



América latina en el año de la **PANDEMIA**

REPORTE



INDICE

Presentación

Por: **Bertha Pantoja**, Presidenta de la Red Liberal de América Latina [Pag 5](#)

Un reporte necesario para una región en emergencia

Por: **Siegfried Herzog**, Director regional de la Fundación Friedrich Naumann para la Libertad [Pag 7](#)

Salud y Manejo de la Pandemia

Por: **Carlos Goedder**, CEDICE LIBERTAD [Pag 9](#)

Libertades y derechos individuales

Por: **Carlos Sabino**, Miembro de la Junta Honorífica de la Red Liberal de América Latina [Pag 23](#)

Economía e indicadores sociales

Por: **Bettina Horst** y **Bernardita Williamson**, Libertad y Desarrollo [Pag 31](#)

Pandemia y democracia en América Latina

Por: **Alejandro Bongiovanni** y **Constanza Mazzina**, Fundación Libertad [Pag 39](#)

Anexos [Pag 49](#)

“Es claro que una crisis grave requiere de una respuesta gubernamental inmediata, pero países con instituciones débiles e infraestructuras sanitarias deficientes se hallan gravemente limitados en lo que puedan implementar.”



Presentación

Bertha Pantoja
Presidenta de RELIAL

El impacto en América Latina de la actual pandemia ha sido multidimensional. Por un lado, ha sido un reto para los sistemas de salud de la región y para los organismos de seguridad social los cuales, en lo general, han demostrado no estar a la altura de lo que representa una crisis de este tipo. Si bien la capacidad hospitalaria de los países no ha sido rebasada, la gestión de la misma por parte de ministerios y departamentos de salud demostró ser desastrosa en la mayoría de los países, con pocas excepciones, sin duda Uruguay fue el caso más notable.

La acción de los gobierno fue ineficiente e ineficaz en el sector salud, pero el daño colateral más grande provocado por las medidas para “combatir la pandemia” fue el cierre casi total de la economía. En una región donde la mayoría de la gente vive en el día a día con respecto a sus ingresos, el prohibirles trabajar tuvo graves consecuencias, las cuales se han estado extendiendo al resto de la economía, sumergiendo a la región en la que será la más profunda de las crisis que ha vivido.

El año comenzó con una crisis política en algunos países de Latinoamérica. Las protestas y el movimiento en favor de una nueva constitución en Chile, la salida de Evo Morales en Bolivia y el posterior triunfo del MAS en la reciente elección, el regreso del kirchnerismo a Argentina, entre otros. La pandemia ha funcionado para que los movimientos en contra de la libertad avancen por todo el continente, erosionando las instituciones democráticas y el estado de derecho, a la vez que les ha dado a los gobiernos un pretexto para excusar sus fallas y una herramienta de control sobre la población.

El presente documento es un esfuerzo de la Red Liberal de América Latina para analizar las consecuencias de la pandemia en las diferentes áreas mencionadas. La perspectiva de la salud es tratada por Carlos Goedder, su trabajo, hace énfasis en la importancia de la responsabilidad individual en una situación como la que vivimos y la importancia de defender las instituciones de la democracia liberal. Carlos Sabino, por su parte, aborda la crisis desde la perspectiva de las libertades individuales y defiende la importancia de poner los valores de la libertad al frente de cualquier respuesta a esta crisis. El tema económico es analizado por Bettina Horst, quien nos habla de las consecuencias de la pandemia sobre la región y los desafíos de política pública que tendrán los países en la búsqueda de una reactivación de la economía. Finalmente, Alejandro Bongiovanni y Constanza Mazzina, escriben sobre la democracia y los retos a los que se enfrenta América Latina ante el resurgimiento del autoritarismo.

Con éste documento, la Red Liberal de América Latina busca ofrecer un análisis integral del fenómeno social que ha representado la pandemia y mostrar los desafíos que vienen pero también las alternativas para la defensa de la libertad en un mundo que no volverá a ser el mismo.





Un reporte necesario para una región en emergencia



Siegfried Herzog

Director regional de la Fundación Naumann para América Latina

La crisis global de COVID-19 presenta desafíos urgentes a los países del mundo: cómo proteger la salud del pueblo, cómo aminorar el impacto negativo económico; cuándo y cómo revitalizar la economía. La crisis se presentó especialmente fuerte en América Latina, con una tasa de contagios y fallecidos mucho más alta que su proporción en la población mundial, y un efecto aún más grave respecto de las economías en otras partes del mundo.

Es por eso que la Red Liberal de América Latina (RELIAL) decidió publicar un reporte substancial sobre diferentes aspectos de la crisis para mejorar el discurso público y la búsqueda de soluciones efectivas y eficaces. Es necesario entender de qué se trata; estudiar el comportamiento del virus y la complejidad de la enfermedad, también las maneras de contagio, las medidas de prevención que ayuden a limitar su expansión, y a su vez las potenciales medicinas para cuidar mejor a los enfermos. Los problemas son múltiples: necesitamos contar con datos claros para interpretar la situación; sin embargo, muchos datos se advierten sospechosos, tal vez por la necesidad de los gobiernos de mostrar una imagen de éxito en cuanto al manejo de la pandemia.

Es claro que una crisis grave requiere de una respuesta gubernamental inmediata, pero países con instituciones débiles e infraestructuras sanitarias deficientes se hallan gravemente limitados en lo que puedan implementar.

Al mismo tiempo, la situación otorga facilidades para que algunos gobiernos puedan asumir poderes extraordinarios en detrimento de las libertades civiles e individuales, así como controles institucionales preocupantes. Lamentablemente, éste ha sido un efecto alrededor del mundo.

Hay también una tensión entre la expectativa del pueblo, que espera que el gobierno actúe de manera decisiva y “fuerte”, y la realidad de la región. Los pedidos de medidas gubernamentales finalmente resultaron en cuarentenas estrictas y toque de queda agobiantes. Miles de familias latinoamericanas, que dependen ampliamente del sector informal -entre el 60 y 80% de la población- no pueden darse el lujo de



“quedarse en casa” por semanas o meses; esos trabajadores necesitan salir y ganarse el ingreso en el día a día. La mayoría de los gobiernos no cuentan con políticas públicas acordes a esta realidad; por tanto los efectos están siendo dolorosos tanto para la salud como para la economía.

Tenemos más claridad sobre el impacto multidimensional de COVID-19. RELIAL logró con este reporte analizar dónde estamos ahora, poner en perspectiva qué medidas se podrían tomar y qué pasos urgentes se deberían priorizar en la región durante los siguientes meses.

La crisis nos muestra una realidad dura; una peligrosa combinación de instituciones débiles y gobiernos con poco interés en profesionalizar sus sistemas de salud. Se suma la falta de cooperación entre el Estado, la sociedad civil y empresas privadas; una alianza importante que ayudaría mucho a todos los sectores de la región.

Por todo esto, los principios y valores liberales: instituciones sólidas, estado de derecho, economía de mercado y división de poderes son más necesarios que nunca.

“ La crisis nos muestra una realidad dura; una peligrosa combinación de instituciones débiles y gobiernos con poco interés en profesionalizar sus sistemas de salud. Se suma la falta de cooperación entre el Estado, la sociedad civil y empresas privadas; una alianza importante que ayudaría mucho a todos los sectores de la región. ”





Salud y Manejo de la Pandemia

Por: Carlos Goedder, CEDICE LIBERTAD

“A la gente solo le empieza a interesar su salud cuando está en el hospital.”

Roberto Bolaño, *Los Detectives Salvajes*

La crisis global producida por el virus de la COVID-19 nos ha confrontado con los problemas fundamentales de la gestión, tanto individual como colectiva de la salud. Somos más conscientes ahora de nuestra fragilidad inmune ante los patógenos y de que la victoria sobre ellos dependerá de nuestra cooperación. Lo más importante, ante esta disrupción, es seguir la aproximación que proponía Marie Curie: *las cosas no son para temerlas, sino para entenderlas*. Con inteligencia, hemos de tener bien documentados los hechos, los conceptos y las mediciones para confrontar con realismo, eficiencia y equidad esta emergencia global de la salud.

Hay tres advertencias para aprovechar mejor los contenidos que siguen. La primera, que sería infructuoso hacer de esta sección un compilado de estadísticas vigentes. Todo conteo de casos o (lamentables) fallecimientos originados por la COVID-19 se quedará obsoleto en pocas horas. La propuesta acá es identificar temas, tendencias y avanzar hacia propuestas que nos ayu den a gestionar mejor este riesgo a la salud que supone el coronavirus. Otra consideración es que acá *no* vamos a proponer un texto médico o para profesionales de la salud, si bien abordaremos con rigor los términos, orientando la reflexión hacia todo ciudadano que desee estar bien informado sobre el entorno donde vive su salud. Finalmente, nuestro tono es afín a la libertad económica, la iniciativa individual y carecemos de simpatía hacia propuestas que expandan la coerción estatal bajo el pretexto de proteger la salud colectiva. Nuestra investigación más bien sustenta que esta crisis se¹² ha exacerbado por la mala gestión gubernamental en servicios de salud y la orientación hacia fines partidistas de la atención médica.

1. Arsenal de conceptos

“Necesitamos suponer que el monstruo está en todas partes.”

Mike DeWine, gobernador del Estado de Ohio (EEUU)¹

1.1. COVID-19 y SARS-CoV-2

Hay términos que se popularizan, así sean esencialmente incorrectos. Una vez aceptados, sería arrogante o poco práctico cambiarlos. Es lo que ha ocurrido con el término *coronavirus*. El virus que está causando estragos en 2020 es apenas una *modalidad* de coronavirus y ya habíamos estado expuestos a otra de ellas, durante la epidemia del SARS en 2003. El error es que hablamos de *el coronavirus* actual como si fuese “único en su clase”.

¹ La declaración está recogida en SHAPIRO, Leslie *et. al.*, octubre de 2020.

La Clínica Mayo (MAYO FOUNDATION, 2020) elabora el punto así:

“Los coronavirus son una familia de virus que pueden causar enfermedades como el resfriado común, el síndrome respiratorio agudo grave (SARS, por sus siglas en inglés), y el síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS, por sus siglas en inglés). En 2019 se identificó un nuevo coronavirus como la causa de un brote de enfermedades que se originó en China.

Este virus ahora se conoce como el síndrome respiratorio agudo grave coronavirus 2 (SARS-CoV-2). La enfermedad que causa se llama enfermedad del coronavirus 2019 (COVID-19). En marzo de 2020 la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró que este brote de COVID-19 es una pandemia.”

En el albor de la diseminación del virus, la Real Academia Española y la Fundación FundéuRAE formalizaron la terminología en castellano para referirse a él. La enfermedad asociada se ha de escribir en mayúsculas, COVID-19, al ser abreviatura de un término en idioma inglés, *coronavirus disease* (enfermedad del coronavirus, neologismo que ya sabemos es objetable). Precisamente, como es una enfermedad, el artículo que la precede habría de ser preferiblemente femenino: *la COVID-19*. La taxonomía del virus sería el mencionado SARS-CoV-2 o bien el término provisional 2019-nCoV que algunos siguen empleando².

1.2. Zoonosis³

Este tipo de virus nos coloca ante la **zoonosis**. El término ya está en el Diccionario de la Real Academia, que la define como *“enfermedad o infección que se da en los animales y que es transmisible a las personas en condiciones naturales.”* Todo parece indicar que este nuevo coronavirus ha sido transmitido inicialmente desde hospedadores animales, con el murciélago como principal sospechoso. Puede concluirse que *“si bien la transmisión temprana parecería ser zoonótica, la transmisión actual ocurre fundamentalmente de persona a persona.”* (Ministerio de Salud Argentina, p. 2).

Desde 2012, se ha prevenido sobre los virus contagiados mediante zoonosis, que han protagonizado varias de las epidemias más letales recientes. La dinamización de la zoonosis provendría de que los humanos han invadido cada vez más espacios, incluyendo zonas que antes eran salvajes y ya han sido incorporadas al entorno urbano.

1.3. Transmisión y Síntomas⁴

El contagio entre personas ocurre cuando alguien infectado con el virus arroja sus fluidos en el aire al toser, estornudar, cantar o hablar. Estas partículas, exhaladas mediante la respiración, transportan el virus y serían inhaladas por quien se contamina. La transmisión es rápida entre personas que se encuentran en un rango de hasta dos metros de distancia. Un hallazgo reciente (STIEG, 2000) va

² Las convenciones y usos recomendados están compilados en: <https://www.fundeu.es/recomendacion/covid-19-nombre-de-la-enfermedad-del-coronavirus/>

³ La información de esta sección se amplía en el anexo 1.

⁴ La información de esta sección se amplía en el anexo 2.



más allá y sugiere que no sólo estas gotitas contaminadas diseminan el virus, sino que podría también ser transportado en partículas de tipo *aerosol*, que son de menor tamaño, también son exhaladas por sujetos enfermos y podrían quedarse suspendidas en el aire por lapsos más prolongados. El virus podría quedar literalmente flotando por más tiempo en estas otras partículas.

La conclusión preventiva es inmediata y la mayoría ya estamos acostumbrados desde hace meses a las medidas que se resumen a continuación⁵: “Además de usar una máscara y mantener la distancia social, usar purificadores de aire portátiles es una manera de reducir los contaminantes aerotransportados en cualquier espacio. Y, algo tan simple como abrir las ventanas para dejar entrar aire limpio en su espacio es otra manera de elevar la ventilación.”

Una vez que el virus entra en el organismo, usualmente se hospeda en las células del sistema respiratorio, incluyendo fosas nasales y garganta. Pueden trascurrir hasta dos semanas mientras consolida su proceso de invadir células del huésped para reproducirse. El paciente infectado usualmente comienza a padecer fiebre, dolor de cabeza o tos seca, añadiéndose otros síntomas como dificultad al respirar, dolor corporal, pérdida de olfato o gusto, sensación de cansancio o algunos síntomas digestivos. Las complicaciones en algunos pacientes surgen cuando su sistema inmune es más frágil ante el virus y este se desplaza hacia el tejido pulmonar, ocasionando una congestión de fluidos y mucosidad que dificultan la respiración. En este momento ya hay síntomas de neumonía, los cuales podrían superarse en un lapso de una a dos semanas. Otras reacciones ante el virus incluyen el sistema cardiovascular, con síntomas como arritmia, enfermedades del músculo cardíaco e incremento en el riesgo de formación de trombos sanguíneos.

El servicio divulgativo de la estadounidense Clínica Mayo (MAYO FOUNDATION, 2020) destaca que en los niños los síntomas son similares a los de los adultos y generalmente tienen una enfermedad leve. La situación no es tan afortunada para los adultos mayores, ya que el riesgo de enfermarse de gravedad a causa de la COVID-19 se incrementa con la edad del paciente. Adicionalmente, las siguientes comorbilidades empeorarían la prognosis para los pacientes contagiados: enfermedades cardíacas, hipertensión, cáncer; enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), diabetes tipo 1 o 2, obesidad grave, enfermedad renal crónica, enfermedad de células falciformes, sistema inmunitario debilitado por trasplante de órganos, asma, enfermedad hepática, afecciones del cerebro y del sistema nervioso. Los casos más severos han de ser trasladados a una *Unidad de Cuidados Intensivos*.

⁵ Es oportuno concienciar sobre los derechos de quienes usamos gafas: padecemos el empañamiento que suele resultar al respirar mientras se usa la mascarilla KN95, modelo de tapaboca usual entre personal médico, que ya es vendido al público en las farmacias y parece ser el más efectivo.

Por razones de espacio no podemos tratar en este capítulo algunos interesantes aspectos que tienen relación con el tema principal. Sobre ellos referimos al lector a los anexos que hemos elaborado: el anexo 3, al que remitimos al lector, trata por ejemplo sobre el origen y la propagación de este coronavirus desde China al resto del mundo y la deficiente gestión de la OMS (Organización Mundial de la Salud).

2.



Estadísticas de Contagio y Decesos

En algún momento, los números se hacen tan grandes que pierden su impacto. Me preocupa que, si continuamos alcanzando nuevos umbrales, sólo se conviertan en números y dejen de resonarnos realmente como fallecimientos.

Caitlin Rivers, epidemióloga en el Johns Hopkins Center for Health Security⁶

BLOOMBERG (2020) provee las siguientes cifras acumuladas al 7 de octubre de 2020, además de la información sobre contagios y fallecimientos que figuraran en las tablas 1 y 2:

- 1) El total de contagiados ha alcanzado a 35.984.455 personas.
- 2) De ellas, ya han fallecido 1.052.247.

El Banco Mundial estima la población mundial de 2019 en 7,6 mil millones de personas (exactamente: 7.673.533.972; la fuente está indicada en la tabla #1). Tomando este denominador, tenemos una mortalidad global de 137 personas por millón y una tasa de contagios de 4.689 por millón de personas. Las tablas 1 y 2, que contienen información nacional, nos muestran una gran dispersión respecto a estos valores promedio mundiales. En la sección “Matices Locales” vamos a buscar de entender las razones de tanta volatilidad entre países. Sobre la incidencia de esta enfermedad sobre el personal médico y paramédico, un punto que suele olvidarse o pasarse por alto, remitimos al lector al anexo 4 de este informe.

Tomado de THEBAULT, R. y A. Fowers (31/7/2020).

País	Fallecidos	Contagios	Población	Fallecidos por Millón	Contagios por Millón
EEUU	211.513	7.535.794	330.271.026	640	22.817
Brasil	147.494	4.969.141	210.298.405	701	23.629
India	104.555	6.757.131	1.366.417.754	80	5.152
México	82.348	794.608	127.575.529	645	6.229
Reino Unido	42.605	546.949	65.440.177	651	8.358
Italia	36.061	333.940	60.297.396	598	5.538
Perú	32.914	832.929	32.510.453	1.012	25.620
España	32.562	835.901	47.076.781	692	17.739
Francia	32.462	693.473	67.629.167	480	10.257
Irán	27.658	483.844	82.913.906	334	5.835
Colombia	27.017	869.808	50.339.443	537	17.279
Argentina	27.827	824.468	44.938.712	619	18.346
Rusia	21.755	1.242.258	142.189.542	153	8.752
Sudáfrica	17.103	683.242	58.558.270	292	11.668
Chile	13.090	474.440	18.952.038	691	25.034

Tabla 1. Ranking de países que han tenido más fallecimientos a consecuencia de la COVID-19. información actualizada al 7 de octubre de 2020 y acumulando desde el inicio de la COVID-19. Fuente: Bloomberg⁷. Se ordenan los países según este indicador. Marcamos en negrita los países de América Latina, región desde donde se conduce este estudio. Las tasas de contagio y fallecimiento, para los países que se lista en la Tabla 2, son replicadas tal como las presenta Bloomberg y a partir de ella se calcula la población (comprobamos que está bastante próximo al número de habitantes que estima el Banco Mundial para 2019). Para el resto de casos, se recurre a las tablas de población de 2019 publicadas por el Banco Mundial y realizamos el cálculo de tasas de contagio y mortalidad.⁸ La sorprendente tasa de mortalidad peruana es correcta⁹.

No insistiremos lo suficiente en que la Tabla 1 muestra tal dispersión que haría sospechar a algunos sobre las cifras. Ciertamente, hay tal desviación típica respecto a la media global que acabamos de reflejar, que la invitación inmediata es a dar algunas explicaciones, que ensayaremos de modo sucinto. Con el dinamismo que hay y el transcurso de un segundo pico durante el último trimestre del año en varias geografías, habríamos de esperar variaciones en las Tablas 1 y 2. Lo que precisamente queremos proponer para reflexión, cuando ya van casi diez meses de COVID-19, es la dispersión que se ha generado y cuya trayectoria probablemente seguirá preservando esa disociación, incluso cuando se trata de naciones próximas entre sí. Es importante colocar acento en las tasas o ratios, porque son lo que hace comparables a los países con tamaños poblacionales muy distintos. Vemos por ejemplo como Chile, que no llega a los 20 millones de habitantes, está entre los países con más decesos acumulados.

De modo sorprendente, desafiando toda lógica estadística convencional, vemos en las tablas que China, que tiene el 18% de la población mundial, con 1.398 millones de habitantes en 2019¹⁰, no figura entre los quince países con mayor mortalidad por la COVID-19 y que su tasa de fallecimientos por millón de personas es de apenas 3... Sería un insulto a la inteligencia considerar que “Una Sociedad Unida y Disciplinada” ha logrado este desafío a la ley de grandes números estadística.

⁷ Si bien se indica en la bibliografía, esta es la referencia. Destacamos que es un servicio de suscripción pagado, si bien provee acceso temporal sin coste a algunos artículos. La dirección en Internet es la siguiente – recordemos que actualiza información diariamente y la tabla suministrada en este reporte no es estable: <https://www.bloomberg.com/graphics/2020-coronavirus-cases-world-map/?srnd=premium&sref=5wGlXq8n>

⁸ Disponible en Internet en: <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POPTOTL>

⁹ La publicación colombiana *Semana* informa, al 4 de octubre de 2020, un total de 32.535 fallecimientos acumulados por COVID-19 en Perú, que compara con una población de 31,99 millones y resulta en una mortalidad de 101,40 por 100 mil habitantes –equivalente a 1.014 por millón. Ver: SEMANA, 4 de octubre de 2020, p. 49. Para el caso peruano, se propone acudir a este artículo publicado el 20 de agosto de 2020 por el diario financiero colombiano Portafolio. C.f.: www.portafolio.co/internacional/el-contagio-de-coronavirus-en-peru-es-el-peor-del-mundo-543815 En él se refiere a una empresa limeña de consultoría en salud, Videnza, que compila artículos sobre la trayectoria de la COVID-19 en Perú. <https://videnza.org/tag/covid-19/>

¹⁰ Acudimos a la ya mencionada fuente del Banco Mundial para las estadísticas poblacionales (como hicimos en la Tabla 1).

La **tabla 2** enriquece la información con datos sobre las pruebas que se están practicando para detectar el virus, la infraestructura de camas hospitalarias y la fecha en que se relajó la primera cuarentena, si llegó a aplicarse.

Vamos a elaborar sobre estas tablas. Antes de ello, es preciso destacar que en este reporte tenemos auténtico pesar por las cifras de decesos. Todo fallecimiento resta al mundo una posibilidad de mejora y es un daño incalculable para la humanidad. Suscribimos, en esta tónica, la visión de la filósofa Hannah Arendt, que en *Los orígenes del Totalitarismo* y *La Condición Humana* considera el hito de la natalidad, expresando que “Con cada nuevo nacimiento nace un nuevo comienzo, surge a la existencia potencialmente un nuevo mundo.” (BÁRCENA, 2002, p. 108). Con esta perspectiva, la muerte a causa de una contingencia como este nuevo coronavirus supone una trágica interrupción a esta potencia actuante de cada vida humana y al cambio que está trayendo al mundo. Si son infinitas las posibilidades con el nacimiento, también es inconmensurable la pérdida resultante con un apagón súbito de la vida y el coste de oportunidad asociado, *lo que dejó de ser y que no tendremos oportunidad de conocer*. Vaya a uno a saber si una de estas vidas que se fueron contenía una solución para el problema científico del coronavirus, especialmente cuando el lecho de muerte corresponde a un investigador o médico. Destacamos también que cada fallecimiento tiene una conexión afectiva con familiares, amigos, socios en el proceso productivo y por ello, en la medida que sabemos la historia de cada caso, les rescatamos de este trágico anonimato que resta humanidad. A varios dictadores se les ha atribuido la macabra pero certera frase de que diez muertes son una tragedia y millones de muertes son una estadística... En la medida que siga el periodismo libre nar o descriptivamente lo que ocurre entre contagiados, enfermos y sus deudos, lograremos mantener el respeto a la individualidad que defendemos desde la ética liberal.

	Brasil	Reino Unido	EEUU	Rusia	Alemania	India	Japón	China
Muertes por millón	701	651	640	153	119	80	13	3
Casos por millón	23.629	8.358	22.817	8.752	3.873	5.152	692	62
Pruebas por millar	30,5	338,8	360,7	333,8	211,7	62,7	20,4	n.d.
Camas de hospital por millar	n.d.	2,5	2,8	8,1	8,0	0,5	13,1	4,3
Medida adoptada	Sin cuarentena	Suavizó cuarentena el 8/junio	Sin cuarentena	Suavizó cuarentena el 11/mayo	Suavizó cuarentena el 20/abril	Suavizó cuarentena el 8/junio	Estado de Emergencia cesó el 25/mayo	Sin cuarentena

Tabla 2. Adaptación al castellano del reporte diario de Bloomberg, al 7 de octubre de 2020. Cuando la estadística no está disponible se señala como “n.d.” El reporte diario de Bloomberg se accede en: <https://www.bloomberg.com/graphics/2020-coronavirus-cases-world-map/?srnd=premium&srref=5wGIXq8n>.

3. Mala calidad de los datos

Estamos trabajando con información incompleta. Desde EEUU, el director de un CDC, Robert Redfield, estima que el número de infectados en EEUU ha de ser, realmente, 10 veces el número de casos oficialmente reportados. El propio Anthony S. Fauci, considera que el virus ha acabado con más vidas que las compiladas en las estadísticas estadounidenses (SHAPIRO et. al., 2020). Las causas incluyen la carencia de metodologías uniformes para reporte y conteo en las distintas regiones del país. Hay zonas rurales o más pobres donde los recursos son mucho menores para un apropiado diagnóstico o conteo. Algunos pacientes mueren en realidad al exacerbarse, por causa del coronavirus, alguna comorbilidad. Y recordemos que hay hasta 40% de asintomáticos, que quizás ni llegaron a saber antes de morir que tenían el nuevo coronavirus, pero sí tenían otra condición identificada de larga data que se complicó rápido y con consecuencias letales –enfermedad respiratoria, insuficiencia cardíaca u otra. En el caso estadounidense se añade la demora para realizar las pruebas en escala relevante, que apenas se logró adecuar a los estándares de la OMS hacia junio (SHAPIRO et. al., 2020).



Tim Harford nos recuerda algo fundamental: no hay una base de datos universal con estadísticas de la COVID-19: (HARFORD, 9/9/2020, sección 2): “Al final, [las estadísticas] vienen de alguna parte: alguien contó y midió algo, idealmente de modo sistemático y con cuidado. Estos esfuerzos de medición y conteo sistemático requieren dinero y experiencia –que no podemos considerar garantizadas.” Harford cita a la revista científica *Nature*, que habla de una “crisis de datos del coronavirus” para EEUU (HARFORD, *op. cit.*) y también considera el caso de España, donde el reporte de fallecimientos se detuvo a inicios de junio.

Pensemos que los reportes muchas veces se producen en hospitales con personal enfermo de coronavirus, incluyendo administrativos y médicos que están de baja, teniendo que asumir funciones los auxiliares. Con tiempo y personal escaso, dar buena información sobre fallecimientos podría no ser prioridad frente a la de socorrer a quienes siguen debatiéndose con la muerte.

Se carece de una base global sobre las pruebas y, nuevamente, hemos de descender a los procesos detrás de los números. Las pruebas están teniendo cuellos de botella que afectan sus resultados y, desde luego, su adecuado conteo. Acudimos al caso colombiano, que tenemos más a mano, pero sabemos que tiene émulos en otras geografías: un artículo de opinión del 4 de agosto de 2020 señalaba que la demora promedio para procesar las pruebas en los laboratorios era de tres días, cuando el compromiso es tener los resultados en 24 horas y que, en departamentos periféricos, como Nariño, Bolívar y Sucre, el rango de demora se elevaba entre 18 y 34 días. Desde luego, cualquier estadística de contagios queda rezagada de modo significativo en su producción si hay estas demoras y la propia prueba pierde robustez (*El Colombiano*, 4/8/2020).

Todo esto hace que debemos tomar con precaución los datos, si bien esto no debe restar disciplina y compromiso por mejorar la calidad de su generación. Sin este insumo, estamos “resolviendo un problema sin comprenderlo”, como decía un fallecido académico de CEDICE LIBERTAD, Manuel J. Cartea.

Sería candidez no considerar la intencionalidad en la manipulación estadística. Usualmente son los Gobiernos quienes tienen acceso a los datos y quienes tienen en nómina al personal que los mide y compila. Hay consecuencias electorales, presupuestarias y de reputación para los gobiernos o autoridades que fallen en provisión de atención médica primaria. Por ello es indispensable que organizaciones de la sociedad civil tengan centros para medición independiente, con lo cual se calibre u homologuen las cifras que provee el sector oficial.



4. ¿Se trata de una pandemia?

Incluso si suponemos una muy grosera subestimación de contagios y fallecimientos, tenemos con las magnitudes oficiales actuales que, en 10 meses de COVID-19, el contagio ha alcanzado a menos del 0,5% de la población mundial, casi 36 millones de personas en un mundo donde habitan 7,6 millardos de humanos (u 11 meses, según admitamos que se ocultó su inicio por un mes). Los fallecimientos globales alcanzan a 1 por cada 36 contagiados, esto es, 2,78% de probabilidad entre los enfermos (insistimos en leer este número con conmiseración). Como

proporción de la población mundial, tenemos un 0,13% de fatalidad por esta dolencia, en 10 u 11 meses, según tomemos el inicio real de la epidemia. Hay matices. Sabemos que puede haber hasta diez veces más contagiados y hay países con incidencias mucho más drásticas que esta media mundial. Ahora bien, si esto es una pandemia, como tardíamente la declaró la OMS, hemos de cambiar el concepto. Porque las pandemias anteriores que hemos tenido como humanidad, algunas en los últimos 100 años, tuvieron un mayor alcance y mortalidad.

Acudamos a uno de los casos más dramáticos y recientes. La crisis generada por la llamada “gripe española”, hace un siglo. Es una época donde ya había tecnologías de transporte como el automóvil o los vuelos aéreos, que diseminaban enfermedades. BARRO et. al. (2020) indican que esta pandemia de gripe acabó con la vida de 40 millones de personas, entre 1918 y 1920. Este terrible coste humano equivalía a 2,1% de la población mundial de entonces. Si ocurriese hoy día tal mortalidad, estaríamos hablando de más de 150 millones de decesos, un poco más de la población entera de la Rusia actual o bien tres veces la población de Colombia, España o Argentina. Recordemos que hace un siglo no había ni penicilina ni antibióticos. Más recientemente, tenemos la epidemia de gripe H1N1 en EEUU, que entre abril de 2009 y 2010, que contagió al 20% de la población. La padecieron 60,8 millones de personas, de las cuales 12.469 fallecieron (la mortalidad es menor que con COVID-19, decisivamente, pero los contagios fueron abrumadoramente más altos que bajo la COVID-19). Y si nos vamos al pasado más remoto en la historia de las pandemias, siguiendo a ZACHER (2001), tenemos que entre 60% y 90% de los indígenas americanos fallecieron en el siglo XVI como consecuencia de la viruela, sarampión o gripe importados por europeos o africanos. O que en el siglo XIV murió un tercio de la población europea como consecuencia de la peste negra.

Volviendo a nuestros días, se estima que en el mundo, anualmente, 6 millones de niños menores de 5 años fallecen de hambre o enfermedades relacionadas con ella -la llamada “hambre encubierta.” Lamentablemente, los Gobiernos no han considerado bajo el rótulo de “pandemia” estas muertes. Y el virus del HIV sigue cobrando casi 60.000 vidas anualmente, incluso existiendo tratamiento que detendría el fatal desenlace.

Si decimos todo esto es para evaluar, con objetividad, si la reacción exagerada de los Gobiernos, sin datos, sin teoría, ha precipitado una errónea denominación.

Podríamos argüir que no ha sido una pandemia precisamente porque se actuó con velocidad a establecer cuarentenas y distanciamiento social. Lamentablemente, hay evidencias contra este enfoque, incluso si

dejamos de lado que estas medidas comenzaron de modo sistemático y global hacia mediados de marzo de 2020, cuando el virus tenía al menos un trimestre actuando. El primer argumento contra la visión simplificadora de que las cuarentenas nos salvaron proviene de las Tablas 1 y 2. Vemos países que aplicaron cuarentenas estrictas y no por ello tienen mejores resultados. Colombia es un ejemplo. Y adicionalmente, tenemos estudios econométricos que no encuentran significación estadística en las cuarentenas como mitigador de contagios o mortalidad.

Mencionemos uno reciente, cuyos hallazgos se publicaron el 23 de septiembre de 2020 y corresponde al colombiano Centro de Estudios Económicos de la Asociación Nacional de Instituciones Financieras, ANIF. Han considerado como variable dependiente la mortalidad por COVID-19 y, con una muestra de 73 países, han trabajado un modelo econométrico donde colocan como variables explicativas las siguientes: la severidad del cierre o cuarentena; la cantidad de Unidades de Cuidado Intensivo por millón de habitantes; el número de pruebas del virus por millón de personas; un índice de acceso a cuidado de la salud; localización del país en zona intertropical; porcentaje de población mayor de 60 años; prevalencia de obesidad o de colesterol alto.

Una conclusión que alcanzan es la siguiente y es la relevante para este debate de si realmente se “detuvo” una “pandemia” con las medidas de cuarentena que aún siguen vigentes en países como Venezuela y mantienen esencialmente paralizados en todo el orbe los sectores de turismo, gastronomía, salas de cine e instalaciones deportivas, destruyendo empleo y empresa (SANTA MARÍA, *et. al.*, p. 2): “La severidad de las cuarentenas presenta, de forma aparentemente contraintuitiva [sic], un efecto positivo sobre la tasa de mortalidad por SARS-CoV-2. Evidentemente, esto no necesariamente se debe tomar como un signo de que las cuarentenas son un factor precursor de la mortalidad por este virus. La causalidad de esta variable no es del todo clara, puesto que, entre otras cosas, las muertes motivan parcialmente las decisiones de los gobiernos de decretar cierres. Lo que sí podemos observar es que su efecto para disminuir los resultados negativos del virus tampoco es claro. La regresión apunta a que, aun tomando la variable de severidad del cierre con un rezago de 15 días, su efecto sobre la mortalidad es, cuando menos, nulo. Este resultado indica, de manera preocupante, que las cuarentenas no han tenido el efecto esperado en la contención de la pandemia, por lo menos en lo que a mortalidad se refiere.”

Las variables que sí generan una reducción estadísticamente significativa en la mortalidad por COVID-19 incluyen:

- Las unidades de cuidado intensivo (UCI) por millón de habitantes (tomadas como logaritmo natural, esto es, como incremento), resultando que cada UCI añadida por millón de personas reduce la *tasa* de mortalidad en un (nada despreciable) 0,01 punto porcentual.
- Cada prueba añadida por millón de habitantes genera también una reducción de 0,01 puntos porcentuales en la tasa de mortalidad, y es significativa con 95% de confianza para esta muestra representativa de países
- Por contraste, un aumento de 1% en la población mayor de 60 años se corresponde con un incremento de la tasa de mortalidad por la COVID-19 en 0,15 puntos porcentuales. Y a cada incremento de 1% en la prevalencia de colesterol alto, dentro de la población, se le asocia mayor tasa mortalidad por el nuevo coronavirus, en el rango de +0,19 / +0,21 puntos porcentuales. (SANTA MARÍA S. *et. al.*, pp. 2-3.)
- En el resto de variables, no hay efectos estadísticamente significativos, así tengan el signo esperado.

En conclusión, no parece ser que la acción gubernamental encerrando a la gente realmente haya sido causa de éxito para contener la propagación del virus SARS-CoV-2, sino que más bien la dirección para las políticas públicas va hacia la realización de pruebas, que no alcanza sola, sino que necesita haberse hecho con celeridad y respetando tiempos de entrega al inicio de los contagios. Además de expandir la capacidad de camas de cuidado intensivo.

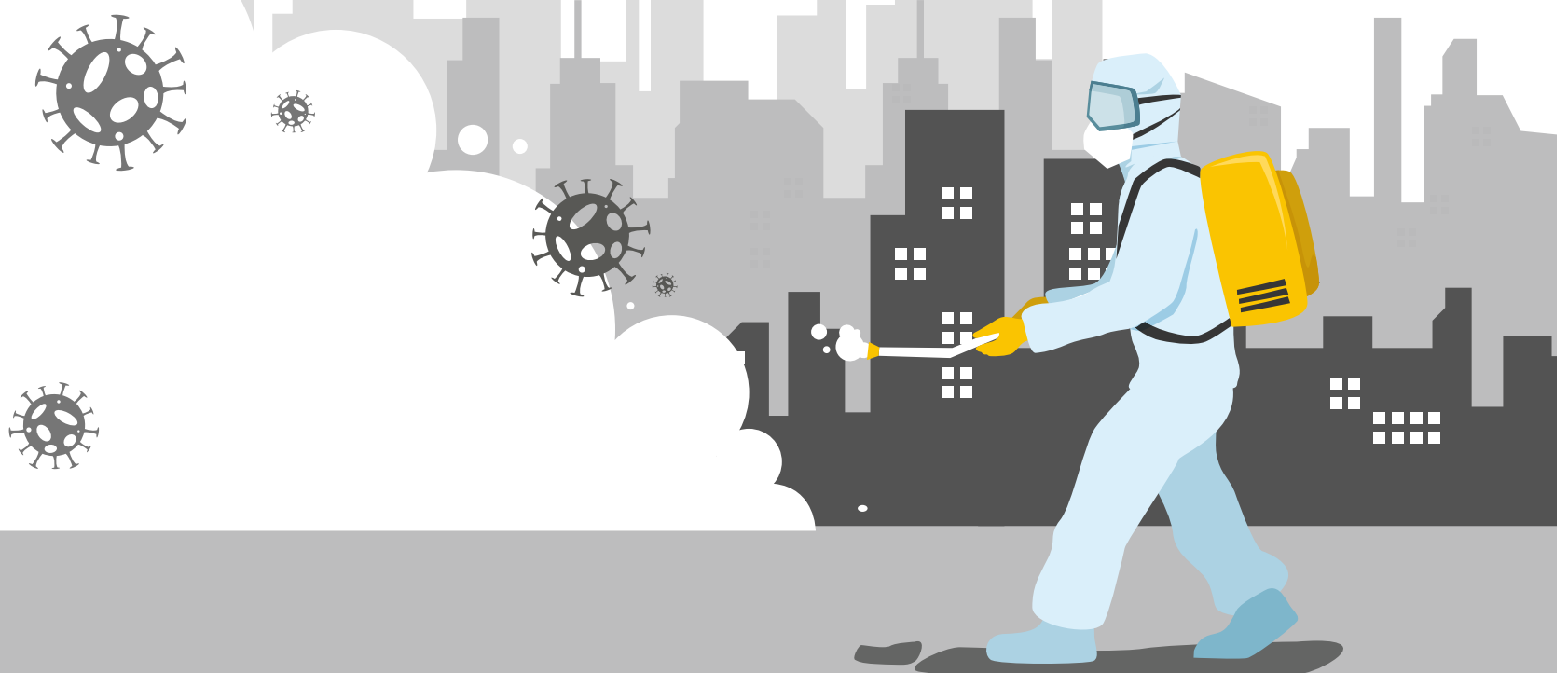
Teniendo en cuenta las tasas de contagio y decesos, así estén groseramente subestimadas, no tenemos realmente un fundamento para hablar de “pandemia”, al menos a la luz de la historia. Lo que si ha sido pandémico es el coste económico de las medidas que han devuelto al desempleo y a la pobreza a buena parte de la población latinoamericana.

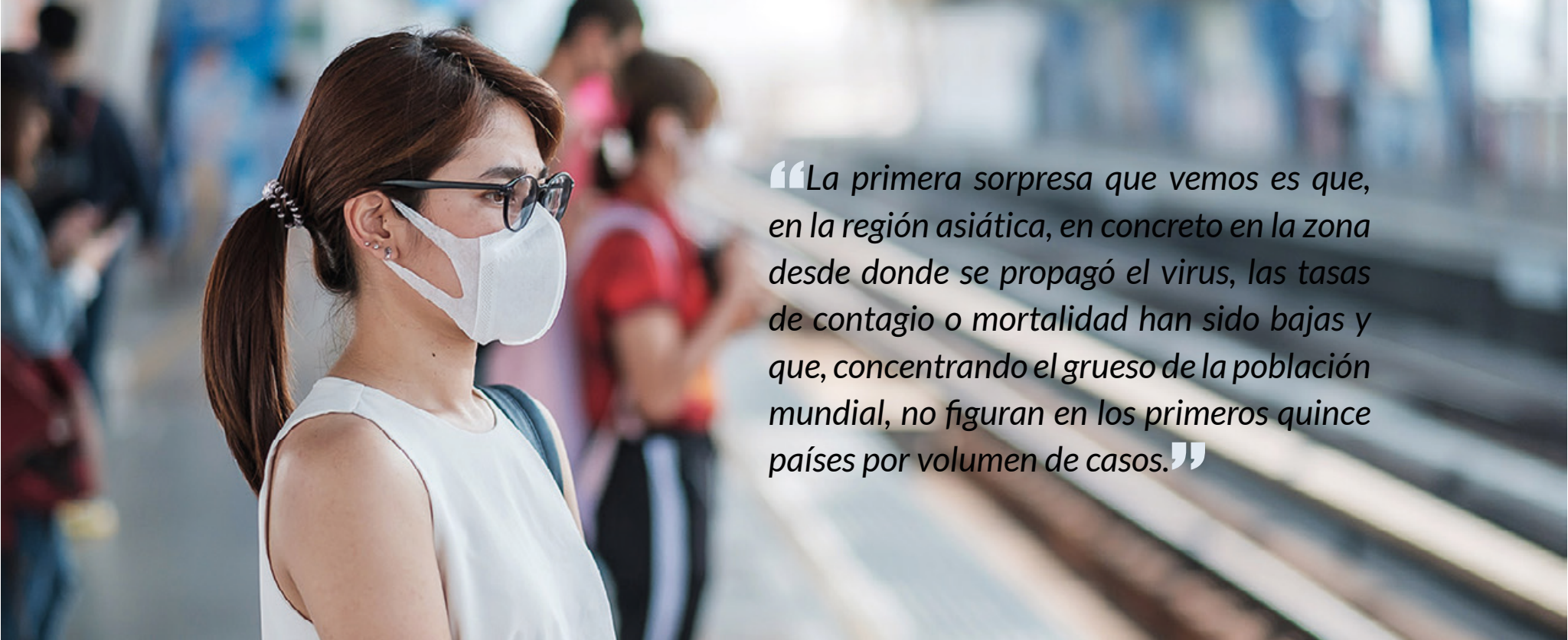
5. Reacciones individuales y matices locales

¿Cómo explicar la dispersión que vemos en las Tablas 1 y 2?

Lo primero, dejando de lado posibles errores en medición, más o menos intencionales, hemos de tener en cuenta que hay aleatoriedad e imprevistos en resultados de salud. En ellos interactúan factores biológicos, propios de ciencias naturales, e intercambios que ya son parte del ámbito de las ciencias sociales. Aplica la visión de F.A. Hayek de sistemas complejos, donde hay relaciones y efectos no lineales, donde los seres humanos son *actores creativos*. El esfuerzo de cada ciudadano para optimizar la salud de su familia y la propia implicará un proceso de descubrimiento donde hará su propia lectura de los precios relativos (seguimos a PENNINGTON, agosto de 2020). En efecto, cada persona hace su propia evaluación de riesgos, de costos en tiempo, dinero y energía, de beneficios, al elegir un tratamiento médico, un procedimiento o una medicina, sujeto a una restricción presupuestaria. El gasto que sale del bolsillo podría resultar en el llamado gasto catastrófico, cuando un evento de enfermedad o accidente consume una proporción inesperadamente alta del ingreso o la riqueza, al punto de poder incluso debilitar patrimonialmente al paciente. El acceso al seguro médico también incorporará esos cálculos y percepciones subjetivas. La Seguridad Social y las ayudas estatales en financiación de la salud o su provisión entran como restricciones, datos y modificadores de probabilidades esperadas para cada persona.

La COVID-19 ha cambiado los precios relativos. Ciertos tratamientos se han hecho inviables, prohibitivos o más costosos. Un efecto indeseado de esta crisis de la COVID-19 es que se han detenido los tratamientos de otras dolencias que han perdido protagonismo e incluso los pacientes no los tienen disponibles. Adicio-





“La primera sorpresa que vemos es que, en la región asiática, en concreto en la zona desde donde se propagó el virus, las tasas de contagio o mortalidad han sido bajas y que, concentrando el grueso de la población mundial, no figuran en los primeros quince países por volumen de casos.”

nalmente, las medidas económicas que han reducido el ingreso disponible de los ciudadanos, al dejarles sin empleo o con sus negocios en pérdidas, podrían generar el efecto contraproducente de reducir el gasto o inversión en salud, para enfocarse en cubrir los gastos en alimentación, vivienda o servicios públicos. No menos importante, el confinamiento, la distancia social y la incertidumbre generan un espectro más amplio de enfermedades mentales o nerviosas –como ha sucedido para el personal en salud (v. anexo 4).

En suma, lo aleatorio es algo que aparecerá en este ámbito de la salud y hemos de tener en cuenta que tenemos infinidad de acciones individuales donde cada persona ajustará sus percepciones, costes y beneficios *esperados*, generando conductas que no necesariamente corresponden a los objetivos o restricciones colocados por los gobiernos para proteger la salud ciudadana. Por ello cobran valor las soluciones más simples y que generan resultados rápidos, como son el uso del tapabocas o lavarse las manos con más frecuencia.

La primera sorpresa que vemos es que, en la región asiática, en concreto en la zona desde donde se propagó el virus, las tasas de contagio o mortalidad han sido bajas y que, concentrando el grueso de la población mundial, no figuran en los primeros quince países por volumen de casos. Tenemos a India e Irán que son asiáticos, si bien alejados de China y países aledaños, donde habríamos esperado mayor incidencia del nuevo coronavirus. La revista *Semana* (4 de octubre d 2020, p. 49) muestra cómo se distribuyen los fallecimientos por continentes: Asia tiene el 10%. Si acudimos a la tabla poblacional del Banco Mundial para 2019, que ya hemos empleado, comprobamos que tan sólo Asia del Este (China, Mongolia, Corea del Norte, Corea del Sur, Japón, Hong Kong, Macao y Taiwán) y el Pacífico contienen el 27% de la población mundial. Es una desproporción notoria. América agrupa el 50% de los decesos por la COVID-19, también descalibrado con la proporción que suponen de la población mundial, 13,2% si acudimos a la fuente señalada.

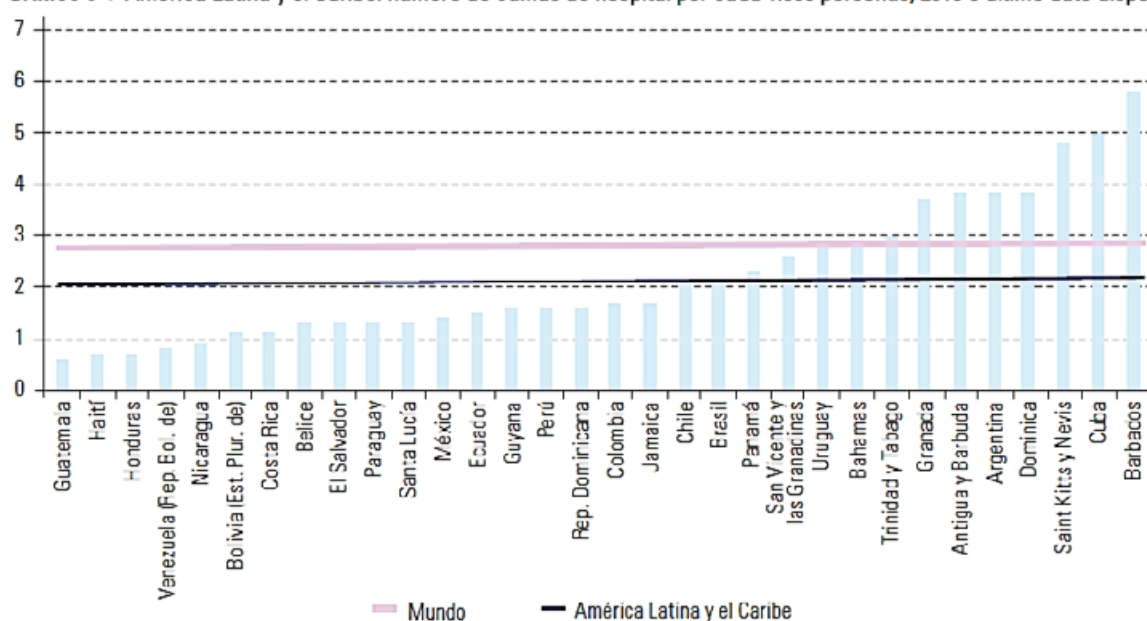
Dos análisis de casos nacionales, el de Japón y el de Corea del Sur, resultan interesantes como punto de comparación para nuestra región, por eso los incluimos en el anexo número 5. Elaboramos este par de casos apenas para ilustrar el tipo de análisis cualitativo, de narrativas y estadístico que se requiere hacer para entender bien la complejidad de cada nación y su modo de reaccionar gubernamental, social e individual ante la “pandemia”. Por ello invitamos a apartarse de explicaciones simplistas que atribuyen todo al estilo más o menos autoritario de actuación del gobierno para imponer medidas sanitarias. Hay que ir país a país entendiendo la complejidad de fuerzas que interactúan en los resultados que generan y donde la acción gubernamental es un componente entre varios otros, incluyendo el azar.

6. Latinoamérica

La tabla 1 incorpora una participación significativa de países latinoamericanos dentro de los quince con más casos de COVID-19 y decesos asociados. Para Brasil y México podría tener sentido por su dimensión, si bien superan a países con más población. Y que aparezcan naciones comparativamente pequeñas como Colombia, Perú o Chile, hace más sorprendente el resultado, por más que para estas últimas tres tiene recordar su conexión con el Pacífico y Asia mediante acuerdos comerciales.

La infraestructura de salud en estas naciones ya tiene deficiencias de partida y podría ser precisamente esta carencia una clara candidata para entender el mal desempeño latinoamericano ante la crisis de la COVID-19. La tabla 2 incorpora la disponibilidad de camas por millar de habitantes y es oportuna colocarla en perspectiva para más países y respecto a la media mundial de casi 3 camas por millar de habitantes. La media latinoamericana está en 2 camas por millar. La Figura 1, tomada de un reporte de la CEPAL publicado en abril de 2020, coloca en posiciones desventajosas a América Latina respecto a varios de los países en la Tabla 2.

Gráfico 6 | América Latina y el Caribe: número de camas de hospital por cada 1.000 personas, 2018 o último dato disponible



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de Agencia Central de Inteligencia (CIA), *The World Factbook* 2018, Washington, D.C., y datos de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE).

Figura 1. Disponibilidad de camas por millar de habitantes en América Latina y el Caribe. La media regional de 2 está por debajo de la global de 3, sesgada hacia la baja por naciones pobres en el continente africano. Fuente: CEPAL (abril de 2020). Es oportuno contrastar este número de camas por millar con los indicados para una muestra de países en la Tabla 2, donde vemos a EEUU y Reino Unido con un mediocre indicador que no llega a las 3 camas por millar; a China con 4, Francia con 6, Rusia y Alemania con 8 y Japón con 13.

En Latinoamérica y el Caribe otra línea explicativa sería considerar la precariedad social. Nos encontramos en la región con peor distribución del ingreso y mayor nivel de urbanización entre los mercados emergentes (CEPAL, julio de 2020, p. 3) y que viene creciendo poco, tras cesar el *boom* de materias primas de 2005-2015 impulsado desde China.

América Latina y el Caribe tiene estas dimensiones para sus grupos más vulnerables en salud: 85 millones de personas mayores de 60 años, que representan el 13% de la población y donde el 52% de estos ancianos reside con los hijos; 70 millones de personas con discapacidad; casi 10% de la población corresponde a grupos indígenas (60 millones de personas) y 21% son afrodescendientes. (CEPAL, julio de 2020, pp.3 y 12).

En media, los hogares latinoamericanos pagan el 34% del gasto en salud de su propio bolsillo. El gasto público en salud, que según la Organización Panamericana de la Salud habría de ser al menos 6% del PIB, es de 3,7% para América Latina y el Caribe (CEPAL, 2020, p. 14).

Sólo 11 países de la región cuentan con seguro de desempleo: Argentina, Aruba, Bahamas, Barbados, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Honduras, Uruguay y Venezuela. El 52% de los asalariados cotiza o está afiliado a algún servicio de salud (incluyendo seguridad social o medicina prepagada) y la proporción cae a 34,2% para el decil de menores ingresos (CEPAL, 2020, p. 11).

BLOFIELD *et. al.* (2020, p. 16) dan información sobre la afiliación nacional a la seguridad social, actualizada en 2018. Se tienen estos porcentajes de trabajadores cotizando: Perú con 20%; México con 30%; Colombia con casi 40%; Argentina con 50%; Brasil con casi 65% y Chile con 70%.

La crisis de la COVID-19 sorprendió a estos países con problemas económicos y también de gobernanza. Los regímenes populistas, autoritarios o subordinados a la ideología marxista cubana han marcado la tónica gubernamental durante el siglo, por lo cual es insensato esperar una buena respuesta de políticas públicas, salvo en casos puntuales, como quizás el uruguayo. Colombia, si bien tiene unas cifras bastante castigadas, ha buscado de hacer bien los deberes, incrementando la capacidad de UCIs, suministrando transferencias directas en efectivo a la población y promoviendo las medidas de cuidado personal y distanciamiento. No obstante, incluso con recuperación de la industria y el empleo durante el tercer trimestre, el rigor de la cuarentena económica podría estar debilitando los resultados en salud (el PIB cayó 15,7% durante el segundo trimestre), además de acusar la falta de coordinación entre gobiernos regionales y nacional -la Alcaldía de Bogotá se ha mostrado especialmente beligerante para alinear esfuerzos con la presidencia.

El argumento del daño económico como origen de deterioro en salud tiene asidero con un estudio brasileño que encontró que por cada 1% de incremento en el desempleo, se eleva en 0,5% la mortalidad de la población por cualquier dolencia. Con proyecciones de desempleo de 23%, que añadirían otras 120 mil muertes, el Gobierno brasileño inició un proceso de distribución de ayudas económicas por 5,6 mil millones de dólares, incluyendo transferencias directas (*The Lancet*, 19/9/2020)¹¹.

El capítulo europeo de la OMS ha publicado un informe sobre los determinantes sociales de la salud (Wilkinson, R. y M. Marmot, 2003). El concepto clave es el *gradiente social de las enfermedades*, encontrándose mayor incidencia de ciertas dolencias (estrés, adicciones, problemas de nutrición) y hasta menor expectativa de vida entre quienes se encuentran en los peores deciles de ingreso. Hay incluso desventajas en sus condiciones de salud incluso para las personas de la clase media respecto a quienes están en los deciles de mayor ingreso o riqueza.

En las ocurrencias de COVID-19 se ha visto este gradiente social. En Europa, por ejemplo, el segundo recrudecimiento de los contagios, hacia junio, tomó lugar en los barrios más pobres y con mayor componente de inmigrantes humildes: el municipio alemán de Gütersloh, en Renania del Norte-Westfalia, con fuerte componente de inmigración de Europa del este; la ciudad de Leicester en el Reino Unido, con 40% de población inmigrante y en el peor decil de ingresos al compararla con otras urbes británicas; Echinós, en el municipio griego de Myki, donde hay concentración de inmigración musulmana pobre; 19 barrios pobres de Lisboa y el municipio italiano de Mondragone (Giugliano, 1 de julio de 2020).

La Organización para la Cooperación Económica y el Desarrollo, OECD, publica estadísticas de 2019 para sus Estados Miembros. Colombia, recién afiliado, aún no está incluido en todas ellas. Se presentan las de Chile y México para todos los indicadores, por Latinoamérica. Nos ayuda a darnos una idea de tareas pendientes, en estos dos países que figuran en la Tabla 1 entre los quince de mayor mortalidad (OECD, 2019, pp. 29, 33):

¹¹ Esta información fue publicada por dos autores brasileños vinculados al Hospital Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre y la Universidad Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. Responden un editorial bastante crítico con el Gobierno de la misma publicación.

- En promedio, 71,2% del gasto en salud de la población en países OECD está cubierto por medicina prepagada o seguridad social. En Chile es 50,1% y en México es 51,3%.
- Los países OECD gastan en salud, incluyendo gasto público y privado, una media de 8,8% del PIB -dejando fuera la inversión en infraestructura. En el caso de EEUU, el indicador alcanza el valor máximo: 16,9%. Chile gasta anualmente 8,9% (el mismo nivel de España) y México el 5,5%.
- En promedio, los países OECD tienen 3,5 médicos activos por 1.000 habitantes y 8,8 enfermeras por 1.000. Para Chile, se tienen 2,5 médicos y 2,7 enfermeras por 1.000. En el caso mexicano, cuentan con 2,4 médicos y 2,9 enfermeras por millar. En EEUU, los valores son respectivamente 2,8 y 11,7. Alemania tiene 4,3 médicos y 12,9 enfermeras por millar; Corea del Sur corresponde con 2,3 y 6,9 por millar, mientras que Japón tiene, respectivamente, 2,6 y 11,7.
- Vimos que la diabetes, en el estudio de ANIF, es una comorbilidad relevante para la mortalidad asociada a la COVID-19. En la OECD, la media de enfermos de diabetes es 129 por 100.000 habitantes. Chile tiene 119 diabéticos por 100.000 y México es el peor ubicado entre los 32 países estudiados, con 249 por 100.000 (le sigue Corea del Sur, con tasa de 245). Esta medición incluye a Colombia, con una tasa de 62 por 100.000 (EEUU tiene 170 por 100.000; Italia 43 y España 45).

Un análisis individual de cada caso nacional latinoamericano es una promisoriosa y fértil área de trabajo para un futuro reporte aún más enfocado.

7. Invitación Final

Hemos recorrido varios de los conceptos y problemas que la crisis de la COVID-19 ha despertado. Hay otros temas para explorar, como el de las unidades de cuidados intensivos (que desarrollamos en el anexo 6) y el de las vacunas contra el COVID-19 T (anexo 7). Un tema importante a tratar se refiere a cuál ha de ser el papel del sector oficial en la gestión de servicios de atención primaria a la salud o bien en la financiación del acceso a programas médicos. Estas funciones esenciales del Estado han de alinearse con la participación del sector privado y conducir a sistemas que estén centrados en el bienestar ciudadano. La coordinación entre el gobierno central y las autoridades regionales ayudaría a esta cercanía con los usuarios de los servicios.

Probablemente esta crisis ayude a concienciar sobre la responsabilidad individual en preservación de la salud y la interrelación sistémica con los conciudadanos. En este momento, donde ya hay un nuevo incremento de casos en Europa Occidental y algunas ciudades de EEUU, la invitación es a tomar las sencillas medidas preventivas de cuidado personal y empatía con la salud de los demás. Lo más probable es que este nuevo coronavirus persista dando novedades hasta al menos el primer semestre de 2021. Tenemos el desafío político y ciudadano de que no sea empleado para consolidar sistemas políticos e intervenciones que debiliten la democracia y anulen la individualidad creadora.

Bibliografía: ver anexo 8.



Libertades y derechos individuales

Carlos Sabino

Un poco de historia

Desde los más remotos tiempos de los que tenemos noticias, la humanidad ha sufrido el emba-
te de enfermedades contagiosas
cuyos agentes transmisores, general-
mente, son invisibles para el ojo humano
o imposibles de detectar con facilidad. Pa-
rásitos, bacterias y virus han amenazado
la existencia de las poblaciones humanas,
ocasionando infinidad de muertes y se-
veros daños a las personas.



Contra la propagación de enfermedades ha
sido tradicional implementar una medida llamada cuarentena, consistente en el aislamiento de las per-
sonas en riesgo y de sus acompañantes, para evitar la transmisión de este tipo de plagas. La primera cua-
rentena de la que se tenga noticia cierta fue impuesta por los llamados Guardianes de la Salud Pública
en la República independiente de Venecia, en 1348, ante los avances de la llamada peste negra, también
conocida como peste bubónica. A los barcos que llegaban a la ciudad no se les permitía desembarcar pa-
sajeros por un lapso de 40 días, un tiempo prudencial para que los viajeros se repusieran... o se murieran.
Esta pandemia, según estimaciones, causó la muerte de más de más de un tercio de la población de Europa,
posiblemente unos 100 millones de personas.

Aún en tiempos más antiguos, para escapar de las muchas plagas que azotaban a la humanidad, se conocía
el consejo de actuar *cito, longe, tarde*, palabras en latín que significan “vete pronto, lejos y tarda en regre-
sar”. La recomendación era valiosa, para quien estuviera en condiciones de ponerla en práctica, aunque
traía como contrapartida el peligro de difundir la enfermedad hacia nuevos lugares, pues quien huía de la
peste podía ser, sin saberlo, portador del agente que la producía.

Las cuarentenas, en tiempos más modernos, se complementaron con otras medidas que permitían com-
batir mejor las epidemias. Célebre fue la acción del doctor Gorgas, en Panamá, que resultó decisiva para
poder finalizar con éxito la construcción del canal interoceánico. Gorgas se ocupó de crear hospitales hi-
giénicos donde se pudiera aislar con efectividad a los enfermos, y de que se drenaran pantanos, se usaran
mosquiteros y se trataran adecuadamente los sistemas de suministro de agua, con lo que se pudo contro-
lar la difusión de los mosquitos que transmitían la fiebre amarilla y el paludismo o malaria.

Durante las epidemias fue frecuente que la población, sobre todo la menos culta y más supersticiosa, atribuyera las plagas a ciertos agentes, humanos o sobrenaturales. Se hablaba de la ira de Dios y su castigo, de ciertos grupos humanos como los judíos o los inmigrantes, del gobierno o de quienes pertenecían a diferentes creencias religiosas o políticas. En Guatemala, cuando todavía pertenecía a la Federación de Centroamérica, estas acusaciones acabaron con el gobierno de Mariano Gálvez en 1838, por ejemplo.

Lo nuevo de la pandemia actual

La situación que se ha vivido, y aún se vive, con la pandemia desatada por el COVID-19, es diferente y única en la historia humana. La respuesta ante la enfermedad ha sido lo que podría llamarse una cuarentena “inversa”, un confinamiento no solo de los afectados por el virus, sino de toda la población de países enteros, en casi todo el mundo. Así se ha procedido no solo en China, donde comenzó la epidemia, sino en países democráticos y autoritarios, grandes o pequeños, sin distinción, en todos los continentes. ¿Por

qué se ha producido esta reacción tan drástica e indiscriminada? ¿Hasta qué punto se han afectado los derechos y las libertades de las personas?

¿Qué efectos han producido estas medidas? Se tratará de dar respuesta, en este capítulo, a las dos primeras preguntas formuladas, pues la tercera –sobre los efectos producidos– se tratará más detenidamente en otras secciones de este informe.

Lo primero que conviene señalar es que la pandemia actual no es, ni remotamente, la más peligrosa que haya sufrido la humanidad. Unos pocos datos bastan para sustentar esta afirmación. Hacia octubre de 2020 el COVID-19 ha afectado a una parte muy reducida de la población mundial, unas 4 personas por cada mil habitantes, y la tasa de mortalidad ha sido relativamente baja, de alrededor del 3%, bastante menor que la de otras enfermedades contagiosas, antiguas o modernas. Flagelos como la tuberculosis, la malaria y hasta la gripe común o influenza, muestran por su parte una incidencia actual de similares o mayores proporciones. Así, esta última enfermedad causa unas 650.000 muertes anuales: el COVID, por lo que puede estimarse, no llegará siquiera a duplicar esta cifra en todo 2020. La malaria, una enfermedad curable y controlada desde hace tiempo, causa





casi la misma cantidad de víctimas anuales y la tuberculosis un millón y medio de fallecidos por año, más que el virus al que enfrentamos actualmente. No es pues la gravedad de la enfermedad la que ha provocado una reacción tan intensa en todo el mundo. ¿Qué es, entonces, lo que ha ocurrido?

Hay que recordar, para empezar, que la primera reacción general ante la amenaza fue sencillamente de pánico. Pánico ante lo desconocido, algo que ya se había insinuado en anteriores episodios de enfermedades contagiosas, como el SARS o el SIDA, por ejemplo, pero que no habían producido una reacción semejante. Un pánico alimentado por la ignorancia, pues poco se conocía, a comienzos de este año, sobre los importantes detalles que facilitan la prevención y la cura frente a una nueva pandemia, y por otros factores, que luego analizaremos, que tienen que ver con los valores y actitudes que hoy día prevalecen en el mundo.

A este ambiente, un tanto crispado ya, se sumaron dos circunstancias que vale la pena tomar en cuenta. Por un lado, que nos hallamos ante un mundo en que las comunicaciones viajan a la velocidad de la luz, plagado de informaciones verdaderas o falsas, bien o mal intencionadas, que dieron a la pandemia el carácter de noticia mundial. Y este mundo globalizado im-

pidió, además, que la vieja fórmula de “pronto, lejos, tarde” pudiera ser aplicada ahora. No había adónde ir, pues todo el mundo estaba afectado ya, o a punto de ser afectado, por el virus; no quedaban lugares lejanos a donde escapar.

El segundo factor de importancia en la drástica respuesta que se adoptó fue el papel que actualmente ha asumido el estado en todo el mundo. Hoy, a diferencia de lo que ocurría hace justo un siglo –cuando brotó la pandemia de la llamada “gripe española”- la salud es considerada como una responsabilidad del estado. Todos los países tienen un sistema estatal de salud, casi siempre gratuito, y a él se le encomendó, implícita o explícitamente, responder ante la pandemia.

Ante un público temeroso, pero que a la vez exigía respuestas contundentes, los gobiernos quedaron en capacidad de actuar del modo más extremo y riguroso. Algunos gobernantes trataron de responder de una forma más moderada y sensata, pero la opinión pública, en términos generales, se mostró contraria a lo que se percibió como una actitud despreocupada e irresponsable. De este modo se produjo una combinación de circunstancias realmente muy desfavorable a las libertades individuales: gobiernos que estaban dispuestos a adoptar cualquier medida con tal de no aparecer como indiferentes y, por su parte, una ciudadanía acostumbrada a delegar en ellos algunas de sus básicas responsabilidades individuales, que exigía protección y seguridad.

Por esta razón se adoptaron diversas medidas que fueron desde la suspensión de actividades económicas, toques de queda, paralización del transporte público, confinamiento de personas mayores de edad, prohibiciones de reuniones -incluso familiares- hasta el confinamiento total, vigilado estrictamente. Sobre el valor y la efectividad de tales disposiciones queda abierta una duda, que parte de la siguiente pregunta: ¿qué hubiera pasado si, en vez de actuar de este modo, se hubiese recomendado al público tomar responsablemente ciertas medidas para su propia protección, nada más, como ocurre con todas las otras enfermedades existentes? Es imposible saberlo, claro está, pero en todo caso es una duda razonable, que presentamos para no caer en la falsa postura de asumir que no había otra alternativa a proceder como se lo hizo.

En todo caso es posible afirmar, después de tantos meses, que las medidas extremas que se tomaron no impidieron el desarrollo de la pandemia, sino que simplemente han retrasado su expansión y su posterior fase de amortiguamiento. Las cifras de los países que aplicaron una cuarentena más larga y más estricta, no son mejores, sino en general peores, que las de los lugares sobre se adoptó una política más moderada. Pero, en cambio, han producido efectos nocivos de una magnitud incalculable: en la economía, las relaciones interpersonales, el papel del estado y hasta en la salud de la gente. Y aquí vale puntualizar que la economía no es algo que esté más allá de la vida cotidiana de las personas: cuando decimos *economía*, y se habla de magnitudes abstractas como el PIB, nos referimos a lo que hacen los agentes económicos, los productores y los consumidores, los individuos que trabajan, compran y venden. Que somos todos. No hay pues una oposición o disyuntiva entre “economía” y “salud”, pues son las mismas personas las que padecen enfermedades y las que consumen o producen.

El individuo frente al estado

Los derechos individuales básicos, el derecho a la vida, a la libertad y a la propiedad, han quedado severamente afectados, o por lo menos suspendidos indefinidamente, durante los meses en que se han tomado estas medidas de confinamiento y de restricciones a la actividad humana. ¿Podrán restablecerse? Lo grave de la situación es que esta vulneración de los derechos no ha sido impuesta por la exclusiva voluntad de gobernantes totalitarios sino con el apoyo, la anuencia o, al menos, sin la protesta activa de la mayoría de los ciudadanos. La gente ha reaccionado transfiriendo al estado sus responsabilidades, si no expresamente, al menos sin reclamar de un modo activo contra lo que se estaba haciendo. Y luego se ha encontrado con que le era imposible echar marcha atrás: una vez que se establece un confinamiento forzoso queda prácticamente anulado el derecho a la protesta; una vez que se impiden determinadas actividades económicas no hay ya modo de retomar los negocios como si nada hubiera pasado.

Las libertades individuales al libre tránsito, el derecho a la protesta y la disposición libre de la propiedad quedaron así violadas por las disposiciones de gobiernos que actuaron y actúan de un modo que podrían envidiar los sátrapas de la antigüedad o los reyes absolutos. Lo han hecho escudados en un mandato a la protección de la salud que se interpretó sin posibilidades de discusión, arbitrariamente, sin permitir siquiera el escrutinio de la ciudadanía.

El derecho a la libertad es inconcebible sin su contraparte, la responsabilidad individual. Y es lógico que, ante una pandemia, esta responsabilidad lleve a extremar los cuidados personales: usar elementos protectores, distanciarse de las posibles situaciones de contagio, tomar medidas preventivas de diversa índole. Es natural que la gente lo haga, unos más, otros menos, de acuerdo a la información disponible y a sus propias convicciones.

El problema no es ese. Una persona puede confinarse a sí misma a su casa, y tal vez esto sea lo más conveniente para ella en determinadas circunstancias,

pero esto es muy diferente a que, desde el estado, se la obligue a permanecer encerrada. En relación a los derechos individuales **es esencial distinguir entre lo conveniente y lo obligatorio**. Algo puede ser conveniente o recomendable, y es legítimo que se trate de convencer a la gente para que lo haga, pero otra cosa, absolutamente diferente desde el punto de vista moral y político, es obligarla a que proceda de determinada manera.

Al borrar la distinción entre lo voluntario y lo obligatorio se pasan por alto sustantivas diferencias individuales, porque lo que puede ser conveniente para unas personas puede ser muy negativo para otras. Las estadísticas, en tal sentido, suelen ser engañosas, porque son simples agregados que no distinguen las circunstancias específicas de cada caso. Pero, aparte de esto, existe una diferencia fundamental: lo obligatorio conlleva la sanción represiva, las multas –que pueden ser expropiatorias por su cuantía- o el encarcelamiento. El no cumplimiento de una acción recomendable, por otra parte, solo puede llevar a una sanción moral por parte de la sociedad, a una crítica o un reclamo, pero a nada más.

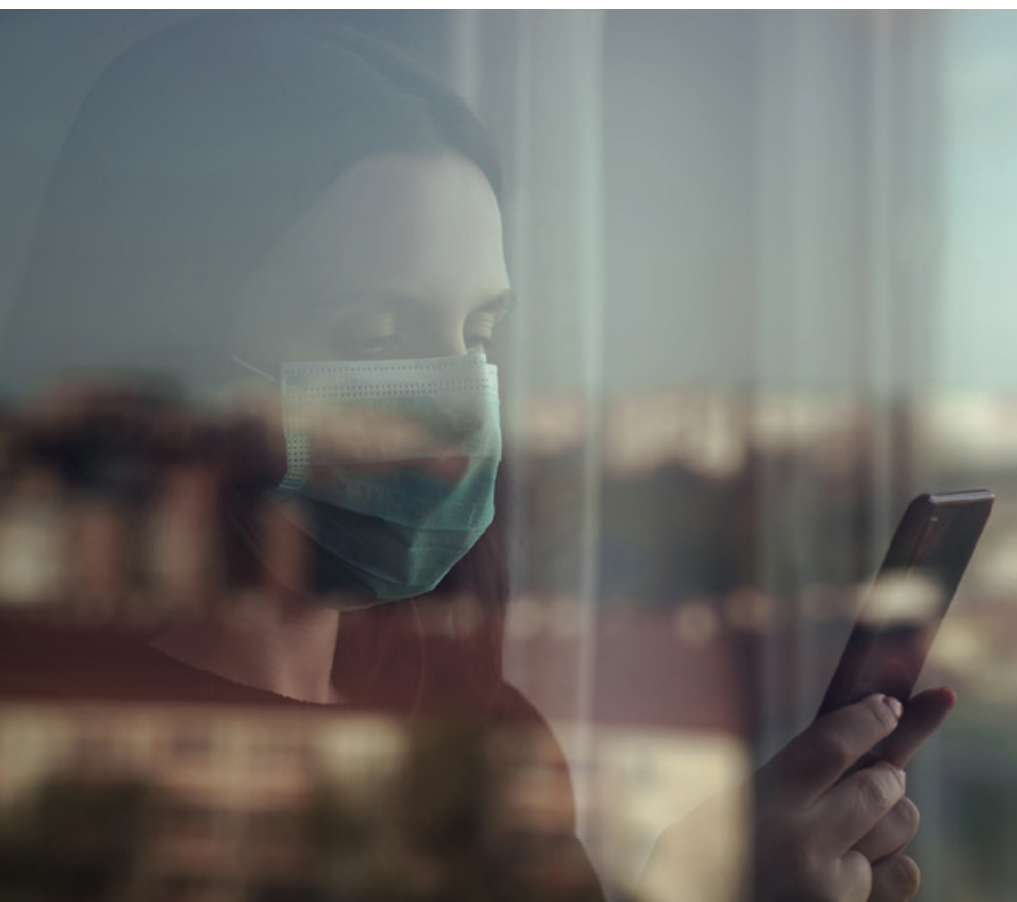
La actividad del estado se basa, en última instancia, en el uso de la fuerza: no es un estado aquella entidad que no puede reclamar para sí el uso legítimo y exclusivo de la violencia, según la conocida definición de Max Weber. En un estado de derecho existen plenas garantías para los ciudadanos, pero cuando se declara un estado de excepción, de calamidad, de emergencia o de urgencia –los nombres varían según las legislaciones nacionales- quedan suspendidos muchos de tales derechos. Eso es lo que ha sucedido durante esta pandemia y por eso las consecuencias deplorables que ha tenido desde el punto de vista jurídico y social.

Los gobiernos han podido pasar por encima de las limitaciones que les imponen las leyes vigentes. Han decidido en algunos casos que todas las personas permanezcan en sus casas, o que tengan que hacerlo solo los mayores de cierta edad o quienes padecen enfermedades o condiciones específicas –como la hipertensión o la diabetes-, han dispuesto qué actividades productivas tienen que paralizarse por completo o en parte, han trazado una absurda línea entre lo que es “esencial” y “no esencial” en la economía, han cerrado fronteras y han limitado la circulación de personas, vehículos y transportes colectivos. En suma, en prácticamente todo el mundo, han quitado de un plumazo todos los derechos humanos básicos, impidiendo la libre circulación y las actividades productivas, imponiendo medidas que ni siquiera suelen tomarse cuando hay un estado de guerra. Y, para colmo, lo han hecho por tiempo indefinido, sin límite preciso para volver a la normalidad.



De pronto, ante una amenaza incierta y difícil de evaluar, miles de millones de personas hemos pasado a vivir en estados totalitarios, y por tiempo indeterminado. Porque no se ha fijado el término de las restricciones impuestas ni las condiciones concretas en que habrán de terminar. Esto último debe destacarse porque nadie sabe, ni puede saber, la evolución que tendrá la pandemia. Los contagios podrán seguir durante largo tiempo, lo mismo que las muertes que se producen ante la ausencia de tratamientos que resulten efectivos para la prevención y la curación. ¿Seguiremos entonces así, indefinidamente, por un largo tiempo, con restricciones a nuestros movimientos y una empobrecedora paralización económica? ¿Se convertirán el distanciamiento social y otras restricciones en la nueva “normalidad” con la que tendremos que vivir?

Hay un elemento más que agrava estos interrogantes, pues debe tomarse en cuenta que la emergencia de nuevas enfermedades ha sido una constante en la historia humana. Recordemos, además de las que hemos mencionado hasta aquí, la aparición aterradora de la poliomielitis o el SIDA durante el siglo XX. Cabe preguntarse, por eso: ¿volveremos a este confinamiento, negador de derechos, cuando mañana, o dentro de unos años, aparezca una nueva plaga? ¿Habremos de cancelar entonces el estilo de vida y, sobre todo, las libertades de las que hemos gozado hasta ahora como algo casi natural e inviolable?



El trasfondo cultural

Dos elementos han permitido, como decíamos, que la pandemia actual haya tenido una respuesta tan drástica y generalizada, tan novedosa y universal. Porque, como se dijo, nunca se implantó una cuarentena general a países enteros, y –por otra parte– no ha habido variaciones mayores en cuanto a las medidas tomadas, ya se trate de dictaduras o de democracias, salvo muy pocas excepciones. El primer elemento es la posición que el estado asume en las sociedades modernas, bastante diferente al que tenía hace un siglo; el segundo, más complejo de analizar y ligado íntimamente al primero, es el comportamiento de las personas, sus valoraciones y actitudes.

Al estado se le ha entregado, en las sociedades modernas, casi todas laicas, la responsabilidad última por la salud, actividad que antes solo desarrollaba marginalmente y que asumían instituciones religiosas y privadas. A pesar de que en América Latina existe la medicina privada, de muy buena calidad en muchos lugares, al desatarse la pandemia casi todos los gobiernos decidieron tomar la extrema medida del confinamiento general, de la cuarentena total. Las sociedades, en general, aceptaron bien estas medidas: las exigieron en algunos casos o, al menos, las aceptaron sin mayor discusión o protesta. ¿Por qué? Básicamente porque se trataba de la salud. La protección de la salud, puesta por encima de cualquier otra consideración, resultó, en un ambiente confuso de pánico y de poca información confiable, la clave para que se pudieran vulnerar de un plumazo las libertades individuales.

La gente aceptó esto porque, en la actualidad, predomina una marcada aversión al riesgo. Para evitar peligros que solo se presentan muy raramente suelen adoptarse conductas, realizar procedimientos y emplear toda clase de productos que, en definitiva, implican costos que solo sociedades relativamente ricas pueden absorber. En tiempos anteriores la gente se transportaba, se divertía y vivía, en general, corriendo riesgos que hoy resultan inaceptables. Esta nueva actitud, que algunos comparten aunque otros no, pero que la mayoría asume sin mayor reflexión, ha desembocado en la desproporcionada respuesta a una epidemia que, si bien llega a letal, no tiene la terrible incidencia de otras enfermedades.

A esta extremada aversión al riesgo hay que sumar lo peculiar que tiene la situación actual. Porque es difícil oponerse contra severas medidas de restricción a las libertades, pues el mismo confinamiento lo hace casi imposible, pero además no es lo mismo protestar por razones políticas –gobernantes que usurpan poderes o permanecen ilegalmente en el poder, por ejemplo- que contra gobiernos que restringen las libertades por el supuesto bien de los ciudadanos. En este último caso quienes intentan rebelarse pueden ser fácilmente tildados de irresponsables por su exposición a riesgos que no parece aceptable correr.

Gracias a los medios de comunicación actuales, además, los efectos de las restricciones a la libertad han podido ser de algún modo suavizados: clases por internet, teletrabajo, reuniones virtuales de todo tipo y otros recursos, como la facilidad de tener comunicaciones de larga distancia, han hecho que las personas se inclinen a tolerar por más tiempo los confinamientos impuestos.

El ser humano, siempre adaptable, ha logrado encontrar también cierto consuelo en vivir de un modo más sosegado, escapando a los tormentos de las ciudades superpobladas de hoy, de un ritmo de vida que se ha ido acelerando en los últimos tiempos provocando estrés y otros problemas, personales y sociales. Tal vez, lo decimos apenas como una conjetura que sabemos casi imposible de probar, la especie humana ha encontrado ahora que puede cambiar mucho de su estilo de vida y que debe aprovechar mucho mejor los recursos tecnológicos que posee.

“Porque es difícil oponerse contra severas medidas de restricción a las libertades, pues el mismo confinamiento lo hace casi imposible, pero además no es lo mismo protestar por razones políticas –gobernantes que usurpan poderes o permanecen ilegalmente en el poder, por ejemplo- que contra gobiernos que restringen las libertades por el supuesto bien de los ciudadanos.”





La respuesta del mundo ante la pandemia ha sido tan extrema y tan brutal, puede decirse, que entraña un peligro cierto para la libertad. El hecho de que ha sido impuesta sin mayores debates o discusiones, por la decisión unilateral de unos pocos, abre un interrogante sobre la importancia que los seres humanos concedemos a nuestra libertad. Su prolongamiento, indefinido de hecho, refuerza esta preocupación: ¿viviremos siempre así, restringiendo nuestras actividades y movimientos, ante la aparición de nuevos agentes patógenos que inevitablemente se producirá, motivados por la aversión a correr cualquier clase de riesgos? ¿Aceptaremos vivir de un modo limitado para evitar, paradójicamente, el enfermarnos?

Son solo preguntas sin respuesta, que solo tienen como propósito exponer las legítimas inquietudes que surgen de lo acontecido. Lo cierto es que, de un modo transitorio -aunque indefinido- por razones atendibles -pero también muy discutibles- se han conculcado libertades que creíamos casi naturales, evidentes, inalienables.

Es hora, por lo tanto, de afirmar los valores liberales ante los peligros que, por cualquier excusa, pueden amenazarnos en lo sucesivo. Es imperioso recordar que la libertad personal está indisolublemente unida a la responsabilidad que cada uno tiene sobre su propia vida. Responsabilidad que, al cederse al estado o a cualquier otra institución, nos lleva a una nueva forma de esclavitud, inconcebible hasta ahora, pero más profunda aún que la que existía en los siglos pasados.



Bettina Horst, Directora de Políticas Públicas de Libertad y Desarrollo, Chile
Bernardita Williamson, investigadora asociada

Impacto Económico y Social de la Pandemia

i. Impacto Económico

La economía mundial se ha visto fuertemente afectada por la pandemia causada por el coronavirus Covid-19. Las medidas de restricción a la actividad económica y a la movilidad de las personas se han traducido en una suerte de hibernación de nuestras economías. Aunque aún es muy pronto para estimar con precisión el efecto que la pandemia tendrá sobre la economía, las proyecciones del Banco Mundial anticipan una contracción del 5,2% de la economía mundial para este año y de un 7,2% para América Latina y el Caribe.

Cabe hacer presente, que algunos de los países de la región ya enfrentaban una crisis antes de la llegada del Covid-19 al continente. Algunas producidas por agitaciones sociales (como Chile, Ecuador y Bolivia en el 2019), la desaceleración económica de los últimos años en comparación con países desarrollados (como Argentina, Ecuador y Venezuela) y el shock del petróleo -producido a principios de marzo de 2020- que mantuvo el precio bajo, a lo que luego se sumó la disminución de la demanda mundial de petróleo como consecuencia de la menor actividad económica.

El avance de la pandemia ha sido dispar en la región, así como también las medidas de contención implementadas. Ello se ha traducido en que los efectos en las distintas economías también han sido desiguales.



Como se puede inferir de la información presentada en el cuadro N°1, las proyecciones de crecimiento realizadas en junio de 2020 dan cuenta de que los países con proyecciones más desalentadoras para el 2020 son Perú, con una tasa de crecimiento negativo del 12%, seguido por Brasil con una contracción estimada del 8% y México, Ecuador y Argentina con tasas de crecimiento negativas de entre un 7% y un 7,5%. Por otro lado, las proyecciones más alentadoras -aunque negativas- para el 2020 corresponden a República Dominicana(-0,8%) y Panamá (-2%).

Cabe destacar cómo se han ido ajustando las proyecciones de crecimiento realizadas por el Banco Mundial en relación de las publicadas a comienzos de año (enero del 2020). Las dos últimas columnas del cuadro N°1 presentan las proyecciones de crecimiento publicadas en enero de este año. La mayor caída en la estimación de crecimiento es para Perú para el que en enero de 2020 se esperaba un crecimiento de un 3,2%, mientras que en junio se proyectaba una contracción de un 12%. En el caso de Brasil, se pasó de una expansión proyectada de un 2% a una contracción esperada de un 8%. Con todo, a comienzos de año se esperaba un crecimiento promedio de los países de la región del orden de un 1,8% mientras que ahora se estima una contracción superior al 7%.

Cuadro N°1: Variación real PIB, países de América Latina y Caribe, junio 2020

País	2017	2018	2019e	2020p	2021p	Proyecciones de enero 2020	
						2020p	2021p
Argentina	2,7	-2,5	-2,2	-7,3	2,1	-1,3	1,4
Bolivia	4,2	4,2	2,7	-5,9	2,2	3,0	3,2
Brasil	1,3	1,3	1,1	-8,0	2,2	2,0	2,5
Chile	1,2	3,9	1,1	-4,3	3,1	2,5	3,0
Colombia	1,4	2,5	3,3	-4,9	3,6	3,6	3,9
Costa Rica	3,9	2,7	2,1	-3,3	3,0	2,5	3,0
Ecuador	2,4	1,3	0,1	-7,4	4,1	0,2	0,8
El Salvador	2,3	2,4	2,4	-5,4	3,8	2,5	2,5
Guatemala	3,0	3,1	3,6	-3,0	4,1	3,0	3,2
Haití	1,2	1,5	-0,9	-3,5	1,0	-1,4	-0,5
Honduras	4,8	3,7	2,7	-5,8	3,7	3,5	3,5
México	2,1	2,2	-0,3	-7,5	3,0	1,2	1,8
Nicaragua	4,6	-4,0	-3,9	-6,3	0,7	-0,5	0,6
Panamá	5,6	3,7	3,0	-2,0	4,2	4,2	4,6
Paraguay	5,0	3,4	0,0	-2,8	4,2	3,1	3,9
Perú	2,5	4,0	2,2	-12,0	7,0	3,2	3,5
Rep.Dominicana	4,7	7,0	5,1	-0,8	2,5	5,0	5,0
Uruguay	2,6	1,6	0,2	-3,7	4,6	2,5	3,5

Fuente: Banco Mundial, junio 2020 y enero 2020.

Notas: "p" es proyectado, "e" estimado.

Si bien para el año 2021 las proyecciones realizadas por el Banco Mundial indican una recuperación económica para casi todos los países analizados, estos en su gran mayoría aún no recuperarán los niveles de actividad pre pandemia. Ello también se pudiera traducir en que la recuperación del empleo a niveles pre pandemia recién se materialice después del año 2021.

El impacto sobre empleo y pobreza

La contracción de las economías producto de la pandemia generará sin duda un aumento en la tasa de desocupación y un incremento del número de personas en situación de pobreza y pobreza extrema medida por sus ingresos.

Considerando las proyecciones económicas, se espera que la tasa de desocupación regional, de acuerdo con lo proyectado por la CEPAL, sería del orden del 13,5% al cierre del año 2020, que es 5,4 puntos porcentuales mayor a la tasa registrada el año 2019. Esto implica que el número de personas desocupadas llegaría a 44,1 millones. Esta mayor tasa de desempleo, que por sí sola ya refleja el importante deterioro del mercado laboral, esconde el impacto total de la pandemia en el empleo. Una parte significativa de las personas que han perdido su trabajo no necesariamente se encuentran buscando nuevamente uno, desmotivados por la baja probabilidad de encontrar uno durante épocas de menor actividad. En este contexto, más que la tasa de desempleo, cobran relevancia la tasa de destrucción de empleo o bien la tasa de ocupados en la economía.

Adicionalmente a la pérdida de empleo, las altas tasas de empleo informal en la región también imponen un desafío adicional. Según el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), a fines del año 2018 el empleo informal en los países de América Latina y Caribe se ubicaba en el 56% del total de ocupados. Esta realidad hace que la región sea mucho más vulnerable a los efectos de esta pandemia, y por ende que las acciones a tomar por los distintos gobiernos tengan un alcance más limitado.

Al respecto, resulta interesante revisar un estudio realizado por el BID en el cual realiza una proyección de pérdida de empleo para 24 países de la región en base a tres escenarios posibles para un horizonte de un año: “crisis de corto plazo” (caída del producto igual al doble de la observada el 2009 y recuperación económica hacia finales del 2020), “crisis de mediano plazo” (recesión por tres trimestres consecutivos con tasa de crecimiento negativo de -10% y una leve mejora el cuarto trimestre) y “recesión prolongada” (recesión de 15%, sin recuperación económica en el mediano plazo). El cuadro N°2 presenta las estimaciones para algunos países seleccionados, considerando los dos escenarios extremos.

De acuerdo a la información presentada, los países con mayores pérdidas de empleo formal, considerando el escenario optimista (“crisis de corto plazo”), son El Salvador con 8,6%, Panamá con el 8,4%, seguido de Costa Rica y Honduras, ambos con 7,9%. Por su parte, si se considera el escenario más pesimista (“recesión prolongada”), los países con mayor caída en el empleo formal son El Salvador con 23,9% y Nicaragua y Panamá con 23,7%.



Por otra parte, uno de los importantes desafíos generados por la pandemia ha sido la adaptación que han tenido que implementar los trabajadores debido a las medidas de confinamiento y distanciamiento social adoptadas por los gobiernos. Si bien el teletrabajo ha ganado terreno durante esta pandemia, una parte importante de los empleos no pueden adoptar dicha modalidad, sobre todo los empleos informales. Así, en economías con un sector informal mayor, no sólo el teletrabajo es una herramienta menos factible de implementar, sino que además las acciones que los gobiernos pueden tomar para ir en su apoyo también son más limitadas. Ello es probable que amplíe la brecha de los ingresos entre los distintos grupos de trabajadores en los países.

Cuadro Nº 2: Escenarios de pérdida de empleos formales por Covid-19 en América Latina y Caribe.

País	Total Ocupados pre-pandemia (millones)		% Empleos Formales Perdidos	
	Informales	Formales	Crisis corto plazo	Recesión prolongada
Argentina	6,1	5,7	-1,2	-4,8
Bolivia	4,2	1	-2,6	-9,7
Brasil	34,1	58,3	-4,2	-14,8
Chile	2,5	5,4	-4,6	-15,7
Colombia	14,1	8,3	-4,2	-14,4
Costa Rica	0,6	1,5	-7,9	-22,4
Ecuador	4,5	3,2	-4,3	-14,4
El Salvador	2	0,8	-8,6	-23,9
Guatemala	5,6	1,3	-7,5	-21,1
Guyana	0,1	0,1	-6,1	-16,7
Haití	3,6	0,3	-5,7	-14,9
Honduras	3,2	0,6	-7,9	-21,7
México	40,9	18	-4,1	-14,4
Nicaragua	2,1	0,6	-7,5	-23,7
Panamá	0,9	0,9	-8,4	-23,7
Paraguay	5,1	1,5	-3,8	-11
Perú	13,5	3,4	-3,3	-11,8
Rep. Dominicana	2,6	1,7	-6,7	-18,5
Uruguay	0,4	1,2	-7,5	-21
TOTAL	146,3	116,7	-4,4	-14,8

Fuente: BID, 2020

Asimismo, uno de los temas en discusión previos a la pandemia era el impacto que iba a tener una mayor automatización de los procesos productivos en los empleos de la región, lo que se ha llamado la cuarta revolución industrial. Estos procesos, en algunos casos, se pudieran haber acelerado durante este año a partir de la pandemia, lo que pudiera traducirse en un punto de inflexión en cuanto a la tasa de ocupación una vez que se levanten las medidas de restricción a la movilidad. Ello impone un desafío adicional a la recuperación del empleo formal en las economías, una vez que estas se puedan reactivar.

La fuerte contracción de la economía de la región también nos llevará a un aumento de la pobreza. La CEPAL proyecta que el número de personas en situación de pobreza aumentará en 45,4 millones en el año 2020, con lo que el total de personas sería de 230,9 millones, lo cual representa el 37,3% de la población latinoamericana. De éstos, el número de personas en situación de pobreza extrema sería 96,2 millones de personas en el 2020, lo que representa un incremento de 28,5 millones de personas con respecto al año anterior y equivale al 15,5% de la población total.

Los mayores aumentos en la tasa de pobreza se estima que se tendrán en Argentina (10,8%), Perú (9,3%), Brasil (7,7%) y México (7,6%). Si se considera la pobreza extrema, se estima que los países más afectados son México (6,3%), Ecuador (5,1%) y Nicaragua (4,8%).

i. Avances y retrocesos en educación y salud

Frente a la pandemia generada por el Covid-19, además de las restricciones que han paralizado la actividad económica, también se han cerrado establecimientos educacionales de todos los niveles, así como se ha afectado la asistencia a los sistemas de salud por parte de la población por motivos distintos a los del Covid-19. Ambas realidades se pudieran traducir en un empeoramiento de los procesos de aprendizaje, así como también de la salud de la población.

Educación

Según la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), en mayo de 2020 más de 1.200 millones de estudiantes en todo el mundo, de todos los niveles de enseñanza, habían dejado de tener clases presenciales en un establecimiento educativo, de los cuales, más de 160 millones correspondían a estudiantes de América Latina y el Caribe.

En otro informe elaborado por la CEPAL y la UNESCO se analiza la diversidad de consecuencias que podrían tener las medidas tomadas por los gobiernos de América Latina y el Caribe en materia educativa, hasta la primera semana de julio de 2020. De los 33 países considerados, solo uno (Nicaragua) no ha suspendido las clases presenciales. A la fecha del informe, algunos países (como Uruguay y Ecuador) ya han retornado a clases presenciales.

Una primera implicancia que ha tenido la interrupción de clases presenciales es la alimentación y nutrición de los estudiantes, especialmente en zonas más vulnerables. De los países analizados, 21 han mantenido los programas de alimentación escolar a través de kits de alimentos para preparar en el hogar, provisión de alimentos o transferencias monetarias o entrega de vales de alimentos.

La suspensión de clases presenciales también ha generado el desarrollo de diversas modalidades de enseñanza a distancia, con variados formatos con y sin uso de tecnología. En cuanto a las modalidades adoptadas para el desarrollo de aprendizaje a distancia, la mayoría de los países analizados en el informe (22 de 32) implementaron dos tipos de modalidades: aprendizaje a través de internet y sin internet. Adicionalmente, se encontró que 23 países realizan transmisiones de programas educativos por medios de comunicación tradicionales como la radio o la televisión. Por su parte, del total de países, solo 8 contemplan la entrega de dispositivos electrónicos para continuar con la enseñanza a larga distancia.

Si bien la mayoría de los países contaba con los recursos y plataformas digitales para la conexión remota, la cual en estas circunstancias han sido reforzada -según la CEPAL- pocos países cuentan con estrategias nacionales a través de medios digitales. Lo anterior, sumado a un desigual acceso a conexiones de internet, afectaría a los sectores más vulnerables.

En la misma línea, el estudio de la CEPAL-UNESCO, señala que desde la década de los 80 se han venido implementando herramientas tecnológicas en educación en los países de Latinoamérica y el Caribe. Los países han experimentado un avance importante, pero en forma desigual, por ejemplo, el acceso a internet es mucho mayor en zonas urbanas que rurales. En el año 2018, solo el 61% de los estudiantes de la región

tenía acceso a un computador. En contraste, el acceso a conexión de internet móvil es más extendido, producto de la posibilidad que entrega la telefonía móvil.

Considerando lo anterior, esta crisis se presenta como una oportunidad para analizar y repensar el modelo educativo existente en cada país en cuanto a evaluar la forma que se estaba enseñando en los establecimientos educacionales. También representa una oportunidad debido a que, aunque de forma forzada y precipitada, los distintos establecimientos se han visto obligados a implementar herramientas digitales. El uso de internet ofrece una variedad de recursos pedagógicos y de conocimiento que no se puede desaprovechar y, por ello, la experiencia acumulada en estos meses de educación remota debe incorporarse también en los procesos educativos en forma permanente y al menos como complemento a las clases presenciales.

A pesar de lo que se ha podido avanzar en estos meses de educación a la distancia en los distintos países, también se debe reconocer la realidad de muchos estudiantes que no han podido continuar con sus estudios, ya sea por la falta de acceso a internet o a otras realidades que no han permitido dar continuidad a los estudios que previamente han tenido en forma presencial. En muchos casos el proceso formativo se ha visto interrumpido. Ello, sumado a la crisis económica que se está viviendo, es probable que aumente la tasa de deserción escolar. Ya sea por la interrupción de los estudios en estos meses, lo que de por sí impone un desafío al retomarlo cuando se pueda hacer en forma presencial, pero también porque en muchos hogares los niños y adolescentes deberán salir a trabajar para apoyar los ingresos en sus hogares. Esta realidad impone un desafío adicional al sistema escolar para los próximos años.

Asimismo, durante esta pandemia, en distintos países y en forma espontánea, se han venido adoptando también otras modalidades de educación o bien de cuidado de niños en edad preescolar para facilitar el trabajo de quienes, mayoritariamente mujeres, asumen este rol al interior de los hogares. Así, organizarse entre dos o más familias para apoyar el proceso educativo de sus hijos o bien el cuidado de los mismos, también son experiencias que se deben considerar cuando se retorne nuevamente a la tan ansiada normalidad.

“Durante esta pandemia, en distintos países y en forma espontánea, se han venido adoptando también otras modalidades de educación o bien de cuidado de niños en edad preescolar para facilitar el trabajo de quienes, mayoritariamente mujeres, asumen este rol al interior de los hogares.”



Salud

Ningún país del mundo, y menos de la región, estaba preparado para enfrentar esta pandemia. Algunos países lograron en mejor medida adaptar sus sistemas de salud para hacer frente a los requerimientos adicionales que le imponía la llegada del Covid-19, aumentando desde la capacidad de testeo a la de atención y hospitalización.

La gran mayoría de los países aumentó su capacidad de respuesta frente al Covid-19 posponiendo la atención de otras enfermedades menos urgentes, entregando atención sólo en aquellos casos que eran indispensables. Ello nos impone el desafío, una vez controlada la pandemia, de retomar aquellas atenciones que no pudieron ser realizadas, ya sea por falta de capacidad médica u hospitalaria o bien porque la gente decidió suspender sus controles habituales de salud por el riesgo de contagiarse.

Si bien en algunos casos se ha podido implementar en forma exitosa la telemedicina, ello sólo ha logrado cubrir una parte muy pequeña de las consultas hechas en épocas previas a la pandemia, por lo cual las necesidades por una mayor demanda por servicios de salud será una realidad que todos los sistemas públicos deberán enfrentar.

A pesar de no tener más información respecto del efecto de la menor atención de salud en áreas distintas a las del Covid-19 en la salud de la población, sin duda que habrá un deterioro. Además de la disminución de los controles de salud habituales, también en la mayoría de los casos se suspendieron cirugías o tratamientos que quizás, sin ser urgentes, sí afectan las condiciones y la calidad de vida de esas personas.

La mayor presión por atenciones en el sistema de salud estatal podría abrir la puerta para una mayor participación del sector privado. Pero ello sólo será así si los Estados se apoyen en redes privadas para poder atender a la población que, como consecuencia de la pandemia, no ha podido ser atendida. Asimismo, la telemedicina debiera impulsarse como una forma de atención más allá de la pandemia. Ella representa un avance importante que se debería mantener en el futuro como plataforma complementaria de las formas de atención tradicionales, aumentando así la resolución y capacidad de atención de los servicios de salud.

Los Desafíos post pandemia, de políticas asistencialistas a la reactivación económica

Frente a la pandemia generada por el Covid-19, los distintos gobiernos han debido aumentar el gasto fiscal en, al menos, alguna o en todas de las siguiente cuatro áreas: 1) Mayor gasto en el área de salud; 2) creación de nuevos programas, o al menos expansión de programas existentes de transferencias monetarias a los hogares que han visto una caída de ingresos frente a la obligación de no poder salir a trabajar; 3) programas de apoyo para inyectar liquidez a empresas para evitar su quiebra y 4) programas para apoyar la recuperación económica, ya sea mediante el apoyo a la creación de empleo y/o a estimular la demanda interna.

El aumento del gasto fiscal en cada país está condicionado por las condiciones fiscales iniciales en las cuales estaba previo a la pandemia. Pero en términos generales los países financiaron este mayor gasto recurriendo a ahorros acumulados, mayor endeudamiento y, en algunos casos, también con una reasignación del gasto, ya sea por programas que no se han podido ejecutar producto de la pandemia o bien por un cambio en las prioridades.

El mayor gasto fiscal, sumado a una caída de la economía de los países, y como consecuencia de ello una caída en los ingresos tributarios, nos lleva a una situación en la cual el déficit fiscal en todos los países aumentará en forma importante, además también de un aumento en el tamaño del Estado.

El principal desafío que deberán enfrentar los gobiernos es que efectivamente estos mayores gastos asociados a la pandemia sean transitorios y que no se transformen en programas permanentes. Si bien la economía política del retiro de apoyo a determinados grupos de la población nos pone en un escenario más complejo aún, los países deben retomar un nivel de gasto fiscal compatible con sus ingresos más bien estructurales, volviendo a una senda fiscal sostenible en el tiempo.

De lo contrario, en el mediano plazo, los países de la región se verán enfrentados a profundos problemas de sostenibilidad fiscal, lo que llevará a los gobiernos a la necesidad de implementar importantes programas de ajuste fiscal, debiendo recortar beneficios y apoyos a determinados grupos de la población con el consiguiente efecto político.

Por otro lado, la estrechez fiscal que los países deberán enfrentar en los próximos meses y años, abre la puerta para impulsar reformas para elevar la calidad del gasto público, reorientando el gasto hacia áreas ahora más prioritarias y terminando, o al menos reduciendo, programas que tradicionalmente favorecen a determinados grupos de presión y cuyo impacto en resolver los problemas para los cuales fueron creados es más bien dudoso.

Asimismo, durante estos meses donde los Estados han tomado un rol más bien asistencialista, no se debe perder de vista que ello sólo se debe entender en el contexto de pandemia que se está viviendo, pero que una vez levantadas las medidas de restricción a la actividad económica, el Estado debe transitar desde programas asistencialistas a un rol facilitador del crecimiento económico y con ello de recuperación del empleo, única fuente de progreso y creación de riqueza sostenible para las personas, familias y la sociedad en su conjunto.

Este tránsito sin duda que no será fácil. En una región con un aumento considerable de personas viviendo en condiciones de pobreza, con economías que no recuperarán sus niveles de empleo -al menos durante los próximos dos años en relación con la situación previa a la pandemia- la presión por mantener importantes programas de transferencias monetarias será sustancial. De ahí la necesidad de implementar programas que efectivamente transiten desde el actual asistencialismo hacia aquellos que promuevan una reactivación de la economía, con el desafío adicional de que esta recuperación del empleo sea en base a una mayor formalidad del trabajo.





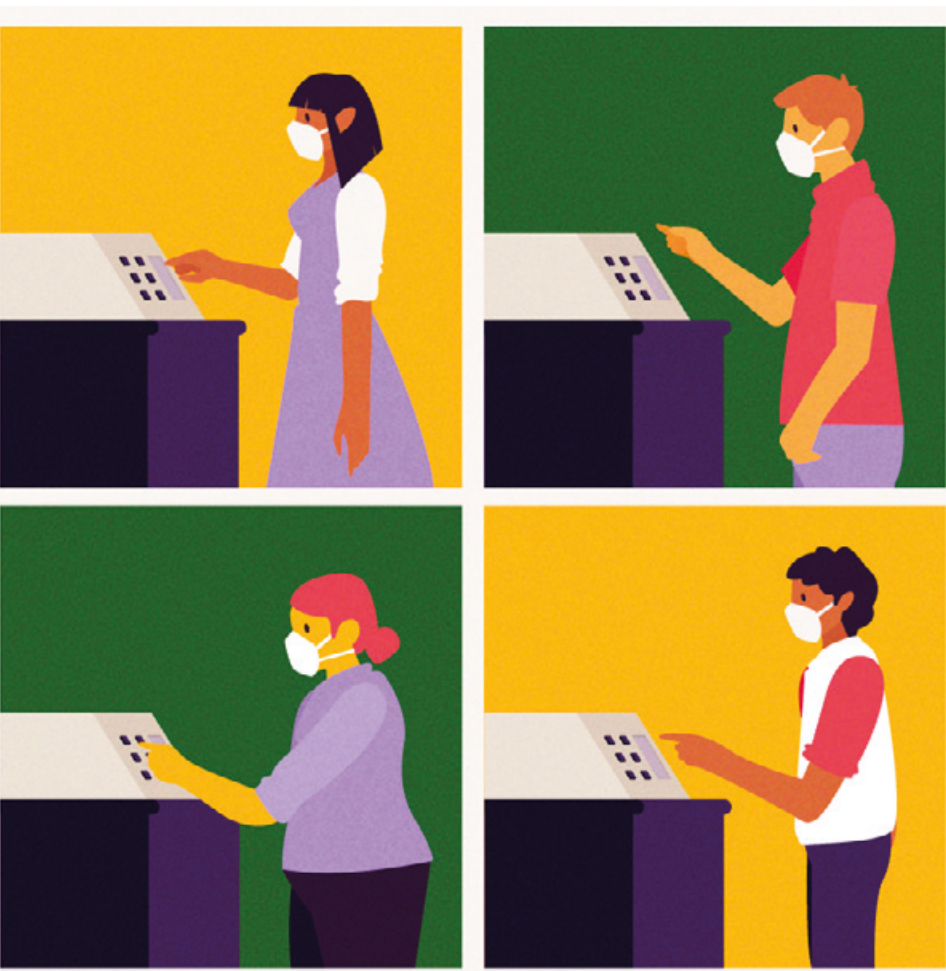
Pandemia y democracia en América Latina

Mg. Alejandro Bongiovanni – Dra. Constanza Mazzina

Fundación Libertad (Argentina)

Introducción

América Latina es una de las zonas más afectadas por la pandemia del virus Covid-19 a nivel internacional. Desde el mes de agosto de 2020 América Latina y el Caribe se convirtieron, tal como se muestra en los medios, en la región del mundo con más fallecidos por el virus, superando así el número de decesos registrado en Europa. Enfrentar dicho contexto evidenció los grandes problemas sociales, políticos y económicos que, en mayor o menor grado, todos los países de la región padecen. Era previsible que esta circunstancia pusiera al desnudo las debilidades estructurales de los estados latinoamericanos: cuales gigantes de pies de barro, los problemas de infraestructura, falta de desarrollo y calidad institucional quedaron expuestos.



Particularmente nos ocuparemos de este último aspecto, es decir, cuán afianzadas y consolidadas se encuentran las democracias latinoamericanas para enfrentar el desafío planteado por la pandemia. En todo caso, cabe hacer la pregunta: ¿ha sido la pandemia la excusa para el avance del populismo?

Si bien la pandemia es un fenómeno que a nivel global ha afectado a todos los países, las respuestas y el manejo de la crisis han sido muy disímiles. Estas diferencias denotan la falla de los acuerdos políticos que la región intentó construir desde los años sesenta del siglo XX y con mayor intensidad a partir de los años noventa. Apuestas regionales que quedaron en el camino y cuya retórica dogmática, como la de UNASUR o CELAC, dejó en evidencia su debilidad estructural.

El análisis que presentamos a continuación tiene como objetivo exponer cuál ha sido el tratamiento de la situación en la región. Presentamos los principales

modelos adoptados (particularmente los casos de Argentina, Brasil, Uruguay y México) y, posteriormente, analizaremos los principales focos de tensión (entendidos como zonas calientes) y su creciente presión sobre el sector dirigente. Finalmente reflexionamos acerca de cuáles son los peligros de un posible corrimiento hacia el autoritarismo en la región.

La democracia y las características políticas de nuestra región

La región latinoamericana se caracteriza por un conjunto de patrones, constantes, que la recorren desde hace décadas y que el contexto de pandemia no hizo sino agudizar. A continuación presentamos esta serie de características comunes a la cultura política regional.

Como sostiene Thomas Clive (2009) en su obra *Understanding Latin American Politics* podemos identificar seis factores propios, estructurales, típicos, de la política latinoamericana, que son el marco necesario para entender la gravedad de la situación regional, independientemente de los datos sobre el COVID o la recesión económica. Son las claves para la comprensión de la política regional.

“Se evidencia una falta de cultura política común, entendida como valores y creencias compartidas en las formas y alcances de la política, principalmente los límites ejercidos frente al poder estatal, lo que a grandes rasgos podemos definir como la existencia de reglas de juego ampliamente aceptadas y consensuadas.”

En primer lugar, destaca el autor lo que define como la *tradicción caudillista*. Resulta que, desde la época post independencia y sus problemas para establecer un gobierno efectivo, la figura del caudillo llevó a una centralización de la autoridad y al desarrollo de un corporativismo que aún hoy en día arrastra muchos de esos rasgos. En este sentido, Dieter Nohlen (1994) entiende que el gen autoritario se encuentra “concebido constitucionalmente en América Latina” producto de un objetivo inicial que consistía en fortalecer temporalmente, en los textos constitucionales, al Poder Ejecutivo, para reducir así la influencia de otros poderes. Es decir que el gen autoritario se hace presente en la región como un elemento constitucional transitorio y fundamental para transitar los primeros años de gobierno y para la conformación de la estatalidad. La tragedia

en América Latina radica en que “el gen del autoritarismo que posee el constitucionalismo, ha tomado más fuerza que el propio constitucionalismo”, es decir, tanto el autoritarismo institucional como la presencia de liderazgos fuertes y personalistas en el Ejecutivo, se han convertido en las claves políticas para entender las particularidades regionales.

En segundo lugar, se evidencia una falta de cultura política común, entendida como valores y creencias compartidas en las formas y alcances de la política, principalmente los límites ejercidos frente al poder estatal, lo que a grandes rasgos podemos definir como la existencia de reglas de juego ampliamente aceptadas y consensuadas. En este sentido, se observa que en la región el proceso de democratización no alcanzó a todos los sectores y, como consecuencia de ello, se da la coexistencia de varias culturas políticas sin que ninguna se presente como dominante; por lo tanto es frecuente que a menudo choquen y se generen las inestabilidades tan típicas de la región.

Por otro lado, en consonancia con lo anteriormente mencionado, se presenta una multiplicidad de ideologías políticas y económicas. Producto de una cultura política fragmentada se da una atomización entre corrientes ideológicas de izquierda (marxista/comunista), corrientes de centro (social democracia/populismo) y corrientes de derecha (conservadurismo). Y la política transcurre entre extremos, lo cual opera como disparador de la falta de continuidad en políticas públicas.

En cuarto lugar, resulta sumamente relevante destacar el rol de los militares en América Latina. El ejército no se encuentra lejos de la arena política en la región, un claro ejemplo de ello podemos encontrarlo en lo sucedido el año pasado (2019) en Bolivia, cuando el sector castrense tomó una clara postura y ejerció una fuerte presión en el desarrollo de los hechos, que terminaron en la renuncia del entonces presidente Evo Morales y su solicitud de asilo en México. La percepción que tienen las fuerzas armadas de verse a sí mismas como los salvadores de la patria, con la obligación de intervenir y como reserva moral de la nación, representan un elemento que demanda una atención y seguimiento particular. Sin embargo, a diferencia del pasado, en muchos casos los militares actuaron como un dique protegiendo a los gobernantes, así ocurrió con Vizcarra en Perú, con Lenin Moreno en Ecuador y también con Sebastián Piñera en Chile. Las fuerzas armadas son el aliado indispensable que mantiene en pie la dictadura de Nicolás Maduro en Venezuela (Mazzina, 2020). Como ha observado Rut Diamint, “en forma distinta, varios presidentes han recurrido a las Fuerzas Armadas. Ahora no son los militares quienes presionan para adueñarse de la política, sino las autoridades elegidas quienes los utilizan para sus propios proyectos.” (2018)

Como quinto punto, América Latina es como una *montaña rusa de desarrollo*: los cuatro elementos expuestos hasta aquí permiten fácilmente deducir la volatilidad política por la que se caracteriza la región latinoamericana. Se identifica un primer período de democracia emergente hasta el año 1930, seguida por la crisis producida por el crack de la bolsa de aquel año, que derivó en una serie de gobiernos autoritarios. Posteriormente se da la denominada segunda ola, que se extiende desde el final de la Segunda Guerra Mundial hasta el año 1960, para que la suceda un período sumamente represivo durante los años setenta. Finalmente, la tercera ola de democratización, que comenzó a partir de los años ochenta hasta la actualidad, no está claro aún si constituye una consolidación democrática o es simplemente otra fase ascendente de la denominada montaña rusa de desarrollo. Lo que sí evidencia es una nueva realidad, inédita hasta entonces, de cómo se desvían las democracias; pero de ello nos encargaremos más adelante.

Por último, como sexto factor, se presenta la debilidad institucional. La misma denota la carencia de una adecuada interdependencia entre los poderes. Del mismo modo, la personalización de la política en un individuo y por ende la primacía del ejecutivo, colocan al funcionario por encima de las instituciones, generando así una desinstitucionalización de la democracia liberal.





La tercera ola de democratización trajo consigo un fenómeno sin precedentes en la historia de los regímenes democráticos. El mismo ha sido analizado por diversos autores y ha dado lugar a reflexiones tales como ¿Se está muriendo la democracia? (Malamud, 2019), ¿Cómo mueren las democracias? (Levitsky y Ziblatt, 2018), *Enfrentando la recesión democrática* (Diamond, 2015). El punto de quiebre respecto con las experiencias democráticas de olas anteriores se da en que estas colapsaban o morían de golpe mediante los denomina-

dos *breakdowns* (golpe de Estado clásico), mientras que a partir de la ola comenzada en la década de los ochenta padecen una muerte lenta y gradual, conocida como erosión democrática. El factor fundamental, y que hace tan particular a este proceso, consiste en que las democracias mueren desde adentro, es decir, producto de “líderes electos que hacen uso y abuso del poder para subvertir los mecanismos democráticos a través de los cuales llegaron al poder” (Levitsky y Ziblatt, 2018) y de este modo se “desangran lentamente entre la indignación del electorado y la acción corrosiva de los demagogos” (Malamud, 2019). En este contexto, los regímenes democráticos fueron deformándose hacia formas tan imperfectas como variadas, dando lugar así a las “democracias adjetivadas” (Collier y Levitsky, 1997).

Dejando en claro entonces las principales características que dicen presente en la región latinoamericana, y teniendo en cuenta los factores anteriormente detallados, resulta oportuno rescatar un informe realizado por el Consejo Nacional de Inteligencia de los Estados Unidos en el año 2005, en el cual se proyectaron las perspectivas de América Latina hacia el año 2020. En primer lugar, se menciona: “para los próximos 15 años se proyecta que las democracias latinoamericanas padecerán nuevas formas de crisis políticas, en gran medida por el debilitamiento de los partidos políticos”. Resulta difícil pensar que dicha afirmación se haya declarado hace poco más de 15 años, dado la gran actualidad y vigencia que posee. La emergencia de masivas y violentas movilizaciones que han tenido lugar en Ecuador, Perú y Chile en el año 2019, dan fe de la ocurrencia de este fenómeno. Del mismo modo, las proyecciones hacia algunos países de la región, como Uruguay o Costa Rica, en términos de institucionalidad y de una exitosa adaptación a la globalización, quedan reflejadas en los índices de las mediciones tanto de Freedom House como del Latinobarómetro para ambos países, en los que lideran los números de libertades civiles y derechos políticos. Por último, se destaca el factor de los liderazgos personalistas y como estos prevalecieron históricamente sobre la organización institucional, generando como consecuencia contradicciones y grietas culturales en las sociedades latinoamericanas, producto del seguimiento de liderazgos carismáticos.

Urnas y Coronavirus

Frente al contexto de emergencia sanitaria que se vive desde marzo en la región y dadas las restricciones de distanciamiento social que, en mayor o menor medida, todos los gobiernos de turno implementaron, resultan inevitables las preguntas: ¿Qué sucederá con las instancias de sufragio popular que tenían fecha en este año? ¿Serán postergadas? ¿Cuál es la postura que asumirá la oposición frente a ello? Muchas de esas respuestas tienen lugar a continuación haciendo un breve seguimiento de algunos países latinoamericanos.

En diez países de la región se aplazaron elecciones, que se encuentran reprogramadas para el segundo semestre del vigente año o bien directamente para 2021. El escenario es diverso, la gran mayoría de las consultas son de carácter subnacional, pero también hay elecciones primarias, nacionales y un plebiscito a la espera de ser celebrados.

En primer lugar, el caso de Chile acapara todas las miradas dada la enorme importancia que conlleva el plebiscito que contaba con fecha programada para el 26 de abril. El mismo tenía previsto consultar a la ciudadanía sobre las intenciones de modificar o no la constitución nacional vigente en el país. El consenso para realizar la consulta popular se alcanzó en noviembre del año pasado, luego de más de un mes de inéditas y violentas protestas a lo largo de todo el territorio. La fecha del mismo fue reprogramada para el próximo 25 de octubre, si el desarrollo de la emergencia sanitaria así lo permite.

El caso de Bolivia representa otro de los principales focos de atención de la región. Desde el exilio de Evo Morales, las presiones de las Fuerzas Armadas y la asunción interina de Jeanine Añez al mando del ejecutivo nacional, las elecciones nacionales a celebrarse en dicho país se presentan como las más trascendentes y convulsionadas de las últimas décadas. El 3 de mayo era la fecha original establecida para celebrar los comicios, sin embargo, frente a la emergencia del contexto sanitario, se estipuló por ley que el 6 de septiembre se realizarían las tan esperadas elecciones. Esta cita resultó recientemente modificada por el Tribunal Supremo Electoral de Bolivia, estableciendo al próximo 18 de octubre como fecha “definitiva, inamovible e impostergable”.

En el caso de países como Argentina, México, Uruguay, Brasil, Perú y Paraguay se da un panorama mucho más sereno dado el carácter de los comicios que tenían fecha para este año, ya que se trata de elecciones a nivel subnacional, tanto municipales como departamentales.

Ahora bien, resulta oportuno analizar cuál ha sido la reacción de los políticos frente a un contexto de desplome de la actividad económica, tanto nacional como internacional, y consecuentemente el afloramiento de pujantes demandas y presiones sociales sobre el sector dirigente en este sentido.

Tempranamente en el mes de marzo y a raíz de la iniciativa de su presidente, Luis Lacalle Pou, Uruguay estableció la reducción del salario de los funcionarios públicos que ganaran más de 1.900 dólares, entre un cinco y un veinte por ciento. El destino de lo recaudado sería para el recientemente creado Fondo Coronavirus (que se estima en 768 millones de dólares) a ser destinado hacia el Ministerio de Desarrollo Social, para el seguro de desempleo y por enfermedad, reasignación de aportes y la compra de insumos. Del mismo modo, la cámara de diputados votó una resolución para eliminar la “partida de prensa”, equivalente a 800 dólares por legislador, que tendrían como destino el mismo fondo.



Como contrapunto y cruzando el Río de la Plata, en Argentina el bloque opositor de la cámara de diputados envió una carta al presidente Alberto Fernández para gestionar la reducción de un treinta por ciento el salario que perciben los funcionarios públicos, teniendo como objetivo la creación de un fondo común para combatir las consecuencias de la pandemia en los sectores más vulnerables, similar al caso uruguayo. Sin embargo, la respuesta del presidente argentino fue rechazar la propuesta del proyecto y acusar a quienes lo impulsaron de tener un trasfondo partidario. Del mismo modo, y como un contrapunto entre ambos estilos de gobierno, recientemente el presidente uruguayo Lacalle Pou presentó el presupuesto para el período 2020-2025 en el cual, pese al aumento del déficit fiscal (6,5 porcentuales del PBI) en el balance, producto del impacto negativo de la pandemia, se destaca que no se incrementarán los montos de los impuestos ni se aumentará el gasto público. Caso contrario, en Argentina la respuesta de los dirigentes políticos para enfrentar la crisis fue la emisión monetaria y el tratamiento del proyecto de ley de “solidaridad social y reactivación productiva en el marco de la emergencia pública”, el cual prevé un impuesto extraordinario por única vez a las “grande fortunas” para solventar el gasto público. Podemos observar, en ambos casos, estilos y formas antagónicas a la hora de responder al mismo problema de tratamiento económico para enfrentar la crisis: mientras de un lado del Río de la Plata el gobierno se ajusta y destina parte de sus ingresos genuinos para combatir la emergencia, del otro lado se incrementa la carga impositiva sobre la ciudadanía, de forma extraordinaria, y sus políticos no esbozan ningún signo del tan demandado ajuste del sector dirigente.

Gobernabilidad frente a la pandemia: las zonas calientes en materia de conflictos sociales

Analizando brevemente cuáles fueron las principales medidas y restricciones adoptadas por los distintos gobiernos de Latinoamérica frente a la situación epidemiológica, dos elementos centrales se destacan y permiten explicar por qué las distintas medidas de confinamiento aplicadas han tenido resultados dispares en los distintos países de la región: sincronización de la cuarentena y situación de la economía local.



Como primer caso, la estrategia del gobierno argentino se caracterizó por la implementación temprana y prolongada de un confinamiento a nivel nacional que suspendía todas las actividades, a excepción de las consideradas esenciales. La economía, tanto formal como informal, se vio fuertemente afectada a medida que los meses transcurrían y los sectores no se flexibilizaban. Finalmente se estableció una apertura gradual de actividades, a partir de un sistema de fases en aquellas provincias y municipios que registraran menor coeficiente de contagios diarios. Esta estrategia es la que ha demostrado ser mas ineficiente hasta este momento, después de más de 180 días de cuarentena, la cantidad de contagios superó el medio millón de habitantes. En nombre de la pandemia, las libertades fueron cercenadas.

En el caso de Brasil, si bien a nivel nacional el Ministerio de Salud recomendó el aislamiento social, la Corte Suprema expresó que los estados y municipios cuentan con la autonomía para regular las actividades y las medidas de distanciamiento social. En este sentido, resulta fundamental destacar que, si bien la economía formal se vio afectada, el sector informal en ningún momento cesó sus actividades.

Por su parte, en México, el gobierno federal estableció que a partir del mes de marzo quedarían suspendidas todas las actividades no esenciales. Se estableció un sistema de diferentes niveles de riesgo, basado en el índice de ocupación de las

camas hospitalarias; el nivel de riesgo rojo supone una alta tasa de contagios por lo que las restricciones son las más estrictas, en el nivel naranja se permite la apertura de actividades, como restaurantes u hoteles, bajo los protocolos establecidos (número limitado de concurrentes), mientras que el nivel amarillo supone una apertura casi completa de las actividades bajo los recaudos sanitarios establecidos.

La estrategia llevada adelante por Uruguay, evidencia por sus números (46,6 casos cada 100 mil habitantes)¹, [59 al 1/10, actualizar. En <https://www.worldometers.info/coronavirus/?>] ser la más efectiva y exitosa de la región. Como elemento fundamental, el gobierno nunca decretó un confinamiento obligatorio de la población, sino que apeló a la responsabilidad ciudadana. En este sentido, pese a no ser obligatorio, los locales comerciales optaron por no abrir sus puertas. Del mismo modo, la dirigencia política evidenció un alto grado de empatía con el contexto de emergencia, impulsando la creación del fondo coronavirus financiado a partir de la reducción salarial del 20% de cargos como presidente, ministros y legisladores.

La región latinoamericana lejos está de superar las crisis sociales, económicas y políticas que emergieron violentamente en masivas protestas el año anterior (2019) en países como Chile, Ecuador y Bolivia, sumado al prolongado conflicto en Venezuela. Por el contrario, la situación provocada por la pandemia potenciará y generará nuevos escenarios de conflicto. Con este horizonte, a continuación, expondremos cuáles son las zonas calientes en materia de conflictividad en el continente.

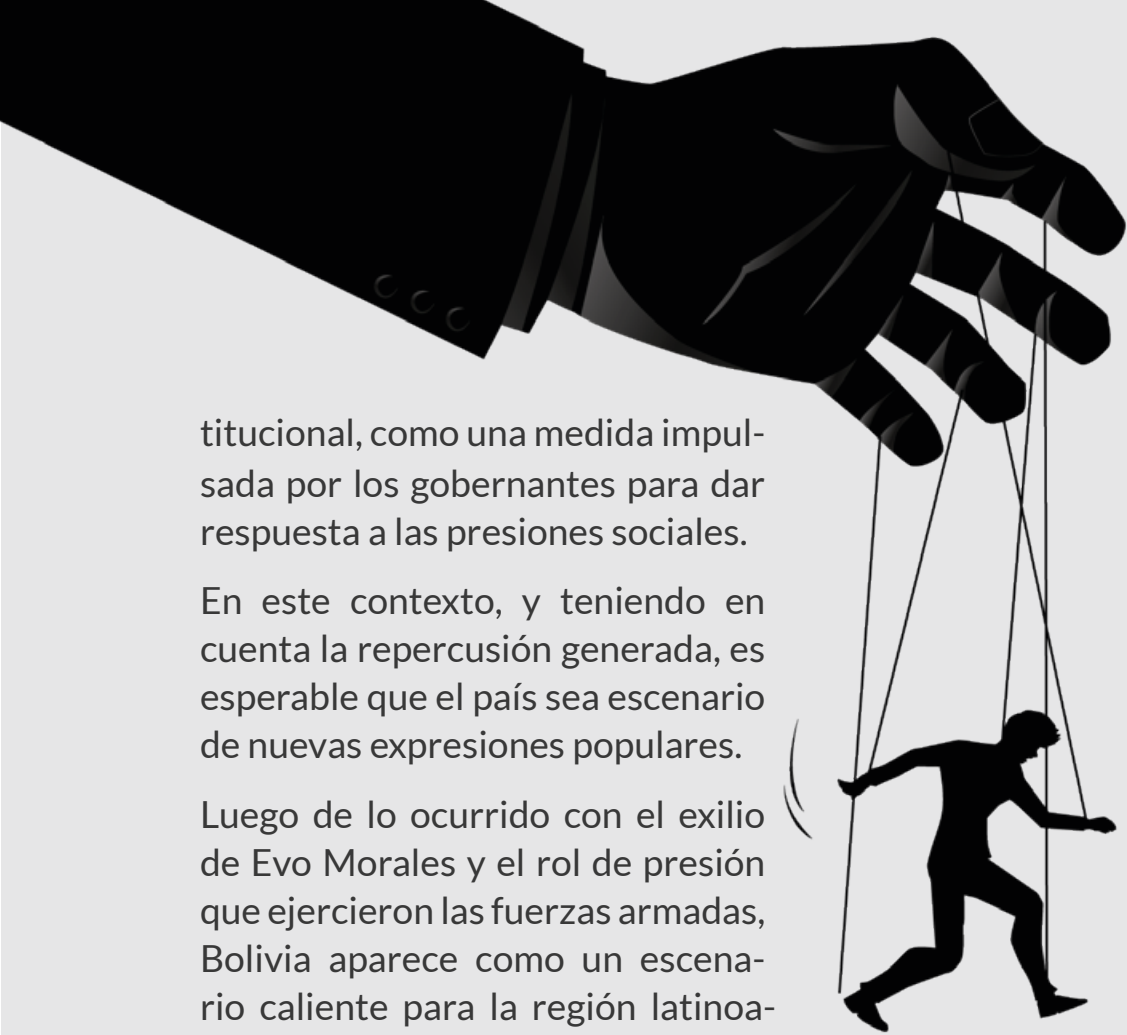
En primer lugar, como el caso más preocupante, se presenta el panorama que tiene lugar en Venezuela. Lo ocurrido con su régimen democrático es el ejemplo más claro de lo explicado en apartados anteriores como una muerte lenta de la democracia, en donde en sus propios líderes políticos fueron proliferando actitudes de tipo autoritario, que culminaron por corroer los valores de una democracia liberal y derivarla en un régimen autoritario. Atendiendo particularmente a lo que respecta al tratamiento de la pandemia, un informe difundido por Humans Right Watch titulado “Estado policial avanza en el contexto de Covid-19”², evidencia que el gobierno utiliza el estado de excepción que ha decretado para ejercer detenciones arbitrarias, persecución de críticos y abusos contra los detenidos.

Santiago de Chile se presenta como otro de los focos a seguir, luego de las masivas y -en muchos casos- violentas protestas, inéditas para la historia reciente del país, que tuvieron lugar el año pasado. Se estableció una fecha para el plebiscito, que consulta a la ciudadanía su postura acerca de una posible reforma cons-



1 <https://www.rtve.es/noticias/20200831/paises-muertos-coronavirus-poblacion/2012350.shtml>

2 <https://www.hrw.org/es/news/2020/08/28/venezuela-estado-policial-avanza-en-el-contexto-del-covid-19>



titucional, como una medida impulsada por los gobernantes para dar respuesta a las presiones sociales.

En este contexto, y teniendo en cuenta la repercusión generada, es esperable que el país sea escenario de nuevas expresiones populares.

Luego de lo ocurrido con el exilio de Evo Morales y el rol de presión que ejercieron las fuerzas armadas, Bolivia aparece como un escenario caliente para la región latinoamericana. Las elecciones nacionales establecidas para el mes de octubre se presentan bajo un contexto político-social sumamente convulsionado y expectante.

Por último, en Argentina, el factor económico emerge como un elemento trascendental. Los costos de mantener un confinamiento tan prolongado como inflexible en las actividades comerciales, la emisión monetaria y la subida del gasto público para enorme cantidad de prestaciones sociales, la inflación y la escalada del dólar, como componentes principales, derivan en consecuencias tan severas como preocupantes. Frente a esta situación, el horizonte económico y social del país presenta un pronóstico de escenario de crisis, movilizaciones y una creciente presión sobre el sector dirigente. El peronismo en el gobierno deberá enfrentar una situación inédita: no podrá deslizar culpas hacia el futuro.

“Con frecuencia suelen ser políticos que afirman representar la voz del pueblo y se encargan de polarizar la arena política, dejando dos bandos tan opuestos como irreconciliables: por un lado se encuentra el pueblo (a quien alegan representar legítima y unipersonalmente) y por el otro el antipueblo, compuesto por una oligarquía organizada y manipuladora.”

Hacia el futuro: los peligros del autoritarismo en la región

Como se mencionó en apartados anteriores, actualmente la democracia no muere de golpe como ocurrió en gran parte del siglo XX, sino que atraviesa un paulatino proceso, desde adentro del propio régimen, de una erosión que puede manifestarse con mayor o menor velocidad y profundidad, según el caso, pero con un mismo resultado: la puerta hacia el autoritarismo.

En este sentido, resulta oportuno resaltar una serie de indicadores de comportamiento para advertir e identificar a una figura con tendencias autoritarias (Levitsky y Ziblatt, 2018). En primer lugar, el rechazo o débil aceptación de las reglas democráticas del juego; en segundo lugar, la negación de la legitimidad de sus oponentes; en tercer lugar, tolerar o alentar la violencia; y, por último, la predisposición a restringir las libertades civiles de la oposición (incluidos los medios de comunicación). Basta con que se cumpla uno de los cuatro indicadores para reflejar la tendencia autoritaria de su portador. Con frecuencia suelen ser políticos que afirman representar la voz del pueblo y se encargan de polarizar la arena política, dejando dos bandos tan opuestos como irreconciliables: por un lado se encuentra el pueblo (a quien alegan representar legítima y unipersonalmente) y por el otro el antipueblo, compuesto por una oligarquía organizada y manipuladora.

Resulta fundamental destacar los principales aspectos de la práctica populista, dado que en ella radica la vía de acceso principal hacia las actitudes autoritarias en la región latinoamericana, producto de algunos de sus componentes que llevan a una “desinstitucionalización de la democracia liberal” (Serrafero, 2013). En primer término, las relaciones conflictivas con la oposición radican particularmente en la idea de que la representación exclusiva del pueblo es portada únicamente por el líder y partido oficialista, dejando por lo tanto para el resto de los partidos la representación de intereses ajenos y opuestos al pueblo. En segundo término, el poder ejecutivo acapara el centro de la escena; en este sentido, si el poder legislativo cuenta con mayoría oficialista tendrá un papel de legitimador y, caso contrario (opositor), será obstaculizado. En este sentido la figura del líder (frecuentemente carismático) se presenta como una figura imprescindible, que encarna el rol de salvador de la patria. Por último, en tercer término, se intenta colonizar el poder judicial para que no constituya un elemento de veto, las mayorías electorales deben definir su suerte.

Actualmente la categorización que más adecuada resulta para describir a las democracias en América Latina son las denominadas democracias *adjetivadas* (Collier y Levitsky, 1997). Dados los fenómenos y el recorrido que han adoptado las democracias latinoamericanas, se han transformado en una derivación del modelo ideal de democracia liberal hacia un modelo de democracia imperfecta, esta característica adquirida a nivel estructural permite explicar la inestabilidad y volatilidad política en la región. En este sentido, la baja calidad de la democracia en la mayoría de los países lleva a que los puntajes democráticos de la región latinoamericana en Freedom House no supere el promedio de los 70 puntos³.

“América Latina contemporánea es un entramado de erosiones, estancamientos y avances democráticos; a excepción de los tres casos de alta calidad y larga herencia democrática (Chile, Costa Rica y Uruguay), son pocos los países de la región que han alcanzado avances democráticos sólidos desde los inicios del nuevo milenio. Así, en los próximos años lo más probable es que la región presente un mosaico de trayectorias democráticas diversas, en el que la pauta media será la democracia a la deriva” (Mainwaring y Perez Liñán, 2015).

Agreguemos en este escenario que hace años que la democracia no logra satisfacer a los ciudadanos latinoamericanos que están (y así lo expresan) cada vez más insatisfechos. Hasta ahora la insatisfacción se ha traducido en apatía, desinterés, en “me da lo mismo”, pero también allana el camino al personalismo caudillista, a subtipos disminuidos de democracia que rayan el autoritarismo o son abiertamente autoritarios a plena luz del día, sin golpes de estado, aferrándose a una representación falseada y a una democracia de fachada.



3 <https://freedomhouse.org/explore-the-map?type=fhw&year=2020>

Hoy prevalece la insatisfacción generalizada con el funcionamiento democrático: como muestra Latinobarómetro, para 7 de 10 latinoamericanos la democracia no funciona, solamente 2 de cada 10 se manifiestan satisfechos. La satisfacción con la democracia ha disminuido constantemente de un 44% en 2008 hasta un 24% en 2018. En ningún país de la región hay una mayoría satisfecha, sólo en tres países este resultado se acerca a tener uno de cada dos ciudadanos satisfechos: Uruguay con 47%, Costa Rica con 45% y Chile con 42%. En Brasil sólo el 9% está satisfecho, mientras en Nicaragua es el 20% y en Venezuela el 12%. En este escenario, la democracia ha dejado de ser la única alternativa posible.

Estamos a las puertas del fin del consenso democrático que primó en las primeras décadas de la transición democrática. Y a esto deberíamos prestar especial atención. Que el desencanto no se transforme en un desencanto democrático, porque, como decía Tocqueville, el despotismo es la mayor amenaza en tiempos democráticos. La fatiga democrática sumada al malestar económico -producto de la pandemia o de malas decisiones- puede desembocar en líderes con discursos y prácticas autoritarias. Así, el peligro es que el deterioro democrático continúe agravándose y se pase del estancamiento o la recesión democrática hacia un autoritarismo de nuevo cuño, como ocurrió -en gran medida- con los gobiernos que surgieron bajo el paraguas del Socialismo del Siglo XXI, cuya retórica escondió su verdadera esencia autoritaria y antidemocrática.





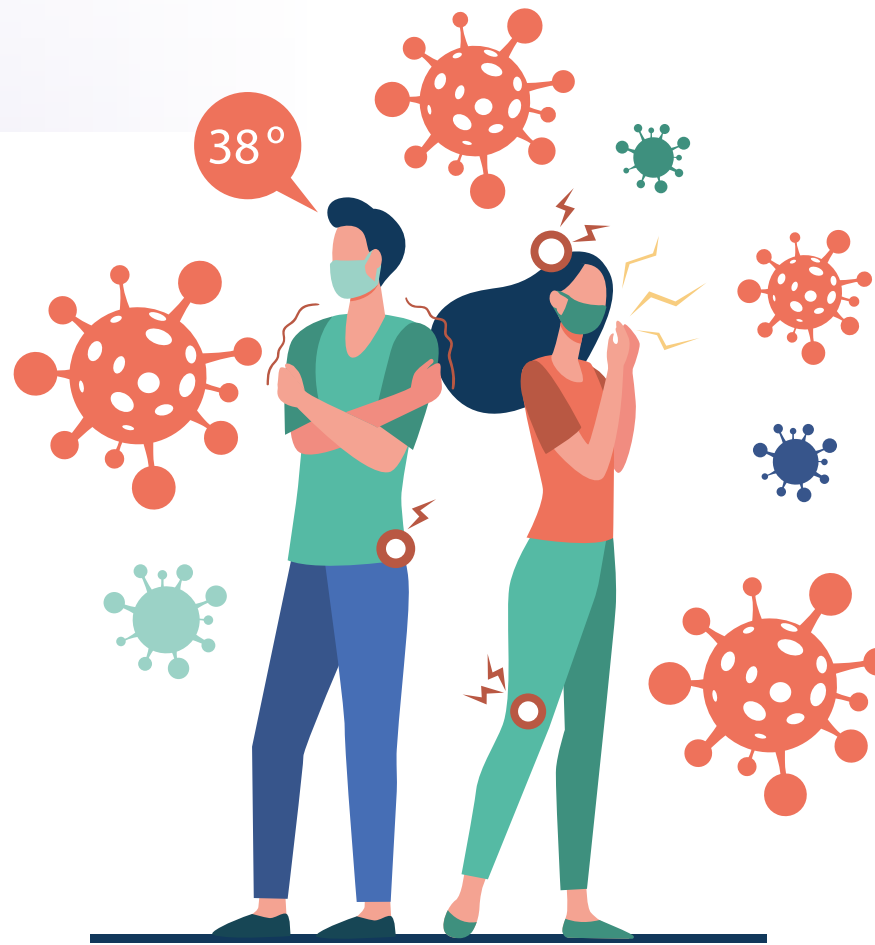
Anexo 1: Sobre las zoonosis

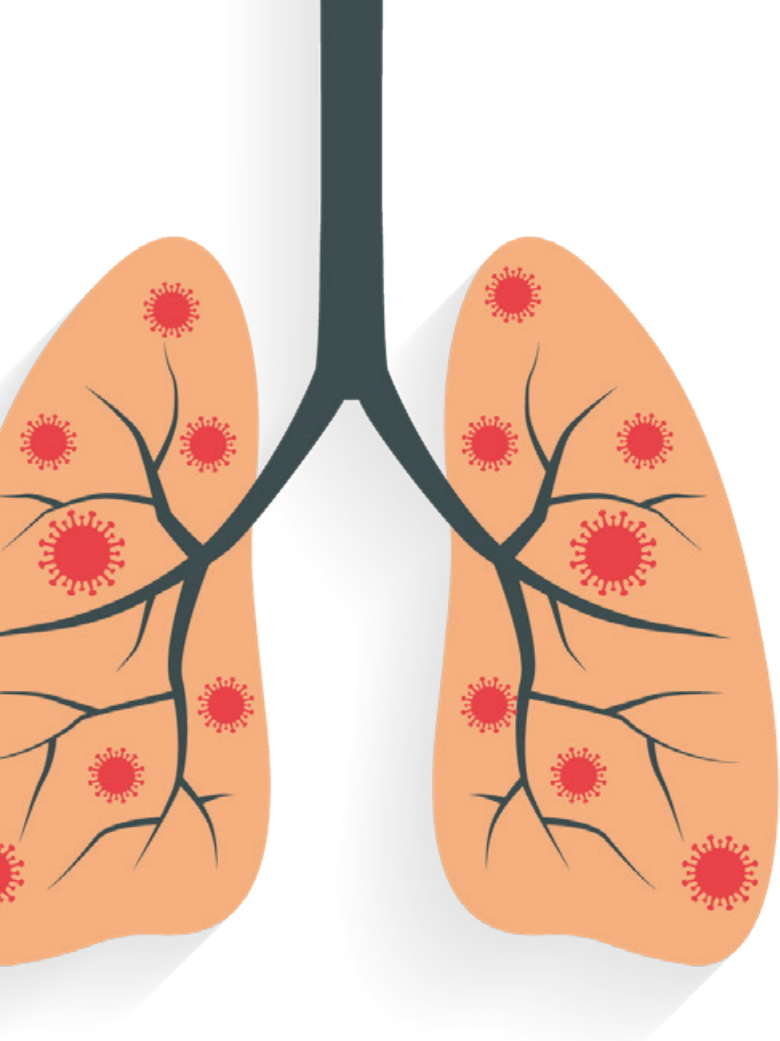
Desde 2012, David Quammen ha prevenido sobre los virus contagiados mediante zoonosis, que han protagonizado varias de las epidemias más letales recientes. Entre los virus transmitidos por zoonosis lista estos: HIV, ébola, gripe o influenza común, virus del Nilo occidental, ántrax, gripe aviar, SARS, hendra (HeV), fiebre hemorrágica boliviana (“machupo”), dengue y fiebre amarilla, entre otros que omitimos para no hacer el inventario aún más largo y pavoroso. La dinamización de la zoonosis provendría de que los humanos han invadido cada vez más espacios, incluyendo zonas que antes eran salvajes y ya han sido incorporadas al entorno urbano. El libro lanzaba la premonitoria pregunta de si la próxima gran pandemia provendría “de una selva o un mercado al Sur de China”. (QUAMMEN, p. 42). Hoy parece un hecho estilizado que el nuevo coronavirus “comenzó en China, con transmisión de murciélagos a animales, vía pangolines, probablemente a través de ‘mercados húmedos’ de carnes exóticas.” (DAVIES, abril de 2020, p. 17). La versatilidad de estos virus y su adaptabilidad es notoria, ya que su genoma consiste de ARN en vez de ADN, lo cual les otorga una velocidad de mutación considerable.

Tengamos en cuenta que el virus del HIV, transmitido inicialmente por zoonosis, acumula estas aterradoras estadísticas desde que se inició la epidemia de SIDA en 1981: 75,7 millones de contagiados y 32,7 millones de fallecidos por complicaciones asociadas al virus. En 2019, se registraron 690 mil fallecimientos y el total de contagiados ascendía a 38 millones– de los cuales 1,8 millones tienen menos de 14 años. Sólo el 67% de los contagiados estaban recibiendo tratamiento. El presupuesto anual para atender la enfermedad del SIDA asciende a casi 19 mil millones de dólares en países de bajos y medianos ingresos. Y, pensemos lo siguiente: aún no hay una vacuna para esta dolencia, incluso con toda la inversión histórica hecha para hallarla. Es oportuno colocar esta enfermedad en perspectiva al considerar el novel coronavirus.

Anexo 2: Sobre transmisión y síntomas

El contagio entre personas ocurre cuando alguien infectado con el virus arroja sus fluidos en el aire al toser, estornudar, cantar o hablar. Estas partículas, exhaladas mediante la respiración, transportan el virus y serían inhaladas por quien se contamina. La transmisión es rápida entre personas que se encuentran en un rango de hasta dos metros de distancia. Un hallazgo reciente (STIEG, 2000) va más allá y sugiere que no sólo estas gotitas contaminadas diseminan el virus, sino que podría también ser transportado en partículas de tipo *aerosol*, que son de menor tamaño, también son exhaladas por sujetos enfermos y podrían quedarse suspendidas en el aire por lapsos más prolongados. El virus podría quedar literalmente flotando por





más tiempo en estas otras partículas. Técnicamente, se dice que el virus es *aertransportado*¹ – en inglés, *airbone*. Este es el término técnico que han empleado en su comunicación los Centros para Control de Enfermedades estadounidenses, denominados en idioma inglés como *Centers for Disease Control* o CDC, los cuales han tenido protagonismo durante esta crisis. El consejero de la Casa Blanca, Dr. Anthony Fauci, también ha adoptado este término de “transmisión aertransportada.”

La conclusión preventiva es inmediata y la mayoría ya estamos acostumbrados desde hace meses a las medidas que STIEG (2020, p. 4) resume a continuación²:

“Además de usar una máscara y mantener la distancia social, usar purificadores de aire portátiles es una manera de reducir los contaminantes aertransportados en cualquier espacio. Y, algo tan simple como abrir las ventanas para dejar entrar aire limpio en su espacio es otra manera de elevar la ventilación.”

Hay un indicador que se ha popularizado, el indicador R_t de velocidad de contagio. Mide el número de personas al que puede contagiar quien ya está infectado (los economistas diríamos que recoge el “efecto multiplicador” del virus). En Colombia, por ejemplo, se estimó un punto máximo el 26 de abril de 2020, con un R_t de 2,66 (casi 3 personas se contaminarían por cada enfermo ya existente). El rango del índice colombiano, al inicio de octubre de 2020, se encuentra entre 0,99, correspondiente al Departamento de Amazonas y 1,19, que es el nivel más alto nacional y que se registra en el municipio colombiano de Florencia, localizado en el Departamento de Caquetá (AGUIRRE FERNÁNDEZ, 4 de octubre de 2020). Es oportuno destacar que la variación geográfica de contagios y decesos no es sólo relevante para comparar países, como haremos en las tablas 1 y 2. También aplican dentro de cada país, ya que hay dispersión considerable de estos indicadores, incluso dentro de una misma ciudad. Veremos también las razones para esta varianza.

Una vez que el virus entra en el organismo, usualmente se hospeda en las células del sistema respiratorio, incluyendo fosas nasales y garganta. Pueden trascurrir hasta dos semanas mientras consolida su proceso de invadir células del huésped para reproducirse. El paciente infectado usualmente comienza a padecer fiebre, dolor de cabeza o tos seca, añadiéndose otros síntomas como dificultad al respirar, dolor corporal, pérdida de olfato o gusto, sensación de cansancio o algunos síntomas digestivos. Las complicaciones en algunos pacientes surgen cuando su sistema inmune es más frágil ante el virus y este se desplaza hacia el tejido pulmonar, ocasionando una congestión de fluidos y mucosidad que dificultan la respiración. En este momento ya hay síntomas de neumonía, los cuales podrían superarse en un lapso de una a dos semanas. El cuadro puede empeorar y degenerar en un Síndrome de Dificultad Respiratoria Aguda, SDRA, donde los alvéolos pulmonares se ven comprometidos y la oxigenación en la sangre cae peligrosamente. Otras reacciones ante el virus incluyen el sistema cardiovascular, con síntomas como arritmia, enfermedades del músculo cardíaco e incremento en el riesgo de formación de trombos sanguíneos. Se han encontrado algu-

¹ El término aertransportar es aceptado por la Real Academia de la Lengua Española, que lo define así: “Transportar por vía aérea.”

Dependiendo de la confirmación de este descubrimiento, probablemente asistiremos a protocolos aún más estrictos, en lo sucesivo, para desinfección del aire y a restringir aún más las aglomeraciones.

² Es oportuno concienciar sobre los derechos de quienes usamos gafas: padecemos el empañamiento que suele resultar al respirar mientras se usa la mascarilla KN95, modelo de tapaboca usual entre personal médico, que ya es vendido al público en las farmacias y parece ser el más efectivo.

nas comorbilidades entre pacientes hospitalizados con la COVID-19: la mitad tienen niveles altos de enzimas asociadas a daño en el hígado; un tercio queda afectado por conjuntivitis y en los casos más severos surgen daños renales. Todo este espectro de sintomatología contrasta con el hallazgo de que hasta 40% de los infectados son asintomáticos y están contagiados sin evidenciar ningún padecimiento. (WebMD, 2020)

El servicio divulgativo de la estadounidense Clínica Mayo (MAYO FOUNDATION, 2020) destaca que en los niños los síntomas son similares a los de los adultos y generalmente tienen una enfermedad leve. La situación no es tan afortunada para los adultos mayores, ya que el riesgo de enfermarse de gravedad a causa de la COVID-19 se incrementa con la edad del paciente. Adicionalmente, las siguientes comorbilidades empeorarían la prognosis para los pacientes contagiados: enfermedades cardíacas, hipertensión, cáncer; enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), diabetes tipo 1 ó 2, obesidad grave, enfermedad renal crónica, enfermedad de células falciformes, sistema inmunitario debilitado por trasplante de órganos, asma, enfermedad hepática, afecciones del cerebro y del sistema nervioso.

Los casos más severos han de ser trasladados a una Unidad de Cuidados Intensivos y la probabilidad de que esto ocurra, según la Organización Mundial de la Salud, estaría en 6,1% (AGUIRRE F., agosto de 2020). El problema medular que han tenido los servicios de salud es que, incluso con esta probabilidad baja, no había suficiente infraestructura de estas instalaciones médicas cuando se desató la enfermedad. Más adelante comentaremos sobre este problema. La ocupación de las UCIs en los hospitales se acercó peligrosamente al 100% en varias ciudades y países, donde además debían estar disponibles para otros tipos de dolencias. De haber existido una mejor plataforma de estas instalaciones de atención médica, probablemente no habrían sido necesarias las medidas de cuarentena y restricciones a la actividad económica que emprendieron los gobiernos al subir el número de contagiados con el virus.

Anexo 3: Propagación Geográfica desde China Continental y Gestión de la OMS

Este es uno de los temas más espinosos. Los reportes oficiales del nuevo coronavirus, confirmando su presencia en China, ocurrieron entre diciembre de 2019 y las primeras semanas de 2020. El primer especial sobre la COVID-19 publicado en Bloomberg³ es del 6 de enero de 2020. La ciudad china de Wuhan sería el primer lugar donde el virus hizo aparición.

Ahora bien, hay sustento para afirmar que el virus era conocido desde antes en China y que se reprimieron oficialmente los señalamientos sobre su existencia. Incluso, habría asidero para afirmar que el virus ya estaba presente en Italia y Francia durante diciembre de 2019. C. Snowdon (septiembre de 2020) ha documentado toda la secuencia de hechos y, en especial, sustenta la pasmosa lentitud de la Organización Mundial de la Salud para encender las alarmas, que probablemente habría atajado el virus en un momento donde cada día contaba para mitigar sus consecuencias. Siguiendo a este autor, tenemos estos hitos (SNOWDON, 2020):



³ "What You Need to Know About the Coronavirus Pandemic". Disponible en: <https://www.bloomberg.com/news/articles/2020-01-07/how-china-s-mystery-illness-is-and-isn-t-like-sars-quicktake>



- El 3 de enero de 2020 se tenían 44 casos oficialmente registrados por el Gobierno Chino en la ciudad de Wuhan⁴. La trayectoria previa incluiría casos ya documentados desde septiembre. El 20 de diciembre de 2019 se tendrían ya 60 casos identificados en Wuhan y, tras la experiencia con el virus del SARS del 2003, se sospechaba de una nueva variedad de coronavirus actuando.
- El galeno Dr. Li Wenliang alertó del asunto a sus colegas mediante *WeChat* (un programa de comunicaciones por teléfono celular análogo al *Whatsapp*) y les recomendó emplear ropa de protección durante el servicio a los pacientes en el hospital. Fue sometido a un proceso disciplinario por las autoridades y, lastimosamente, falleció seis semanas después, presumiblemente contagiado del virus. Otros colegas habrían experimentado las mismas restricciones gubernamentales para comunicar lo que estaba ocurriendo con sus pacientes⁵.
- La OMS reacciona el 4 de enero de 2020, sin sugerir nada respecto a un virus nuevo y señalando mediante la red social *Twitter* que China reportaba un brote geográficamente concentrado de *neumonía*. Es el 10 de enero cuando aconseja tomar precauciones si se hacen viajes a China continental.
- El 22 de enero de 2020 es cuando por fin el gobierno chino coloca en cuarentena a Wuhan y exige el uso de tapabocas en la ciudad. El 24 de enero, la OMS reitera sus advertencias ante viajes internacionales a China. No va a ser hasta el 30 de enero que la OMS admita una emergencia sanitaria global, cuando ya hay casos en otros continentes – apenas la Antártida se ha salvado hasta el momento de este nuevo coronavirus. Deshaciéndose en elogios a la gestión china del virus, el presidente de la OMS aún no proponía medidas restrictivas severas para el turismo internacional hacia China, mientras ya las estaban colocando en vigor, al cierre de enero, los siguientes países: EEUU (que prohibió vuelos hacia China el 2 de febrero y extendería la medida a 26 países europeos el 14 de marzo), Italia, Vietnam, Singapur y otros. Al cierre de febrero, aún la OMS no alentaba estas medidas.
- El 18 de enero de 2020, una estimación independiente del británico Centro MRC para el Análisis de Enfermedades Globales Infecciosas⁶ colocaba los casos de Wuhan en el rango de 1.700 contagiados, en vez de los 41 oficialmente reportados por esos días.
- El 13 de febrero la OMS asignaba el nombre de SARS-CoV-2 al virus y a inicios de marzo prevenía de que no se asociase su nombre con China, para evitar chovinismo. Snowden nos recuerda que casi todos los virus suelen tomar denominación del lugar donde aparecen, incluidos varios de los que listamos al definir el problema de la zoonosis. Ébola es un río, Zika es una jungla... Así que esta neutralidad semántica es algo cuanto menos novedoso o inusual.

4 Si ese es el número, la mortalidad reportada en Wuhan para la misma fecha, seis decesos, le atribuía al nuevo coronavirus una mortalidad cercana al 15%, que no se ha reportado en ninguna geografía. Lo cual ya invita a pensar que, subestimando los contagios, se ha cometido el error de sobrestimar la mortalidad, lo cual sería aún más alarmante. Quien nota este punto es HARFORD (septiembre 2020, sección 2). Veremos en la Tabla 2 que China tiene una mortalidad a octubre de 3 por millón, probablemente la más baja del orbe, lo cual añade más inconsistencia.

5 Es oportuno colocar estas denuncias en contexto. Nos podemos referir a un reporte reciente de TV France 24, donde periodistas chinos, incluyendo activistas de larga data que padecieron represión durante el siglo pasado, denuncian que ahora mismo, en 2020, la censura y represión sobre los comunicadores sociales se encuentra en un punto máximo, alentada por el Partido Comunista Chino y la Administración de Xi Jinping.

Este informe está disponible para ver en línea en la siguiente dirección de Internet:

<https://www.france24.com/es/20200922-en-foco-china-periodismo-de-investigacion-xi-jinping-libertad-de-expresion>

6 La dirección en Internet de este Centro es <https://www.imperial.ac.uk/mrc-global-infectious-disease-analysis>

- El 8 de marzo de 2020, China donaba 20 millones de dólares a la OMS. Al día siguiente, Italia es la primera nación democrática en declarar una cuarentena general. Todavía, el 12 de marzo, el Dr. Bruce Aylward, de la OMS, seguía disuadiendo de colocar restricciones más severas para los viajes internacionales a China por vía terrestre, marítima o aérea.
- Ya para marzo la mayoría de los países habían iniciado cuarentena. En Colombia, desde donde escribimos, se inició el 16 de marzo y fuimos afortunados de volver a Medellín, desde Bogotá, apenas tres días antes, ya que se suspendieron vuelos aéreos nacionales. No fue hasta el 11 de marzo que la OMS finalmente declaró una pandemia. Como guindilla, merece comentarse siguiendo a Snowden (e invitando a contrastar su reporte, como hemos hecho nosotros), lo siguiente: desde enero hasta abril de 2020 la OMS sólo recomendó uso de tapabocas a personal médico o a quienes ya tuvieran sospechas de tener el virus. No emitió en todo ese tiempo una recomendación para adoptar masivamente esta sencilla medida de portar mascarilla para el conjunto de la población.

Como aporte nuestro, señalamos que ya desde el 20 de enero de 2020 los ciudadanos, gracias a la aplicación global *GoogleMaps*, estaban reportando la distribución del virus mundialmente, incluyendo a Wuhan⁷. Una buena prueba de como la tecnología y en especial el accesible teléfono celular ayudan a comunicar lo que los entes oficiales y veedores supranacionales callan.

Donald Trump se pronunció contra la gobernanza de la OMS, amenazó con retirarle fondeo estadounidense y su estilo altisonante hizo que tales críticas fuesen censuradas, especialmente por restarle financiación a un organismo multinacional que habría de ayudar a los países con menos presupuesto público o mayor pobreza a confrontar este nuevo virus. Definitivamente, debilitado por sus defectos comunicacionales, Trump tenía un punto válido. La OMS ha quedado con problemas reputacionales y de credibilidad que quizás demoraremos varios años en evaluar debidamente, especialmente por el coste humano que han generado.



Snowdon señala estos problemas de gobernanza en la OMS. El primero, grave, es que Taiwán, territorio que aún China Comunista desea anexarse, está excluido de la OMS y de la ONU (SNOWDON, p. 17). Taiwán (República de China) es uno de los países que mejores resultados obtuvo en la gestión de la COVID-19, con 500 contagiados y siete fallecidos, de una población insular total de 23 millones, hasta agosto de 2020. Procedió velozmente a garantizar el acceso universal al tapabocas, cerró los viajes a China desde el 26 de enero de 2020 y, en vano, ya venía haciendo consultas a la OMS desde diciembre de 2019 (SNOWDON, p. 8). Lamentablemente, de este país apenas se habla en las crónicas de éxitos.

7

Ver: <https://www.xataka.com/medicina-y-salud/este-mapa-interactivo-google-maps-muestra-casos-virus-wuhan-que-hay-mundo>



Otro inconveniente es que, lastimosamente, hay bastante para cuestionar al primer africano que lidera la OMS, el etíope Tedros Adhanom Grebreyesus⁸, electo en el cargo en Mayo de 2017, tras haber sido Ministro de salud en su país. Su pasado juvenil tiene sombras, incluyendo su militancia en la guerrilla marxista⁹ Frente Democrático Revolucionario, que alcanzó el poder en 1991 (SNOWDON, p. 7). Etiopía es un país razonablemente de moda, que en 2019 fue invitado al Foro Mundial de Davos y obtuvo el nobel de Paz para Abiy Ahmed Ali, así que, en ese contexto, tenía sentido darle esta responsabilidad global desde 2017 a uno de sus servidores públicos. Y tenemos que una de las primeras medidas de Adhamom desde la OMS fue adoptada desde Uruguay en Octubre de 2017: designó al polémico dictador Robert Mugabe como Embajador de Buena Voluntad de la OMS para enfermedades no transmisibles en África, lo cual anticipaba preocupantes sospechas sobre el gobierno corporativo de la OMS¹⁰.

Nos detenemos en estas consideraciones porque vemos, incluso entre personas serias, la creencia de que la gestión china podría ser un referente para el resto del mundo. Precisamente porque su gobierno por un partido único viabilizaría implementar medidas restrictivas con más agilidad que bajo los métodos de las democracias occidentales. Un reporte de inversiones en fondos cotizados incorporaba la opinión de un analista, que es elocuente (CARLSON, D., 24/9/2020, pág. 2): “[Kevin] Carter de EMQQ cree que China tiene ventajas sobre el resto de los países, destacando que los gobiernos centralizados y autoritarios pueden detener los brotes, además de contar con la tecnología para monitoreo de contactos mediante el uso de aplicaciones celulares.”

8 Su hoja de vida es provista por la OMS en la dirección de internet siguiente: <https://www.who.int/dg/election/cv-tedros-es.pdf>. Es biólogo, graduado en 1986 y con maestría en inmunología de las enfermedades infecciosas en 1992, además de Doctorado en salud comunitaria obtenido en 2000 – las titulaciones de posgrado son británicas. Su servicio al frente del Ministerio de Salud etíope ocurrió durante el septenio 2005-2012.

9 Sobre estas sombras en su trayectoria, elabora la publicación Libertad Digital en: <https://www.libertaddigital.com/ciencia-tecnologia/ciencia/2020-04-25/estado-alarma-coronavirus-tedros-adhanom-director-oms-marxista-amigo-china-epidemias-1276656525/>

10 C.f. SNOWDON (2020), p. 7. Otra fuente que hemos consultado para cotejar este insólito hecho es periodística y reseña el nombramiento en 2017 – se trata del diario británico independiente *The Guardian*: <https://www.theguardian.com/world/2017/oct/22/robert-mugabe-removed-as-who-goodwill-ambassador-after-outcry>

“El embajador chino en Colombia publicaba en abril de 2020 una columna de opinión resumiendo la línea de pensamiento de las sociedades estatistas: “El mejor antídoto contra el coronavirus es una sociedad unida y disciplinada.” (HU, abril de 2020).”

Por el contrario, gran parte de los problemas globales de salud resultantes de la COVID-19 y las consecuencias empobrecedoras de las cuarentenas sobre el ingreso o la riqueza ciudadanas provienen precisamente del manejo autoritario y guiado por el Partido Comunista Chino que tuvo esta emergencia sanitaria. Si se hubiese procedido con celeridad a alertar sobre los primeros casos en Wuhan, promoviendo transparencia de información y comunicación médica internacional ágil, otra habría sido la suerte de la humanidad ante esta crisis. Se desperdició casi un trimestre que habría sido valioso para la provisión de datos, experiencias, coordinación internacional y se postergó la adopción de medidas de aislamiento focalizado que habrían ralentizado la velocidad de contagios.

Se podrían argumentar atenuantes, como es que este episodio tomó lugar en medio de una guerra comercial entre China y EEUU, por lo cual consideraciones geopolíticas habrían intervenido en la lectura y reacción que hizo el gobierno chino ante este brote infeccioso. Incluso con este mitigante, tengamos en cuenta que es parte de la lógica autoritaria del Partido Comunista Chino el estilo que adoptaron: censura, represión, silencio y persuasión sobre organismos internacionales. Mientras muchos cuestionan la fragilidad democrática, vemos que el único país que espera cerrar el año 2020 con crecimiento económico es China, lo cual equivale, ante un mundo en recesión por la COVID-19, a la actitud del guapo de barrio que derriba a un contrincante y, ya vencido, le sigue pateando con alardes mientras yace en el suelo... Cualquier inversionista que tenga un mínimo de compromiso con inversiones socialmente responsables ESG¹¹ debería desconsiderar el apoyo a instituciones o proyectos que cohonesten este modo de conducir las políticas públicas. Ojalá en algún momento la justicia internacional o al menos moralmente los ciudadanos libres condenen lo que se hizo desde el Partido Comunista Chino y la OMS en el albor de la pandemia del COVID-19¹².

Anexo 4: los médicos y enfermeras como pacientes de COVID-19

Merece destacarse la incidencia dentro del personal médico. A junio de 2020, ya se habían contagiado mundialmente 230.000 trabajadores del sector salud, con 600 decesos de personal de enfermería (TAMAYO G., octubre de 2020). En Colombia, que ha llegado a ser el quinto país por volumen de población contagiada, con 877.683 casos acumulados al 8 de octubre de 2020, ya se tienen 15.259 pacientes de COVID-19 entre médicos, enfermeras y personal auxiliar de hospitales, quienes adquirieron el virus du-

11 Estas siglas ESG en inglés se refieren a baremos de inversión que consideran los temas ambientales, indicadores sociales y de gobernanza. En inglés, es el acrónimo de Environmental, Social, and Governance. Lejos de ser una moda o demagogia, hay estudios, cuya mención o reseña excede nuestro reporte, que comprueban que la aplicación de tales criterios resulta en mejores rendimientos de portafolio. “Nos puede ir bien haciendo el bien”, usando la feliz expresión del economista Andrew Lo. <https://www.investopedia.com/terms/e/environmental-social-and-governance-esg-criteria.asp>

12 Un mundo donde se incrementa la pobreza y se destruyen empresas de modo masivo es precisamente el mejor sustrato para que penetre un virus que se creyó tendría vacuna social al caer el muro de Berlín y el Bloque Soviético. Nos referimos al virus del Comunismo Marxista y a sus versiones mutadas de Socialismo, Progresismo y Estatalismo. La entronización del Partido Comunista Chino como eje del poder mundial, catalizada por cuantiosa financiación por todo el orbe, se consolidaría en tal entorno. Desde luego, acá estamos haciendo un reporte apegado a hechos, datos y si nos permitimos esta digresión en un pie de página no es para alentar teorías de la conspiración, sino apenas para sugerir el ineludible análisis de relaciones de poder y geopolítica que surgen ante toda epidemia, especialmente esta del nuevo coronavirus, cuyos estragos son comparables a una conflagración bélica o tragedia ambiental de alcance planetario, algo totalmente inédito.

Así como EEUU fue el ganador geopolítico de la Segunda Guerra Mundial, esta nueva crisis podría consolidar irreversiblemente el poder global del Partido Comunista Chino y su cultura de represión a la libertad, desconfianza hacia la expresión ciudadana de la individualidad y censura. En plena pandemia, durante su Congreso anual de Mayo de 2020, el Partido Comunista Chino ha retomado la agenda represiva hacia Hong Kong, instaurando la persecución política a los disidentes, que se detuvo transitoriamente en diciembre de 2019, justo antes de iniciarse la pandemia... Curiosamente, Hong Kong tiene tasas de contagio y decesos superiores a los ínfimos niveles registrados en China.



rante su jornada laboral. De ellos, 15.067 se han recuperado y 79 han fallecido (EL COLOMBIANO, 8/10/2020; TAMAYO, 2020). Entre los casos de personal de salud colombiano enfermo al 6 de octubre de la COVID-19, la profesión de *Auxiliar de Enfermería* acumulaba la mayor incidencia, con 5.061 contagiados y le seguían médicos con 2.227 casos, personal administrativo con 1.922 ocurrencias y 1.837 dentro del personal de enfermería (TAMAYO G., 2020).

La crisis del coronavirus ha sido una plataforma para denunciar las deficientes condiciones laborales del personal que presta servicios de atención primaria en salud. En especial, se ha alertado sobre

sus carencias en equipo de protección, su falta de acceso a seguros de salud o prestaciones laborales y la preferencia de los hospitales por colocar al personal auxiliar al servicio del paciente. Adicionalmente, se ha denunciado la desprotección que tienen estos trabajadores para gestionar la tensión emocional y enfermedades mentales asociadas a estas condiciones extraordinarias de servicio bajo la COVID-19. En Colombia, se encontraban incidencias tan altas como 35% para trastorno de ansiedad ó 27% para depresión entre médicos, en un estudio conducido entre 700 galenos de varias ciudades (TAMAYO G., 2020). En febrero de 2020, un estudio análogo conducido en China, con una muestra de 1.257 trabajadores en 34 hospitales, identificaba casos de depresión en la mitad de ellos, ansiedad en el 45% e insomnio en 34%, con especial severidad de los síntomas en el personal que servía en Wuhan, “cuna” del nuevo coronavirus (TAMAYO G., 2020).

En marzo de 2020, la revista médica *The Lancet* señalaba que 20% del personal médico en Italia ya habían contraído la COVID-19 y que en China se contabilizaban 3.300 trabajadores del sector salud contagiados – de los cuales, 22 habían fallecido. La publicación instaba a proveer a estos profesionales de equipo de protección, en inglés *PPE, Personal Protective Equipment*, alimentación adecuada, descanso, apoyo familiar y asistencia psicológica (HORTON, marzo de 2020).

CNBC, en junio de 2020, describió las consecuencias emocionales y de salud mental que ha generado la crisis de la COVID-19 sobre los trabajadores de la salud estadounidenses. Entre la información que aporta, está la dolorosa estadística de dos suicidios entre los trabajadores de la salud en la Ciudad de Nueva York, atribuibles al desorden de estrés postraumático que han desarrollado al atender a los contagiados de la enfermedad. La misma fuente identificaba sentimientos de culpa, ansiedad y desbordamiento entre el personal médico, que han llevado al Alcalde de Nueva York a hablar de “una crisis de salud mental dentro de la crisis.” (WAYLAND, junio de 2020).

El caso venezolano es extremo en carencias que impiden el adecuado trabajo del personal hospitalario (GÓMEZ MASERI, 2020). Un reporte de *Human Rights Watch* y dos organizaciones vinculadas a la estadounidense Universidad Johns Hopkins (el Centro de Salud Pública y, por otro lado, el Centro de Derechos Humanos y de Salud Humanitaria) compilan estas estadísticas:

1) Una encuesta a personal médico venezolano, entre el 27 de febrero y el 1 de marzo de 2020, estimó que 31,8% de los hospitales en Venezuela carecían de agua potable y otro 64,2% la recibía intermitentemente.

2) Otro estudio con 16 hospitales de Venezuela, el 21 de mayo de 2020, encontró que 7 de ellos carecían de jabón o desinfectante; en 8 se tenía escasez de guantes; para las máscaras, también 8 acusaban falta y en total 13 las *reutilizaban*.

3) Un estudio del 16 de mayo de 2020, tenía estas estimaciones respecto a insuficiencias de equipos de protección para hospitales venezolanos: al 57,14% le faltaban guantes; al 61,9%, máscaras; el 76,2% no tenía jabón o desinfectante; en 90,48% no había alcohol o gel.

Otra fuente confirma estas deficiencias: *The Lancet*, al cierre de marzo de 2020, alertaba que, en Venezuela, de acuerdo a una encuesta aplicada a doctores por la ONG Médicos Unidos, apenas 25% de la muestra tenía acceso a agua en sus hospitales y 65% declaraba no tener guantes, máscaras, jabón o equipo de protección para confrontar esta crisis del coronavirus. En el Hospital Universitario de Caracas, solo 80% de los trabajadores tenía acceso al material de protección (PARKIN DANIELS, 2020).

Es un buen contraejemplo para quienes abogan por un sector salud enteramente gestionado por el Gobierno. Venezuela, bajo consignas

propias del Socialismo Cubano, ha estatizado la gestión de salud y restringido la atención médica privada apenas para los burócratas del gobierno que tienen cómo costearla.

Otro problema para la sociedad venezolana es la emigración de los profesionales en atención médica. En junio de 2019, se estimaba que ya 15 mil especialistas en enfermería habían abandonado el país¹³.

Desde CEDICE Libertad hemos publicado un reporte que estudia con mayor detenimiento los problemas entre trabajadores de la salud y perspectivas para mejorar su situación (GOEDDER, 2020)¹⁴.

“La crisis del coronavirus ha sido una plataforma para denunciar las deficientes condiciones laborales del personal que presta servicios de atención primaria en salud.”



13 La cifra fue provista el 28 de Junio de 2019 por Ana Rosario Contreras, presidenta del Colegio de Enfermería del Distrito Capital. Ver: <https://cronica.uno/ana-rosario-contreras-no-descarta-una-renuncia-masiva-del-gremio-de-enfermeria/> La base de datos de personal de salud de la Organización Mundial de la Salud contabiliza un total de 27.200 profesionales en esta área, para Venezuela en el año 2018.

14 Disponible en: https://cedice.org.ve/avada_portfolio/el-rechazo-libertario-al-tiranovirus-3-desafio-de-una-libertad-saludable-3/ El reporte propone una saludable provocación: el riesgo de que las restricciones sindicales y de acreditación para el personal médico hayan incidido en reducir la calidad del servicio médico, al limitar la disponibilidad de trabajadores en el sector salud (para subir su remuneración). Esta perspectiva fue propuesta por Milton Friedman desde hace más de cuarenta años. Un riesgo de esta emergencia de salud es que promueva nuevas prerrogativas para los sindicatos y otros obstáculos para la incorporación de profesionales al sector salud.

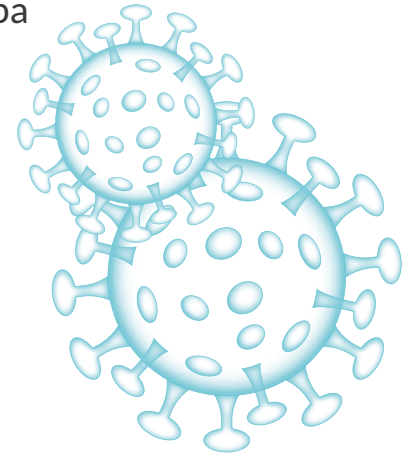
Anexo 5: Los casos de Japón y Corea del Sur

Analizamos seguidamente dos casos nacionales: Japón, que figura en la Tabla 2 y Corea del Sur, que ha tenido bastante merecida publicidad positiva en su manejo de la crisis.

En el caso japonés tenemos una buena muestra de cómo lo aleatorio o lo inesperado podrían explicar resultados en salud pública. Los hábitos culturales de higiene en Japón, incluyendo poco contacto físico con extraños, podrían explicar los pocos contagios. El tapabocas ya se venía usando en casos de resfrío (un buen hábito cívico que también existe en Colombia). Se acostumbraba desde finales del siglo XX el ofrecimiento de gel antibacteriano a la entrada de los edificios. En los restaurantes, a la salida de los baños se ofrece al comensal una toalla hervida. Otro hábito secular es retirarse el calzado antes de entrar al hogar.

Otra posible causa del éxito nipón ante el coronavirus podría provenir de algo muy diferente a los buenos modales o la etiqueta higiénica. Podría ser que la vacuna contra la tuberculosis, BCG, que se suministró en el país desde 1951 por la salud pública, haya conferido inmunidad ante el coronavirus a las personas de mayor edad. Esto sería una buena noticia para Venezuela –los venezolanos con más de 40 años aún tenemos la cicatriz de esa dolorosa vacuna en el hombro. Todo este repertorio de explicaciones para el caso nipón es compilado por ROBLEDO (2020). Esta misma fuente menciona que el nobel de medicina japonés Shinya Yamanaka (quien ha investigado las llamadas “células madre”) sugiere otra posible explicación para la baja incidencia o mortalidad con la COVID-19: que en Japón se propagó una cepa menos agresiva del virus. Es oportuno el comentario para recordar que no estamos ante *un solo* coronavirus, sino ante varias versiones de este flagelo, que muta con velocidad.

Una columna publicada por el Dr. Yamanaka (junio de 2020), considera también si hay un Factor-X (desconocido) que explica el buen desempeño de Japón ante el virus. Además de los factores mencionados de distancia e higiene personales, o la vacuna BCG, otra hipótesis es alguna resistencia genética al virus. El médico considera algo que la Tabla 2 refleja: que Japón está rezagado en aplicación de pruebas para el coronavirus –han hecho test a 20 de cada 1.000 ciudadanos, el peor indicador entre los países comparados. Como contrapeso a esta deficiencia, Japón habría hecho un seguimiento más cercano a los contagiados, incluyendo sus comunidades. El científico también elogia el cierre de escuelas iniciado el 27 de febrero de 2020 en la localidad de Hokkaido y emulado nacionalmente desde el 2 de marzo. En una entrevista, Yamanaka también opina que, en comparación con EEUU, los japoneses han tenido menos restricciones gubernamentales para salir a la calle.



“El nobel de medicina japonés Shinya Yamanaka (quien ha investigado las llamadas “células madre”) sugiere otra posible explicación para la baja incidencia o mortalidad con la COVID-19: que en Japón se propagó una cepa menos agresiva del virus. Es oportuno el comentario para recordar que no estamos ante un solo coronavirus, sino ante varias versiones de este flagelo, que muta con velocidad.”



En suma, Japón es un enigma que merece atención para ver qué se puede emular. No hemos hallado acusaciones de que esté ocultando información, que sí se han formulado para las autoridades en China, país casi vecino. Desde luego, habría que ver si la sinología aporta datos sobre cultura o costumbres que habrían ayudado a prevenir contagios, como ocurrió con los nipones.

CHA (abril de 2020) es una buena referencia sobre el caso surcoreano, que también destaca por la baja prevalencia de contagios de coronavirus. El intensivo uso de la telefonía celular en ese país se ha usado para conectar con los pacientes y monitorearlos –esto incluye la localización satelital de pacientes enfermos. Una medida que ha generado polémica, por el riesgo de invadir privacidad. Las políticas adoptadas en Corea del Sur incluyen:

Intervención en el mercado de máscaras N95 –los “tapabocas”: El Gobierno adquirió 80% de la producción local. Inició la distribución a los hospitales y, luego, para los ciudadanos, aplicó un esquema de racionamiento, aplicando control de precios. Un tapabocas costaba en Corea del Sur, según CHAN (2020), 1,27 dólares en abril de 2010; mientras que en EEUU llegó a cotizarse hasta a 30 dólares.

Aplicación de pruebas para coronavirus mediante puntos de atención para vehículos, en inglés, *drive-through facilities*. La imagen que se nos ocurre, para hacerlo entender, son los “Auto-Mac”, los puntos de venta donde uno compra hamburguesas de McDonald’s sin bajarse del vehículo. El mismo concepto se aplicó para instalar, hasta abril de este año, un total de 70 centros donde los pacientes se aplican el test para COVID-19 sin apearse de su carro. Una idea sumamente original y complementada con otros 600 puntos de atención convencional para hacer las pruebas. Si vemos la estadística de pruebas por millar, Corea del Sur tiene una tasa baja, casi 27 test aplicados a cierre de julio; es superada ampliamente por Reino Unido y EEUU a esa fecha, que ya superaban el centenar. Así que no ha sido volumen de aplicación lo que ha hecho la diferencia. Quizás las eficiencias han provenido de la facilidad para aplicarlas, la implementación ágil durante las primeras semanas de contagio -20 mil pruebas diarias durante el mes de febrero- y el uso de la tecnología celular, tanto para autodiagnóstico como para seguimiento. KIM (marzo de 2020) destaca el uso del teléfono celular para conectar a los médicos con pacientes contagiados. Menciona también que la tecnología de localización GPS, mediante celulares, detecta que paciente con la enfermedad está incumpliendo la cuarentena que se le exige (quince días).

CHA (2020) destaca la velocidad de reacción que tuvo el gobierno surcoreano. El 20 de enero de 2020, menos de una semana de detectarse el primer contagiado con coronavirus, las autoridades organizaron una reunión con 20 compañías, incluyendo laboratorios farmacéuticos y proveedores de equipos médicos. El 23 de febrero se decretó emergencia nacional, si bien no llegó a aplicarse una cuarentena obligatoria para todos los ciudadanos.

Al ver las bajas tasas de contagio en estos dos países asiáticos es razonable considerar si realmente hay alguna ventaja genética entre sus pobladores que ayude a resistir contra el virus. Una forma de evaluarlo sería ver la prevalencia de la COVID-19 entre inmigrantes asiáticos de las naciones más afectadas en América o Europa. Se trata apenas de una hipótesis y a la luz de las explicaciones que se han especulado para el caso japonés.

También habría que considerar si en el resto de Asia se cumple algo que agudamente señala CHA (2020) para los surcoreanos: el aprendizaje que tuvieron con la epidemia de MERS (Síndrome Respiratorio de Oriente Medio) durante 2015, cuya mortalidad alcanzaba hasta a 30% de los contagiados. El virus que la origina es una modalidad de coronavirus, el MERS-Cov. Y, si bien fue hace más años, está también el aprendizaje institucional hecho en 2003 con el SARS, otro coronavirus.

Anexo 6: Las Unidades de Cuidado Intensivo, UCIs

Durante la crisis generada por la COVID-19, una preocupación entre los Gobiernos y el motivo para aplicar la cuarentena, ha sido la alta ocupación de Unidades de Cuidado Intensivo, UCI en castellano. En inglés, se las conoce por el acrónimo de ICU –siglas de *Intensive Care Units*. En estas unidades se usan ventiladores mecánicos, un equipo que también tendría preocupante escasez. El estadounidense Departamento de Salud y Servicios Humanos ha transferido 2.500 millones de dólares a fabricantes de estos ventiladores, para que produzcan 210.000 unidades durante el segundo semestre de 2020 – a un coste medio de 11.904 dólares por ventilador.

Desde EEUU, a finales de Junio de 2020, surgían varias alarmas sobre ocupación en las UCIs . El Sistema de Salud de la Universidad de Duke, en el Estado de Carolina del Norte, tenía apenas 7% de capacidad disponible, tras la internación de pacientes a causa del coronavirus. El condado de Harris, donde está la ciudad de Houston (Tejas), alertaba -que, de seguir el ritmo de contagios con el virus, tendría ocupadas al 100% sus UCIs en apenas once días. Como soluciones, se habían habilitado UCIs de hospitales infantiles como el Texas Children’s Hospitals para adultos y se estarían adaptando otras instalaciones hospitalarias para que funcionen aproximadamente como lo haría una UCI –se denomina en inglés *surge bed* a estos sustitutos imperfectos.

¿Cuál es la probabilidad de emplear una UCI a consecuencia del coronavirus? Se tiene esta estimación global, al 13 de julio de 2020, que publica *El Espectador* (CORREA, Julio de 2020):

“Las estadísticas desde comienzos de la pandemia señalan que cerca del 80% de las personas infectadas por el SARS-CoV-2 presentan síntomas leves, por lo cual pueden recibir manejo en casa. Aproximadamente un 20% requerirá atención hospitalaria, entre un 5-10% de estos requerirá atención en UCI y el 90% de los ingresados en UCI necesitan intubación y ventilación mecánica, en promedio durante al menos 2 ó 3 semanas, lo cual a su vez puede dejar numerosas secuelas si se sobrevive.”



Respecto a la mortalidad en UCIs por causa del coronavirus, la misma fuente añade:

“Estudios similares se han llevado a cabo en muchos países y todos apuntan en la misma dirección. Uno de los más recientes y completos se publicó en la revista *Anaesthesia*, donde los autores analizaron datos de mortalidad en UCI de 24 estudios de países como China (ocho estudios), Estados Unidos (seis estudios), Francia (dos estudios), Canadá, Dinamarca, Países Bajos, Hong Kong, Italia, Singapur, España y Reino Unido (uno cada uno). Sumados abarcaron un total de 10.150 pacientes y encontraron tasas de mortalidad que oscilaron entre 0 %, en pequeñas series de casos, al 84,6 %. La tasa de mortalidad combinada fue de 41,6 %.

“Los autores establecieron que esta mortalidad es ampliamente consistente en todo el mundo, al realizar el análisis de subgrupos por continente, además establecieron que a medida que la pandemia ha progresado, las tasas de mortalidad reportadas se han reducido en más del 50 % en marzo de 2020 a cerca del 40 % a finales de mayo de 2020, lo que puede reflejar quizás una mayor experiencia en el manejo crítico de la enfermedad con el transcurso del tiempo. Sin embargo, la mortalidad en la UCI por COVID-19 sigue siendo más alta de lo que se observa habitualmente para otras neumonías virales.”

RESK (mayo de 2020) describe los requerimientos para una UCI durante el coronavirus – en Brasil, país desde el cual publica, se usa el acrónimo UTI, correspondiente a *Unidad Intensiva de Tratamiento*. Un paciente afectado por la COVID-19 permanece, en media, entre 10 a 14 días en la UCI. Las recuperaciones más veloces han tomado entre 3 a 4 días de permanencia. Los casos con más permanencia se han extendido a tres semanas. Al salir de la UCI, el enfermo debe permanecer más tiempo en el hospital y podría necesitar fisioterapia para recuperar tono muscular. Se ha localizado que el 40% de los que fueron hospitalizados en la UCI a causa de este virus requirieron ventilador pulmonar mecánico, para lo cual han de ser sedados y permanecer inconscientes.

El trabajo de RESK también lista el personal y equipos requeridos para el funcionamiento apropiado de una UCI. La legislación brasilera considera un listado de 39 materiales indispensables. Incluyen: la cama, que debe tener posición ajustable y en algunos casos balanza para pesar al paciente y prevenir deshidratación; monitor multiparamétrico; bomba de infusión; máscara de nebulización y catéter de alto flujo; el mencionado ventilador pulmonar mecánico o respirador; equipo para diálisis, ya que 2 de cada 10 inter-

nados en UCI por coronavirus presentan insuficiencia renal; desfibrilador y cámara de presión negativa. El personal necesario para dar un servicio apropiado en la UCI, con su equipamiento de protección apropiado, incorpora al médico intensivista, del cual se necesita al menos uno para cada diez camas por turno (un paciente podría requerir hasta cuatro visitas diarias); un médico de planta, para el cual también la cantidad adecuada es 1 por cada 10 lechos; de personal de enfermería, es recomendado uno por cada ocho camas; de personal auxiliar de enfermería, la indicación es uno para cada dos camas. Adicionalmente, se requeriría un fisioterapeuta, un auxiliar administrativo dedicado y personal de limpieza.

La resolución 1161 del 15 de julio de 2020, adoptada por el Ministerio de Salud y Protección Social colombiano¹⁵, ayuda a entender el coste de las UCIs, no solo financiero sino también su *coste de oportunidad*. En su artículo 6, establece el valor diario a reconocer por disponibilidad de camas de unidades de cuidado intensivo e intermedio. Es una compensación económica que se da a los prestadores de servicio en salud por tener disponibles camas UCI, sacrificando la ampliación de otras áreas de sus servicios. Este es el coste de oportunidad: la asignación de recursos hacia las UCI significa que se restan recursos para otras funciones del hospital, lo cual reduce ingresos para ellas (y los profesionales que las suministran). El valor diario asignado por cama UCI es equivalente a 125 dólares estadounidenses (son 456.482 pesos colombianos) e incluye recurso humano. La medida se incluye dentro de la “Canasta de Servicios y Tecnologías para la Atención del Coronavirus Covid-19” establecida por el Gobierno Colombiano, que incluye trece servicios y tecnologías – se consideran también la “Atención UCI” para los ámbitos adulto, pediátrico o neonatal.

El pago por capacidad disponible es una medida novedosa en la gestión de salud colombiana. Dos voces

del sector han comparado la disponibilidad de UCIs con la de otras actividades críticas, mencionando específicamente a los bomberos. Las menciona AGUIRRE (17 de julio de 2020):

“El director de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (Achc), Juan Carlos Giraldo, para explicar, plantea a modo de ejemplo el escenario de los bomberos: «A ellos no se les paga por incendios apagados, sino por estar disponibles.»

“Finalmente, Jairo Humberto Restrepo, director del Grupo de economía de la salud de la Universidad de Antioquia, señaló que esta medida, que es nueva en el país, deberá ser uno de los aspectos a tener en cuenta en el futuro del sistema de salud: «Que la oferta hospitalaria reciba un reconocimiento por estar disponible – pues, por ejemplo, las UCI funcionan como los cuerpos de bomberos, que están ahí así no se necesitan todos los días, pero deben financiarse.»

La crisis de la COVID-19 ha revelado que tenemos una insuficiencia global de UCIs. ¿Por qué? ¿Qué desestimuló la inversión en estas Unidades? ¿Podría tratarse de intervención Estatal ineficiente, con mal manejo presupuestario?



15 La Resolución 1161 de 2020 está disponible para descarga en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%201161%20de%202020.pdf

¿Una falla de mercado explicaría la insuficiente provisión de estas Unidades por el sector privado? K1hç et. al. (2019) señalan estas estadísticas sobre UCIs:

- Sólo 5% de los pacientes que se presentan a un hospital son admitidos en UCIs
- Las UCI representan entre 8% y 30% del total de presupuesto de un hospital.
- Uno de los costes más importantes para un hospital es la nómina de la UCI, que es sumamente especializada y puede incrementar los gastos de personal entre 58% y 74%
- Un estudio de 2010, referido en el artículo, señala que los costos variables de las UCI (es decir, los que dependen del volumen de actividad) representan 41% de los costes totales de este servicio. Y, dentro de estos costes variables, el 22% es gasto de nómina, 28% son insumos y 33% viene dado por medicamentos.
- Los autores hallan por cuenta propia que, del coste total de una UCI, el 38,51% viene dado por costes de medicamentos, 24,45% por equipos/dispositivos, 13,14% por gastos en exámenes de laboratorio, 4,92% por gastos quirúrgicos y 3,1% por uso de la unidad de radiología. Se trata, en suma, de una costosa unidad que está interrelacionada con otras áreas del hospital (o tercerizadas) para darle una buena atención al paciente.

El artículo se publica desde Turquía y compara la disponibilidad de UCIs en ese país con otras naciones relevantes. Indican que el número de camas de terapia intensiva turcas se multiplicó por 15 durante los últimos quince años, alcanzando 32.155 camas, de las cuales 61% son para adultos. En 2015, Turquía tenía 1,6 camas de cuidados intensivos por cada 10.000 personas, tasa que compara con 2,8 en EEUU, 2,8 en Alemania, 1,15 en Europa y 0,4 en Portugal. Por cada 100 camas de hospital, Turquía tiene 11 camas de UCI.

La OECD (16/4/2020) provee una actualización al año 2020 para la disponibilidad de estas camas de cuidados intensivos entre sus países miembros, donde figuran Chile, México y la recién incorporada Colombia. Se muestran como tasa por 100.000 personas. La media es de 12 camas por 100.000 para la muestra de 22 países seleccionada. En Latinoamérica, Chile tiene 7,3 por 100.000 y México, lamentablemente, da el indicador más bajo, con 3,3 camas por 100.000. Alemania tiene la mayor proporción, con 33,9 y la medalla de bronce va para EEUU con 25,8 por 100.000. En la Figura 2 se incorporan todos los resultados.

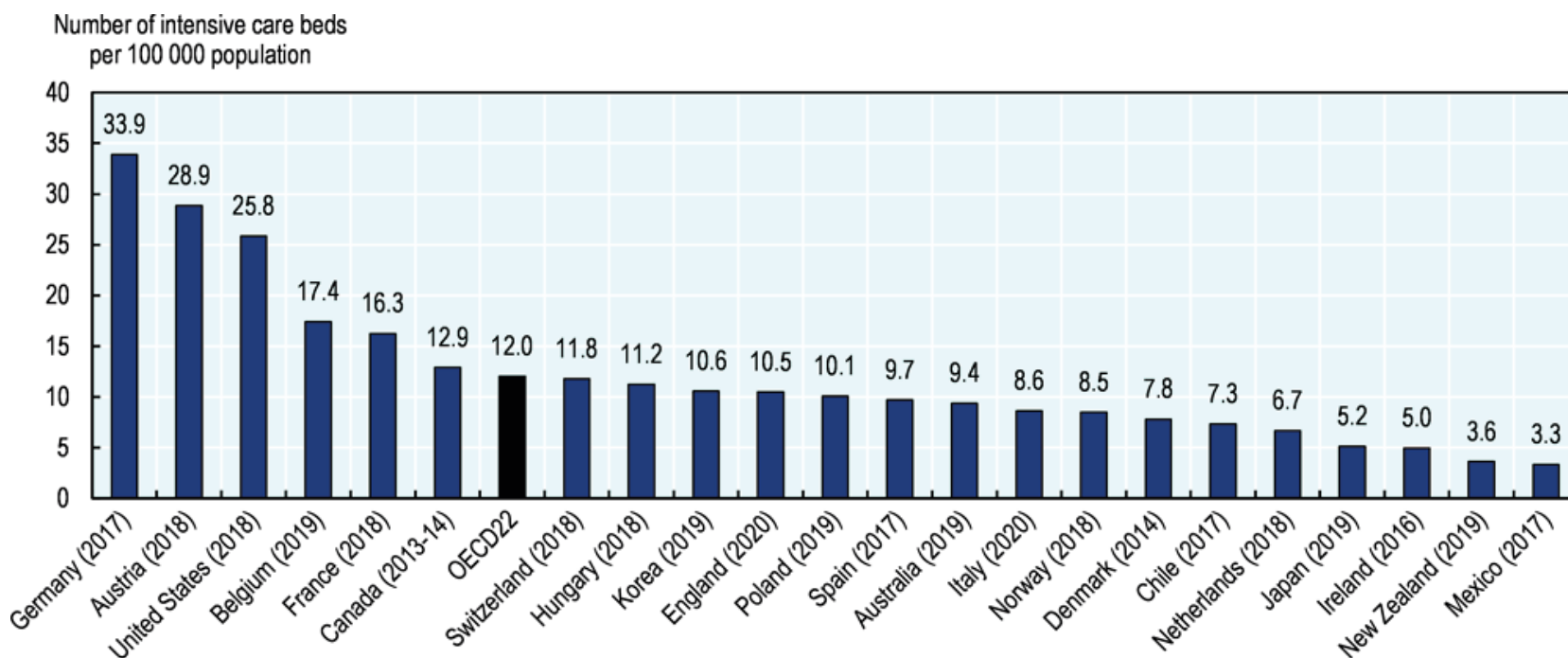


Figura 2. Número de camas de cuidados intensivos por 100.000 habitantes para una muestra de 22 países afiliados a la OCDE. Fuente: OECD (16 de abril de 2020).

La fuente turca ya referida estima que uno de cada tres pacientes ingresados a UCI no califica para esta costosa dependencia de hospital y podrían haberse tratado de otro modo.

En Colombia, se tienen a julio de 2020 estas tasas de disponibilidad de camas UCI, medidas por 10 mil habitantes: 2,20 para la capital, Bogotá; 2,42 en Medellín y 3,60 en Barranquilla.

Para Venezuela, ROJAS (2020)¹⁶ señala que hay 84 camas de UCI con ventiladores que son aptas para el manejo de coronavirus - con una población de 25 millones, da una tasa de 0,03 por 10.000.

PRIN y WUNSCH (2012) hacen advertencias interesantes para estudiar la economía o políticas públicas de las UCIs. Señalan que las técnicas de cuidado intensivo son comparativamente recientes, originándose tras la Segunda Guerra Mundial y una epidemia de polio que ocurrió durante 1952 en Dinamarca. Hacen énfasis en la heterogeneidad en definiciones y prácticas para UCIs. En el caso del personal, por ejemplo, hay modelos abiertos que admiten diferentes categorías de profesionales atendiendo estas Unidades, mientras que en otros se recurre al médico intensivista. No hay un número óptimo de camas de UCI por población ni acuerdo sobre cuánto personal médico se precisa para cada paciente en cuidados intensivos. Destacan que se deben tener en cuenta la composición y salud del grupo poblacional, antes de decidir cuál es la dimensión conveniente, existiendo acuerdo respecto a que se necesitan más UCIs cuánto mayor es la participación de la tercera edad en la pirámide poblacional. Encuentran una gran dispersión en las tasas de disponibilidad entre países, cuya información tampoco es estandarizada. EEUU tendría entre 20 y 32 camas por 100.000 personas, dependiendo de la región donde se mida; en Reino Unido, el rango se mueve entre 3,5 y 7,4 por 100.000, superado por España, con tasa de 8,2 a 9,7. Advierten del peligro de extrapolar las prácticas o conceptos de cuidado intensivo desde naciones desarrolladas a mercados emergentes, donde podría haber otros requerimientos o respuestas por los pacientes. También consideran que hay ventajas al aplicar un enfoque regional a los cuidados intensivos, en vez de una política nacional centralizada (PRIN y WUNSCH, *op. cit.*, pág. 5):

“Una opción para mejorar el rendimiento de los cuidados intensivos es optimizar la eficiencia de entrega del servicio, mediante la regionalización. Si bien aún son incipientes las discusiones sobre las mejores maneras para regionalizar los cuidados intensivos, los beneficios para el paciente asociados con la regionalización se han demostrado en el cuidado de pacientes con trauma, así como ante paro cardíaco, infartos agudos de miocardio (requiriendo intervención coronaria por vía percutánea) o cuidado posoperatorio.”

Y, complicando más la falla de mercado, hay un alto riesgo de uso innecesario, que según vimos podría alcanzar 33% de los casos. Y es razonable que se lleve a este tipo de instalación a quien no precisa el servicio, por dos razones: una, oportunista, que es cobrar más por el servicio –especialmente si el paciente tiene dinero o un buen seguro; y la otra, minimizar el riesgo para el hospital o el médico que trata al enfermo –es mejor llevarlo a la UCI, aunque posiblemente no lo necesite, que errar por dejar de ingresarlo allí –otro ejemplo de que en temas médicos una reacción exagerada, aunque costosa, es mejor vista que la inacción o subestimación de riesgos.



Anexo 7: El caso de las vacunas

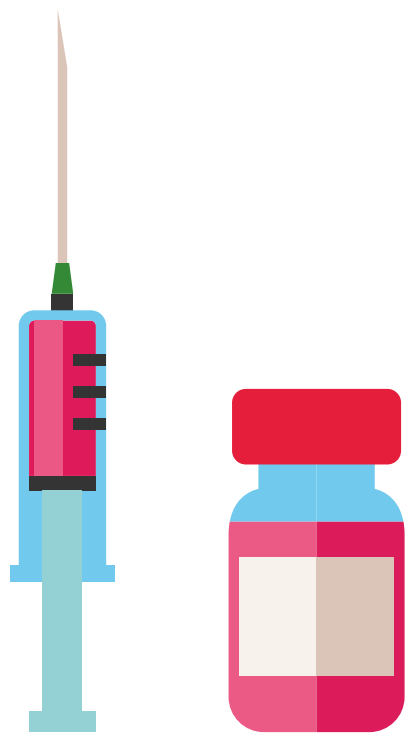
Durante la crisis de la COVID-19, sigue pendiente el desarrollo de una vacuna exitosa. Varias empresas y centros de investigación estarían trabajando en ello, en diferentes latitudes: el Instituto Jenner de la Universidad de Oxford y GSK (Reino Unido); Sanofi (Francia); CanSino (Hong Kong); Sinovac, Instituto Médico de Shenzhen (China); BioNtech (Alemania); en EEUU: Johnson & Johnson, Moderna, Inovio Pharmaceuticals y los Institutos Nacionales de Salud Estadounidense, NIH, que agrupan 27 organizaciones (<https://www.nih.gov/>). Si bien el desarrollo de una vacuna demora entre 10 y 15 años, los grupos de investigación supervisados por la Organización Mundial de la Salud quieren lograr una vacuna contra la COVID-19 en 18 meses. Se han reportado 21 vacunas como candidatas ante la OMS, que están en la llamada “fase uno” de investigación. Otras 139 estarían en fase “cero” o “preclínica”, incluyendo pruebas de laboratorio y con animales.

En Latinoamérica, Argentina ha sido seleccionada por las farmacéuticas Pfizer y Biopharmaceutical New Technologies para conducir las fases 2 y 3 de pruebas para una vacuna con tecnología ARNm (ácido ribonucleico mensajero). Colombia está trabajando con la farmacéutica Janssen de Johnson&Johnson desde la Fundación Cardiovascular de Colombia y la primera inoculación de 18 personas ocurrió el 7 de octubre de 2020 (*El Colombiano*, 8 de octubre de 2020, “Fue noticia en Colombia”). Venezuela ha optado por probar la vacuna Sputnik V, desarrollada en Rusia, que fue importada el 2 de octubre de 2020. Las pruebas de Fase III se realizarán con 2.000 voluntarios (ROMÁN, octubre de 2020).

Desarrollar una vacuna, para coronavirus o cualquier otra enfermedad infecciosa emergente, cuesta entre 200 y 900 millones de dólares (LO et. al., 2020). Hay varias fases para comprobar si es viable –se inicia con pruebas en animales y se va escalando hasta conducir las con humanos, incrementando la dimensión de la muestra. Algunas se quedan en el camino y la inversión en ellas va a pérdida. Y si se aprendió algo en el trayecto, podría ser copiado por un tercero.



SILVA NUMA (2020) describe así las cuatro fases que integran el protocolo estandarizado global para desarrollo de vacunas:



“Fase Preclínica. Después de haberla desarrollado, los científicos prueban la vacuna en animales para comprobar si produce una respuesta inmune.

Fase I. Se le administra la vacuna a un pequeño grupo de humanos que oscila entre 20 y 100 voluntarios. La idea es evaluar la seguridad básica y comprobar si estimula el sistema inmunitario.

Fase II. La vacuna se le da a cientos de pacientes de diferentes edades. Usualmente dura varios meses o hasta 2 años y busca recopilar información adicional sobre seguridad y eficacia. Los datos obtenidos se usan para determinar la dosis, establecer un perfil de reacciones comunes y comprobar si estimula el sistema inmunitario.

Fase III. Involucra a miles de pacientes. La idea es comparar a un grupo que recibió la vacuna con otro de control que recibió un placebo. Este punto es crucial porque acá se identifican reacciones adversas verdaderas, y se comprueba si la vacuna realmente protege contra el virus. Suele durar varios años.

Fases Combinadas. Es la gran novedad con la pandemia. Permite que se realicen ensayos fase I y fase II o fase II y fase III al mismo tiempo.”

El tiempo requerido para el proceso, según la misma fuente, incluye entre 3 y 8 años para culminar la fase preclínica – en ese tiempo se realiza la investigación y desarrollo. Las Fases I, II y III podrían demorar conjuntamente de 2 a 10 años. Y, si todo sale bien, se deben sumar hasta dos años para la revisión y aprobación por autoridades regulatorias.


Los protocolos establecidos por las Autoridades, que se añaden a los vigentes para investigación médica, son parte de los controles para aprobar la vacuna– pocos objetarán que haya tal control Estatal para autorizar una vacuna; lo que preocupa es cuánto podría demorarse por burocracias y el riesgo de que se rechace una sustancia que funciona.

Si hay éxito y la sustancia inmuniza, viene entonces el problema de rentabilizarla. Podría ser que los potenciales beneficiarios carezcan de capacidad financiera para comprarla.

Por todos estos problemas, se han venido aplicando diversos estilos de intervención gubernamental para promover el desarrollo de las vacunas. LO y otros (2020) mencionan estas aproximaciones:

- **Programas de Investigación financiados por el Gobierno**, en los cuales se garantiza la compra de vacunas con fondos públicos, asegurando ingresos para los investigadores. En EEUU, los programas “BioShield” y “Pandemic Influenza Preparedness”, establecidos durante 2003 y 2004, han contado con aportes gubernamentales de 6 mil millones de dólares. El Gobierno reconocía su incapacidad para desarrollar por sí mismo la vacuna, por lo cual promovió alianzas público-privadas y se colocó como objetivo el dotar un “Banco de Vacunas” para la población, en caso de pandemia con enfermedades como el ébola, gripe aviar y SARS – Síndrome Respiratorio Agudo Grave.

- **Premiaciones**, donde se otorgan recompensas en metálico por parte del Gobierno a los inventores de vacunas.



Ambos mecanismos han sido empleados durante la crisis del coronavirus, en EEUU (PATON, 2020). El Programa “Operación Warp Speed” ha conferido 1.600 millones de dólares en Julio de 2020 a la empresa de biotecnología Novavax, la cual parece avanzar a buen ritmo para tener lista una vacuna contra el coronavirus – está en fase final de pruebas con 30 mil voluntarios. El objetivo es producir hasta 100 millones de dosis de la vacuna, una vez que esté homologada. El Programa Estatal es liderado por un general activo, Gustave Perna, en conjunto con Moncef Slaoui, un exdirectivo de la farmacéutica GlaxoSmithKline. Con el enfoque de recompensas, la empresa Regeneron Pharmaceuticals ha recibido otros 450 millones de dólares, también para desarrollar una vacuna contra la COVID-19. Fue dentro de un programa denominado “Coalition for Epidemic Preparedness Innovations”, que ya había conferido 338 millones de dólares a Novavax en mayo. Esta otra iniciativa es coordinada por BARDA, la Autoridad Estadounidense para la Investigación Biomédica Avanzada y el Desarrollo -U.S. Biomedical Advanced Research and Development Authority.

En línea con estas dos soluciones, están las órdenes Anticipadas de vacunas por parte del Gobierno. El mencionado proyecto “Bioshield” estadounidense ha llegado a garantizar hasta ocho años de compras para algunas vacunas, incluso antes de su aprobación final. Otro incentivo oficial estadounidense para la creación de vacunas es ofrecer como compensación una aprobación más expedita para otros medicamentos que produzca el mismo laboratorio que desarrolla la vacuna, especialmente si estos otros productos de autorización más ágil tienen mayor rentabilidad esperada – incluso se autorizaría a que el laboratorio revenda este privilegio de aprobación expedita a otra empresa - puede llegar a valer hasta 350 millones de dólares.

Un riesgo en esta “carrera” por conseguir una vacuna contra la COVID-19 es el afán de promoción para los Gobiernos o laboratorios que logren un resultado favorable. Tal ansia de protagonismo podría relajar los protocolos de aprobación. Un ejemplo de estas medidas sería el “reemplazo de hitos” (en inglés, *surrogate endpoints*), mediante los cuales se consideran aptos los resultados exitosos parciales que se tengan con ciertos indicadores (*biomarkers*) para la muestra de pacientes, en lugar de esperar por información más completa y consistente. El riesgo con ello es que haya resultados adversos, ya que el sistema inmunológico tiene mucha dispersión entre pacientes. Son los entes regulatorios, idealmente desligados de presiones políticas, los que deben determinar cuál es el umbral técnicamente seguro de pruebas (NISEN, 2020).

LO y otros (marzo de 2020), nos recuerdan que son organizaciones privadas sin fines de lucro las que siguen siendo decisivas para dar financiación a la investigación médica, incluyendo vacunación – mencionan a la Fundación Bill y Melinda Gates, el Wellcome Trust y alianzas público-privadas como el CEPI. Adicionalmente, estos autores proponen la creación de un “megafondo” global que gestione 141 proyectos de vacunación para epidemias, con un valor conjunto de 35 mil millones de dólares – un costo promedio de 250 millones por proyecto. Analizan el perfil de riesgo del fondo, sus rendimientos esperados y mitigantes de volatilidad.

MESA (2020) recuerda un debate que está encendido sobre la vacuna para la COVID-19: ¿Cómo se distribuirá? Parte de la respuesta tiene que ver con la propiedad. ¿Quién se adjudicará la propiedad intelectual? Este autor menciona el caso de Sanofi, laboratorio que, si bien está localizado en Francia, generó polémica porque señaló que entraría la vacuna a otro de sus financistas, el gobierno estadounidense. No olvidemos que también el asunto de la vacuna para el coronavirus se ha convertido en un tema de geopolítica y patriotismo, que es uno de los riesgos al incluir financiación Estatal. Si un país consigue la vacuna antes que el resto, tendrá poder para establecer a qué naciones se asignan las primeras dosis. Existiendo el problema

de que los contribuyentes de un país cuyo Gobierno haya apoyado el desarrollo de la vacuna tendrían derecho a exigir que se dé prioridad a sus conciudadanos antes que al resto del mundo.

El problema distributivo apunta a que las dosis se hagan accesibles para los países y personas con mayor poder adquisitivo. El laboratorio que logre la vacuna querrá recuperar la inversión realizada y obtener ganancias, así haya contado con apoyo oficial. Sus accionistas privados exigirán rentabilidad por las inversiones realizadas y la asignación de esfuerzos a ese proyecto, en lugar de otros.

Desde la organización estadounidense Council of Foreign Relations, CFR (Consejo de Relaciones Exteriores), Richard Haass (2020) destaca los problemas que tiene la producción a gran escala de la vacuna, que idealmente habría de ser empleada para inmunizar a los casi ocho mil millones de habitantes del planeta. Dejando de lado que habrá quienes no deseen ser vacunados o que su efecto no será igualmente benéfico para todos, es inviable abastecer con esta sustancia al conjunto de la humanidad, al menos por años. HAAS propone algunas reglas de asignación y alerta sobre los potenciales inconvenientes:

“En el ámbito nacional, cada gobierno debe comenzar a pensar cómo distribuirá aquellas vacunas que produzca o reciba. Una idea sería administrarlas primero a trabajadores de la salud, seguidos de policías, bomberos, fuerzas armadas, profesores y otros trabajadores esenciales. Los Gobiernos también deben considerar qué prioridad dar a quienes tienen el mayor riesgo de desarrollar complicaciones serias por la COVID-19, tales como los ancianos y aquellos con condiciones preexistentes. ¿Debe la vacuna ser gratis para algunos o para todos?”

“En la esfera internacional, las preguntas son todavía más complejas. Necesitamos asegurarnos de que la producción pueda ser elevada rápidamente, de que se coloquen reglas para la disponibilidad y de que suficiente financiación sea comprometida para que los países más pobres queden cubiertos. La Alianza para Vacunas GAVI, la Organización Mundial de la Salud, varios gobiernos y la Fundación Bill y Melinda Gates han conformado la Línea para Acceso Global a la Vacuna contra la COVID-19 (COVAX) . Sus creadores proponen que cualquier vacuna eficaz que se obtenga debe ser tratada como un bien público global y ser distribuida equitativamente en el mundo, independientemente de dónde haya sido inventada o de la capacidad de pago de una nación. La OMS ha propuesto un marco de asignación global que busca de asegurar prioridad a las poblaciones más vulnerables y a los trabajadores de la salud.

“Estas aproximaciones podrían ser poco realistas. No se trata solamente de que COVAX carece de suficiente fondeo, de que China y Estados Unidos no se incluyen entre sus participantes o de que carece de autoridad. Se trata de que seguramente todos los gobiernos estarán bajo enorme presión para cuidar primero de sus propios ciudadanos. En lo relacionado con vacunación, el nacionalismo ganará sobre la visión multilateral.”

Sobre COVAX, se tiene esta dirección en Internet, dentro del portal de GAVI: <https://www.gavi.org/covid19/covax-facility>. CEPI es parte de los financistas para COVAX y tiene por objetivo proveer 2 mil millones de dosis de vacunas contra la COVID-19. A los Gobiernos que se sumen a financiar la Línea de Asistencia propuesta por COVAX, se les dará como contraprestación la garantía de vacunas para el 20% de su población. La invitación a los Gobiernos para sumarse a este Fondo culminó el 10 de julio¹⁷.

17 Ver: https://www.gavi.org/sites/default/files/covid/The-COVAX-Facility_backgrounder-3.pdf

Desde Colombia tenemos un ejemplo sobre las gestiones oficiales para acceso a vacunas desde naciones emergentes. El director de medicamentos y tecnologías del Ministerio de Salud, Leonardo Arregocés, ha dado estas declaraciones (UNIDAD INVESTIGATIVA y Cortés, 2020):

“Las gestiones para adquirir vacunas empezaron hace varias semanas. En este momento, hay dos formas de acceso. Uno, son convenios directamente con los fabricantes, que es lo que han hecho EEUU, Brasil, Italia, Alemania y Holanda. Colombia empezó esto a través de la Cancillería. Una estrategia diplomática en la que las embajadas empezaron a buscar temas relacionados con covid-19. Tratamientos, pruebas, vacunas o cualquier conocimiento. Dentro de esto, aparecieron las vacunas. A través de la Cancillería, hemos tenido acceso a poder hablar con varios fabricantes.

Algunos de China y Estados Unidos Hemos tenido sesiones donde discutimos cómo serían estas vías de acceso a la vacuna si se llegara a hacerse una negociación bilateral. Otra forma de acceso es un mecanismo de acceso que se llama Covax, que lo que hace es reunir la demanda mundial y permitirles el acceso a los países a la vacuna de forma equitativa.

(...) Hay una organización multilateral, Alianza Gavi, que desde 2013 compra vacunas para países de menor ingreso: unos 73 que juntó el Covax. Gavi recoge fondos entre países de mayor ingreso y negocia vacunas para entregárselas a los de menor ingreso. Hay otro grupo que lo conforman los países que se pueden autofinanciar, como Colombia (...)

El mecanismo Covax ha dejado hasta ahora algunas reglas para poder participar. La primera es haber manifestado el interés, a más tardar el día 10 de julio, como lo hizo Colombia. Todos los países hemos presentado una expresión de interés, pero no ha llegado el momento en el que los países dejan su participación en firme o hacer un acuerdo vinculante. Una vez llegue el momento, los países deben comprometerse a adquirir vacunas para el 20% de la población a través de ese mecanismo. Hasta ahora esa parte financiera no es clara. Los productores no han dicho cuánto vale la dosis y por eso es difícil hacer un acuerdo financiero. Lo que Covax ofrece es acceso equitativo y lo más temprano que se pueda. Por ese mecanismo se les garantiza a los productores una compra suficiente para que sigan los desarrollos.”

Una declaración conjunta de ocho gobiernos mundiales, con el título “La Comunidad Internacional debe garantizar acceso global equitativo a la vacuna para la COVID-19”, fue publicada como artículo en el Washington Post¹⁸ el 15 de julio de 2020. La firmaron Justin Trudeau, primer ministro de Canadá; Sahle-Work Zewde,



18

Disponible en: <https://www.washingtonpost.com/opinions/2020/07/15/international-community-must-guarantee-equal-global-access-covid-19-vaccine/>

presidente de Etiopía; Moon Jae-in, presidente de Corea del Sur; Jacinda Ardern, primera ministra de Nueva Zelanda; Cyril Ramaphosa, presidente de Sudáfrica e integrante de la Junta de la Unión Africana; Pedro Sánchez Pérez-Castejón, premier español; Stefan Lofven, primer ministro sueco y Elyes Fakhfakh, primer ministro de Túnez. Dos contenidos de su manifiesto merecen citarse:

“No podemos permitir que el acceso a vacunas incremente las desigualdades entre o dentro de los países – independientemente de que sean naciones de ingresos bajos, medios o altos. Una futura vacuna contra la COVID-19 puede ser instrumental en nuestro compromiso para alcanzar uno de los elementos claves en las metas de desarrollo sostenible de la ONU: asegurar vidas saludables y promover el bienestar para todas las edades.”

“Llamamos a los líderes mundiales a comprometerse a contribuir con una distribución equitativa de la vacuna contra la COVID-19, fundamentados en el espíritu de mayor libertad para todos.”

La geopolítica reciente incluye medidas como una línea de crédito por mil millones de dólares para adquirir vacunas, que el gobierno chino ha anunciado que otorgará para las naciones de Latinoamérica y El Caribe (UNIDAD INVESTIGATIVA, Julio de 2020).

Este problema de la vacuna contra la COVID-19 nos coloca ante una falla doble, en salud. Una disfunción proviene del mercado, por la insuficiencia de los incentivos privados para suplir la vacuna a todos los que la necesiten –idealmente, llevar inmunidad a la humanidad entera. Y se añade otro funcionamiento inadecuado, esta vez proveniente del Gobierno, que también puede restar acceso inmunitario al guiarse por prioridades nacionalistas u otras de su agenda política. El caso también muestra la interrelación global que tiene la atención a la salud: no se trata de un asunto nacional, sino de un asunto que nos integra como humanidad. Todo ser humano enfermo reclama solidaridad de sus congéneres.



Anexo 8: Referencias

AGUIRRE FERNÁNDEZ, Richard. (20/08/2020). “¿Con 502.000 contagios ahora cuál será la tarea?”. *El Colombiano*. Medellín: Grupo Editorial El Colombiano, pág. 4.

AGUIRRE FERNÁNDEZ, Richard. (4 de Octubre de 2020). “¿Qué ha pasado tras 212 días con el coronavirus en el país?”. *El Colombiano*. Medellín: Grupo Editorial El Colombiano, pp. 5-7.

AGUIRRE FERNÁNDEZ, Richard. (17/07/2020). “Gobierno pagará disponibilidad de camas en medio de la pandemia.” En: *El Colombiano* edición impresa. Medellín: El Colombiano S.A., pág. 5.

BÁRCENA, Fernando (2002). “Hannah Arendt: Una poética de la natalidad.” Madrid: *Revista de Filosofía*. No. 26, 2002, pp. 107-123.

BARRO, Robert, José F. Ursúa y Joanna Weng. (Abril de 2020). “The Coronavirus and the great influenza pandemic: lessons from the «Spanish Flu» for the Coronavirus’s Potential Effects on Mortality and Economic Activity”. *Working Paper 26866*. Cambridge, Massachusetts: National Bureau of Economic Research.

BLOFIELD, Merike, Cecilia Giambruno y Fernando Filgueira. (2020). “Policy expansion in compressed time. Assessing the speed, breadth and sufficiency of post-COVID-19 social protection measures in 10 Latin American countries.” Series Social Policy # 235. Santiago: United Nations.

BLOOMBERG. (7 de Octubre de 2020). “Coronavirus: Mapping Covid-19 Confirmed Cases and Deaths Globally”. Disponible en: <https://www.bloomberg.com/graphics/2020-coronavirus-cases-world-map/?srnd=premium&sref=5wGIXq8n>

CARLSON, Débbie. (24/9/2020). “COVID Impact varies across Emerging Market ETFs.” Publicación digital ETF.com Disponible en: <https://www.etf.com/sections/features-and-news/covid-response-varies-across-emerging-markets?nopaging=1>

CEPAL. (3 de abril de 2020). “América Latina y el Caribe ante la pandemia del COVID-19. Efectos Económicos y Sociales.” *Informe Especial COVID-19*, No. 1 Santiago de Chile: Naciones Unidas.

CEPAL. (30 de julio de 2020). “Salud y economía: una convergencia necesaria para enfrentar el COVID-19 y retomar la senda hacia el desarrollo sostenible en América Latina y el Caribe.” *Informe Especial COVID-19*, CEPAL-OPS. Santiago de Chile: Naciones Unidas.

CEPAL. (2020). *Estudio Económico de América Latina y el Caribe. Principales condicionantes de las políticas fiscal y monetaria en la era pospandemia de COVID-19*. Santiago de Chile: Naciones Unidas.

CHA, Víctor (10 de abril de 2020). “South Korea offers a lesson in best practices.” En: *Foreign Affairs*. Tomado de la edición digital:

<https://www.foreignaffairs.com/articles/united-states/2020-04-10/south-korea-offers-lesson-best-practices>

CORREA, Gloria. (14 de julio de 2020). “La ruleta rusa de llegar a una unidad de cuidados intensivos.” *El Espectador*. Bogotá: COMUNICAN S.A., pág. 6. Disponible on-line en:

<https://www.elespectador.com/noticias/salud/la-ruleta-rusa-al-llegar-a-una-unidad-de-cuidados-intensivos/>

DAVIES, Stephen. (Abril de 2020). “Going Viral. The history and economics of pandemics”. Colección *IEA Briefing Papers, #1*. Londres: IEA.

EL COLOMBIANO. (4 de agosto de 2020). "Lo que faltaba. Demora en resultados de pruebas COVID-19." *El Colombiano*, Medellín: Grupo Editorial El Colombiano, p. 21.

EL COLOMBIANO. (8 de octubre de 2020). "Radar/Actualidad". Medellín: Grupo Editorial El Colombiano¹⁹, p. 9.

EL COLOMBIANO. (8 de octubre de 2020). "Fue noticia en Colombia. Colombia vacunó a 18 voluntarios con dosis contra COVID". Medellín: Grupo Editorial El Colombiano²⁰, p. 9.

GIUGLIANO, Ferdinando. (1 de Julio de 2020). "From Leicester to Lisbon, Coronavirus outbreaks follow a pattern." En: Bloomberg.net, tomado de:

<https://www.bloomberg.com/opinion/articles/2020-07-01/from-leicester-to-lisbon-coronavirus-clusters-expose-inequality?sref=5wGIXq8n>

GÓMEZ MASERI, Sergio. (26/5/2020). "Lo de Venezuela y el covid-19 es 'una bomba de tiempo' para el país y la región". *El Tiempo*. Bogotá: Grupo Editorial El Tiempo, pág. 1.2.

GOEDDER, Carlos. (2020). "El Rechazo Libertario al Tiranovirus. Desafío de una Libertad Saludable". Observatorio de Gasto Público de CEDICE LIBERTAD. Caracas: CEDICE LIBERTAD. Disponible en: https://cedice.org/ve/avada_portfolio/el-rechazo-libertario-al-tiranovirus-3-desafio-de-una-libertad-saludable-3/

HAASS, Richard (14/07/2020). "The Politics of a COVID-19 Vaccine." Nueva York: Council on Foreign Relations. Tomado de: <https://www.cfr.org/article/politics-covid-19-vaccine>

HARFORD, Tim. (9/9/2020). "Statistics, lies and the virus: Tim Harford's five lessons from a pandemic." Financial Times. Edición digital para suscriptores. Disponible en: <https://www.ft.com/content/92f64ea9-3378-4ffe-9fff-318ed8e3245e>

HORTON, Richard, Editor. (21 de Marzo de 2020). "Editorial: COVID-19: protecting health-care workers." En: *The Lancet*, Vol. 395, pág. 922.

HU, Lan. (23/04/2020). "Unidad y disciplina: el antídoto chino contra el covid-19. En: *Diario El Tiempo*. Bogotá: Grupo Editorial El Tiempo, pág. 1.10.

K1HÇ, Mehmet, Nureddin Yüzkat, Celaledin Soyalp y Nurşin Gülha. (2019). "Cost Analysis on Intensive Care Unit Costs Based on the Length of Stay." *Turkish Journal of Anaesthesiology & Reanimation*. Estambul: Turkish Anaesthesiology and Intensive Care Society, Vol. 47(2), pp. 142-145.

KIM, Max (6 de marzo de 2020). "South Korea is watching quarantined citizens with a smartphone app." MIT Technology Review. Tomado de:

<https://www.technologyreview.com/2020/03/06/905459/coronavirus-south-korea-smartphone-app-quarantine/>

LO, Andrew W., Jonathan T. Vu, Benjamin K. Kaplan, Shomesh Chaudhuri y Monique K. Mansoura. (marzo de 2020). "Financing Vaccines for Global Health Security". MIT Sloan Working Paper 6105-20. Cambridge, MA: MIT Sloan School of Management. Tomado de: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.03.20.20039966v1>

MAYO FOUNDATION FOR MEDICAL EDUCATION AND RESEARCH (MFMER). (2020). "Enfermedad del Coronavirus." Contenido publicado en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/coronavirus/symptoms-causes/syc-20479963?p=1>

19 El Colombiano es un emblemático diario antioqueño que suscribimos en Medellín. Publica diariamente las estadísticas de la COVID-19 en Colombia, tomando como fuente al colombiano Instituto Nacional de Salud.

20 El Colombiano es un emblemático diario antioqueño que suscribimos en Medellín. Publica diariamente las estadísticas de la COVID-19 en Colombia, tomando como fuente al colombiano Instituto Nacional de Salud.

MESA, Jesús. (19/07/2020). "La batalla política detrás de la carrera por la vacuna del coronavirus." *El Espectador*. Bogotá: COMUNICAN S.A., pp. 12-13.

MINISTERIO DE SALUD ARGENTINA. (mayo de 2020). "Covid-19. Vigilancia, Prevención y Control de Zoonosis en Contexto de Emergencia Sanitaria." Buenos Aires. Disponible en la página de Internet de la Organización Panamericana de la Salud: <https://covid19-evidence.paho.org/handle/20.500.12663/1814>

NISEN, Max. (18 de mayo de 2020). "Vaccine developers like Moderna need to take their time." En: Bloomberg Edición Digital. Tomado de: <https://www.bloomberg.com/opinion/articles/2020-05-18/covid-vaccine-developers-need-to-take-their-time>

OECD. (2019). "Health at a Glance 2019". OECD Indicators. París: OECD Publishing.

OECD. (16/04/2020). "Beyond Containment: Health systems responses to COVID-19 in the OECD." Secretary-General of the OECD.

PARKIN DANIELS, Joe. "Venezuelan Migrants 'struggling to survive' amid COVID-19". Londres: *The Lancet*, Vol. 395, 28 de marzo de 2020.

PATON, James. (7 de Julio de 2020). "Prognosis. Novavax Covid Vaccine Gets \$1.6 Billion in U.S. Funding". En: Bloomberg, Edición Digital. Tomado de: <https://www.bloomberg.com/news/articles/2020-07-07/novavax-covid-vaccine-gets-1-6-billion-in-u-s-warp-speed-funds?sref=5wGIXq8n>

PENNINGTON, Mark. (13/08/2020). "The response to the pandemic: A Hayekian view." Briefing #13. Londres: IEA

PONTES, Mauro R.N. y Julio Pereira Lima. "Correspondence. Brazil's COVID-19 response." *The Lancet*, Vol. 396, 19/9/2020, p. 34. Londres, Elsevier Group.

PRIN, Meghan y Hannah Wunsch. (diciembre de 2012). "International comparisons of intensive care: informing outcomes and improving standards." NIH Public Access. National Institutes of Health. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3551445/pdf/nihms433772.pdf>

QUAMMEN, David. (2012). "Spillover. Animal Infections and the Next Human Pandemic". Nueva York: W.W. Norton&Company.

RESK, Felipe. (2 de mayo de 2020). "Como funciona um quarto de UTI." Estado de São Paulo. Edición Digital para suscriptores. Tomado de: <https://www.estado.com.br/infograficos/saude,como-funciona-um-quarto-de-uti,1092277>

ROBLEDO, Gonzalo. (12/07/2020). "La higiene japonesa y su papel frente al COVID-19." En: *El Espectador*. Bogotá: COMUNICAN SA, pp. 20-21.

ROMÁN, Andyvell. (2 de octubre de 2020). "Venezuela recibió primer lote de vacuna rusa Sputnik V". Últimas Noticias. Caracas: Grupo Últimas Noticias. Disponible en: <https://ultimasnoticias.com.ve/noticias/politica/venezuela-recibio-primer-lote-de-vacuna-rusa-sputnik-v/>

SANTA MARÍA S., Mauricio, Carlos Felipe Prada, Ekaterina Cuéllar K., Anwar Rodríguez C. y Camila Ciurlo A. (23/9/2020). "¿Qué explica la variabilidad de los datos de Mortalidad por SARS-CoV-2 en el mundo?". Comentario Económico del Día. Bogotá: ANIF Centro de Estudios Económicos y Banco AV Villas (Grupo Aval).

SILVA NUMA, Sergio. (26 de julio de 2020). "Vacuna: una promesa a medio camino." *El Espectador*. Edición Impresa. Bogotá: COMUNICAN S.A., pp. 4-5.

PUBLICACIONES SEMANA. (4 de octubre de 2020). "En cifras. No es solo un número." Revista Semana. Bogotá, pp. 48-50.

SHAPIRO, Leslie, Youjin Shin, Chris Alcantara, Bonnie Berkowitz, Kevin Schaul y otros (8 de octubre de 2020). "At least 212,000 people have died from coronavirus in the U.S.". *Washington Post*²¹, Edición digital para suscriptores. Washington. Disponible en:

https://www.washingtonpost.com/graphics/2020/national/coronavirus-us-cases-deaths/?itid=hp_pandemic-guide-box

SNOWDON, Christopher. (septiembre de 2020). "YOU HAD ONE JOB. The shortcomings of Public Health England and the World Health Organization during the Covid-19 pandemic." Colección *IEA Briefing Papers, #14*. Londres: IEA. Disponible en:

<https://iea.org.uk/publications/you-had-one-job-the-shortcomings-of-public-health-england-and-the-world-health-organization-during-the-covid-19-pandemic/>

STIEG, Cory. (7 de octubre de 2020). "Now the CDC confirms Covid-19 is airborne –here's what that means for you." Health and Wellness. CNBC. Disponible en: https://www.cnn.com/amp/2020/10/07/cdc-confirms-airborne-transmission-of-covid-19-how-to-prevent-spread.html?__source=instagram%7Cmain

TAMAYO GOYENECHÉ, Laura. (8 de octubre de 2020). "Continuar, a pesar de tantos riesgos...". Salud Informe. *El Colombiano*. Medellín, Grupo Editorial El Colombiano, p. 8

THEBAULT, Reis y Alyssa Fowers. (31/7/2020). "Pandemic's weight falls on Hispanic and Native Americas, as deaths pass 150,000." *Washington Post*, Edición digital para suscriptores. Washington. Disponible en:

https://www.washingtonpost.com/health/2020/07/31/covid-us-death-toll-150k/?arc404=true&itid=lk_inline_manual_27

UNIDAD INVESTIGATIVA y Natalia Cortés Alarcón. (26 de Julio de 2020). "Así se mueve Colombia para obtener la posible cura de covid-19." *El Tiempo*. Edición Impresa. Bogotá: Grupo Editorial El Tiempo, pág. 1.4.

UNIDAD INVESTIGATIVA. (26 de julio de 2020). "Pulso geopolítico para garantizar el acceso a la dosis." *El Tiempo*. Edición Impresa. Bogotá: Grupo Editorial El Tiempo, pág. 1.4.

WAYLAND, Michael (27 de junio de 2020). "I still have nightmares every night – health workers struggle with PTSD symptoms as coronavirus takes toll." CNBC – Health and Science Tomado de Internet: <https://www.cnn.com/2020/06/27/coronavirus-takes-emotional-toll-health-workers-suffer-ptsd.html>

WEBMD. (2020). "How COVID-19 affects your body." WebMD LLC. Tomado de: <https://www.webmd.com/lung/ss/slideshow-covid-19-body-effects>

YAMANAKA, Shinya (12/07/2020). "Uncovering Japan's coronavirus X-factor matter to the world." En: *Nikkei Asian Review*, Edición Digital. Tomado de: <https://asia.nikkei.com/Business/Science/Yamanaka-on-COVID-19/Uncovering-Japan-s-coronavirus-X-factor-matters-to-the-world>

ZACHER, Mark W. "Vigilancia Epidemiológica Mundial." En: KAUL, Inge, Isabelle Grunberg y Marc A. Stern, Editores. Bienes Públicos Mundiales. La Cooperación Internacional en el Siglo XXI. Traducción de Daniel Rey Díaz. México D.F.: Oxford University Press.

21 Esta publicación ofrece la dirección de correo electrónico uscoronavirustracker@washpost.com, correspondiente al equipo periodístico que hace el monitoreo diario de la COVID-19 en EEUU.





Producido y editado por:

Carlos Sabino

Junta Honorífica de la Red Liberal de América Latina

Silvia Mercado

Coordinadora de la Red Liberal de América Latina

Brenda Rodríguez

Asistente de la Red Liberal de América Latina

Diseño gráfico y diagramación:

Carlos Durand | www.carlosdurand.net

f [relial.red](https://www.facebook.com/relial.red)

t [@RELIALred](https://twitter.com/RELIALred)

📷 [Red.reliat](https://www.instagram.com/Red.reliat)

IOS Offices Torre Murano, Av Insurgentes Sur 2453,
Suite 6000, Piso 6Col. Tizapan Alvaro Obregón
CP 01090 CDMX
Tel:+55 5255565548

<http://www.reliat.org>

