidas de confinamiento en el período considerado.

Cuadro 8

América Latina: Confinamiento en el hogar durante la pandemia

País	Medida más rigurosa	Días de vigencia
Argentina	3	39
Bolivia	2	51
Brasil	2	10
Chile	2	54
Colombia	2	54
Costa Rica	1	14
Cuba	3	4
Ecuador	2	48
El Salvador	3	58
Guatemala	2	55
Honduras	3	57
México	2	49
Nicaragua	Sin medidas	
Panamá	2	18
Paraguay	3	25
Perú	3	54
República Dominicana	3	20
Uruguay	2	11
Venezuela	2	65

Fuentes: (9), cálculos propios

## DISCUSIÓN

Los objetivos de las políticas de control de la pandemia son fundamentalmente dos: (1) obtener el resultado en el menor tiempo posible, y (2) evitar la mayor cantidad de casos y muertes por Covid-19. Analizar el impacto de las políticas de control requiere, en consecuencia, establecer criterios con los cuales comparar el desempeño de los países, en este caso de América Latina.

Un factor de especial relevancia para el análisis es conocer el grado en que los países de la región han podido realizar el diagnóstico de las personas con Covid-19. De acuerdo con la información disponible para comparación internacional en el sitio web “*Our World in Data*” (proyecto conjunto de la Universidad de Oxford y el *Global Change Data Lab*), es posible conocer la evolución del diagnóstico de casos en 14 países de la región. Seis países (Guatemala, Haití, Honduras, Nicaragua, República Dominicana y Venezuela) no están incluidos en esta base

de datos, de manera que la incertidumbre sobre la realidad de las infecciones es mucho mayor. Tomando en cuenta esta información, se aprecia que los países con mayor capacidad diagnóstica en la región son: Chile, Panamá, Uruguay, El Salvador y Cuba. En todos estos países la tasa de realización de pruebas diagnósticas ha aumentado en el transcurso de la pandemia. En otros, como Bolivia, Brasil y México, no se ha registrado incremento de la capacidad de diagnóstica.

Para realizar la comparación del desempeño, especialmente en una pandemia que hasta la fecha ha afectado 188 países, es útil seleccionar un país en el cual el control se haya realizado de manera exitosa. Una referencia es Corea del Sur. Este país controló la pandemia en 42 días. La tasa de incidencia acumulada de Corea del Sur al 17 de mayo de 2020 es 215 casos por millón de habitantes, y la tasa de mortalidad es 5,11 muertes por millón de habitantes. Estos indicadores colocan a Corea del Sur como uno de los países menos afectados en el mundo. Estos resultados son de especial relevancia dado que la rigurosidad de políticas (IRP promedio de 41), es inferior a la de todos los países de América Latina.

Con respecto al primer objetivo, esto es, el control de la pandemia, la OMS, en documento publicado el 12 de mayo de 2020 (19), indica los criterios epidemiológicos que deben cumplirse para determinar si un país ha controlado la pandemia. Estos criterios preceden a los relacionados con el sistema de salud y la capacidad de monitoreo de salud pública. Es decir, el primer paso es establecer si se cumplen las condiciones en cuanto a la propagación de Covid-19, para luego analizar si se está en capacidad de mantener el control.

La OMS propone que la medida fundamental para establecer si existe control es la medición del “número efectivo de reproducción”, también denominado  $R_0$ . Este número indica los casos secundarios infectados por un caso previo. Si este número es menor a 1, al menos por dos semanas, entonces la pandemia está en fase de reducción. Cuando no es posible contar con este indicador, la OMS propone alternativas. Una de ellas es que exista una reducción de 50 % de los nuevos casos con respecto al máximo registrado en un período de tres semanas, y que esta disminución sea sostenida.



De acuerdo con este criterio, solamente dos países de la región han controlado la pandemia a la fecha de realizar este análisis: Costa Rica y Uruguay. El registro máximo de casos en ambos países se alcanzó hace 39 y 52 días respectivamente. La cifra de casos nuevos en ambos países al 18 de mayo es 3, es decir, una reducción de 91 % con respecto al valor del día con mayor número de casos. El IRP promedio de estos dos países ha sido 81 (Costa Rica), y 80 (Uruguay), indicando que las medidas aplicadas no han sido las más rigurosas en la región, aunque duplican las implementadas por Corea del Sur. Ambos países mantienen tasas de incidencia menores a la de Corea del Sur (es mayor en Uruguay que Costa Rica). Con respecto a la tasa de mortalidad, la de Uruguay es superior a la de Corea del Sur, en tanto que en Costa Rica es menos de la mitad. El hecho de que estos dos países no se encontraran entre los cinco primeros en el IGSS, indica que los aspectos más estructurales de los sistemas de salud pueden estar ejerciendo una mayor influencia en el desempeño más efectivo de las políticas de control.

En el resto de los países, no han transcurrido los 21 días requeridos para verificar si se ha producido la reducción de 50 % de casos nuevos para establecer que han logrado controlar la pandemia. Especial mención amerita Ecuador dado que la fecha del mayor número de casos correspondió al reporte de casos rezagados, de manera que la tendencia real no se pudo apreciar para el momento del análisis. En este grupo se encuentran países como Panamá y Cuba (con más de diez días transcurridos desde el máximo de casos), y que implementaron políticas con un IRP intermedio (superior a 70). Pero también se encuentran países como Chile, México y Brasil con IRP bajo (menor a 70), pero que confrontan a la fecha el aumento más significativo de casos nuevos desde el inicio de la pandemia. Este último aspecto puede ser indicativo de que la baja rigurosidad puede haber limitado las posibilidades de control.

El análisis realizado adolece de dos limitaciones. La primera está relacionada con las variaciones de los datos. Dado que la sistematización de la información es ajustada en la medida que se conocen las decisiones, en muchos casos las ponderaciones del IRP podrían variar en las próximas semanas. Este aspecto es resaltado

por el equipo encargado de la actualización de la base de datos. El segundo aspecto es que el análisis no incorporó la dinámica de los cambios de políticas, para lo cual se tendría que revirar en detalle los períodos de implementación en cada país. Estos aspectos deben tomarse en cuenta para la actualización del análisis.

## CONCLUSIÓN

Los hallazgos de este primer análisis del IRP en países de América Latina, permite identificar las características iniciales de las políticas de control de la pandemia. También han resultado aspectos que requieren mayor profundización, por ejemplo, la actualización de la estimación en las próximas etapas. Los resultados reportados indican la relevancia de los factores estructurales de los sistemas de salud (protección financiera, cobertura de servicios, organización), pero también confirman que la preparación y el diseño de las políticas son también de especial consideración. Es posible destacar que en la medida que aumenta la influencia de los primeros factores, la rigurosidad de las políticas podría ser menor, con lo cual los efectos económicos y sociales de la pandemia también pueden ser menos pronunciados.

El hecho de que solo una minoría de países en la región hayan controlado la pandemia, tiene un triple efecto. En primer lugar, significa que existe una gran presión sobre los sistemas de salud, especialmente por los requerimientos de recursos humanos, de equipamiento y logísticos, agravado por las dificultades derivadas de la dispersión geográfica (Perú y Brasil, por ejemplo). Un segundo aspecto, es la gran demanda de recursos fiscales que se requieren para compensar los efectos de la caída extraordinaria de la actividad económica. Estos dos factores coexisten con las limitadas capacidades para la detección de contactos, que a su vez son claves para las siguientes etapas. Por estas razones, el gran reto de los países es tratar de modificar las políticas en curso con mecanismos innovadores que permitan recortar el tiempo necesario para controlar la pandemia. De lo contrario, en el curso actual, los efectos en el sistema de salud, y en la actividad económica y social serán de especial severidad.

## REFERENCIAS

1. Weible CM, Nohrstedt D, Cairney P, et al. COVID-19 and the policy sciences: Initial reactions and perspectives [published online ahead of print, 2020 Apr 18]. *Policy Sci.* 2020;1-17. <https://doi.org/10.1007/s11077-020-09381-4>
2. Burki T. COVID-19 in Latin America. *Lancet Infect Dis.* 2020;20(5):547-548. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30303-0](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30303-0)
3. Cimerman S, Chebabo A, Cunha CAD, Rodríguez-Morales AJ. Deep impact of COVID-19 in the healthcare of Latin America: The case of Brazil [published online ahead of print, 2020 Apr 23]. *Braz J Infect Dis.* 2020;S1413-8670(20)30032-5. <https://doi.org/10.1016/j.bjid.2020.04.005>
4. de Freitas E Silva R, Pitzurra R. What are the factors influencing the COVID-19 outbreak in Latin America? [published online ahead of print, 2020 Apr 11]. *Travel Med Infect Dis.* 2020;101667. <https://doi.org/10.1016/j.tmaid.2020.101667>
5. Miller MJ, Loaiza JR, Takyar A, Gilman RH. COVID-19 in Latin America: Novel transmission dynamics for a global pandemic? *PLoS Negl Trop Dis.* 2020;14(5):e0008265. <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0008265>
6. Navarro JC, Arrivillaga-Henríquez J, Salazar-Loor J, Rodríguez-Morales AJ. COVID-19 and dengue, co-epidemics in Ecuador and other countries in Latin America: Pushing strained health care systems over the edge [published online ahead of print, 2020 Apr 5]. *Travel Med Infect Dis.* 2020;101656. <https://doi.org/10.1016/j.tmaid.2020.101656>
7. Sánchez-Duque JA, Arce-Villalobos LR, Rodríguez-Morales AJ. Enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) en América Latina: papel de la atención primaria en la preparación y respuesta [Coronavirus disease 2019 (COVID-19) in Latin America: Role of primary care in preparedness and response] [published online ahead of print, 2020 Apr 17]. *Aten Primaria.* 2020;S0212-6567(20)30117-7. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.04.001>
8. Nuclear Threat Initiative (NTI), Johns Hopkins University, Bloomberg School of Public Health, Center for Health Security. GHS Index. Global Health Security Index: Building Collective Action and Accountability. 2019. October. <https://www.ghsindex.org/wp-content/uploads/2020/04/2019-Global-Health-Security-Index.pdf>
9. Blavatnik School of Government, University of Oxford. Coronavirus Government Response Tracker. <https://www.bsg.ox.ac.uk/research/research-projects/coronavirus-government-response-tracker>
10. Hale T, Angrist N, Kira B, Petherick A, Phillips T, Webster S. Variation in government response to COVID-19. Blavatnik School of Government (BSG), University of Oxford. Bsg Working Paper Series. 2020/032. April. 19 pp. <https://www.bsg.ox.ac.uk/research/publications/variation-government-responses-covid-19>
11. Scally G, Jacobson B, Abbasi K. The UK's public health response to covid-19. Too little, too late, too flawed. *BMJ.* 2020;369 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.m1932> (Published 15 May 2020)
12. Nature. Editorial. Share lessons on lifting lockdowns. 2020. 581,8. <https://www.nature.com/articles/d41586-020-01311-x>
13. Gibney, E. Whose coronavirus strategy worked best? Scientists hunt most effective policies. *Nature* 581, 15-16 (2020). <https://www.nature.com/articles/d41586-020-01248-1>
14. Hale T, Phillips T, Petherick A, Kira B, Angrist N, Aymar K, Webster S. Lockdown rollback checklist: Do countries meet WHO recommendations for rolling back lockdown? Research note. Blavatnik School of Government, University of Oxford. 7 pp. <https://www.bsg.ox.ac.uk/research/publications/lockdown-rollback-checklist>
15. Oxford COVID-19 Government Response Tracker. What's Changed. 28 April 2020. <https://www.bsg.ox.ac.uk/sites/default/files/OxCGRT.%20What%27s%20changed%2024%20April%202020.pdf>
16. Johns Hopkins University (JHU). Center for Systems Science and Engineering. COVID-19 Dashboard. <https://gisanddata.maps.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html#/bda7594740fd40299423467b48e9ecf6>
17. University of Oxford, Oxford Martin School, Global Change Data Lab. Our World in Data. Coronavirus Pandemic (COVID-19). <https://ourworldindata.org/coronavirus>
18. World Health Organization. Novel Coronavirus (2019-nCoV). Situation report-1. 21 January 2020. [https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200121-sitrep-1-2019-ncov.pdf?sfvrsn=20a99c10\\_4](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200121-sitrep-1-2019-ncov.pdf?sfvrsn=20a99c10_4) Acceso: 18 de mayo de 2020.
19. World Health Organization. Public health criteria to adjust public health and social measures in the context of COVID-19. Annex to Considerations in adjusting public health and social measures in the context of COVID-19. <https://www.who.int/publications-detail/public-health-criteria-to-adjust-public-health-and-social-measures-in-the-context-of-covid-19> Acceso: 19 de mayo de 2020.