

Vigilancia, investigación y evaluación en la gestión del riesgo del COVID-19. Los casos de Chile, Colombia, Ecuador y Perú.

Vigilance, research and evaluation in COVID-19 risk management. The cases of Chile, Colombia, Ecuador and Peru.

 **Diego Arancibia**
Universidad Central - Chile
Santiago, Chile
diego.arancibia@ucentral.cl

 **Diego Silva**
Universidad Central - Chile
Santiago, Chile
diego.silva@ucentral.cl

 **Fernando Cortés**
Universidad Central - Chile
Coquimbo, Chile
fernando.cortes@ucentral.cl

 **Daniela Muñoz**
Universidad Central - Chile
Coquimbo, Chile
daniela.munoz@ucentral.cl

RESUMEN

El propósito del presente artículo es analizar la capacidad de respuesta frente al SARS- COV-2 de los gobiernos de Chile, Colombia, Ecuador y Perú, de acuerdo con las orientaciones esgrimidas por la OPS. Para lo anterior, se empleó una metodología de carácter cualitativo, con un enfoque exploratorio, descriptivo y analítico con el análisis de las variables de la OPS, entre las que se encuentran Vigilancia, laboratorio, investigación y evaluación. En esta perspectiva se logra apreciar las distintas medidas tomadas por los países de la Cuenca del Pacífico con diferentes resultados. Finalmente, se deduce que los problemas sociales previos a la pandemia ya sean de índole económico, insumos y recursos humanos, inciden en la gestión sanitaria de los países analizados en situación de pandemia.

Palabras clave: Vigilancia; Investigación; Evaluación; Pandemia.

ABSTRACT

The purpose of this article is to analyze the response capacity to SARS-COV-2 of the governments of Chile, Colombia, Ecuador, and Peru, according to the guidelines provided by PAHO. For this, a qualitative methodology was used, with an exploratory, descriptive and analytical approach with the analysis of PAHO variables, among which are surveillance, laboratory, research, and evaluation. From this perspective, it is possible to appreciate the different measures taken by the countries of the Pacific basin with different results. Finally, it can be deduced that social problems prior to the pandemic, whether of an economic nature, supplies, and human resources, affect the health management of the countries analyzed in a pandemic situation.

Keywords: Surveillance; Research; Evaluation; Pandemic.

1. INTRODUCCIÓN

La pandemia por Covid-19 ha puesto a prueba la gestión de los gobiernos del mundo, específicamente en la calidad de sus políticas públicas, enfocadas puntualmente en adoptar las medidas necesarias para evitar la propagación del Coronavirus. Por esta razón, el presente artículo tiene como propósito revisar el comportamiento de los países sudamericanos frente a la pandemia, para lo cual se escogió a Colombia, Ecuador, Perú y Chile. Estos países arrastran un descontento social provocado por desigualdades en el acceso a la educación y salud, mala distribución del ingreso y actos de corrupción por parte de actores estatales, de esta forma se cuestiona la credibilidad de las instituciones, acentuando la desconfianza de la población con la autoridad política. Todo lo anterior, acompañado de manifestaciones muchas veces violentas, agudizando la percepción de un álgido conflicto social (Lopez-Calva, 2020). Este contexto no es deseable para ningún gobierno al enfrentar una pandemia, por lo tanto, las circunstancias en que los gobiernos de Chile, Colombia, Ecuador y Perú comenzaron a gestionar la pandemia por el SARS CoV2 fueron de un cuestionamiento y desconfianza permanente (Etcheberry, 2020).

La delimitación espacial del análisis estará centrada en estos países, porque comparten un criterio geográfico común como es el acceso del océano pacífico, además de un contexto político común, ya que, en forma previa a la Pandemia, los cuatro países enfrentaron un escenario de descontento social expresado en manifestaciones muchas veces violentas. En cuanto a la temporalidad del objeto de análisis esta será el año 2020, período en que partió la pandemia, la cual en términos concretos fue en el mes de marzo para los cuatro países estudiados. Cabe agregar que el tema es prácticamente nuevo, no hay antecedentes conceptuales respecto al tratamiento de una pandemia como el SARS CoV2 y el actuar de los gobiernos. Por lo tanto, este trabajo es un aporte para incrementar el acervo de estudios e investigaciones respecto al actuar de los gobiernos frente al SARS CoV2 y compartir perspectivas de análisis que permitan efectuar futuras comparaciones respecto al fenómeno de la pandemia en un momento dado.

El tema a desarrollar es importante porque analiza el actuar de los gobiernos en la gestión de la pandemia por SARS CoV2 a partir de las recomendaciones que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) OPS establece para estos efectos (Organización Panamericana de la Salud, 2020). El análisis a realizar se convierte en un aporte al conocimiento objetivo sobre el desarrollo de la pandemia, ya que la mayoría de la información circulante, responde a opiniones y escritos que carecen de mayor fundamento académico y que en su mayoría responden a intereses políticos. Hasta ahora los análisis, en general han sido nacionales, midiendo y evaluando como los países han implementado acciones objeto de aminorar los efectos del covid-19, sea desde un punto de vista epidemiológico, político, económico y social (Ramos, 2020). Asimismo, el tema es relevante puesto que valida los instrumentos de planificación, gestión y análisis que confecciona y elabora la OPS (Organización Panamericana de la Salud, 2020), además de permitir apreciar las capacidades de los gobiernos en materia de comunicación de riesgos.

Teniendo en cuenta el deslegitimado actuar de los países en estudio al momento de comenzar la pandemia, cabe responder la siguiente interrogante ¿Cómo ha sido la capacidad de respuesta de los gobiernos de Chile, Colombia, Ecuador y Perú frente a la pandemia por SARS CoV2 en sus respectivos países? Para dar respuesta a lo señalado, el presente artículo tiene como objetivo analizar la capacidad de respuesta frente al SARS- COV-2 de los gobiernos de Chile, Colombia, Ecuador y Perú, de acuerdo a las orientaciones esgrimidas por la OPS. Cabe agregar, que no se busca determinar si el sistema cumple o no cumple, si es eficiente o no, sino más bien dar una aproximación a la gestión de riesgos y determinar los desafíos de cada país en la gestión de la pandemia.

2. MÉTODOS

Este artículo utiliza una metodología de investigación de carácter cualitativo, con un enfoque exploratorio, descriptivo y analítico. Puesto que describe hechos que no han sido mayormente estudiados y los analiza mediante una de las dimensiones del instrumento de gestión de riesgos de la pandemia de la OPS. La recolección de información se hará mediante el análisis documental (Hernández-Sampieri, 2018), particularmente los datos publicados en fuentes de libre acceso por parte de las autoridades políticas y sanitarias de cada país, las cuales en su mayoría corresponden a información pública de Gobierno, la que

incluye documentos regulatorios, orientativos, protocolos y pautas de acción frente al tratamiento de los diversos aspectos que engloba el SARS CoV2, la cual está disponible mayoritariamente en los sitios de los Ministerios de Salud de los países analizados.

En cuanto a los criterios de análisis, los organismos internacionales desde fines del año 2019 preparan una serie de informes y estudios, cuyo propósito es entregar orientaciones y recomendaciones para que las autoridades sanitarias de cada país adopten las medidas que correspondan con el propósito de evitar que el virus del Covid-19 se propague masivamente. En este plano, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), junto con la Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud (OMS), elaboraron un documento titulado “lista de verificación para gestionar los riesgos y los efectos de Covid-19” (Organización Panamericana de la Salud, 2020) como ayuda a los gobiernos latinoamericanos. Este documento de trabajo entrega una serie de recomendaciones, agrupadas en dimensiones y variables de análisis, de tal modo de chequear que se cumple y que no en la planificación de la respuesta frente al Covid-19. Una de estas dimensiones responde a vigilancia, investigación y evaluación, que se usará como criterio de estudio, tal como consigna la Tabla 1, donde se explica las variables y subvariables escogidas de la dimensión referida.

Tabla 1. Variables y sub variables escogidas de la dimensión Vigilancia, investigación y evaluación de la OPS.

Variable	Sub-variable
Vigilancia	Establecer protocolos para la detección activa de casos (por ejemplo, estudios de casos).
Laboratorio	Identificar sistemas para recopilar, gestionar y almacenar datos de laboratorio
Investigación	Asegurar que el personal que investiga los brotes y participa en la respuesta rápida cuente con las capacidades y la preparación adecuadas -por ejemplo, en prácticas de epidemiología, recopilación y análisis de datos, evaluación de riesgos, uso de equipo de protección personal- y conozca el mandato y los cometidos previstos
Evaluación	Considerar el establecimiento de vínculos con especialistas en comunicación de riesgos, a fin de comunicar las conclusiones de las evaluaciones a las poblaciones afectadas.

Fuente: Elaboración propia. (Organización Panamericana de la Salud, 2020)

3. RESULTADOS

Los resultados que a continuación se indican reflejan la calidad de las políticas públicas en salud, la capacidad del sistema hospitalario y la gestión sanitaria de la autoridad gubernamental de cada país frente al SARS CoV-2. Los resultados son disímiles puesto que las capacidades en salud, las necesidades de las personas y la cultura nacional son distintas, por lo tanto sus efectos son diversos entre los países, en algunos se evidencian mayores fortalezas que otros, abriéndose espacios para la cooperación entre ellos.

3.1 Chile

Al momento de declararse la pandemia por SARS CoV-2, Chile presentaba una situación política y social compleja derivada del denominado estallido social del 18 de octubre de 2019, el cual se detonó por una pérdida de credibilidad en las instituciones del Estado y las autoridades políticas, una cultura del abuso por parte de un sector privilegiado, en un ambiente de desigualdad, inequidades e injusticias, reflejando una falta de conexión con la ciudadanía por parte de la clase política. (Paul, 2019). En ese contexto aparece la pandemia por SARS CoV-2 en Chile, de hecho, el 3 de marzo se informó del primer caso de Covid-19 en Chile, desde ahí en adelante se han resuelto una seguidilla de decisiones para responder a la pandemia por parte de la autoridad sanitaria (MINSAL, 2020).

Vigilancia

En general, en el caso de Chile se han confeccionado distintos documentos orientativos en este ámbito, consistentes en protocolos de vigilancia COVID-19 para centros de trabajo, indicaciones respecto a cómo entender un caso sospechoso, además de los manuales operativos para la búsqueda activa de casos en la comunidad y diagnóstico precoz (MINSAL, 2020). Lo anterior, permite mejorar la trazabilidad en la búsqueda y control de casos sospechosos y activos, objeto de contribuir a la toma de decisiones en el plan estratégico delineado por la autoridad sanitaria denominado como “Plan Paso a Paso”, el cual tiene como objetivo controlar la movilidad de las personas para evitar la propagación del virus.

Este último plantea 5 fases, las cuales son cuarentena (fase 1), transición (fase 2), preparación (fase 3), apertura inicial (fase 4), apertura avanzada (fase 5). Para efectos de este análisis, solo se considerarán las tres primeras, ya que a la fecha han sido las de mayor aplicabilidad y sobre las cuales existen una serie de restricciones, reflejando el accionar de la autoridad sanitaria en el control y seguimiento de la enfermedad. Pues bien, en lo que respecta a la fase 1 (Cuarentena), la vigilancia está normada por el protocolo de seguimiento a viajeros que vienen de países con transmisión sostenida, establecimiento de declaración jurada del estado de salud como medida de control sanitario para viajes nacionales e internacionales, además de documentación relativa a la alerta y refuerzo de vigilancia epidemiológica por Covid-19 (MINSAL, 2020). Cabe agregar que estas medidas fueron implementadas esencialmente durante el cierre de fronteras a extranjeros, lo cual ocurrió entre el 18 de marzo y el 23 de noviembre de 2020.

Tanto para la fase 2 y 3, en la variable de vigilancia, es posible notar que las medidas siguen enfocadas en la detección de viajeros aeropuertos, puertos y pasos fronterizos terrestres. Asimismo, consta la identificación y seguimiento para contactos de casos confirmados. También, destaca el protocolo para acciones de vigilancia epidemiológica enmarcada en la estrategia nacional de teste, trazabilidad y aislamiento (TTA) (MINSAL, 2020).

Laboratorio

Los Laboratorios son regulados bajo la normativa y autorización del Instituto de Salud Pública (ISP), sean estos a centros de salud, clínicas y hospitales que cuentan con la capacidad de hacer pruebas diagnósticas de PCR para Covid-19. Asimismo, se entregaron indicaciones respecto a la extracción no automatizada de ácidos nucleicos desde muestras nasofaríngeas sospechosas de Covid-19, así como también de recolección y envío de muestras de estudio genético por SARS CoV-2. Se reguló la notificación inmediata y el envío de muestras para confirmación de Covid-19. Por otra parte, se presentaron protocolo de verificación de testeo grupal (pool testing) en muestras respiratorias, protocolo de toma de muestra en saliva y su respectivo estudio de validación. Es destacable el hecho de reforzar el deber de los laboratorios de comunicar los resultados de exámenes a los pacientes (Instituto de Salud Pública, 2020).

Investigación

Existe evidencia de marco regulatorio sobre el uso de equipo de protección personal, así como también de los protocolos de limpieza y desinfección de ambientes Covid-19. Asimismo, se ha capacitado al personal de salud en el manejo intensivo de pacientes (MINSAL, 2020). Los equipos de investigación en la detección y análisis de Covid-19 son sujetos de conocer toda la normativa de Covid-19 considerada en la variable de Vigilancia.

Evaluación

El Ministerio de Salud ha puesto a disposición una serie de protocolos, atendiendo distintas situaciones como prevención en parques urbanos, plazas, playas y piscinas, así como también recomendaciones para las festividades de navidad, año nuevo y veraneantes. También destaca las recomendaciones hechas a los rubros agrícolas, gastronómicos y de comercio. Uno de los grupos específicos donde se ha establecido una mayor comunicación del riesgo han sido los adultos mayores, para quienes existen guías con indicaciones de extremar los cuidados, así como también de las niñas y niños. Todas estas guías tienen como objetivo educar a la población sobre como adoptar hábitos que eviten la propagación del virus (MINSAL, 2020).

3.2 Colombia

El enfrentar la Pandemia para un país como Colombia es complejo en atención a algunas particularidades que comparte con algunos de los países que se analizan en este estudio, tales como el desarrollo de masivas protestas en los meses de noviembre y diciembre de 2019 y a ello se sumaban la caída en los precios del petróleo y de la desaceleración económica regional (Rodríguez, 2020), En cuanto a la tasa de pobreza multidimensional, en Colombia es del 19,6%, mientras que la monetaria asciende al 27% (DANE 2019). No es posible evitar problemáticas aún no resueltas como las guerrillas, los paramilitares y la lucha permanente contra la producción de Drogas (Rodríguez, 2020).

La desigualdad se extiende a la dotación de infraestructuras y capacidades médicas en el territorio, ejemplo de ello es que en 5 de 30 departamentos no cuentan con cama de cuidados intensivos. Además, buena parte del país estaba ya haciendo frente a una epidemia de dengue, con más de 27.000 casos hasta mediados de febrero pasado (Rodríguez, 2020).

Es en este escenario en el que el 06 de marzo se confirma el primer caso de COVID-19 positivo en Colombia, desde ese momento el sistema de Salud colombiano comienza a hacer frente a la pandemia. Para encarar este escenario, Colombia junto a la Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios de Naciones Unidas (OCHA) diseñó el “Plan de Respuesta Intersectorial COVID-19, Colombia”, compuesto además por el Equipo Humanitario de País (EHP) y el Grupo Interagencial de Flujos Migratorios Mixtos (GIFMM) versión 1, para el periodo Abril - diciembre 2020. “El plan refleja las actividades prioritarias para prevenir, responder y mitigar oportunamente a la posible propagación de la epidemia, así como las actividades prioritarias necesarias para mitigar el impacto humanitario y socioeconómico en grupos de población en condiciones de vulnerabilidad” (OCHA, 2020, p. 4). Este plan de respuesta intersectorial Covid-19, plantea actividades coherentes con a los ocho pilares establecidos en la guía operaciones de la OPS/OMS para la COVID-19 como son (OCHA, 2020, p. 21):

1) Coordinación, planeación; 2) Comunicación del Riesgo y movilización social; 3) Vigilancia epidemiológica e investigación de los casos; 4) Puntos de entrada; 5) Laboratorios de salud pública; 6) Prevención y control de la infección; 7) Manejo de los casos; 8) Soporte logístico.

Vigilancia

En esta variable se incluye la gestión de datos de laboratorios, los informes señalan que “El país ha realizado la definición de casos de acuerdo con las orientaciones y protocolos de la OMS a los trabajadores de la salud, se mantiene activa la búsqueda de casos y la vigilancia basada en eventos a través del sistema de vigilancia en salud pública, se vienen realizando análisis de los datos y evaluación del riesgo de manera permanente, así como la producción y difusión de informes de la situación” (OCHA, 2020, p. 24). Entre los desafíos planteados es posible hallar los siguientes:

- Desarrollo de planes de contingencia en territorios.
- Apoyo en seguimiento y aislamiento de casos.
- Seguimiento y aislamiento de contactos.
- Fortalecimiento de capacidades en vigilancia epidemiológica.
- Equipos de protección personal para equipos de vigilancia de casos y contactos.
- Apoyo en herramientas de monitoreo de la situación y seguimiento de casos y contactos.

Para lo anterior el Ministerio de Salud Colombiano ha diseñado una serie de documentos técnicos que permiten la definición de casos, registro, codificación y reporte de enfermedad, y la implementación de sistemas integrados de información, a través de tableros de control, denominado SEGCOVID19. (Minsalud, 2020).

Laboratorio

En la variable de laboratorio, el sistema de gestión y almacenamiento de datos se guía por el documento “Lineamientos para la gestión de muestras durante la Pandemia del SARS-CoV-2 en Colombia”, cuyo propósito es “orientar a las entidades e instituciones encargadas de realizar la toma, embalaje, transporte y procesamiento de muestras de la población afectada por el SARS-CoV-2, para mejorar el diagnóstico con eficiencia y oportunidad” (Lineamientos para la gestión de muestras durante la pandemia del SARS-CoV-2 (Covid-19) en Colombia, 2020). Se incluyen también lineamientos y orientaciones para el uso de pruebas moleculares (PCR), bioseguridad y biocontención para los laboratorios de la red nacional de laboratorios, manejo de residuos, todos ellos definidos por el gobierno colombiano, a través del Ministerio de Salud y Protección social (Minsalud, 2020).

Investigación

En torno a esta variable, no es posible encontrar lineamientos u orientaciones específicas por parte del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, sin embargo, en el Ministerio de Ciencias, que es el organismo para “la gestión de la administración Pública, rector del sector, tecnología e innovación” (Minciencias, 2020), se han generado una serie de convocatorias de investigación, destinadas a “Fomentar el desarrollo de soluciones para afrontar problemáticas ocasionadas por la pandemia de COVID-19 y otras infecciones respiratorias agudas (IRA) de gran impacto en salud pública (Minciencias, 2020).

Evaluación

Se propuso la realización de un plan nacional para la comunicación de riesgos y participación comunitaria, incluida la socialización de las medidas de prevención y salud pública implementadas” (OCHA, 2020, p. 23). Asimismo, entre los requerimientos planteados se encuentran:

- Campañas de información en medios radiales, regionales/ comunitarios y perifoneo.
- Capacitación en comunicación del riesgo a autoridades locales de salud.
- Fortalecimiento de medios de comunicación locales y comunitarios como productores de información propia para reducir rumores y fortalecer la resiliencia y empoderamiento de las comunidades.

3.3 Ecuador

Al igual que los otros países analizados, Ecuador también acarrea desde el año 2019 una crisis política y social, debido a la eliminación de los subsidios a los combustibles lo que derivó en un descontento social, caracterizado por manifestaciones y protestas callejeras. Este hito vino a ser el corolario de una serie de decisiones políticas que no tuvieron buena recepción por parte de la población ecuatoriana. (Olivares y Medina, 2020; Granja, 2020)

De hecho, durante ese año Ecuador firmó un acuerdo con el Fondo Monetario Internacional, lo que se tradujo en una reducción del tamaño del aparato estatal, cerrando varias instituciones gobierno y dejando cesante a más de 25.000 funcionarios públicos, dentro de estos incluso funcionarios del Ministerio de Salud. Esto junto con otras políticas restrictivas del gobierno, desarrollaron un clima de inestabilidad social, que solo fue aplacado dando marcha a través a ciertas medidas, pero dejando un ambiente tenso (Granja, 2020; Molina y Mejías, 2020; Olivares y Medina, 2020)

El primer caso confirmado en Ecuador fue el día 29 de febrero (Echeverría y Sueyoshi, 2020) desde ahí en adelante ocurrieron dos hechos que marcarían el desarrollo de la pandemia en la mitad del mundo. El primero hecho se debió a la escasa gestión el gobierno y de la negativa de fondos presupuestarios para combatir la crisis socio sanitaria renuncia la Ministra de Salud, acto seguido, el segundo hecho ocurrido, se pagan 364 millones de deuda externa (Granja, 2020; Molina y Mejías, 2020). Esto desencadenó en abril que “la provincia del Guayas y la ciudad de Guayaquil vivirían una crisis sanitaria, funeraria y humanitaria que

llevaron a que en su momento se califique a esta ciudad como el epicentro de la crisis en Latinoamérica.” (Granja, 2020, p1).

Esta calamidad sufrida en Ecuador entre los meses de marzo y abril es explicada por la Dra. Patricia Granja MD-MPH, ex Viceministra de Salud de Ecuador, quien explica con detalle, las fatídicas estadísticas de su país, se registraron “634 fallecidos en un solo día (según cifras del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos INEC) y un reporte de exceso de muertes de alrededor de 10.000 personas entre marzo y abril, cifras que no constan en los informes oficiales” (Granja, 2020)

Este alto número de contagios se puede comprender desde la lógica social, Guayaquil, posee una de las tasas más altas de empleo informal, subempleo y pobreza, pudiéndose catalogar como la ciudad “más inequitativas del país, que presenta los barrios más afectados son aquellos en los que no hay servicios básicos, existe hacinamiento y están marginalizados” (Granja, 2020). Además del alto número de contagiados, hay un alto número de muertes que se puede atribuir a la escasez de recursos humanos e infraestructura (Pinheiro, Freitas y Carneiro, 2020). En cuanto a las variables de análisis, cabe precisar que no toda la información fue obtenida, puesto que en el ámbito de investigación no hay información disponible.

Vigilancia

En un principio el Ministerio de Salud Pública (MSP), “Para diagnosticar el caso envió las muestras para su análisis al Centers for Disease Control and Prevention de EEUU.” (Guerrero, 2020, p. 2) En torno a dicho análisis, el 4 de febrero que el MSP descartó la presencia de SARS-CoV-2 por los resultados entregados por el CDC. En este sentido y para agilizar los testeos y detección del Covid_19 el MSP anunció que el Instituto Nacional de Investigación en Salud Pública (INSPI) cuenta con los reactivos necesarios para la identificación de futuros casos sospechosos. El 29 de febrero de 2020, el MSP reportó el primer caso de COVID-19 Se trataba de una ciudadana ecuatoriana residente en España que ingresó al país el 14 de febrero por el aeropuerto José Joaquín de Olmedo. (Guerrero, 2020). Asimismo, desde el mes de agosto existe el documento “COVID-19, Lineamientos Generales de Vigilancia Epidemiológica”.

Laboratorio

En la página web oficial del Ministerio de Salud Pública de Ecuador, existe un link de acceso para poder buscar los “Laboratorios Autorizados para la prueba de Covid_19” sin embargo dicho link se encuentra caducado y no es posible acceder a la información sobre sistemas para recopilar, gestionar y almacenar datos de laboratorio. A pesar de ello se encuentra el dictamen N° 0005-2020 “sobre Reglamento para establecer las directrices para el control fabricación de las pruebas rápidas” que regula como se deben fabricar las pruebas rápidas dando así información para la fiscalización correspondiente.

Evaluación

En este caso el Gobierno de Ecuador instauró una página web exclusiva para la entrega de información del Coronavirus <https://www.coronavirusecuador.com/> con temas de Salud Mental, Información Ministerio de Salud, bono protección familiar, Capacidad Sanitaria, Contacto Digital para atención médica. (MSP, 2020).

3.4 Perú

El escenario político en Perú previo a la llegada de la pandemia ya era de caos y agitación política, que se replicaba en varios países latinoamericanos, manifestándose en el desorden en la política peruana, la cual no tiene organizaciones sostenibles, no hay proyecto político ni partidario que les otorgue credibilidad ideológica. Perú se considera uno de los países con un alto nivel de conflicto social y registrando algunas zonas entre 17 a 25 conflictos sociales Munaris (2019). Lo que se traduce en huelgas, paralización disminución de la producción y que afecta directamente al desarrollo económico y social del país (León, 2019, p. 123).

Desatada la pandemia reluce la desconexión entre la población y la autoridad política, evidenciando la poca capacidad de gestión ante la crisis, además de la precariedad de los hospitales y las condiciones en

que los gobiernos regionales y Direcciones Regionales de Salud adoptaron los protocolos y manejos de acción y planes de contingencia para enfrentar el virus del COVID -19 (Llerena, 2020, p.3). La salud pública en el Perú es considerada precaria y con debilidades en distintos aspectos, como es la fragmentación entre sistema público y privado, el bajo presupuesto destinada a esa área, los recursos humanos, la burocracia, falta de desarrollo de cultura preventiva. Mostrando una clara deficiencia en la capacidad para detectar y tratar a los infectados por virus y en la capacidad gubernamental para imponer el aislamiento social de la población (Alvarado, 2020, p. 94).

El primer caso en el Perú se detectó el 6 de marzo, denominado por el Ministerio de Salud de la República del Perú (MINSA) como “paciente cero”, ingresando a la primera fase de la pandemia. Pero antes de que este paciente supiera que estaba contagiado, ya había mantenido reuniones y contacto con familiares, convirtiéndose en ese momento en el País N°95 con casos de COVID - 19. En ese sentido el gobierno peruano tomo una serie de estrategias iniciales para contener la propagación e incremento de personas infectadas, decretando el 11 de marzo es estado de emergencia. (Alvarado, 2020, p. 94)

Vigilancia

Al comienzo de la pandemia se generó la resolución que aprobaba el Documento técnico “Plan Nacional de Preparación y Respuesta frente al riesgo de introducción de coronavirus 2019-nCoV” y se encarga al Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades para la difusión, monitoreo, supervisión y evaluación de la implementación del documento indicado con fecha 31 de enero del 2020 (MINSA, 2020). Además, se conforma por resolución ministerial la Directiva Sanitaria para la Vigilancia Epidemiológica de la enfermedad por Coronavirus (COVID-19), con fecha 31 de marzo del 2020, sufriendo modificaciones en la misma el 03 de noviembre del 2020. (Centro Nacional de Epidemiología y control de Enfermedades, 2020). La cual tuvo como objetivo general establecer los lineamientos y procedimientos para la vigilancia epidemiológica de COVID - 19 en el país.

Por otra parte, a partir de la revisión de la literatura se observa que en el análisis de la curva de contagios se incluye pacientes con PCR positiva y sintomáticos, dejando fuera a todos los asintomáticos, provocando confusión en la población respecto a la cantidad real de contagiados (Alvarado, 2020, p. 105). Así quedó evidencia una falta en la calidad de la vigilancia que se debió tener y el seguimiento más estricto no solo de los pacientes con PCR positiva y sintomáticos, si no de aquellos asintomáticos, que efectivamente son los individuos que se movilizan entre distintos escenarios e interactúan con distintas personas, generando una cadena de contagio exponencial si no son controlados.

Laboratorio

Ya iniciada la crisis, se evidenciaron falencias dentro del país, una de ellas fue lo relacionado con la detección de casos con la incapacidad del país de adquirir y utilizar grandes cantidades de pruebas moleculares, por lo que optaron por pruebas rápidas, pero su aplicación no fue satisfactoria para la detección de pacientes, ya que daban falsos negativos y no se les atendía con urgencia. Lo anterior, creó una desconfianza en los números oficiales, con varios informes señalando que hay un sub registro por falta de confirmación de pruebas, tal como ha sucedido en otros países. (Castro, 2020)

A lo anterior se suma que para procesar los exámenes por técnica molecular se contaba solo con un laboratorio en Lima Metropolitana, que era el Instituto Nacional de Salud de Lima, iniciaron con 200 pruebas días llegando rápidamente a las 500 pruebas diarias, lo que limitó rápidamente la capacidad para procesar las muestras, por lo que se decide tomar una segunda herramienta de medición más versátil y rápida que es la conocida prueba serológica, lo que generó cerca de 25.000 pruebas diarias, además de las adquiridas por el Gobierno, se sumaron otras donadas por empresas privadas, lo que permitió el control y la realización de tamizaje a la población. Además, se inició el proceso de acreditación de otros laboratorios lo que rápidamente aumento a 15 el número de laboratorios en 13 regiones del país. (Mesa de concertación para la lucha contra la pobreza, 2020, p. 26)

Investigación

Dentro de lo que se encontró en la literatura en relación a estudios e investigación dentro del país secundario a todo lo que fue y sigue siendo la pandemia, se generó un programa para ser frente al coronavirus destinando al Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC) como órgano responsable de la difusión, monitoreo, supervisión y evaluación del cumplimiento, con el objetivo de intentar reducir el impacto sanitario, social y económico generado por el COVID-19. (Alvarado, 2020, p.95).

El gobierno encargo al Centro Nacional de Epidemiología, prevención y control de enfermedades realizar un estudio que se llamó “Incidencia, prevalencia y factores de riesgo para la infección por virus SARS-CoV-2, estudio poblacional en el Perú, 2020-2021”, el que tomo los departamentos de Lima Metropolitana y la provincia constitucional del Callao (23 departamentos) que incluyo zona urbana y rural, esto se planteó en noviembre del 2020 y se estableció 12 meses para su desarrollo, lo que entregará información valiosa para futuras decisiones y crisis sanitarias en el país. (Centro Nacional de Epidemiología y control de Enfermedades, 2020).

Luego de haber efectuado una revisión de algunas de las recomendaciones efectuadas por la OPS, se hace necesario presentar un resumen (Tabla 2) con todas las medidas adoptadas por los gobiernos de Chile, Colombia, Ecuador y Perú con el objetivo de comprender mejor los alcances de las medidas adoptadas en cada uno de estos países y dimensionar la gestión sanitaria en los países de la cuenca del pacífico sudamericano.

Tabla 2. Resumen de las medidas adoptadas por los países de la cuenca del pacífico frente a la pandemia

	Vigilancia	Laboratorio	Investigación	Evaluación
Chile	Protocolos de vigilancia COVID-19 en centros de trabajo, nueva definición de caso sospechoso, además de los manuales operativos para la búsqueda activa de casos en la comunidad y diagnostico precoz	Extracción no automatizada de ácidos nucleicos desde muestras nasofaríngeas; Notificación inmediata y envío de muestras a confirmación Detección de SARS COV-2 por pool testing o muestras agrupadas; Estudio de validación del protocolo de detección de SARS COV 2 en muestras de saliva; Protocolo de toma de muestra de saliva - PSR	Uso de equipo de protección personal, protocolo de limpieza y desinfección de ambientes Covid-19, capacitación en manejo intensivo de pacientes Covid-19 y conocimiento de la normativa Covid-19 de la variable de Vigilancia.	Protocolos informativos con énfasis en rubros, fechas importantes de movilidad de personas como festividades de fin de año, uso de plaza, playas, parques urbanos y piscinas. Y guías por grupos etáreos, especialmente niños y adultos mayores.
Colombia	Manual Lineamientos base para la formulación de Definiciones de Caso en Vigilancia en Salud Pública aplicación en Covid-19. Sistemas integrados de información sobre protección social, tableros de control SEGCOVID19.	Lineamientos de uso de pruebas en el laboratorio de salud pública (LSP) para la gestión de muestras durante la pandemia del SARS-CoV-2 en Colombia. para el uso de pruebas moleculares RT-PCR y pruebas de antígeno y serológicas para SARS-COV-2 (COVID-19).	Ministerio de Ciencias generó dos convocatorias durante 2020 para resolver problemas del COVID-19	Plan Nacional para la comunicación de riesgos y participación comunitaria, incluida las medidas de prevención y salud pública implementadas.
Ecuador	Colaboración con el “Center for Disease Control and Prevention” de EE.UU.	Reglamento para establecer las directrices para el control fabricación de las pruebas rápidas	Uso de equipo de protección personal, protocolo de limpieza y desinfección de ambientes Covid-19	Página web con temas de Salud Mental, Información Ministerio de Salud, bono protección familiar, Capacidad Sanitaria, Contacto Digital para atención médica
Perú	Sin antecedentes	Capacidad de laboratorios 15 en 13 regiones del país exámenes por técnica molecular, luego se suma la prueba serológica.	Centro Nacional de Epidemiología, prevención y control de enfermedades	Sin antecedentes

Fuente: Elaborado por los autores a partir de (MINSAL, 2020), (Instituto de Salud Pública, 2020), (OCHA, 2020), (Minsalud, 2020), (Lineamientos para la gestión de muestras durante la pandemia del SARS-CoV-2 (Covid-19) en Colombia, 2020), (Minciencias, 2020), (Guerrero, 2020), (MSP, 2020), (MINSAL, 2020), (Centro Nacional de Epidemiología y control de Enfermedades, 2020), (Castro, 2020), (Mesa de concertación para la lucha contra la pobreza, 2020), (Alvarado, 2020).

4. DISCUSIÓN

4.1 Chile y la plataforma Epivigila

En el ámbito de la variable de Vigilancia, la cual permite controlar la propagación del virus, “Chile ha logrado tener cierto orden sanitario y social con información oportuna a través de la plataforma Epivigila” (Laboratorio INSA, 2020). El sistema epivigila monitorea las enfermedades infecciosas que se encuentran en una lista y que permite contar con información fidedigna que le permita tomar decisiones. En el caso del Covid-19, esta notificación la hace un médico frente a un caso sospechoso, lo cual se hace por medio de una plataforma virtual. No obstante, sufrió un cuestionamiento importante debido a la información dada por una profesional encargada de elaborar los reportes epidemiológicos, indicando que el gabinete del Ex Ministro de Salud, Jaime Mañalich, le pidió manipular la base de datos de los contagiados por el virus, lo cual no realizó de manera taxativa, sino que realizó el corte del cálculo hasta días antes (Sepúlveda, 2020).

En cuanto a la variable laboratorio, en general ha existido un cumplimiento eficiente de la normativa dispuesta para la toma y análisis de test PCR en más 100 laboratorios autorizados en Chile. De hecho, al 16 de enero de 2021 se han realizado 7.200.836 test PCR, ocupando el primer lugar en Latinoamérica, alcanzando un record diario de 65.199 test diarios (MINSAL, 2021). Sin embargo, una encuesta aplicada por la Sociedad Médica de Laboratorio Clínico demuestra que un 74,44%, es decir 67 laboratorios, no cuentan con control externo de los test de diagnóstico de Covid-19. Lo mismo ocurre con la falta de suministro de insumos y/o reactivos para toma de muestra y procesamiento de test diagnóstico, donde un 57,34% manifestó haber tenido problemas, principalmente por la falta de stock, distribución de kit de detección de SARS COV 2, entre otros (Sociedad Médica de Laboratorio Clínico, 2020).

En la variable de investigación, cobra importancia la opinión de expertos reunidos en torno a la Mesa Social Covid-19, la cual es una instancia promovida por el gobierno que incorpora a representantes del poder Ejecutivo, alcaldes, investigadores en salud, académicos, colegio médico y de sociedades especializadas en medicina. Pese a ello, a juicio de algunos expertos en el ámbito de investigación clínica “Los equipos de investigación clínica, las instituciones de salud y académicas debieran organizarse, colaborar y contar con las facilidades, en la medida de los posible, para generar en forma expedita datos clínicos y epidemiológicos a partir de estudios observacionales” (Mordojovich et al., 2020).

En lo referente a la evaluación, vinculada particularmente a la comunicación de riesgos, esta ha quedado al debe. Por cuanto, el manejo de la pandemia con un alto número de casos significa que la comunicación de riesgos establecida por el gobierno chileno no ha sido suficiente o bien es malentendida. Mayormente se ha limitado a entregar información mediante dpticos informativos, guías y orientaciones para prevenir el contagio del virus. Sin embargo, muchas decisiones han sido erráticas, debiendo ser corregidas posteriormente, como por ejemplo, cuando el Ministro de Educación insiste en retornar a clases, mientras el Ministro de Salud hace un llamado a que las personas no salgan de sus casas. De hecho, actualmente, Chile está viviendo un escenario en que la comunicación de riesgo parece confusa, tal como afirma el vicepresidente del Colegio Médico Patricio Meza “por un lado se están dando permisos para ir de vacaciones, otro ministro discutiendo volver a clases y otro ministro dice que hay un panorama alentador. La comunicación de riesgo es muy errática y la comunidad no lo entiende” (El Heraldo, 2021).

4.2 Colombia y la cooperación técnica de la OPS

En julio de 2020 el Ministerio de Salud daba cuenta del informe estudio de casos de diversos países frente a la respuesta del territorio ante la pandemia por covid-19. En este se destaca la existencia de “un trabajo articulado y coordinado Colombia busca no dejar a nadie atrás en la lucha contra el covid-19”, también los liderazgos “del Presidente Iván Duque y los gobernadores y alcaldes de las ciudades principales, diseñó una estrategia de respuesta al covid-19 con instancias e instrumentos de seguimiento y evaluación como el Puesto de Mando Unificado (PMU), reunión de alto nivel en la que participa el gabinete ministerial, los directores de entidades nacionales a cargo de la emergencia, asesores de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), las agencias del sistema de Naciones Unidas, representantes de la academia y del sector privado, y donde se toman decisiones para dar una respuesta unificada, que no deje a nadie atrás

en la lucha contra el covid-19” y destacan que “Colombia fue el primer país de Latinoamérica en lograrlo con la cooperación técnica de la OPS/OMS. También fue pionero en recibir por parte de la OPS/OMS el entrenamiento avanzado en Go.Data¹ en la Región de las Américas y desarrollar un piloto para el estudio de los primeros casos de influenza pandémica y de covid-19” (Gobiernos de Colombia, Minsalud, 2020) y (Grupo Semana, 2020).

Para la mantención de las prestaciones de Salud en el marco de la Pandemia se ha establecido la “revisión de cadenas de suministro y existencias de medicamentos esenciales y tecnologías sanitarias, así como la movilización del apoyo financiero y alivio de barreras logísticas y operativas”. También Se implementó “la optimización de la protección social para mitigar el impacto de las medidas de salud pública en la seguridad financiera de los hogares”. Al respecto el diario digital indica que estas iniciativas han sido exitosas (UN, 2020).

Por otro lado, refiere que el área que debe mejorar ostensiblemente es la de claridad en los roles, relaciones y mecanismos de coordinación en la gobernanza del sistema de salud y del Gobierno, ya que “la falta de coordinación entre las diferentes entidades territoriales y la búsqueda de la capitalización política del manejo de la pandemia han sido factores generadores de confusión para los ciudadanos en momentos donde la confianza en las instituciones debe ser primordial (UN, 2020).

4.3 El recorte presupuestario en Ecuador en tiempos de pandemia

Considerando las variables de análisis, el caso de Ecuador es crítico, puesto que el gran problema ocurrió con una vigilancia tardía y la no restricción de eventos públicos, donde fueron autorizados eventos deportivos con una asistencia de 17.000 personas el 04 de marzo, además de celebración, bautizos y matrimonios que aceleraron la transmisión del virus (Granja, 2020). Sin embargo, la situación que agudizó la crisis fue que “en medio de los recortes presupuestarios al MSP y al despido de funcionarios que seguramente incidieron en la capacidad de realizar y sostener actividades de vigilancia epidemiológica.” (Granja, 2020, p. 2). misma premisa que avalan Pinheiro, Freitas y Carneiro, (2020) poniendo énfasis en que el fracaso de las estrategias de prevención y control de la pandemia fue la escasez de Recursos humanos.

El ámbito de la investigación es uno de los pilares más débiles del caso ecuatoriano, para Guerrero (2020) la única manera de poder afrontar la pandemia es a través de la investigación y del involucramiento de la academia para ello, sin embargo, explica que las limitantes ante este escenario son que solo el 0,44% del PIB ecuatoriano se destina a la investigación y que no se han logrado desarrollar líneas ni grupos específicos de investigación. Poniendo de manifiesto la crisis económica, político y social que sufre Ecuador. (Olivares y Medina, 2020)

En este mismo sentido se devela una situación aún más compleja con el tema de la gestión, de los insumos y las medidas económicas en Ecuador:

...por un lado, el escándalo sobre la compra pública de mascarillas y kits alimenticios a sobreprecio; mientras las personas morían en las afueras de los hospitales y en las calles olvidados a su suerte lo que llevó a juicio a altos funcionarios del ministerio de salud; por otro, las denuncias acerca de más de 1600 profesionales de salud contagiados por falta de insumos, de los cuales muchos no sobrevivieron. (Molina y Mejías, 2020, p. 281).

En cuanto a la evaluación, determinada por la comunicación de riesgo, los procesos de toma de decisión han sido caóticos y poco prolijos, como pudimos apreciar la ciudad de Guayaquil vivió un infierno, incluso se llegaron a reportar videos a través de redes sociales de diversos ciudadanos llevando en carretillas a difuntos a los hospitales. Mientras que, en Quito, su alcalde cerró de manera temprana y preventiva, escuelas, parques y estableció el uso obligatorio de mascarilla desde el 6 de abril, logrando reducir la velocidad de transmisión. (Granja,2020)

1 Go.Data es una herramienta de investigación epidemiológica que realiza seguimiento a posibles infectados y brotes.

Así mismo es que durante abril el gobierno central delegó la toma de decisiones sobre las medidas de flexibilización del confinamiento a los gobiernos autónomos descentralizados. Esto llevo a una pugna entre el sector empresarial y el salubrista, sobre la decisión de dichas medidas. Todo lo anterior en medio de protestas sociales en las calles los recortes económicos de más de 4.000 millones de gasto público, despidiendo a mas de 2.000 empleados del Ministerio de Salud (Granja, 2020), privilegiando los intereses del mercado por sobre la salud pública, dejando como, “impacto de la pandemia, la cara más cruda del neoliberalismo golpeando a los sectores más vulnerables; con las cifras de contagios y muertes nunca se sabrán con certeza” (Molina y Mejías, 2020, p. 278)

4.4 Perú y las dificultades en la coordinación sanitaria

Se firmaron diversos decretos de ley y planes de contingencia desde el MINSA y autoridades legislativas, pero se evidencia una clara desconexión con distintas zonas regionales, lo que dificultó que pese a haber sido el país en Latinoamérica que actuó de forma precoz en prohibir reuniones masivas de más de 300 personas y asilamiento domiciliario en personas que provenían de Italia, España, Francia y China, rápidamente decreto la cuarentena total y cierre de fronteras, pero en un mes y medio después se convirtió en el 3er país a nivel latinoamericano con la mayor cantidad de muertes confirmadas por COVID – 19 y el 2do con mayor cantidad de contagios solo superado por Brasil que tiene claramente una población mayor (Castro, 2020).

Una proyección inicial señala que si no se hubieran llevado a cabo las estrategias propuestas por el gobierno peruano para la contención del COVID-19; para el 1 de abril de 2020, el número de personas infectadas en el territorio peruano sería aproximadamente de 5 000 casos; sin embargo, para esa fecha solo se tuvieron 1 323 casos de personas infectadas que representan el 26% del total proyectado. Lo que si se reconoce que se podría haber tenido una mejor capacidad de respuesta acatando la inmovilización social obligatoria en un mayor porcentaje por la población. (Alvarado, 2020, p.104)

Dentro de las críticas recibidas por el gobierno por parte de decanos regionales, dentro de ellos el infectólogo Augusto Tarazona Fernández, fue el bajo presupuesto destinado a combatir la pandemia, siendo este de 4 millones de soles lo que equivale a 1.108.033 dólares, siendo que para crisis sanitarias anteriores como el ébola y la H1N1 bordearon los 33 a 44 millones de soles, siendo cerca 9 a 11 millones de dólares respectivamente (Fernández y Falen, 2020).

Otro de los hechos relevantes detectados, es que uno de los factores que favoreció la rapidez del contagio en el país fue que la gran mayoría de los peruanos trabaja en el sector informal de la economía, por lo que no pueden quedarse en casa, la baja inversión en salud, lo que quedó de manifiesto con la disponibilidad de camas UCI, se contaba con tan solo 100 camas de terapia intensiva para 32 millones de personas, muy por debajo de la media optima, esto obligó al gobierno a invertir en esta área rápidamente, por lo que no se pudo invertir en aumentar la capacidad de testeo de los laboratorios, eso no ayudo a interrumpir la cadena de contagios (Papaleo, 2020).

5. CONCLUSIONES

La dimensión de Vigilancia, Investigación y Evaluación correspondiente a la “lista de verificación para gestionar los riesgos y los efectos de Covid-19” de la OPS permite analizar y evaluar la capacidad de respuesta de los gobiernos latinoamericanos frente al SARS COV 2, la cual pudimos observar en forma resumida en la Tabla N° 1. En estricto rigor, solo Colombia cumplió en forma cercana la gestión de riesgos frente a la pandemia conforme a las recomendaciones de la OPS. Pese a ello, igual hay deficiencias que requieren mejoras que son mencionadas en el presente trabajo y que no corresponden necesariamente a las variables analizadas, sino más bien se ajustarían a otras dimensiones de análisis no consideradas para este artículo.

También debemos destacar el caso de Chile, ya que, si bien no hay un reconocimiento y seguimiento explícito a la lista de recomendaciones entregadas por la OPS, si su sistema de salud cumple con la mayoría de las variables consideradas en el análisis realizado. No obstante, tiene un gran desafío por delante que es mejorar la comunicación de riesgo, donde evidencia todavía deficiencias en las formas de comunicar la

información, la cual ha sido calificada como errática por los expertos. Lo señalado recientemente, motiva a realizar un trabajo de análisis y proposición de mejoras más profundo sobre esto.

En el caso de Perú, no hay un seguimiento explícito a las recomendaciones de la OPS, presenta falencias en las variables analizadas, la más crítica de todas es el funcionamiento y coordinación de su red asistencial, la cual dejó en evidencia que producto del estrés de la pandemia, muchas zonas del país quedaron desprovistas de insumos y servicios. Una de las razones esgrimidas para justificar lo anterior fue la escasez de financiamiento para el sostener el esfuerzo del sector salud.

La idea señalada precedentemente, permite destacar el caso de Ecuador. El cual ha enfrentado momentos críticos, porque fue el país donde más se evidenció el colapso del sistema sanitario frente a la pandemia, donde tampoco hubo un seguimiento taxativo a las recomendaciones de la OPS, demostrando vacíos en investigación y laboratorio. La razón, al igual que en el caso de Perú es el bajo presupuesto destinado para el sector salud, el cual no fue beneficiado por una decisión política de pagar la deuda externa del Ecuador.

De acuerdo al análisis realizado, es posible afirmar que la capacidad de los gobiernos para responder a la pandemia ha sido deficiente, por las carencias en la vigilancia epidemiológica y disponibilidad de laboratorios, perjudicando el testeo, la trazabilidad y el aislamiento. Lo anterior, se agrava aún más en el caso de Ecuador cuando hay ámbitos de decisión política que efectúan recortes presupuestarios, incluido en el ámbito de salud, trayendo consigo un desmedro en las capacidades de salud para enfrentar la pandemia. Asimismo, la falta de especialistas que cumplan con los estándares del ámbito de investigación, la precariedad del sistema sanitario y la informalidad de los puestos de trabajo dan cuenta las condiciones de pobreza y marginalidad de los países analizados, además de una débil comunicación de riesgos provoca que las medidas no tengan los efectos esperados.

REFERENCIAS

- Alvarado, K., Alvarado, S., Esenarro, D., Rodríguez, C., Iannacone, J., Alvarino, L., & Vásquez, W. (2020). Estrategia nacional peruana contra la propagación de la pandemia del coronavirus (COVID-19). *Cátedra Villarreal*, 8(1), 93-108. <http://dx.doi.org/10.24039/cv202081767>
- Bermúdez-Tapia, M. (2020). El control político del congreso del Perú a las acciones del ejecutivo en estados de emergencia en ocasión a una pandemia. *Opinión Jurídica*, 19(40), 341-367. <https://revistas.udem.edu.co/index.php/opinion/article/view/3584>
- Casilda Béjar, R. (2019) América Latina: situación actual (2019) y perspectivas económicas. *Documentos de Trabajo IELAT*, 126. 1-63. <https://cutt.ly/RkRASKj>
- Castro J. (2020, mayo 5). La rápida reacción de Perú ante la pandemia chocó con un sistema de salud insuficiente. *The Washington post*. <https://cutt.ly/8kRSqpR>
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) (2020, enero 24). Censo Nacional de Población y Vivienda 2018. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. <https://cutt.ly/flafxro>
- El Heraldo. (2021, enero 20). Colmed: No solo debemos pensar en abrir más camas críticas, sino que el esfuerzo debe estar en ocupar menos camas. *El Heraldo*. <https://cutt.ly/xlafZr4>
- Echeverría, R. y Sueyoshi, J. (2020). Situación epidemiológica del covid-19 en sudamerica. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 20(3), 525-527. <https://dx.doi.org/10.25176/rfmh.v20i3.2945>
- Etcheberry, M. P. (2020, octubre 24). Los desafíos de América Latina: desigualdad, protesta social y populismo. *La Nación*. <https://cutt.ly/lajim8>
- Fernández L. y Falen J. (2020, marzo 7). Coronavirus: este es el protocolo en los hospitales tras casos confirmados en Perú. *El Comercio*. <https://cutt.ly/3lajWY2>
- González, E., Harrison, CH., Hopkins, K., Horwitz, L., Nagovitch, P., Sonneland H., & Zissis, C. (2020, febrero 10). El coronavirus en América Latina. *Americas Society/Council of the Americas*. <https://www.as-coa.org/articles/el-coronavirus-en-america-latina>
- Ministerio de Salud y Protección Social (2020, julio 22). OMS destaca respuesta de Colombia a la pandemia por covid-19. *Boletín de Prensa*, 502. <https://cutt.ly/clak8Wg>

- Granja, P. (2020, junio 11). *Análisis de la respuesta al Covid-19 en Ecuador*. Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile. <https://cutt.ly/XlaIEY4>
- Semana (2020, julio 22). Colombia respondió a las exigencias presentadas para enfrentar la pandemia: OMS. *Semana*. <https://cutt.ly/llazzyb>
- Guerrero, S. (2020). Coronavirus en Ecuador: una opinión desde la Academia. *La Granja: Revista de Ciencias de la Vida*, 2(32), 127-133. <https://doi.org/10.17163/lgr.n32.2020.10>
- Gobierno de Chile. (2020). Paso a Paso nos cuidamos. <https://www.gob.cl/coronavirus/pasoapaso/>
- Hernández Sampieri, R. (2018). *Metodología de la Investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. Mc Graw Hill.
- Instituto de Salud Pública. (2020). Protocolos de laboratorio PCR. Instituto de Salud Pública de Chile. <https://www.ispch.cl/isp-covid-19/protocolos-de-laboratorio-pcr/>
- Laboratorio INSI. (2020, diciembre 26). Epivigila. <https://cutt.ly/glacACa>
- Llenrenas R. y Sánchez C. (2020). *Emergencia, gestión, vulnerabilidad y respuestas frente al impacto de la pandemia COVID-19 en el Perú*. Scielo preprints. <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.94>
- Lopez, L. F. (2020, marzo 10). Reflexiones sobre papel de fallas de gobernanza en disturbios sociales en América Latina. *Inter Press Service*. <https://cutt.ly/ylabroP>
- Mendieta, David., y Jaramillo, Carmen. (2019). El sistema general de seguridad social en salud de Colombia. Universal, pero ineficiente: a propósito de los veinticinco años de su creación. *Revista latinoamericana de derecho social*, (29), 201-218. <https://doi.org/10.22201/ijj.24487899e.2019.29.13905>
- Mesa de Concertación para la lucha contra la Pobreza (2020, julio 7). Informe Nacional sobre el impacto del COVID-19 en las dimensiones económica, social y en salud en el Perú. <https://cutt.ly/TlanL1z>
- Ministerio de Salud y Protección Social (2020, marzo 06). Colombia confirma su primer caso de COVID-19. Boletín de Prensa N° 50. <https://cutt.ly/8laQXme>
- Ministerio de Salud y Protección Social (2020). Coronavirus (COVID-19). <https://cutt.ly/vlaQ73E>
- Ministerio de Salud y Protección Social (2020, marzo). Rendición de Cuentas, Informe de Gestión 2019. <https://cutt.ly/OlaWHVy>
- Ministerio de Salud Pública Ecuador (2020). <https://www.salud.gob.ec/>
- MINSAL (2020). Plan de Acción Coronavirus, Información Técnica. Ministerio de Salud de Chile. <https://cutt.ly/MlaEclD>
- MINSAL (2021, enero 16). COVID-19: Chile alcanza récord de 65.199 exámenes PCR. Ministerio de Salud de Chile. <https://cutt.ly/7laEKjQ>
- MINSAL (2020, marzo 3). Ministerio de Salud confirma primer caso de coronavirus en Chile. Ministerio de Salud de Chile. <https://cutt.ly/8laRFB1>
- Molina Prendes, N. y Mejías Herrera, M. L. (2020). Impacto social de la COVID-19 en Brasil y Ecuador: donde la realidad supera las estadísticas. *Edumecentro*, 12(3), 277-283. <https://cutt.ly/JlaTj5z>
- Mordojovich, M., Cavada, G., Maturana, A., & Lavados, P. (2020). Investigación Clínica en tiempos de COVID 19. *Revista Médica de Chile*, 707-708. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872020000500707>
- Munaris Parco, S. B. (2019). Steven Levitsky & Mauricio Zavaleta, ¿Por qué no hay partidos políticos en el Perú? Editorial Planeta Perú S. A. 2019, 82 pp. *PURIQ*, 1(02). <https://doi.org/10.37073/puriq.1.02.36>
- Olivares, Alejandro, y Medina, Pablo. (2020). La persistente debilidad institucional de Ecuador: Protestas, elecciones y divisiones políticas durante el 2019. *Revista de ciencia política (Santiago)*, 40(2), 315-349. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-090X2020005000110>
- Organización Panamericana de la Salud (2015). <https://www.paho.org/es/ecuador>
- Organización Mundial de la Salud (2013). Investigaciones para una cobertura sanitaria universal Informe sobre la salud en el mundo 2013. <https://www.who.int/whr/2013/report/es/>
- Organización Panamericana de la Salud (2017). Salud en las Américas, Colombia. <https://cutt.ly/slaYP9r>
- Organización Panamericana de la Salud (2021). Covid-19 - Respuesta de la OPS/OMS. <https://cutt.ly/HlaUhnF>
- Organización Panamericana de la Salud. (2020, febrero 27). Lista de verificación para gestionar los riesgos y los efectos de COVID-2019. <https://cutt.ly/PlaU36o>
- Papaleo, C. (2020, septiembre 18). Perú, el país más mortal en la pandemia del coronavirus. Made for minds, Prensa en alemán. <https://p.dw.com/p/3ihFj>
- Pinheiro, M., Freitas Junior, J., & Carneiro, Saul. (2020). Situación actual del COVID-19 en Sudamérica. *Revista chilena de infectología*, 37(3), 311-312. <https://dx.doi.org/10.4067/s0716-10182020000300311>

- Ramos, M. (2020, octubre 19). Coronavirus: ¿por qué América Latina es la región con más muertes en el mundo?. BBC News. <https://cutt.ly/qlal3yQ>
- Resolución Ministerial 039/2020, de 31 de enero, aprueba el Documento Técnico Plan Nacional de Preparación y Respuesta frente al riesgo de introducción del Coronavirus 2019-nCoV. <https://cutt.ly/alam504>
- Rodríguez, E. (2020, abril 14). Colombia ante la Covid-19. Agenda Pública, análisis de actualidad. <http://agendapublica.elpais.com/colombia-ante-la-covid-19/>
- Sepúlveda, N. (2020, octubre 7). Covid: el testimonio y los correos de la ex epidemióloga del Minsal que acusa al gabinete de Mañalich de manipular datos. CIPER. <https://cutt.ly/FlaODIc>
- Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios de las Naciones Unidas (OCHA) (2020). Plan de Respuesta COVID-19, Colombia. <https://cutt.ly/lIaPvod>
- Sistema Económico para Latinoamérica y el Caribe (SELA) (2020, diciembre 9). COVID-19: Resumen de las principales medidas, acciones y políticas implementadas por los Estados miembros del SELA. <https://cutt.ly/qlaA3zC>
- Sociedad Médica de Laboratorio Clínico (2020). Evaluación de test diagnósticos para Covid-19 en Laboratorios chilenos. <https://cutt.ly/ClaSWuu>
- Universidad Nacional de Colombia (UN) (2020, julio 28). ¿Colombia ha cumplido con las recomendaciones internacionales para el manejo del COVID-19? *Periódico digital*. <https://cutt.ly/WlaSLFx>
- Valeriano, L. (2019). Transparencia en la gestión pública y privada del Perú frente a la crisis de valores que afectan el desarrollo del país. *Gestión En El Tercer Milenio*, 22(43), 31-43. <https://cutt.ly/slaS2j2>

Autores

Diego Arancibia. Cientista político, magíster en Seguridad y Defensa. Académico del Instituto de Investigación y Postgrado, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Central de Chile.

Diego Silva. Administrador público, Magíster en Gerencia y Políticas Públicas. Académico en el Departamento de Formación Transversal en Salud, Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Central de Chile.

Fernando Cortés. Enfermero, Magíster en Salud Pública. Director de la carrera de Enfermería en la Universidad Central de Chile, Sede Coquimbo.

Daniela Muñoz. Enfermera y académica de la carrera de Enfermería en la Universidad Central de Chile, Sede Coquimbo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no incurrir en conflicto de interés alguno.

Financiamiento

No existió financiamiento para la presente investigación.

Agradecimiento

N/A