



Tendencias de los diseños de políticas públicas sanitarias para la pandemia Covid-19 en América Latina

Trends in public health policy designs for the COVID-19 pandemic in Latin America

Bayron Alberto-Paz Noguera^{1,2*} orcid.org/0000-0002-2999-6185

1. Programa de Economía, Universidad de Nariño. Pasto, Colombia.
2. Grupo de Investigación en Economía, Gobierno y Políticas Públicas. Universidad de Nariño. Pasto, Colombia.

Fecha de recepción: Junio 29 - 2020

Fecha de revisión: Septiembre 07 - 2020

Fecha de aceptación: Diciembre 04 - 2020

Paz-Noguera BA. Tendencias de los diseños de políticas públicas sanitarias para la pandemia Covid-19 en América Latina. Univ. Salud. Suplemento1: Especial Covid-19. 2020 22(3):327-339. DOI: <https://doi.org/10.22267/rus.202203.205>

Resumen

Introducción: Ante la inminente llegada de la pandemia COVID-19 a América Latina los gobiernos debieron diseñar políticas públicas sanitarias. **Objetivo:** Determinar las tendencias de los diseños de políticas públicas sanitarias para la pandemia COVID-19 en América Latina. **Materiales y métodos:** Se aplicó una ruta analítica y metodológica para reconstruir las características del problema social y los diseños de políticas públicas en diez países de América Latina, usando datos de fuentes secundarias. **Resultados:** La esencia de la pandemia de COVID-19 como problema social en América Latina, se originó en que el sistema sanitario de los países no estaba preparado y que su capacidad se desbordaría rápidamente. Se evidencian estilos en los diseños de políticas de protección social representados en tres grupos de países: el primero con estilos fuertes y estrictos (Argentina, Bolivia, Colombia, Ecuador, Paraguay y Perú), el segundo, flexibles (Chile y Uruguay), y un tercero, laxos (Brasil y México). **Conclusiones:** Las tendencias en los diseños de políticas públicas sanitarias son divergentes, lo cual repercutirá en las diferentes intensidades y duraciones de la pandemia en cada país.

Palabras clave: Política pública; Infecciones por Coronavirus; Pandemias; América Latina. (Fuente: DeCS, Bireme).

Abstract

Introduction: The Latin American countries had to design public health policies to confront the imminent arrival of the COVID-19 pandemic. **Objective:** To determine the trends in the designs of public health policies facing the COVID-19 pandemic in Latin America. **Materials and methods:** An analytical and methodological approach was applied to reconstruct the characteristics of the social problem and the designs of public policies in ten Latin American countries, using data from secondary sources. **Results:** The COVID-19 pandemic triggered social problems in Latin America that were caused by the unpreparedness of the countries' health systems and their inability to contain it. Thus, countries designed social protection policies that can be outlined within three main approaches: (i) strong and strict (Argentina, Bolivia, Colombia, Ecuador, Paraguay and Peru); (ii) flexible (Chile and Uruguay) and (iii) lax (Brazil and Mexico). **Conclusions:** The trends in the designs of public health policies are divergent, which will affect the intensity and length of the pandemic in each country.

Key words: Public policy; coronavirus infections; pandemics; Latin America. (Source: DeCS, Bireme).

*Autor de correspondencia

Bayron Alberto Paz Noguera
e-mail: bp@udenar.edu.co

Introducción

El origen de las pandemias se remonta al neolítico, cuando los humanos empezaron a domesticar animales y a cohabitar con ellos en asentamientos permanentes⁽¹⁾. Desde entonces, la humanidad ha acumulado un extenso historial de enfermedades provocadas por virus que han retado su supervivencia. La última de estas pandemias fue declarada oficialmente el día 11 de marzo de 2020 por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Se trata de un nuevo coronavirus causante de una enfermedad infecciosa denominada COVID-19, reportada por primera vez el 31 de diciembre de 2019 en Wuhan (China)⁽²⁾, aunque hay indicios de que el brote inició en noviembre del 2019⁽³⁾.

La pandemia ha tenido consecuencias profundas en la salud de la población debido a su rápida propagación y letalidad. Esto la convirtió en un problema público en cada país y llevó a la sociedad a demandar la intervención gubernamental para enfrentar la crisis sanitaria. Sin embargo, los gobiernos del mundo no tenían preparada una política pública de atención para este tipo de emergencias y han tenido que diseñarla sobre la marcha, en una carrera contra el tiempo; sin una vacuna posible en el corto plazo y con la incertidumbre de no saber cómo se comporta el virus, ni el resultado de sus intervenciones. Los países de América Latina partieron con desventajas adicionales, debido al bajo crecimiento económico de los últimos años, sus débiles sistemas sanitarios y una política fiscal con menor capacidad expansiva⁽⁴⁾.

Para el estudio de políticas públicas la pandemia COVID-19 tiene un alto valor analítico y se puede considerar un laboratorio natural de experimentos para esta disciplina. Particularmente, ha permitido la generación de información empírica sobre asuntos de interés social recurrentes, como la aparición de nuevos problemas públicos y su dominio de la agenda; las dificultades de realizar diseños de política pública contingentes, con pocos recursos y altas dosis de incertidumbre; la dependencia de esos diseños a los modos de gobernanza; las brechas de implementación; los cambios de política pública; y la necesidad de realizar evaluaciones casi que en tiempo real.

En este contexto, el artículo pretende determinar las tendencias de los diseños de las políticas públicas sanitarias para enfrentar la pandemia COVID-19 en algunos países de América Latina, con el fin de

evidenciar cómo respondieron los gobiernos ante la intempestiva aparición de este nuevo problema público.

Materiales y métodos

Aunque cada país ha enfrentado la pandemia en contextos diferentes en términos de capacidades institucionales, presupuestos y afectaciones de la pandemia, el diseño metodológico se concentró en la búsqueda de puntos de convergencia en las políticas públicas sanitarias de diez países de América Latina: Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, México, Paraguay, Perú y Uruguay. El periodo de estudio fue desde el reporte del primer caso de COVID-19 en América Latina (26 de febrero de 2020 en Brasil) hasta el 31 de mayo de 2020.

Un diseño corresponde a la definición de las metas u objetivos de la política pública en articulación con una selección de instrumentos y procedimientos para lograr que dichas metas tengan efecto⁽⁵⁾. El diseño y los instrumentos que pueden ser apropiados en un momento determinado y que finalmente adopta un gobierno dependen del contexto histórico, institucional, económico, político, cultural y de gobernanza en los que funciona la política pública^(6,7).

En el presente estudio se adoptan elementos propios del marco analítico del diseño de políticas públicas, el cual se puede definir como la existencia articulada de varias teorías sobre diseño que han aportado a la investigación y práctica de las políticas públicas, y que sobre la marcha, han desarrollado un lenguaje meta-teórico para su debate y comparación⁽⁸⁾. Aunque aquí se utiliza con un propósito descriptivo o de determinación de la política pública⁽⁹⁾, este marco analítico tiene un espectro amplio de aplicaciones que, entre otras, incluye la causalidad de los diseños, las particularidades de la selección de instrumentos, las estructuras de implementación de los diseños, la caracterización del espacio de las políticas públicas, el análisis de coherencia entre medios y fines, y la evaluación de la consistencia de los estilos de implementación⁽¹⁰⁾.

La ruta analítica y metodológica inició con el análisis de convergencia en la definición de la pandemia como un problema público. En este punto se siguió la propuesta de Subirats, *et al.*,⁽¹¹⁾ para quienes los problemas públicos son situaciones juzgadas como insatisfactorias, que generan un acuerdo social sobre la necesidad de que sea el Estado quien lidere una

actuación político-administrativa para su resolución. Esta propuesta se hace operativa a partir de cuatro dimensiones: a) la intensidad del problema; b) el alcance del problema; c) la novedad del problema; d) la urgencia del problema.

La segunda parte de la ruta analítica y metodológica se concentró en la reconstrucción de las tendencias hacia las cuales se han orientado los diseños de políticas públicas sanitarias de los países seleccionados. En esta etapa de las políticas públicas ocurre la transformación de los problemas y las demandas sociales en programas y respuestas gubernamentales operativas⁽¹²⁾, mediante estrategias e instrumentos. Las estrategias de política pública son manifestaciones concretas de las decisiones tomadas por las autoridades. Los instrumentos son una gama de posibles técnicas o mecanismos, que los gobiernos deben elegir y combinar para formar un diseño que permita operacionalizar las estrategias y alcanzar el objetivo de la política pública en un contexto determinado^(6,13). La utilidad investigativa del análisis de instrumentos en este ejercicio es fundamental porque permite comprobar que los Estados están realmente haciendo lo que dicen hacer y que no son simples declaraciones retóricas⁽⁹⁾.

En este estudio se utilizó la clasificación de instrumentos de política pública propuesta por Hood⁽¹⁴⁾, quien los segmenta en cuatro grupos en función de los recursos de los que dispone el Estado para lograr los cambios propuestos por las políticas⁽⁶⁾. Los instrumentos de información hacen referencia a la obtención o generación de conocimiento por parte del Estado para orientar el logro de los objetivos; los instrumentos de autoridad corresponden a mecanismos en los que se manifiestan las decisiones político-administrativas bajo la amenaza de las sanciones que puede imponer el Estado; los instrumentos de tesoro están relacionados con las finanzas públicas y los mecanismos que permiten orientar las acciones de los individuos a partir de incentivos y restricciones económicas; y finalmente, los instrumentos de organización están relacionados con el uso de las entidades y la capacidad logística del gobierno para implementar las estrategias de la política pública⁽¹⁵⁾.

La información utilizada para implementar cada parte de la ruta analítica y metodológica se obtuvo de cuatro fuentes principales: a) los ministerios de salud de cada país; b) los boletines del Observatorio Electoral de América Latina (OBLAT) de la

Universidad de Buenos Aires y del Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales CLACSO⁽¹⁶⁾; c) la base de datos sobre la pandemia COVID-19 de *Our world in data* de Oxford⁽¹⁷⁾; y d) los principales diarios nacionales de cada país.

Resultados

La pandemia COVID-19 como problema público

Una pandemia es un problema público en propiedad porque contiene todos los elementos constitutivos establecidos por el análisis de políticas públicas. Es posible respaldar esta afirmación siguiendo el modelo de análisis sugerido por Subirats, *et al.*,⁽¹¹⁾ para la definición de problemas públicos:

- a) **La intensidad del problema.** En esta dimensión se valora la capacidad del problema para generar efectos que son percibidos como altamente perjudiciales para los intereses de los actores individuales y colectivos. Aquí, los argumentos que permiten catalogar a la pandemia COVID-19 como un problema público incluyen, inicialmente, perjuicios individuales, como la enfermedad y posible muerte causada por el virus. Pero también se incluyen los efectos colectivos como la gran cantidad de casos que requieren tratamiento en Unidades de Cuidado Intensivo (UCI)⁽¹⁸⁾ y la mayor vulnerabilidad de algunos grupos poblacionales como adultos mayores y personas con comorbilidades⁽¹⁹⁾. Todos estos hechos redundan en elevadas demandas de atención médica simultánea por parte de la población, que hace susceptible el colapso de los sistemas sanitarios.
- b) **El alcance del problema.** Valora la magnitud o “perímetro” del problema en términos de la cantidad de población que es capaz de afectar. Claramente este es uno de los argumentos que más se destaca a la hora de catalogar la pandemia COVID-19 como un problema público, pues el nuevo coronavirus se caracteriza por un elevado Índice de Reproducción (Ro)^(18,20), y por una gran cantidad de contagios provocados por individuos asintomáticos^(3,21), que en conjunto genera un crecimiento exponencial de contagios y su duplicación en cortos periodos. En efecto, el 13 de enero de 2020 se reportó el primer contagiado en un país diferente a China, pero tres meses y medio después, el virus ya se había expandido prácticamente a la totalidad de países del mundo; en América Latina el primer caso fue

reportado en Brasil el 26 de febrero de 2020. Para el 31 de mayo ya había más de seis millones de contagios y 368 mil muertes en todo el mundo, mientras que América Latina contaba 976 mil contagios y 50 mil muertes, con situaciones críticas en Brasil, Chile, México y Perú⁽²²⁾.

La emergencia desatada por el virus trastocó la normalidad de la población completa y puso a las autoridades gubernamentales en alerta, especialmente, cuando la OMS advirtió que la pandemia COVID-19 estaba acelerando la demanda de instalaciones y trabajadores sanitarios, lo que amenazaba con sobrecargar algunos sistemas de salud e impedir que funcionen de manera eficaz⁽²³⁾.

El alcance del problema también incluye la valoración de su visibilidad pública. En este factor, se destaca que la pandemia de COVID-19, así como otras, ha sido objeto de un despliegue mediático elevado que moviliza la atención pública⁽²⁴⁾. La visibilidad del problema también se hizo más clara en América Latina cuando la OMS declaró, a principios de marzo, que Europa se había convertido en el epicentro de la pandemia⁽²⁵⁾, y que países como Italia y España, con mejores sistemas sanitarios que los latinoamericanos, enfrentaban grandes dificultades para paliar la crisis sanitaria.

- c) **La novedad del problema.** Se aprecia un hecho esencial: los problemas nuevos son más contundentes en atraer la atención de la sociedad y los medios de comunicación. Además, la incertidumbre que estos generan promueve un acuerdo sobre la necesidad de que sea el Estado quien lidere su resolución. Esto ha sido un hecho evidente en el caso de la pandemia COVID-19, principalmente, porque las generaciones actuales no tienen memoria de haber presenciado una situación de esta magnitud. Pero la novedad del nuevo coronavirus también es evidente dado el poco conocimiento inicial sobre su origen, patrones de transmisión, medidas de prevención, tratamientos y políticas públicas para limitar su efecto⁽²⁶⁾. Todo esto ha aumentado la necesidad de información

generada por la comunidad científica respecto a todas las dimensiones del problema.

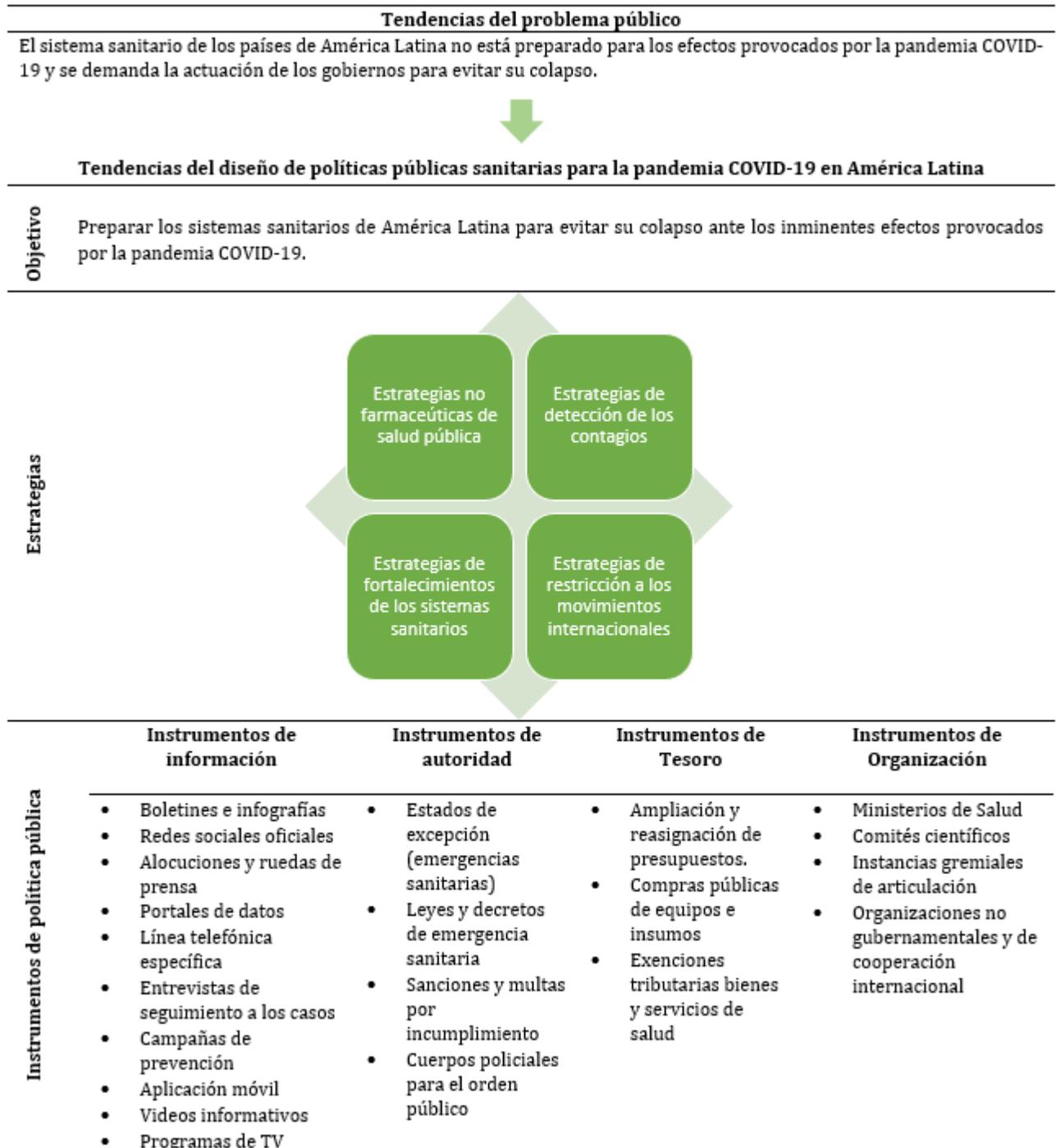
- d) **La urgencia del problema.** Esta dimensión analiza la capacidad del problema de exigir una respuesta urgente debido a las manifestaciones y efectos súbitos que desata. La pandemia de COVID-19 es un problema con un nivel de prioridad elevado para la mayoría de los países en el mundo, debido a la crisis de salud pública que ha generado. La propagación rápida del virus facilitada por los estrechos vínculos que tienen los países debido a la globalización, resignó pronto a los gobiernos de América Latina a aceptar que, tarde o temprano, el virus llegaría a sus territorios^(27,28). Esto puso a la región en una carrera contra el tiempo para preparar los sistemas sanitarios para resistir de mejor manera la pandemia.

Estas cuatro dimensiones esbozan la tendencia predominante del problema público respecto al inicio de la pandemia en América Latina, la cual evidencia que el argumento más reiterado fue que el sistema sanitario de los países no estaba preparado para atender a una gran cantidad de personas contagiadas y que su capacidad se desbordaría rápidamente^(29,30). Eso sí, es pertinente aclarar que no hay coincidencia temporal en la aceptación del problema porque México y Brasil muestran un rezago en este primer paso, debido a una etapa de subestimación de la intensidad y alcance del problema.

Las estrategias de los diseños de políticas públicas sanitarias

La lectura del problema público descrita anteriormente, fue el punto de partida para el diseño de políticas públicas sanitarias para la pandemia COVID-19 en América Latina. El objetivo orientador de estos diseños fue preparar los sistemas sanitarios para evitar su colapso ante los inminentes efectos provocados por la pandemia COVID-19. A su vez, el análisis de tendencias indica que este objetivo se materializó en la región, a partir de diseños que contienen cuatro estrategias básicas (Figura 1), que cada país ha privilegiado de forma distinta.

Figura 1. Tendencias de los diseños de políticas públicas sanitarias para la pandemia COVID-19 en América Latina



Estrategias no farmacéuticas de salud pública. Estas medidas incluyen una diversidad de intervenciones gubernamentales que se diferencian por el grado de intensidad y por las condiciones específicas que posibilitan su aplicación, pero todas tienen en común el propósito de disminuir la velocidad de propagación del virus y la proporción de población infectada. Wilder-Smith y

Freedman⁽³¹⁾ distinguen cuatro medidas no farmacéuticas de salud pública:

- **Cuarentena.** Restricción del desplazamiento de individuos que han estado expuestos a un potencial contagio y que, por lo tanto, pueden, o no, estar contagiados.

- **Aislamiento.** Separación de personas infectadas del resto de la población.
- **Distanciamiento social.** Protocolos de separación física y protección de los individuos, para evitar su interacción en lugares concurridos.
- **Confinamiento.** Restricción estricta de la movilidad de las personas de una región completa. Sólo se permiten las interacciones relacionadas con la supervivencia de las personas y con estrictos protocolos de distanciamiento.

La Tabla 1 incluye un resumen de las medidas no farmacéuticas de salud pública aplicadas en la selección de países de América Latina. Se observa que todos los países adoptaron alguna medida de distanciamiento social, como indicó el protocolo de la OMS. En principio, estas medidas consistieron en promover acciones de autocuidado, aislar a grupos poblacionales vulnerables (adultos mayores, menores de edad y personas con comorbilidades), suspender las actividades escolares y prohibir aglomeraciones en eventos sociales. En promedio, la selección de países tardó 9 días en tomar estas medidas de distanciamiento después de detectar el primer caso de contagio, lo que se considera una reacción rápida. Sin embargo, México y Brasil tardaron 21 y 22 días respectivamente, en implementar el distanciamiento social, porque sus gobiernos centrales inicialmente minimizaron los efectos del virus⁽³²⁾.

En América Latina no hubo un consenso sobre la necesidad de aplicar medidas de confinamiento a toda la población, pero la mayoría de países de la selección sí lo hizo (Argentina, Bolivia, Colombia, Ecuador, Paraguay y Perú). Los que optaron por el confinamiento total tardaron, en promedio, 14 días después del primer contagio en su territorio. En cuanto a los otros países, las medidas no farmacéuticas fueron menos estrictas y consistieron en confinamientos focalizados como en Chile, otros como Uruguay, México y Brasil optaron solamente por medidas de distanciamiento social.

- a) **Estrategias de detección de los contagios.** El análisis realizado para la selección de países de América Latina evidencia que la estrategia de detección de los contagios no ha sido impulsada

con contundencia en la política pública sanitaria de la mayoría. Según los datos de *Our world in data* de Oxford a 31 de mayo de 2020 (Tabla 1), el promedio de pruebas de detección de los contagios fue de solo 7,8 por cada mil habitantes en los países estudiados, mientras algunos países europeos reportan un promedio de 54. Chile y Uruguay son los países que más pruebas realizan en América Latina (30,5 y 12,5 por cada mil habitantes, respectivamente). Esto es bastante coherente con la estrategia no farmacéutica de salud pública que adoptaron estos dos países, pues al no llevar a su población a confinamientos totales, concentraron su esfuerzo en detectar y aislar los contagios.

Al tiempo, parece ser que los países que optaron por estrategias no farmacéuticas de salud pública más estrictas como el confinamiento total de la población (Argentina, Bolivia, Colombia, Ecuador, Paraguay y Perú), realizan un menor esfuerzo en la aplicación masiva de pruebas y focalización de los casos de contagio, pues en estos países el promedio de pruebas es solo 4,2 por cada mil habitantes. El caso de México destaca porque a pesar de que no llevó a su población a un estado de confinamiento total, tiene la estrategia de detección de contagios más laxa de los países estudiados (2,1 pruebas por cada mil habitantes), por abajo incluso de Bolivia.

- b) **Estrategias de fortalecimiento de los sistemas sanitarios.** El análisis realizado para la selección de países de América Latina revela un compromiso aceptable y unánime con la incorporación de estrategias de fortalecimiento de los sistemas sanitarios en sus diseños de política pública para la pandemia. Uno de los problemas álgidos para atender a los pacientes de COVID-19 era la insuficiente cantidad de unidades de cuidado intensivo que son necesarias para los casos críticos. Antes de la declaratoria de pandemia, la región contaba con un promedio de 9,3 UCI por cien mil habitantes (Tabla 1); los sistemas sanitarios de Uruguay y Argentina eran los mejores dotados, mientras que México y Perú tenían los niveles más bajos en este indicador. Pero al inicio de la pandemia todos los países anunciaron con mayor o menor claridad, la intención de habilitar nuevas camas, la creación o refacción de hospitales y la compra de respiradores e insumos médicos. Un indicio

del compromiso con estas estrategias es que, a 31 de mayo de 2020, todos los países habían aumentado su capacidad instalada, alcanzando un promedio de UCI de 12,5 por cien mil habitantes. Estos esfuerzos han sido más contundentes en Perú y México, aunque siguen ubicados en los últimos lugares de este indicador.

- c) **Estrategias de restricción a los movimientos internacionales.** Las estrategias de restricción a los movimientos internacionales son medidas que interrumpen los flujos migratorios y turísticos, con el fin de evitar la llegada al país de personas contagiadas. La mayor parte de la selección de países de América Latina optó por el pronto cierre de las fronteras terrestres. Esto tardó, en promedio, 13 días después de la detección del primer contagio en cada país (Tabla 1). El país que más tardó en adoptar el cierre de fronteras fue Brasil, que lo hizo 25 días después de la detección del primer contagio. Por su parte, México es el único país que no declaró un cierre total de todas sus fronteras, aunque si acordó restringir los movimientos en la frontera con Estados Unidos, que es la más importante.

En cuanto al cierre total de los aeropuertos, seis países aplicaron esta medida (Argentina, Bolivia, Colombia, Ecuador, Paraguay, Perú) y el resto de países (Brasil, México, Chile, Uruguay) optó por la cancelación selectiva de vuelos, principalmente, desde países altamente afectados por el virus.

Los instrumentos de los diseños de políticas públicas sanitarias

El último elemento que permite determinar las tendencias de diseños de políticas públicas sanitarias en América Latina para atender la pandemia COVID-19, es el análisis de los instrumentos utilizados para implementar las estrategias adoptadas, y resumidos en la última sección de la Figura 1. En este aspecto, la selección de países revela un importante énfasis en la dimensión comunicativa de la política con una gran diversidad de instrumentos de información. La mayoría de estos instrumentos pretenden transmitir de forma más expedita los datos sobre la evolución de la pandemia, las decisiones gubernamentales y los resultados de las medidas implementadas.

Todos los países de la selección usaron los Estados de excepción, en la modalidad de emergencias sanitarias

como principal instrumento de autoridad. Estos instrumentos se entendieron como la mejor manera de lograr la concentración de la autoridad en los gobiernos centrales y el ejercicio del liderazgo ante la situación de incertidumbre y conmoción que generó la aparición del virus.

Los instrumentos de tesoro o presupuesto, muestran una tendencia hacia la ampliación de recursos del sector salud que permitan implementar las diferentes estrategias de la política pública, lo cual ha implicado acudir a fondos de contingencia, reasignaciones presupuestales y endeudamiento. Además, algunos países discuten la necesidad de aumentar los aportes fiscales de los ingresos más altos, al menos, de forma transitoria. Colombia ya implementó esta medida bajo la modalidad de impuesto solidario para empleados públicos con salarios altos.

Los instrumentos de organización relacionados con las agencias, entidades y capacidad logística del gobierno demuestran una clara concentración del liderazgo de la ejecución de la política en los ministerios de salud de cada país. Además, en los instrumentos de organización destacan los comités científicos, las instancias gremiales de articulación médica (colegios médicos, sociedades de trabajadores de la salud, etc.) y las organizaciones no gubernamentales y de cooperación internacional; lo que demuestra un mayor interés de los gobiernos por contar con el respaldo científico a la hora de tomar las decisiones. Esto fue menos evidente en Brasil y México al inicio de la pandemia, donde el virus fue desestimado, pero con el transcurrir de los meses el criterio científico ha logrado intervenir en el ámbito decisional de estos países.

Tabla 1. Estrategias incluidas en los diseños de políticas públicas sanitarias para la pandemia COVID-19 en América Latina

País	Primer contagio	Estrategias no farmacéuticas de salud pública*		Estrategias de detección de los contagios [†]			Estrategias de fortalecimiento de los sistemas sanitarios ‡			Estrategias de restricción a los movimientos internacionales §	
		Distanciamiento social	Confinamiento total	Pruebas por cada mil habitantes a 31 de mayo	UCI por cien mil habitantes antes de la pandemia	UCI por cien mil habitantes a 31 de mayo	Variación	Creación o refacción de hospitales	Compra de respiradores e insumos	Cierre total de fronteras	Cierre total de aeropuertos
Argentina	3-mar	14-mar	20-mar	3,5	18,7	28,1	50%	Si	Si	15-mar	26-mar
Bolivia	11-mar	12-mar	22-mar	2,5	3,7	4,2	14%	Si	Si	20-mar	20-mar
Brasil	26-feb	19-mar	No	N.D	14,1	N.D	N.D	Si	Si	22-mar	No
Chile	3-mar	15-mar	No	30,5	6,4	9,8	52%	Si	Si	18-mar	No
Colombia	6-mar	12-mar	24-mar	6,5	10,4	12,3	18%	Si	Si	23-mar	23-mar
Ecuador	1-mar	11-mar	17-mar	3,9	6,7	11,1	65%	Si	Si	16-mar	14-mar
México	28-feb	20-mar	No	2,1	3,3	6,4	93%	Si	Si	No	No
Paraguay	8-mar	9-mar	20-mar	4,2	10,3	10,9	6%	Si	Si	24-mar	24-mar
Perú	6-mar	15-mar	15-mar	4,3	0,8	3,4	308%	Si	Si	15-mar	22-mar
Uruguay	14-mar	13-mar	No	12,5	18,7	25,9	38%	Si	Si	17-mar	No

Discusión

Los elementos operativos del problema público hacen evidente la situación de anormalidad que representó el inicio de la pandemia para los países de América Latina. Este problema tiene una etapa de construcción política en la que el gobierno decide la lectura, enfoque o perspectiva que va a privilegiar, y que será el punto de partida de las respuestas que entregará en forma de diseño de política pública⁽¹¹⁾.

En América Latina, la lectura del problema también fue promovida por organismos multilaterales que, con diagnósticos tempranos, respaldaron la idea de que en ausencia de una respuesta clara y contundente por parte de los gobiernos para frenar la tasa de infección, la capacidad de los sistemas nacionales de salud sería sobrepasada prontamente^(33,34).

El protocolo que han seguido la mayoría de los países de América Latina y el mundo para detener el contagio no es nuevo, se basa en el modelo no farmacéutico de salud pública que le permitió a la OMS contener el SARS a inicios del presente siglo⁽³⁵⁾. Las principales medidas promovidas por ese protocolo son las estrategias no farmacéuticas de salud pública y las de testeo proactivo para detectar focos de contagio. En la actual pandemia, el primer lugar donde se puso a prueba este protocolo fue en Wuhan (China), después de que la OMS declarara el virus como pandemia, estas estrategias se extendieron por todo el mundo⁽³⁵⁾.

La mayoría de los países analizados optó por estrictas medidas no farmacéuticas en forma de confinamiento a toda la población (Argentina, Bolivia, Colombia, Ecuador, Paraguay y Perú). Estas medidas también se conocen como “estrategias de martillo”⁽²⁶⁾ y se han promovido como una medida extrema pero efectiva para controlar el virus, aunque también han sido calificadas como medievales⁽³⁶⁾. Son altamente demandantes de los recursos de autoridad y organización del Estado porque su implementación requiere fuertes legislaciones, sanciones explícitas y cuerpos policiales que hagan respetar la restricción.

Más allá de eso, la pronta preferencia por los confinamientos totales en la mayoría de los países analizados es entendida aquí como una evidencia de la poca confianza de estos gobiernos en sus capacidades para localizar y controlar el virus, lo que los llevó rápidamente a decidir que no había una

opción mejor que llevar a toda la población a un confinamiento total⁽¹⁶⁾.

En relación a los países que no optaron por un diseño consistente en un confinamiento de toda la población, los resultados son más ambiguos. Por un lado, están los casos de Chile con confinamientos focalizados, y Uruguay que sólo aplicó medidas de distanciamiento social. Estos casos podrían revelar una mayor confianza en el comportamiento de los ciudadanos, y en las capacidades del gobierno para localizar los contagios, aislarlos y atenderlos en sus sistemas de salud, sin que estos colapsen. Pero, por otro lado, están los casos de México y Brasil, que tampoco llevaron a su población a confinamientos totales, aunque la explicación está más relacionada con la subestimación de los efectos del virus⁽³²⁾.

El éxito de las estrategias no farmacéuticas de salud pública, especialmente de las menos drásticas, depende de la capacidad de los sistemas sanitarios de los países para detectar los casos con pruebas masivas y aislarlos, tal como lo demuestran los casos de Corea del Sur y Singapur⁽²⁶⁾. De hecho, la OMS afirma que el problema de la mayoría de los países es que no han sido contundentes en las medidas de detección y aislamiento, que son la columna vertebral de la respuesta; como lo expresó Tedros Adhanom, Director General de la OMS, “*no se puede combatir un incendio con los ojos vendados, y no se puede detener esta pandemia sin saber quién está infectado*”⁽³⁷⁾.

Las pruebas para detectar el virus tienen una doble incidencia en la política pública sanitaria. Por un lado, permiten detectar los casos, iniciar su aislamiento y tratamiento, así como seguir la posible cadena de contagios. Pero, por otra parte, las pruebas para detectar el virus son el mecanismo para evaluar la eficiencia de las estrategias no farmacéuticas de salud pública. Al respecto, desde la Universidad Johns Hopkins se ha argumentado que existen serias dudas sobre las cifras reales de la pandemia en América Latina y que detrás de esto puede haber problemas estructurales como la limitada capacidad de los Estados, pero también se argumenta la posible manipulación de los datos por cuestiones políticas⁽³⁸⁾.

Esto ocurre porque a ningún gobierno le gusta ser evaluado y menos si sospecha que los resultados serán negativos. Por esta razón, la resistencia a hacer esfuerzos más contundentes en la realización de pruebas disminuye artificialmente las cifras de contagios y muertes.

De esta manera, la discusión sobre las estrategias se puede resumir en la identificación de tres tendencias en los diseños de políticas públicas sanitarias representadas por tres grupos de países. El primer grupo es el más numeroso y está integrado por Argentina, Bolivia, Colombia, Ecuador, Paraguay y Perú, quienes privilegiaron diseños fuertes y estrictos. El componente esencial de las políticas públicas sanitarias diseñadas por estos países es el confinamiento total de la población. Entre las estrategias de restricción a los movimientos internacionales destaca que estos seis países no solo declararon el cierre de las fronteras, sino que también decidieron cerrar los aeropuertos, a pesar de que la OMS consideró estas medidas como inadecuadas⁽³⁹⁾. Un diseño menos estricto en estos países habría sido impensable, debido a su bajo compromiso con las estrategias de detección de los contagios.

Chile y Uruguay conforman un segundo grupo de países con diseños que pueden considerarse más flexibles respecto a los del primer grupo. El componente esencial de las políticas públicas de estos dos países es una estrategia proactiva de detección de los contagios para su aislamiento. Además, la estrategia no farmacéutica de salud pública de Chile y Uruguay evitó el confinamiento total de la población y, aunque su estrategia de restricción a los movimientos internacionales incluyó el cierre de fronteras, los aeropuertos solo fueron parcialmente limitados. Estos diseños reflejan una mayor confianza en las capacidades gubernamentales para controlar la pandemia, así como en los ciudadanos para respetar las medidas de distanciamiento social sin tener que llegar a un confinamiento generalizado⁽⁴⁰⁾.

El último grupo de países está conformado por Brasil y México, que comparten los diseños más laxos de los países analizados. Ambos países han sido explícitos en argumentar los efectos sociales y económicos negativos que podrían tener las políticas públicas sanitarias estrictas para detener la pandemia. La estrategia no farmacéutica de salud pública en estos países se concentró en promover medidas de distanciamiento social. En el caso de México, su diseño no demuestra una estrategia proactiva de detección de los contagios para su aislamiento. Los diseños de Brasil y México también comparten la estrategia de restricción a los movimientos internacionales, pues ninguno consideró un cierre total de los aeropuertos⁽⁴¹⁾.

Estos países también tienen en común otras variables que influyen en el diseño como la subestimación inicial del problema público que representaba el virus, la lenta respuesta en forma de política pública, y otras no analizadas aquí, como la poca cercanía con el criterio científico y el hecho de que sus gobiernos están liderados por partidos extremos del espectro político⁽³²⁾.

Por otra parte, el análisis de instrumentos evidencia que los diseños de las políticas públicas contienen abundantes y diversos instrumentos de información. Esto se explica porque los gobiernos entendieron que gran parte del discurso técnico-epidemiológico debe ser traducido para que tenga sentido para los ciudadanos en su ámbito cotidiano. Además, la pandemia se mueve a una gran velocidad y las decisiones de los gobiernos necesitan tener un efecto inmediato.

No obstante, como problema debe anotarse que la mayoría de los instrumentos de información incorporados a los diseños analizados son unidireccionales, es decir, se limitan a generar información desde el gobierno hacia los ciudadanos. Este fenómeno se conoce como biomedicalización de los problemas públicos y, en este caso, hace que la pandemia tenga una lectura consensuada y dominada por la perspectiva de las autoridades sanitarias y médicas, sin lugar a cuestionamiento por parte de los ciudadanos⁽²⁴⁾. En América Latina existen denuncias sobre las restricciones al acceso público de la información sobre la pandemia, demora en las respuestas a solicitudes de información y modificaciones en los procesos para acceder a ella⁽⁴²⁾.

En los diseños también se evidenció que el principal instrumento de autoridad privilegiado fue la declaración de emergencias sanitarias que es una modalidad de los estados de excepción. Los instrumentos de autoridad son fundamentales para la implementación de las estrategias no farmacéuticas de salud pública, especialmente, aquellas más estrictas como los confinamientos totales de la población. Sin embargo, limitaciones en la cultura ciudadana, altos niveles de informalidad laboral y limitadas estrategias gubernamentales para el sostenimiento del ingreso de los hogares son fuertes incentivos para incumplir las estrategias no farmacéuticas de salud pública, y hacen más necesario el uso intensivo de los instrumentos de autoridad bajo la modalidad de sanciones, multas e,

incluso, con cuerpos policiales para mantener el orden público⁽¹⁶⁾.

Esto ha sido cuestionado por la posibilidad de que represente intervenciones desproporcionadas y violaciones a las libertades fundamentales, por lo cual, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos ha resuelto que los estados de excepción deben seguir el estricto protocolo establecido por el derecho internacional de los derechos humanos⁽⁴³⁾.

En general, los instrumentos de tesoro revelan unanimidad hacia el fortalecimiento de los presupuestos del sector salud con unas fuentes de financiamiento bastante diversificadas. En estos también es marcada la tendencia de los países de América Latina a fortalecer los mecanismos de contratación estatal y compras públicas que permitan aprovisionar de equipos e insumos al sistema sanitario. Asimismo, existen algunas exenciones tributarias para favorecer compras de equipos e insumos médicos relacionados con la atención a la enfermedad causada por el virus⁽³³⁾.

Finalmente, el análisis de los instrumentos de organización evidencia la concentración de la dirección de la política en los ministerios de salud. Esto tiene como ventaja el hecho de permitir identificar una figura de liderazgo y evitar la diversidad de instrucciones, pero también ha hecho evidente las debilidades de los sistemas sanitarios locales que no tienen más remedio que manifestar sus necesidades y esperar la respuesta del gobierno central⁽³³⁾.

Aunque también se evidenció influencia de los comités científicos y las organizaciones no gubernamentales y de cooperación internacional, debe anotarse que no ocurre lo mismo con las instancias ciudadanas de participación, que en las democracias legitiman las decisiones gubernamentales. En efecto, los mecanismos de participación y validación de la ciudadanía y las organizaciones sociales, así como su capacidad de incidencia en la esfera decisional no demuestran ser un instrumento de organización privilegiado en los diseños de políticas públicas sanitarias de la selección de países⁽⁴⁴⁾.

Conclusiones

El aspecto esencial de la pandemia de COVID-19 como problema público en América Latina, fue que el

sistema sanitario de los países no estaba preparado para atender a una gran cantidad de personas contagiadas y que su capacidad se desbordaría rápidamente.

El análisis reveló tres grupos de países que dan lugar a tres tendencias divergentes en los diseños de políticas públicas sanitarias, lo que seguramente repercutirá en las diferentes intensidades y duraciones de la pandemia en cada país.

El primer grupo se caracteriza por diseños fuertes y estrictos, y está integrado por Argentina, Bolivia, Colombia, Ecuador, Paraguay y Perú. Estos países privilegiaron el confinamiento total de la población y fuertes restricciones a los movimientos internacionales.

El segundo grupo lo conforman Chile y Uruguay donde se destacan diseños más flexibles; el componente esencial de las políticas de estos países se concentra en la detección proactiva de los contagios para su aislamiento, lo que permitió evitar el confinamiento total de la población y realizar cierres parciales de los aeropuertos. Los diseños de estos países dan muestra de una mayor confianza en las capacidades gubernamentales y una mayor confianza en los ciudadanos.

El último grupo de países está conformado por Brasil y México que se pueden considerar como los diseños más laxos de todos. La estrategia no farmacéutica de salud pública en estos países consistió en la promoción tardía de medidas de distanciamiento social, sin la detección proactiva de los contagios para su aislamiento, y sin una clara estrategia de restricción a los movimientos internacionales.

En cuanto a los instrumentos de política pública incorporados en los diseños se concluyó una alta preferencia por instrumentos de información unidireccionales que generan una biomedicalización del problema público, donde domina la perspectiva de las autoridades sanitarias y médicas, sin lugar a cuestionamiento por parte de los ciudadanos.

El principal instrumento de autoridad son los estados de excepción en la modalidad de emergencias sanitarias, acompañados de sanciones, multas y cuerpos policiales para mantener el orden público.

En los instrumentos de tesoro son evidentes los aumentos del presupuesto del sector salud, el

fortalecimiento de la contratación estatal y las compras públicas. Y los instrumentos de organización muestran la centralización del liderazgo en los ministerios de salud, pero una baja preferencia por instancias de participación ciudadana.

Finalmente, se sugiere explorar con mayor profundidad los determinantes de los diseños de políticas públicas sanitarias de los países, preferiblemente, en perspectiva de mecanismos causales. Esto podría dilucidar el papel de los modos de gobernanza en los diseños y en la selección de los instrumentos, y aclarar las razones de las diferencias en los diseños de cada grupo de países. Así mismo, se sugiere investigar otras dimensiones de las intervenciones gubernamentales entorno a la pandemia, particularmente, las políticas económicas establecidas por los países.

Conflicto de intereses

El autor declara que no existen conflictos de interés.

Referencias

1. Gracia D. Pandemias. Rev ESPAÑOLA BIOÉTICA [Internet]. 2020 [citado el 27 de junio de 2020];53:1-3. Disponible en: <https://revistaeidon.es/public/journals/pdfs/2020/53.pdf>
2. Organización Mundial de la Salud. COVID-19: cronología de la actuación de la OMS [Internet]. OMS. 2020 [citado el 27 de junio de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/detail/27-04-2020-who-timeline---covid-19>
3. Gardner L. Update January 31: Modeling the Spreading Risk of 2019-nCoV [Internet]. Johns Hopkins. 2020 [citado el 27 de junio de 2020]. Disponible en: <https://systems.jhu.edu/research/public-health/ncov-model-2/>
4. Peñafiel-Chang, L; Camelli, G; Peñafiel-Chang P. Pandemia COVID-19: Situación política - económica y consecuencias sanitarias en América Latina. Rev Cienc UNEMI. 2020;13(33):120-8. Disponible en: <http://ojs.unemi.edu.ec/index.php/cienciaunemi/article/view/1118/1099>
5. Tosun J, Treib O. Linking Policy Design and Implementation Styles. En: Howlett M, Mukherjee I, editores. Routledge Handbook of Policy Design. London: CRC press; 2018. p. 474.
6. Howlett M. Designing public policies: principles and instruments. New York: Routledge; 2011. 227 p.
7. Peters G. Las promesas del diseño de políticas públicas. Cuad CENDES [Internet]. 2020;36(102):1-12. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7391896>
8. Fontaine G. Una aproximación realista al diseño de políticas públicas. Cuad CENDES [Internet]. 2020;36(102):117-47. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7391900>
9. Paz Noguera BA. El problema de la indeterminación de políticas públicas. Propuesta aplicada a la política de fronteras en Colombia. Estud Políticos [Internet]. el 1 de enero de 2018;(53):171-91. Disponible en: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/estudiospoliticos/article/view/331510>
10. Hernandez A. El diseño de políticas actividad, teoría y marco analítico. Cuad CENDES [Internet]. 2020;36(102):47-86. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7391898>
11. Subirats J, Knoepfel P, Corinne L, Varonne F. Análisis y gestión de políticas públicas. Barcelona: Ariel; 2008. 178 p.
12. Jann W, Wegrich K. Theories of the policy cycle. En: Fischer F, Miller G, Sidney M, editores. Handbook of public policy analysis theory, politics and methods. Boca Ratón: CRC press; 2007. p. 670.
13. Linder S, Peters G. Instruments of Government: Perceptions and Contexts. J Public Policy. 1989;9(1):35-58. Disponible en: <https://www.cambridge.org/core/journals/journal-of-public-policy/article/abs/instruments-of-government-perceptions-and-contexts/6A7A01C1888F2683984A457ED9257F47>
14. Hood C. The tools of government: public policy and politics. London: Palgrave Macmillan; 1983. 178 p.
15. Howlett M, Ramesh M, Perl A. Studying public policy: policy cycles and policy subsystems. Ontario: Oxford University Press; 2009. 298 p.
16. OBLAT-Clasco. Políticas públicas en América Latina frente al Covid-19 [Internet]. 2020 [citado el 27 de junio de 2020]. Disponible en: <https://www.clasco.org/politicas-publicas-en-america-latina-frente-al-covid-19/>
17. Roser M, Ritchie H, Ospina E, Ortiz-Hasell J. Coronavirus Pandemic (COVID-19) [Internet]. Oxford. 2020 [citado el 27 de junio de 2020]. Disponible en: <https://ourworldindata.org/coronavirus>
18. Peña-Otero D, Díaz-Pérez D, De-la-Rosa-Carrillo D, Bello-Dronda S. ¿Preparados para el nuevo coronavirus? Arch Bronconeumol [Internet]. abril de 2020;56(4):195-6. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0300289620300697>
19. Lorenzo SM. La pandemia COVID-19: lo que hemos aprendido hasta ahora desde España. APS EM Rev [Internet]. el 15 de abril de 2020;2(1):28-32. Disponible en: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/66>
20. Liu Y, Gayle AA, Wilder-Smith A, Rocklöv J. The reproductive number of COVID-19 is higher compared to SARS coronavirus. J Travel Med [Internet]. el 13 de marzo de 2020;27(2). Disponible en: <https://academic.oup.com/jtm/article/doi/10.1093/jtm/taaa021/5735319>
21. Li R, Pei S, Chen B, Song Y, Zhang T, Yang W, et al. Substantial undocumented infection facilitates the rapid dissemination of novel coronavirus (SARS-CoV-2). Science (80-) [Internet]. el 1 de mayo de 2020;368(6490):489-93. Disponible en: <https://www.sciencemag.org/lookup/doi/10.1126/science.abb3221>
22. DW Español. América Latina supera las 50.000 muertes por COVID-19. DW Español, [Internet]. mayo de 2020; Disponible en: <https://www.dw.com/es/américa-latina-supera-las-50000-muertes-por-covid-19/a-53636421>
23. Organización Mundial de la Salud. Alocución de apertura del Director General de la OMS en la rueda de prensa sobre la COVID-19 celebrada el 30 de marzo de 2020 [Internet]. OMS. 2020 [citado el 27 de junio de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/dg/speeches/detail/who->

- director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---30-march-2020
24. Hallin DC, Briggs CL, Mantini-Briggs C, Spinelli H, Sy A. Mediatización de las epidemias: la cobertura sobre la pandemia de la gripe A (H1N1) de 2009 en Argentina, Estados Unidos y Venezuela. *Comun y Soc* [Internet]. 2020;e7207:1-24. Disponible en: <http://www.comunicacionysociedad.cucsh.udg.mx/index.php/comsoc/article/view/e7207>
 25. Organización Mundial de la Salud. Alocución de apertura del Director General de la OMS en la rueda de prensa sobre la COVID-19 celebrada el 13 de marzo de 2020 [Internet]. OMS. 2020 [citado el 27 de junio de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-mission-briefing-on-covid-19---13-march-2020>
 26. Pueyo T. Coronavirus: The Hammer and the Dance [Internet]. Medium. 2020 [citado el 27 de junio de 2020]. Disponible en: <https://medium.com/@tomaspuoyo/coronavirus-the-hammer-and-the-dance-be9337092b56>
 27. CNN Español. ¿Por qué el coronavirus no ha llegado a América Latina? CNN [Internet]. el 27 de junio de 2020; Disponible en: <https://cnnespanol.cnn.com/2020/02/17/por-que-el-coronavirus-no-ha-llegado-a-america-latina/>
 28. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Riesgo para Colombia de COVID 19 ascendió a moderado [Internet]. [citado el 27 de junio de 2020]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Riesgo-para-Colombia-de-COVID-19-ascendio-a-moderado.aspx>
 29. Lago M. América Latina puede convertirse en la mayor víctima del COVID-19. *The New York Times* [Internet]. el 27 de junio de 2020; Disponible en: <https://www.nytimes.com/es/2020/03/19/espanol/opinion/coronavirus-america-latina-gobiernos.html>
 30. Aguilar-Gamboa FR. Desafíos para el manejo y detección de pacientes con COVID-19 en Latinoamérica. *Rev Exp en Med del Hosp Reg Lambayeque* [Internet]. el 7 de abril de 2020;6(1). Disponible en: <http://rem.hrlamb.gob.pe/index.php/REM/article/view/436>
 31. Wilder-Smith A, Freedman DO. Isolation, quarantine, social distancing and community containment: pivotal role for old-style public health measures in the novel coronavirus (2019-nCoV) outbreak. *J Travel Med* [Internet]. el 13 de marzo de 2020;27(2). Disponible en: <https://academic.oup.com/jtm/article/doi/10.1093/jtm/taaa020/5735321>
 32. Londoño E, Andreoni M, Casado L, Ahmed A. América Latina se paraliza para combatir el virus; Brasil y México se resisten. *The New York Times* [Internet]. el 26 de marzo de 2020; Disponible en: <https://www.nytimes.com/es/2020/03/26/espanol/america-latina/ccoronavirus-america-latina.html>
 33. Blackman A, Ibañez AM, Izquierdo A, Keefer P, Moreira M, Schady N, et al. La política pública frente al Covid-19: recomendaciones para América Latina y el Caribe [Internet]. Washington; 2020 abr. Disponible en: <https://publications.iadb.org/es/la-politica-publica-frente-al-covid-19-recomendaciones-para-america-latina-y-el-caribe>
 34. Hevia C, Neumeyer A. Un marco conceptual para analizar el impacto económico del COVID-19 y sus repercusiones en las políticas [Internet]. New York: PNUD; 2020. Disponible en: https://www.latinamerica.undp.org/content/rblac/es/home/library/crisis_prevention_and_recovery/a-conceptual-framework-for-analyzing-the-economic-impact-of-covi.html
 35. Clarin. Coronavirus: ¿por qué la OMS no puede contener la pandemia? el 16 de abril de 2020; Disponible en: https://www.clarin.com/mundo/coronavirus-oms-puede-contener-pandemia_0_rUjCUpOb.html
 36. Varela E. El confinamiento es una medida de Edad Media. Agencia de Noticias Univalle [Internet]. el 9 de mayo de 2020; Disponible en: <https://www.univalle.edu.co/lo-que-pasa-en-la-u/confinamiento-medida-edad-media-rector/>
 37. Organización Mundial de la Salud. Alocución de apertura del Director General de la OMS en la rueda de prensa sobre la COVID-19 celebrada el 16 de marzo de 2020 [Internet]. OMS. 2020. Disponible en: <https://www.who.int/es/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---16-march-2020>
 38. Toledo C. Epidemiólogos de Johns Hopkins creen que cifras oficiales en América Latina son erróneas. DW [Internet]. el 15 de mayo de 2020; Disponible en: <https://www.dw.com/es/coronavirus-epidemiólogos-de-johns-hopkins-creen-que-cifras-oficiales-en-america-latina-son-erróneas/a-53459421>
 39. Menchero Sánchez M. Flujos turísticos, geopolítica y COVID-19: cuando los turistas internacionales son vectores de transmisión. *Geopolítica(s) Rev Estud sobre Espac y Pod* [Internet]. el 11 de mayo de 2020;11(Especial):105-14. Disponible en: <https://revistas.ucm.es/index.php/GEOP/article/view/69249>
 40. BBC News. Coronavirus en Uruguay: la singular y exitosa estrategia del país para contener la pandemia sin cuarentena obligatoria. BBC [Internet]. el 29 de mayo de 2020; Disponible en: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-52837193>
 41. Spinetto J. México no cierra los aeropuertos por temor al impacto económico. Perfil [Internet]. el 18 de marzo de 2020; Disponible en: <https://www.perfil.com/noticias/bloomberg/bc-mexico-no-cierra-aeropuertos-por-temor-a-impacto-economico.phtml>
 42. La liga contra el Silencio. Gobiernos de América Latina y sus respuestas a la pandemia [Internet]. 070 Uniandes. Bogotá; 2020. Disponible en: <https://cerosetenta.uniandes.edu.co/centinela-covid-19-gobiernos-de-america-latina-y-sus-respuestas-a-la-pandemia/>
 43. Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Pandemia y derechos humanos en las Américas. Resolución 1/2020. Washington; 2020.
 44. Función pública. Participación ciudadana en la gestión pública en el marco del COVID-19 [Internet]. Bogotá: DAFP; 2020. 25 p. Disponible en: <https://n9.cl/wlgnu>