



ESTRATEGIAS SANITARIAS Y ECONÓMICAS FRENTE A LA PANDEMIA DEL COVID-19

DISTINTAS LECCIONES EMERGENTES



Fundación de
Investigaciones
Económicas
Latinoamericanas



KONRAD
ADENAUER
STIFTUNG

Estrategias sanitarias y económicas frente a la pandemia del COVID-19: distintas lecciones emergentes

Santiago Urbiztondo,
Santos Espina-Mairal y
Mónica Panadeiros



Fundación de
Investigaciones
Económicas
Latinoamericanas

 **KONRAD
ADENAUER
STIFTUNG**

Urbiztondo, Santiago

Estrategias sanitarias y económicas frente a la pandemia del COVID-19 : distintas lecciones emergentes / Santiago Urbiztondo ; Santos Espina-Mairal ; Mónica Panadeiros. - 1a ed - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Konrad Adenauer Stiftung, 2022.

160 p. ; 23 x 16 cm.

ISBN 978-987-48428-6-2

1. Administración de la Salud. 2. Pandemias. I. Espina-Mairal, Santos
II. Panadeiros, Monica III. Título
CDD 301

Esta publicación de la Konrad-Adenauer-Stiftung e. V. tiene por objetivo único el de proporcionar información. No podrá ser utilizada para propósitos de publicidad electoral durante campañas electorales.

© Konrad-Adenauer-Stiftung
Suipacha 1175, Piso 3
C1008AAW
Ciudad de Buenos Aires
República Argentina
Tel: (54-11) 4326-2552
www.kas.de/argentina
info.buenosaires@kas.de

Agosto 2022

ISBN: 978-987-48428-6-2

Prohibida su reproducción total o parcial, incluyendo fotocopia, sin la autorización expresa del autor y los editores.

Contenido

Introducción	7
Capítulo 1: Contexto, decisiones y resultados en el combate a la pandemia por COVID-19.....	13
Introducción.....	13
Análisis de indicadores de contexto, decisiones y resultados	18
Indicadores de contexto.....	18
Indicadores de estrategias y decisiones	36
Indicadores de resultados.....	59
Análisis general	83
Capítulo 2: Organización de los sistemas de salud y respuesta frente al COVID-19	97
Introducción.....	97
A. La experiencia internacional	98
La carrera inicial: adaptar y ampliar los recursos de atención médica	98
Otro tipo de crisis sanitaria: el financiamiento del sistema de salud.....	105
Las estrategias de mitigación	110
B. El caso argentino	120
Organización del sistema de salud en la Argentina.....	120
Los desafíos y respuestas del sistema de salud argentino frente al COVID-19	128
Los desafíos de la organización del sistema de salud más allá del COVID-19	144
Referencias bibliográficas	149
Anexo 1: Tablas de cada país con indicadores de contexto, decisiones y resultados	155
Anexo 2: Tabla de síntesis abierta por indicador y método de normalización.....	173

Introducción

Este trabajo tiene por objeto extraer algunas lecciones sobre las motivaciones, virtudes y limitaciones de las diversas estrategias sanitarias seguidas por distintos países frente al COVID-19. El enfoque es económico y no pretende prescribir o sugerir cuál estrategia sanitaria –y dentro de ella, cuáles medidas– son o fueron las recomendables en cada momento durante la evolución de la pandemia. El objetivo es avanzar hacia una evaluación de las estrategias *ex ante*, según su consistencia con el contexto en que fueron adoptadas, sin proponer la adopción de una u otra estrategia sanitaria con “el diario del lunes”, ni cuestionar la mayor o menor validez universal de las distintas estrategias sanitarias posibles respecto de su efectividad para contener la pandemia en términos de la minimización de fallecimientos, por ejemplo.

Tratándose de un trabajo realizado por economistas, su objetivo es, por un lado, servir para informar el análisis económico respecto de los motivos y efectividad de las distintas estrategias sanitarias según fuera el contexto sanitario, económico y cultural previo a la pandemia y, por otro lado, obtener hipótesis de trabajo y evidencia cualitativa que ayuden a pensar cuáles pueden ser elementos importantes a tener en cuenta respecto del diseño de los sistemas de salud postpandemia.

En tal sentido, el trabajo se divide en dos partes principales. El primer capítulo sistematiza y examina la información de contexto, decisiones y resultados en torno al COVID-19 en un conjunto de países, explorando las lecciones respecto de lo ocurrido entre 2020 y la primera mitad de 2021. En el segundo capítulo se hace una revi-

sión de los desafíos enfrentados por distintos sistemas de salud para atender la pandemia, según sea su organización institucional y las soluciones ensayadas en cada caso. Teniendo en cuenta este marco que surge de la evidencia internacional, el estudio se completa con un análisis focalizado de las medidas adoptadas en la Argentina, para discutir finalmente si esta crisis sanitaria ha expuesto falencias que justifican encarar una reforma para un mejor desempeño del sistema de atención médica del país en tiempos de mayor normalidad.

Ambos capítulos adoptan enfoques metodológicos diferentes y hacen foco también de forma muy distinta en aspectos sanitarios y no sanitarios de la pandemia.

En el capítulo 1, los distintos indicadores consultados permiten construir el siguiente mapa:

- Contexto: los países de LATAM y Sudáfrica estaban peor preparados –por sus peores contextos económico, social, sanitario, político-cultural y menor acceso a la tecnología digital– para sostener distanciamientos sociales extendidos sin un fuerte perjuicio sobre la actividad económica y la calidad educativa.
- Estrategias: los países de LATAM erraron en mayor medida en cuanto a sesgar su estrategia sanitaria a sus condiciones de partida, esto es, escogieron un mayor aislamiento –más extendido– pese a contar con menores instrumentos para administrar una asistencia compensatoria que, por un lado, atenuara el daño económico y social y, por otro, hiciera factible el cumplimiento efectivo del aislamiento dispuesto.

Dentro de estos países, Costa Rica, México y Argentina son los casos más destacados dentro de esa inconsistencia, pero no los únicos. Concretamente, la mayoría de los países que aplicaron políticas de aislamiento severo (excepto España y Chile) adoptaron medidas de asistencia compensatoria insuficientes y políticas de testeo-focalización y vacunación problemáticas.

- Resultados: hay una división clara entre los países de LATAM y el resto; se destacan, por un lado, los malos desempeños en

materia económica, social y sanitaria en Perú y Argentina y, por otro, los muy buenos resultados obtenidos en Suecia y Corea del Sur (en este último caso, difícilmente replicables en otros países).

Más generalmente, la “historia clínica del paciente” ayuda a explicar los distintos impactos de la pandemia. En efecto, hay una clara correspondencia entre: a) mejores contextos previos y la selección de estrategias menos restrictivas; b) adopción de estrategias menos restrictivas y obtención de mejores resultados y, por lo tanto, entre c) la verificación de mejores contextos previos a la pandemia y la obtención de mejores resultados hasta la primera mitad de 2021 inclusive. Así, si bien nuestro análisis no permite identificar la relevancia relativa del contexto y las estrategias en los resultados obtenidos, sí permite señalar que *ex ante* los países de LATAM y Sudáfrica no hubieran podido mantener (y, por lo tanto, no debían elegir) estrategias que priorizaran el aislamiento social extendido, algo que sí hicieron de forma saliente Costa Rica, Argentina, México y Perú.

En el capítulo 2, la revisión de la experiencia internacional y de la propia experiencia argentina muestra las siguientes regularidades:

- a) La rápida implementación de las distintas estrategias para adecuar los sistemas de salud al inicio de la pandemia dio lugar a una tendencia a la centralización, cuyo logro requirió en muchos países la sanción de una normativa especial. Esta política de emergencia fue más generalizada en lo que respecta a la provisión de insumos esenciales, tanto para la realización de tests de diagnóstico como para el tratamiento y el equipamiento de protección del personal de salud, hasta que la oferta pudiera acomodarse al exceso de demanda a que dio lugar la rápida e imprevista escalada del virus.
- b) Una vez superada la etapa inicial de adecuación de los recursos, fue necesario un esfuerzo de coordinación entre todos los niveles de gobierno y los diversos actores involucrados, aunque en la práctica no registraron cambios significativos en la

organización institucional de los sistemas de salud de cada país. No existe evidencia aún de que la calidad de la coordinación haya estado vinculada con el mayor o menor grado de centralización de la organización de los sistemas.

- c) Un hecho relevante fue que la crisis sanitaria desatada con la irrupción del COVID-19 sometió también a un fuerte estrés el financiamiento de los sistemas de salud. Los factores que mayor incidencia han tenido son, por un lado, los mayores gastos asociados a inversiones, recursos humanos y material de protección personal, y los directamente relacionados con la detección y atención de casos de COVID-19. A su vez, la exigida reorganización del espacio en los centros de atención se tradujo en un menor volumen de prestaciones frente a lo habitual, a lo que se sumó –en particular, en la primera etapa de la pandemia– que la atención de otras patologías sufrió una drástica interrupción. Se agrega a este escenario que el confinamiento y el propio desarrollo de la pandemia han generado una crisis económica que afectó negativamente el flujo de recursos con que se financian normalmente los sistemas de salud.
- d) El impacto de la crisis financiera del sector salud sobre los prestadores y aseguradores ha sido diverso, dependiendo de la organización institucional de los mismos. Las políticas adoptadas para garantizar los fondos para que los financiadores –tanto de los sistemas públicos como de la seguridad social– pudieran hacer frente a los pagos de las prestaciones incluyó la inyección de recursos fiscales, tanto en forma directa como a través de programas de apoyo en el mercado de trabajo, y algunas medidas tendientes a darle sostenibilidad a la red de efectores de la salud. En cambio, parece no registrarse asistencia a los seguros de carácter privado, aun en aquellas economías en las que estos se hicieron cargo de las pruebas de diagnóstico y tratamiento del COVID-19 de sus beneficiarios.
- e) Fue difundida la práctica de una reingeniería contractual entre financiadores y prestadores, no solo para contemplar la

adaptación de las instalaciones y el pago de las nuevas prestaciones, sino también para compensar la fuerte caída de ingresos de los prestadores ante la suspensión de buena parte de las actividades durante un período prolongado. Esta flexibilidad en las formas de contratación se extendió incluso en algunos países al integrar temporariamente efectores que no forman parte de la red habitual de los sistemas públicos o de la seguridad social.

- f) En definitiva, manteniendo los roles de los distintos niveles de gobierno, la seguridad social y el sector privado en la financiación y atención de la salud característicos de cada país, con algunas pocas variantes en ciertos países en lo que concierne a los casos de COVID-19, los sistemas de salud han requerido una fuerte asistencia de recursos y, al mismo tiempo, mostraron una gran flexibilidad contractual para enfrentar la crisis sanitaria.
- g) Por último, cabe destacar que en casi todos los países, la cobertura médica tanto de los tests de diagnóstico como del tratamiento del COVID-19 ha sido universal para la población, mediante la eliminación de las barreras financieras que limitan el acceso a estos servicios.

En términos generales, este trabajo busca aportar al debate público un enfoque económico complementario para la consideración de estrategias sanitarias, entendiendo la salud de forma integral dentro del nivel de bienestar general de la población de cada país. Las conclusiones específicas pueden cambiar, la calidad de las estadísticas utilizadas puede demostrarse peor o mejor de lo que actualmente se interpreta, las proyecciones realizadas para evaluar las consecuencias futuras de la pandemia a fines del primer semestre de 2021 pueden revisarse, la identificación y medición de consecuencias más amplias del COVID-19 podrán nutrirse de nuevos estudios y evidencia, lo mismo que sus vínculos con el contexto y la estrategia adoptada en cada país, etc. También puede evolucionar la comprensión de características epidemiológicas o sanitarias que pudieron propiciar o re-

ducir la transmisibilidad del virus (como en el caso de los países del sudeste asiático dada su experiencia reciente con otros coronavirus –SARS y MERS). Pero ello seguramente no invalidará la metodología del análisis, donde se enfatiza la necesidad de incluir los condicionantes del contexto para comprender las decisiones tomadas en la pandemia y sus resultados.

En la medida en que se confirme un resultado aparentemente sólido obtenido en nuestro primer capítulo –la frecuente inconsistencia entre los contextos y las estrategias adoptadas en la gran mayoría de los países de América Latina–, la siguiente pregunta es por qué ello fue así. La respuesta puede ser distinta en cada caso, incluyendo, por ejemplo, la sobreestimación de la gravedad del virus y/o la frecuente subestimación de distintos factores (por ejemplo, la duración de la pandemia; la fortaleza del sistema de salud; los costos económicos, sociales e incluso de salud de un aislamiento social amplio y extenso), un exceso de confianza respecto de la obtención temprana de tratamientos o vacunas efectivos, etc. Es posible que también hayan existido otro tipo de restricciones o condicionantes no considerados aquí (de tipo institucional, burocrático, técnico, político, etc.). En todo caso, descubrir e intentar corregir eventuales sesgos analíticos, de forma institucional, parece un esfuerzo imprescindible para la mejor preparación de cada país ante la próxima pandemia o situación de emergencia que deba enfrentar.

Capítulo 1: Contexto, decisiones y resultados en el combate a la pandemia por COVID-19¹

Introducción

En línea con lo mencionado en la introducción, las conclusiones de este capítulo surgen a partir de caracterizar la experiencia en cada país en diversas dimensiones sanitarias y socio-económicas-institucionales salientes, explorando a su vez la razonabilidad conceptual (económica) relativa entre ambas: las condiciones previas a la pandemia en cada país deberían ayudar a explicar el énfasis con que se aplicaron distintas opciones sanitarias y, junto con la calidad en la aplicación de cada opción, los distintos resultados obtenidos.

La hipótesis de trabajo inicial fue que las distintas características sanitarias, económicas e institucionales de cada país previas a la pandemia están correlacionadas con las estrategias sanitarias adoptadas y, eventualmente también, según la efectividad con que tales estrategias fueron implementadas, con distintos resultados en materia sanitaria, económica y social. Según este enfoque, entonces, no existió una estrategia sanitaria óptima uniforme y universal en la lucha contra el COVID-19 (definitivamente no la hubo a principios de 2020, pero tampoco en una mirada retrospectiva), por lo que es razonable observar distintos énfasis en la adopción de diferentes estrategias y también la obtención de diversos resultados sanitarios,

¹ Santiago Urbiztondo y Santos Espina-Mairal.

económicos y sociales (heterogeneidad de estrategias y resultados según el contexto), aunque el vínculo entre las condiciones iniciales y los resultados también podría y debería estar afectado de forma relevante por los distintos *trade-offs* que planteaban las distintas opciones sanitarias que fueron priorizadas según fuera cada contexto (razonabilidad estratégica y eficiencia en su implementación)².

La evidencia recolectada en este documento ayuda a verificar esta hipótesis, al mismo tiempo que deja en evidencia la inconsistencia de algunas de las estrategias adoptadas.

El análisis se realiza a partir de la consideración de una muestra de 16 países relevantes o representativos en cuanto a su experiencia con el COVID-19, e incluye, en primer lugar, una breve síntesis descriptiva de las condiciones socio-económicas-institucionales de cada país en diciembre de 2019 que intentan caracterizar varias dimensiones (márgenes de acción fiscal y financiera del Estado; situación o calidad del sistema de salud, vivienda y hacinamiento; aspectos estructurales –densidad poblacional, hábitos sociales, cultura democrática, centralización del gobierno–, etc.)³. Posteriormente, se

2 No caben dudas de que *ex post*, es decir, conociendo cuál fue la extensión de la pandemia, el comportamiento del virus en materia de contagiosidad de las distintas variantes emergentes, la velocidad en hallar tratamientos eficaces y desarrollar vacunas efectivas, las dificultades de abastecimiento temprano de dichas vacunas a distintos países, etc., algunas estrategias pueden fortalecerse (volverse superiores) frente a otras, por lo cual es importante evitar aprovecharse de este conocimiento para juzgar lo hecho. En todo caso, la validez y razonabilidad *ex ante* de las distintas estrategias seguramente debe evaluarse respecto de su sostenibilidad en un contexto de fuerte incertidumbre sobre los parámetros sanitarios que definirían la evolución del virus y de sus posibles soluciones definitivas. Nos proponemos, por lo tanto, no cometer el error de realizar críticas sobre la base de información desconocida inicialmente al momento de elegir los lineamientos centrales de cada estrategia o al momento de renovar y/o ajustar la misma posteriormente.

3 Las características geográficas de cada país en términos de su extensión territorial, tamaño poblacional, tipo de fronteras, situación sanitaria-económica-social de sus vecinos, etc. también son relevantes, pero no fueron examinadas. Las dificultades diferenciales emergentes de una mayor extensión territorial y/o de

describen las medidas sanitarias y económicas salientes que cada uno de ellos tomó en respuesta a la pandemia, teniendo como referencia políticas sanitarias alternativas recomendadas con distinto grado de consenso por diferentes expertos sanitarios al inicio de la pandemia (en particular, recurrir al aislamiento social inicialmente o ante la incapacidad de adoptar medidas menos restrictivas que estén más focalizadas en la búsqueda activa y temprana de los contagios efectivos y el aislamiento de ellos y de sus contactos estrechos), dejando de lado las discordancias sobre una mayor o menor focalización inicial en el aislamiento de personas de riesgo, la búsqueda de inmunidad de rebaño, etc. Finalmente, se presentan indicadores referidos a algunos de los efectos o resultados de la interacción entre el contexto y la estrategia adoptada en cada país (contagios, fallecimientos y, más recientemente, vacunación, junto con movilidad, empleo/pobreza, actividad económica, etc.), con una cobertura trimestral desde I.2020 hasta II.2021 inclusive.

Sobre los consensos (parciales) respecto de las medidas y estrategias sanitarias recomendables frente a la pandemia, adoptamos una perspectiva relativamente abierta, entendiendo que un mismo conjunto de recomendaciones generales puede conducir a diferentes tipos de decisiones y estrategias según los condicionantes y, por ende, los *trade-offs* relevantes en cada caso. Entendemos que al inicio de la pandemia ya existía un “enfoque sanitario estándar”, con lineamientos básicos poco controvertidos, según el cual cada Estado debía actuar rápidamente, estableciendo aislamientos generales más o menos estrictos para retrasar la velocidad de penetración del virus y permitir así fortalecer la capacidad de atención del sistema crítico de salud, preparar el personal y los insumos médicos especializados

un mayor tamaño medido en población están asociadas con las dificultades que plantea la descentralización administrativa, y/o se capturan de forma sintética a través de la densidad poblacional que sí se incluye en el análisis. Por otro lado, al no incluir casos como los de Nueva Zelanda y Australia (“países islas”), las diferencias sobre el tipo de fronteras de los países estudiados son menores.

para la detección y aislamiento de los contagios, etc., de forma tal que tan pronto como fuera posible hubiera una focalización de las restricciones de movilidad y/o sobre grupos de la población de mayor riesgo para retomar una “vida normal” (o la nueva normalidad, con cuidados sanitarios, medidas precautorias focalizadas, etc.)⁴. Y al mismo tiempo, interpretamos que los detalles de cómo aplicar este enfoque general dependían de evaluaciones de las distintas alternativas y *trade-offs* en cada situación.

En conjunto, estas distintas piezas descriptivas alimentan el análisis de las virtudes y defectos de cada estrategia posible desde la lógica de minimizar los daños de la pandemia medidos tanto en muertes por COVID-19 como en costos económicos, sociales y de salud más amplios asociados a la propia pandemia y a las estrategias sanitarias alternativas. Así, finalmente, las conclusiones se refieren a la eventual comprensión de los motivos por los cuales se adoptaron distintas estrategias y a la razonabilidad o méritos relativos de las distintas lógicas que pudieron haber incidido en cada caso (o de forma general), de manera tal que los distintos resultados obtenidos podrían ser tanto una consecuencia directa (relativamente “inevitable”) del contexto inicial como de estrategias más o menos adecuadas, y mejor o peor implementadas, vinculadas o no con tales contextos.

Por ejemplo, si bien podría considerarse razonable en términos generales la aplicación en la gran mayoría de los países del “enfoque sanitario estándar” planteado al inicio de la pandemia –que recomendaba una estrategia inicial de fuerte aislamiento social generalizado para permitir a cada país ganar tiempo para adecuar sus recursos sanitarios, seguido de una mayor flexibilización y focalización en términos de la aplicación del testeo para el seguimiento y aislamiento de los nuevos contagios y sus contactos estrechos–, también lo sería que estas medidas fueran aplicadas en distintos grados o con distin-

4 Ver Gottlieb, Rivers, McClellan, Silvis y Watson (2020). Esta perspectiva coincide con la más difundida recomendación de “comprar tiempo” por medio de la estrategia de “el martillo y la danza” (Pueyo, 2020).

to énfasis en cada país según fueran sus características propias en materia económica, social, institucional y sanitaria, por lo cual cabría esperar variaciones en las políticas óptimas asociadas al comparar las estrategias seguidas en cada caso. También, peores resultados podrían asociarse a menores márgenes de acción en vez de atribuirse a políticas mal decididas o implementadas. Alternativamente, las diferentes decisiones observadas podrían no ajustarse correctamente a los elementos estructurales potencialmente determinantes de esas variantes instrumentales, y responder, en cambio, a errores estratégicos por una pobre calidad de la política sanitaria o una perspectiva errada respecto de la naturaleza y posible evolución posterior de la pandemia.

Así, dado que existen aspectos generales y distintos detalles de las políticas sanitarias y globales en respuesta a la pandemia en cada país –desde la búsqueda de la inmunidad de rebaño en Suecia, y brevemente también en el Reino Unido (que implicó minimizar el aislamiento social generalizado inicial), pasando por la práctica superintensiva (e intrusiva respecto de libertades individuales bajo estándares occidentales) de detección-aislamiento-seguimiento en Corea del Sur, hasta la adopción de una cuarentena (aislamiento social con fuertes restricciones a la movilidad) súper-extendida como en Perú y Argentina, con cruces respecto de la descentralización y división federal de los gobiernos en cada país–, resulta posible explorar si dichas diferencias son comprensibles por las distintas condiciones estructurales de cada país o si, en cambio, son más probablemente atribuibles a limitaciones cualitativas en cuanto a la adopción de estrategias deficientes (por ejemplo, por subestimar o sobreestimar la gravedad y duración de la pandemia, por sobreestimar la fortaleza del sistema de salud, por subestimar los costos económicos y sociales de un aislamiento estricto y extenso, por exceso de confianza en el resultado final de una vacuna aún no producida, etc.) o a su implementación ineficaz (por ejemplo, por apostar todo a la llegada temprana de una vacuna y, sin embargo, no diversificar apropiadamente los riesgos de fallas en la provisión de un único labora-

torio contratando una provisión variada y hasta excesiva de distintas vacunas antes incluso de confirmarse su eficacia y seguridad o su aprobación sanitaria).

Análisis de indicadores de contexto, decisiones y resultados

El análisis incluye una muestra reducida de países, seleccionados con un criterio cualitativo para considerar países de distinto tamaño y desarrollo ubicados en distintos continentes y regiones, con distintas culturas, etc. Los 16 países incluidos son: Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, México, Perú, Alemania, España, Suecia, Reino Unido, EEUU, Rusia, Sudáfrica, Israel y Corea del Sur. Naturalmente, cada país contiene un promedio agregado de situaciones internas frecuentemente muy disímiles (el caso de EEUU es saliente al respecto), pero tales agregados igualmente resultan informativos a los propósitos de este estudio.

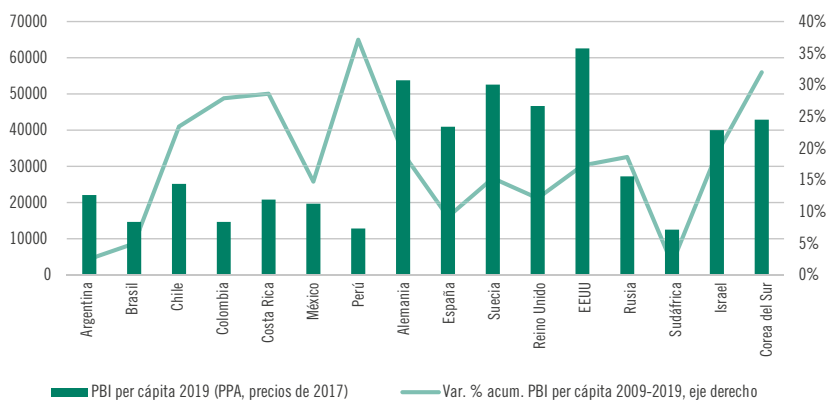
Para cada uno de ellos se identificaron un conjunto de indicadores relevantes, agrupados en: 1) el contexto económico-sanitario-social-institucional-cultural previo a la pandemia, 2) las medidas sanitarias salientes adoptadas en distintos momentos (agrupados por trimestres) durante la evolución de la pandemia, y 3) indicadores salientes del desempeño en materia sanitaria, económica y social asociados en cada trimestre desde I.2020 hasta II.2021 inclusive. Tal información está incluida en las tablas por país en el Anexo 1. El análisis comparado se presenta a continuación.

Indicadores de contexto

La caracterización del contexto previo a la pandemia en cada país –a través de un puñado de indicadores– tiene por objeto identificar diferencias económicas, sociales, sanitarias e incluso culturales que pudieran resultar relevantes para describir la capacidad y/o limitaciones para enfrentar la pandemia.

En primer lugar, el Gráfico 1 sintetiza una primera dimensión del contexto de cada país en cuanto al PBI per cápita (corregido por PPA, paridad de poder adquisitivo) en 2019 y su variación acumulada durante la década previa: los países de América Latina y Sudáfrica tienen un ingreso per cápita significativamente menor (entre 2 y 4 veces) al de EEUU, Corea del Sur, Israel y los países de Europa considerados, mientras que Rusia se encuentra en una posición intermedia, algo superior a Chile. Argentina, Brasil y Sudáfrica llegaron a la pandemia con una década de muy bajo crecimiento económico (cuando Chile, Colombia, Perú y Corea del Sur, por el contrario, tuvieron un desempeño superior al de las economías más maduras de los países europeos).

Gráfico 1. PBI per cápita y crecimiento en la última década, 2019

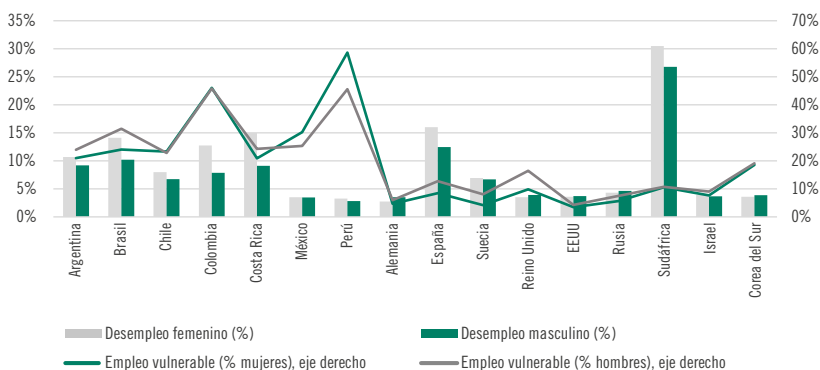


Fuente: elaboración propia sobre la base de Banco Mundial.

En el mismo sentido, el Gráfico 2 muestra la situación en materia de desempleo y vulnerabilidad del empleo (que refiere a los trabajadores familiares no remunerados y a los trabajadores autónomos como porcentaje del empleo total). Teniendo en cuenta que el nivel de desempleo en 2019 constituye un dato previo a la pandemia, pero que no incide en la gravedad (*adicional*) de la misma (por cuanto el

costo económico y social de ese nivel de desempleo preexistente depende de la cobertura del seguro de desempleo y, eventualmente, de otras formas de cobertura, familiar, por ejemplo), lo más relevante a destacar en cuanto al impacto que tendrían distintas estrategias sanitarias que contengan o provoquen contracciones económicas, limitaciones de movilidad, etc. para reaccionar ante la pandemia parece ser la del empleo vulnerable (informalidad laboral). Al respecto, el Gráfico 2 muestra que antes de la pandemia Colombia y Perú se encontraban en una posición desfavorable en relación con la región, pero todos los países latinoamericanos estaban peor que el resto de los casos examinados: en efecto, la elevada informalidad laboral supondría una mayor dificultad para que el Estado defina medidas restrictivas para una población que carece de menor cobertura social formal para asegurar ingresos estables y permitir, por ende, avanzar en un aislamiento social estricto con cumplimiento efectivo.

Gráfico 2. Desempleo y empleo vulnerable, 2019

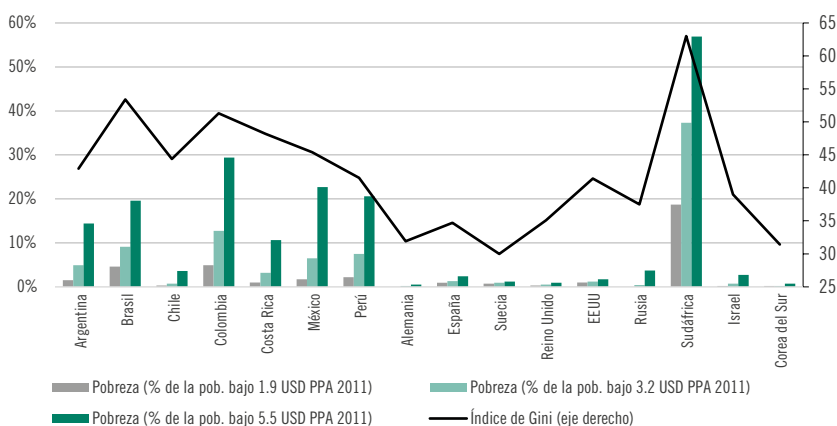


Fuente: elaboración propia sobre la base de Banco Mundial.

La pobreza y la desigualdad del ingreso que caracterizan a los países estudiados también plantean que la selección de medidas sanitarias pueda tener consecuencias heterogéneas entre los mismos, así como distintas posibilidades en términos de su rigurosidad. El

Gráfico 3 ilustra una clara división entre Sudáfrica y los países de América Latina, por un lado, caracterizados por altos niveles de pobreza y desigualdad⁵ (con la excepción de Chile en materia de pobreza), y el resto de los países por el otro lado, con medidas de pobreza relativamente despreciables y una distribución del ingreso marcadamente más equitativa. Sudáfrica sobresale por su extrema vulnerabilidad en este sentido, en tanto se encuentra en una situación más delicada que los desfavorecidos países de América Latina en materia de desempleo.

Gráfico 3. Pobreza y desigualdad, 2019



Fuente: elaboración propia sobre la base de Banco Mundial.

Esto plantea un punto de partida notoriamente distinto entre ambos grupos en términos del impacto económico y social que puedan llegar a tener las medidas tomadas en respuesta a la pandemia y, por ende, sobre la viabilidad o conveniencia de su aplicación. Los países caracterizados por una alta incidencia de la pobreza y una distribución

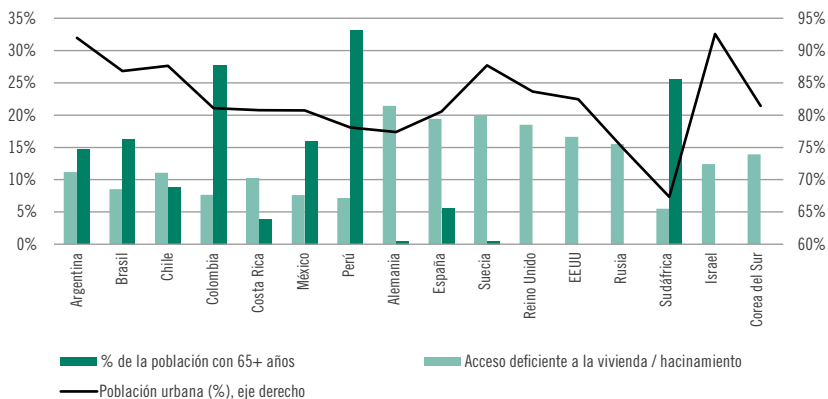
5 El índice de Gini toma valores entre 0 y 100, donde el 0 se corresponde con la igualdad perfecta y el 100 con la desigualdad perfecta.

desigual de los ingresos posiblemente tengan dificultades en imponer confinamientos prolongados en las poblaciones carenciadas sin un programa de transferencias que al menos sostenga las condiciones mínimas de los vulnerables. Esto implica un menor margen de maniobra a la hora de intentar controlar la dispersión del virus (o la necesidad de aplicar medidas aún más severas para conseguir los mismos resultados), y una mayor presión sobre los balances fiscales para lograr una cobertura suficiente. Por otro lado, sería esperable que el daño de potenciales medidas severas (sobre la actividad) fuera marcadamente superior en estos países con un punto de partida desfavorable, donde la población vulnerable posiblemente sea la más castigada no solo en términos sanitarios, sino también socioeconómicos.

A su vez, las características poblacionales también suponen dificultades diferenciales frente a la pandemia. Consideremos en primer lugar el Gráfico 4.a. Si todo lo demás fuera constante (es decir, igual entre países), aquellos países con alta proporción de adultos mayores entre sus habitantes (como los países de Europa, donde el 20% de la población tiene 65 años o más) enfrentaron un desafío sanitario mayor por el COVID-19 que los países con poblaciones más jóvenes (los países de América Latina y Sudáfrica, donde ese porcentaje cae por debajo del 12% –especialmente en Sudáfrica, Colombia y Perú–, e incluso Corea del Sur junto a Rusia e Israel, que están en una situación intermedia con casi 15% de su población en esa franja etaria). Pero, del mismo modo, tratándose de una pandemia donde el riesgo de contagio aumenta ante la aglomeración de personas en espacios reducidos y no ventilados, países con alta proporción de población urbana (en climas con menores temperaturas, como en Europa y en el Cono Sur) enfrentaron –*ceteris paribus*– un desafío más exigente. Países con la población urbana en torno al 80%, como Colombia, Costa Rica, México, Perú, Alemania, España y especialmente Sudáfrica (con menos del 70%), tuvieron en este sentido un elemento jugando a su favor. Esta “ventaja” se ve seguramente neutralizada en Sudáfrica y los países de América Latina mencionados (especialmente Colombia

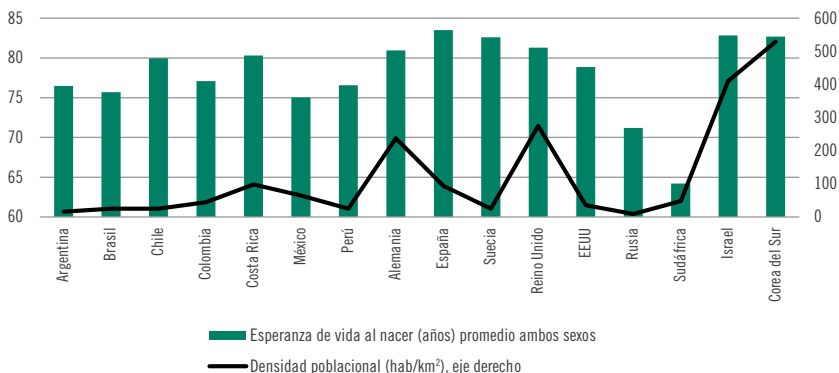
y Perú) por tener altos porcentajes de la población viviendo en situaciones de hacinamiento (más del 25% en estos tres países en particular).

Gráfico 4.a Indicadores de contexto poblacional, 2019



Fuente: elaboración propia sobre la base de Banco Mundial.

Gráfico 4.b Indicadores de contexto poblacional, 2019



Fuente: elaboración propia sobre la base de Banco Mundial.

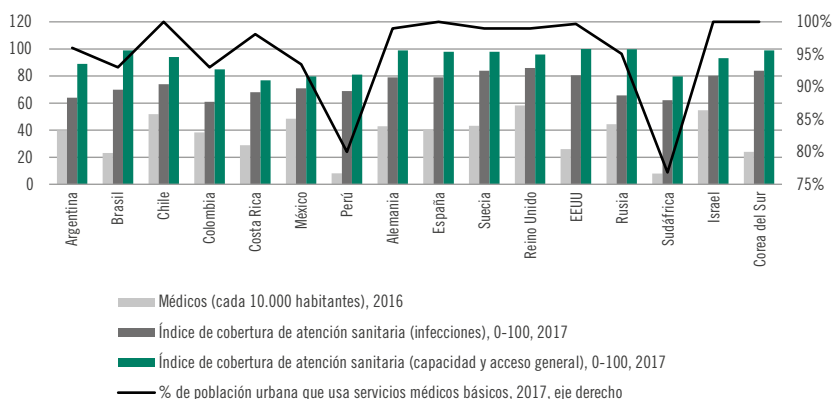
El Gráfico 4.b., por otro lado, contiene indicadores que complementan solo parcialmente la descripción de las características poblacionales mencionadas: la densidad poblacional ciertamente es una medida complementaria del porcentaje de la población urbana, pero permite ver que en Alemania, por ejemplo, su relativamente alta población rural (y/o su población urbana) convive en espacios físicos más reducidos y, por lo tanto, eventualmente propensos a la circulación del virus. En ese aspecto, Israel y Corea del Sur enfrentaron el mayor desafío en términos de la cantidad de habitantes relativos al tamaño del territorio nacional⁶.

En conjunto, es difícil concluir en torno a un patrón común de aplicación general (por ejemplo, que los países de Europa enfrentaron un desafío mayor que los países de América Latina por la mayor edad de su población, clima más frío, mayor incidencia de población urbana y mayor densidad poblacional): en Sudáfrica y países de América Latina (como Colombia y Perú), el patrón poblacional muestra una elevada proporción de personas que viven hacinadas (Argentina, Brasil y México quedan en una situación intermedia al respecto, mientras que Costa Rica se encuentra en una situación incluso mejor que la de España), lo que indica que en tal sentido tuvieron desafíos sanitarios más complicados ante la aparición del COVID-19. Por otra parte, la esperanza de vida (correlacionada con la proporción de la población mayor de 65 años sin dudas –de forma

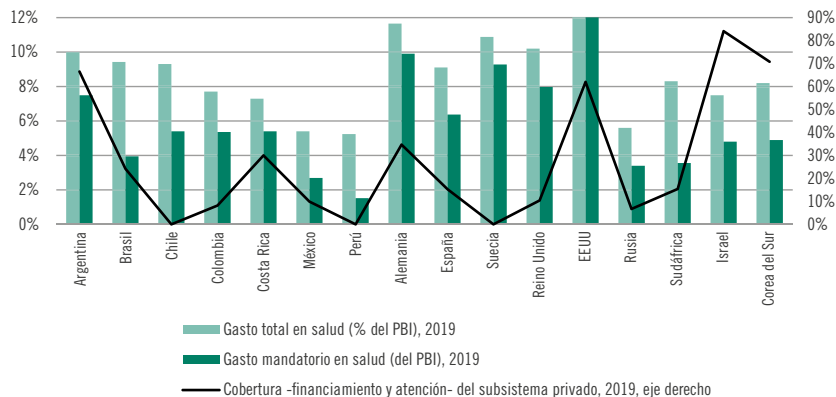
6 Un indicador relevante también examinado es la composición por género de la población. La relevancia de esta métrica se debe a que la tasa de letalidad del COVID-19 es significativamente mayor en hombres que en mujeres, lo cual podría requerir controlar por este factor para comparar los desempeños entre países. Sin embargo, en casi todos los países la participación de la población femenina en el total se encuentra dentro del rango delimitado entre 49,9% (Suecia) y 51,2% (Argentina), exhibiendo una variación menor y sin patrones consistentes entre regiones. La única excepción es Rusia, que con 53,7% de su población femenina resulta ser un dato atípico y puede haber contado con cierta ventaja en esta materia respecto al resto de los países.

parcial por las distintas tasas de natalidad entre países, no reportadas aquí) informa mucho más sobre el grado de desarrollo económico y la calidad del sistema de salud que sobre el desafío diferencial respecto del riesgo de la población de mayor edad y riesgo de internación y vida ante un contagio. En efecto, como se observa en los Gráficos 5 a 8 (y más allá del análisis más detenido realizado en el capítulo 2), distintos indicadores de calidad del sistema sanitario (cantidad de médicos, índices de cobertura sanitaria general y por infecciones y uso del sistema de servicios médicos por la población urbana) muestran diferencias desfavorables para los países de América Latina (exceptuando quizás a Chile) frente al resto de los casos estudiados, especialmente considerando a Colombia y, sobre todo, a Perú.

Gráfico 5. Indicadores de contexto sanitario, 2016-2017



Fuente: elaboración propia sobre la base de OMS.

Gráfico 6. Indicadores de contexto sanitario, 2019

Fuente: elaboración propia sobre la base de OCDE y Banco Mundial.

Otros indicadores de contexto sanitario, eventualmente relevantes también (como la participación del gasto total en salud –sea o no voluntario– y la participación del sector privado en el financiamiento y atención), no muestran un patrón definido: las fuertes diferencias en cuanto al volumen de gastos obligatorios se reduce al agregar gastos voluntarios (para obtener el gasto total) en salud, mientras que la participación privada es mucho más fuerte en Argentina, EEUU, Corea del Sur e Israel que en el resto de los países.

La capacidad de la infraestructura sanitaria con la cual contaba cada país previamente al comienzo de la pandemia es especialmente relevante a la hora de estudiar el número de camas hospitalarias y unidades de cuidado intensivo (UCI)⁷. Esta métrica terminaría definiendo qué niveles de estrés toleraría la capacidad hospitalaria en materia de internaciones, por lo cual podría en parte explicar distintas motivaciones para aplicar medidas más severas en términos de confinamiento en países con una infraestructura más deficiente, así como

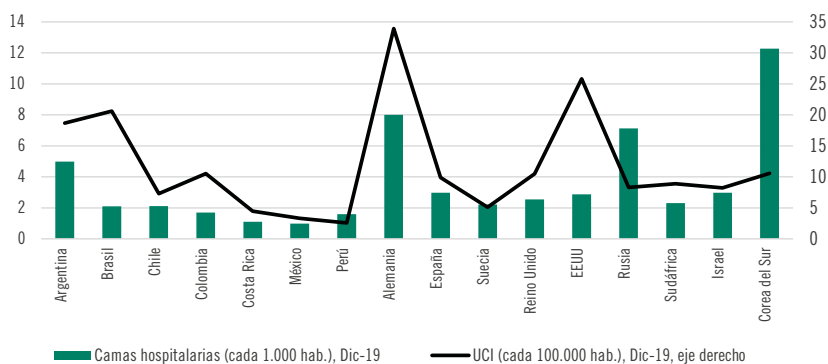
7 Aún más relevante es el esfuerzo que realizó cada país en cuanto a aumentar la capacidad de su sistema de salud (y la velocidad con que esto fue llevado a cabo). Por falta de cifras homogéneas comparables y actualizadas entre países en términos del número de camas o del cambio 2019-2020 en las erogaciones estatales focalizadas en el sistema sanitario, este capítulo no aborda el tema.

también potencialmente derivar en una mayor mortalidad durante los picos de contagios sobre la base de la saturación del sistema sanitario.

Al respecto, el Gráfico 7 posiciona a Corea del Sur, Alemania y Rusia como los países mejor preparados en esta dimensión, seguidos (tal vez sorprendentemente) por Argentina (y Brasil en cuanto a UCI). En el otro extremo, Perú se destaca por tener la capacidad mínima en ambas medidas, lo cual podría ayudar a explicar su posterior estrategia de confinamiento.

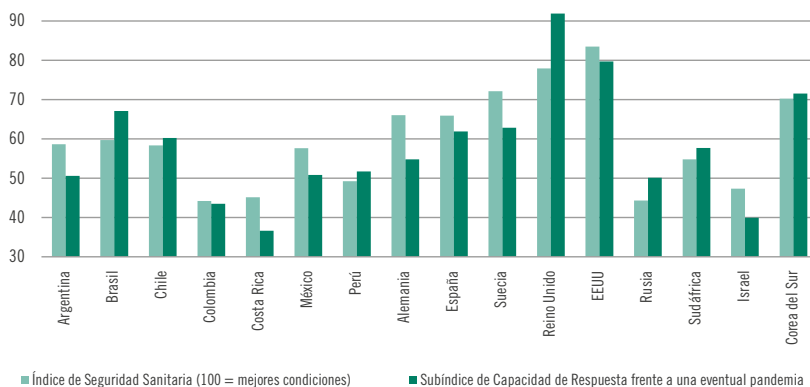
Un último indicador por mencionar en materia sanitaria es el Índice de Seguridad Sanitaria (ISS) desarrollado a fines de 2019 por la universidad Johns Hopkins, que busca evaluar la fortaleza de los sistemas de salud frente a posibles catástrofes biológicas (como pandemias). El mismo, reproducido en el Gráfico 8, contempla diversas dimensiones, entre las cuales se incluyen la robustez del sistema sanitario (indicadores de capacidad, calidad y acceso), la capacidad de reacción frente a una eventual pandemia (indicadores de velocidad de respuesta en emergencias, infraestructura de comunicaciones) y la vulnerabilidad general del sistema frente a desastres biológicos (contexto socioeconómico, infraestructura y salud pública).

Gráfico 7. Situación inicial del sistema de salud: camas hospitalarias y UCI, dic-2019



Fuente: elaboración propia sobre la base de OCDE y Banco Mundial.

Gráfico 8. Índice de Seguridad Sanitaria (ISS) y Subíndice de Capacidad de Respuesta (octubre 2019)



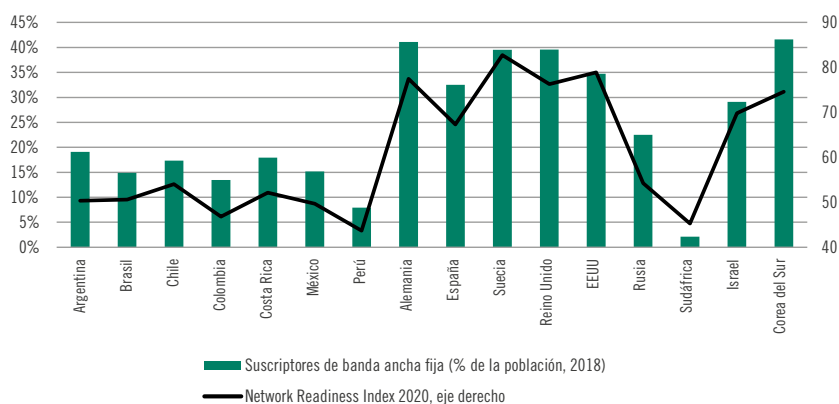
Fuente: elaboración propia sobre la base de Johns Hopkins.

El índice, particularmente relevante como evaluación construida en anticipación a la pandemia (que pocos meses después ocurrió), revela una desventaja relativa de los países latinoamericanos para afrontar amenazas latentes al sistema sanitario, con Colombia y Costa Rica como los peor preparados. A su vez, examinando el subíndice de capacidad de respuesta en emergencias del ISS, el Reino Unido aparecía notablemente mejor que el resto (seguido por EEUU), mientras que algunas de las asimetrías entre países de América Latina y europeos se ven disminuidas, al punto tal que Brasil y Chile estaban considerados a la altura de Alemania, España y Suecia respecto a este indicador particular.

Otro aspecto relevante es la facilidad de cada país para realizar distanciamientos sociales medida según sea su acceso a la tecnología de comunicación necesaria, que puede aproximarse sobre la base de las suscripciones a banda ancha fija y según un indicador sintético (el Network Readiness Index del Portulans Institute, en el cual se combinan pilares de tecnología, capital humano, gobernanza e impacto asociados con la conectividad y las tecnologías de la información). Como se observa en el Gráfico 9, los países de América Latina y Sudáfrica

estaban, antes de la pandemia, en una marcada desventaja para realizar tareas remotas (en materia de educación, trabajo, telemedicina, contacto social, etc.) en caso de distanciamientos sociales estrictos.

Gráfico 9. Medidas de conectividad



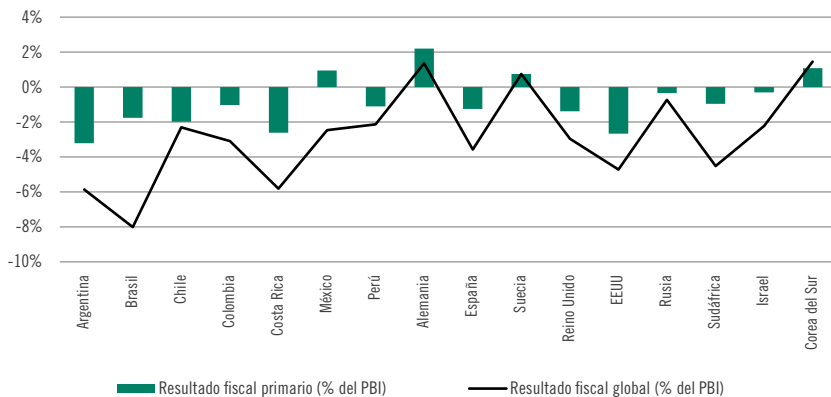
Fuente: elaboración propia sobre la base de Banco Mundial e Instituto Portulans.

En materia económica, un indicador importante es el espacio fiscal de cada país para poner en práctica medidas contracíclicas de gasto y recaudación que permitan suavizar el *shock* económico que representó la pandemia y las medidas de distanciamiento social (voluntarias u obligatorias) asociadas. Al respecto, resultan relevantes tanto la posición fiscal (primaria y global –esto es, incluyendo pagos para el financiamiento de deuda pública contraída anteriormente) como el costo del endeudamiento adicional (señalado sintéticamente por el rendimiento a mediano plazo de los títulos públicos de cada país). En tal sentido, los gráficos 10 y 11 señalan, nuevamente, el menor espacio fiscal y financiero disponible en los países de América Latina y Sudáfrica, que es particularmente marcado en el caso de Argentina (donde, además de un déficit primario del 3%, duplicado al incorporar el costo financiero para el pago de déficit previos, el costo del endeudamiento incremental a fines de 2019 resultaba prohibitivo). En el otro extremo, los casos de Alemania y, en menor medida, de Suecia y

Corea del Sur, eran mucho más holgados. Teniendo en mente el costo del financiamiento soberano, se destaca que Rusia y Sudáfrica tengan costos financieros en niveles similares a los países latinoamericanos.

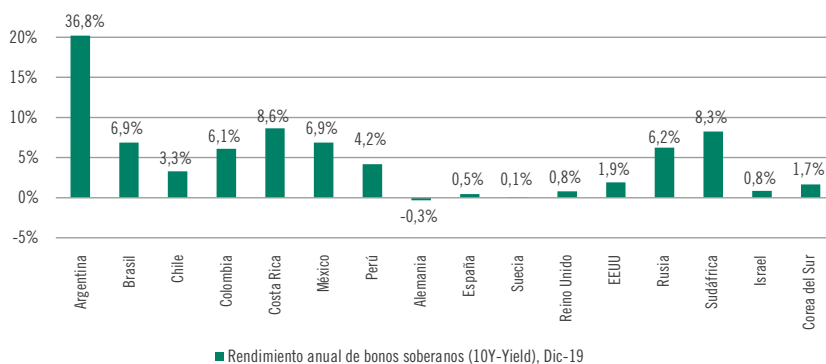
Otro aspecto de relevancia para evaluar la magnitud del impacto de la pandemia en cada país tiene que ver con la importancia del sector turismo en cada economía. Ello es así dado que este fue el sector económico más golpeado por los distanciamientos sociales, confinamientos, cierres de fronteras y disminución de las actividades sociales en general. El Gráfico 10 ilustra a España y Costa Rica como los países más vulnerables frente a contracciones del turismo tomando en cuenta los ingresos (netos) del turismo⁸ como porcentaje del PBI. Vale decir, parte de la posterior caída abrupta en el producto bruto de estos países más vulnerables (especialmente España) puede explicarse por su estructura económica intensiva en turismo, y plantea la dificultad diferencial a la que se enfrentaron los distintos gobiernos a la hora de cortar o reabrir los flujos de turismo en forma intermitente.

Gráfico 10. Resultado fiscal, primario y global, promedio 2015-2019



Fuente: elaboración propia sobre la base de FMI.

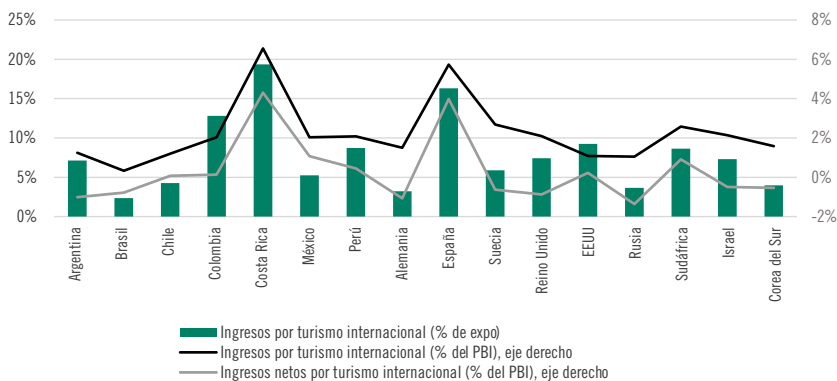
8 Esta medida contempla todo gasto de turistas internacionales en bienes y servicios nacionales, neto de egresos de divisas por igual concepto.

Gráfico 11. Costo del financiamiento soberano, Dic-2019

Fuente: elaboración propia sobre la base de Bloomberg, Koyfin y World Government Bonds.

En términos político-institucionales, todos los países incluidos en este estudio tienen gobiernos democráticos elegidos en elecciones periódicas, tanto se trate de sistemas presidencialistas (en América Latina, EEUU, Rusia, Corea del Sur), parlamentarios (en Europa e Israel) o híbridos (como Sudáfrica). Es difícil *a priori* identificar virtudes o defectos de cada sistema político respecto de la facilidad para la toma de decisiones ante una pandemia, siendo quizás la “dimensión vertical” del gobierno (esto es, la descentralización geográfica por medio de la delegación de facultades legislativas y ejecutivas desde el gobierno central hacia los gobiernos locales) la más relevante al respecto: *a priori*, reconociendo las ventajas y desventajas relativas del federalismo fiscal y regulatorio (y su distinta necesidad según sea el tamaño y heterogeneidad regional de cada país), la descentralización política podría significar mayores dificultades para decidir y coordinar la estrategia sanitaria frente a una pandemia (emergente repentinamente y con cambios en sus características, dimensiones, etc., en gran medida imprevisibles).

Gráfico 12. Ingresos del turismo internacional, última observación (circa 2018-2019)



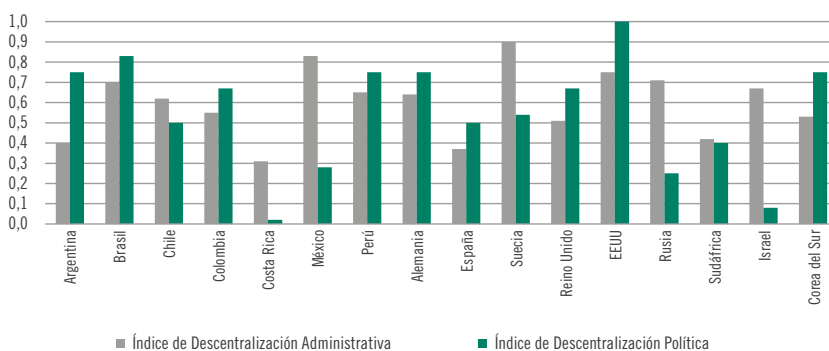
Fuente: elaboración propia sobre la base de Banco Mundial.

El Gráfico 13 refleja dos medidas alternativas de descentralización del gobierno: la descentralización política y la administrativa, sobre la base de indicadores construidos por Ivanyna y Shah (2012) en un trabajo del Banco Mundial. El índice de descentralización política contempla hasta qué punto las autoridades y cuerpos legislativos a nivel local surgen en forma directa del proceso electoral (son elegidos) o son determinados por listas del gobierno central, y también incorpora una dimensión de democracia directa, donde se estima la participación de la ciudadanía en la toma de decisiones. El índice de descentralización administrativa, por otro lado, contempla la participación del empleo de gobiernos locales en el empleo del gobierno general (excluyendo salud, educación, y fuerzas de seguridad), así como la autonomía que tienen los gobiernos locales en conducir sus propias contrataciones, despidos, y fijar sus propios términos contractuales con los empleados. Ambas medidas muestran diferencias no sistemáticas entre países de distintos continentes: en Argentina la descentralización política es relativamente alta, pero la descentralización administrativa está entre las más bajas (siguiendo a España y en especial a Costa Rica, el país con menor grado de descentrali-

zación del grupo estudiado en ambas dimensiones)⁹. En tal sentido, fuera de la descentralización existente en el área sanitaria específicamente (tratada en otro capítulo), no hay aquí diferencias entre países que podrían considerarse relevantes cuantitativamente.

Por último, las diferencias culturales. No caben dudas en cuanto a que la conducta de la población frente a una pandemia –y en respuesta a restricciones o información y solicitudes de medidas de higiene y de distanciamiento social– es un elemento condicionante fundamental de la efectividad de distintas estrategias posibles. Una sociedad acostumbrada a respetar las normas, aceptar la autoridad pública, etc., permite decisiones sanitarias más restrictivas, o mayor efectividad de tales políticas restrictivas, o incluso las hace menos necesarias para lograr igual respuesta ciudadana de distanciamiento social para acotar los contagios, seguir el cumplimiento del aislamiento y seguimiento de contactos estrechos, etc.

Gráfico 13. Descentralización política y administrativa, 2012



Fuente: elaboración propia sobre la base de Ivnayna & Shah (Banco Mundial).

9 Esta caracterización hecha por Ivnayna y Shah (2012) sorprende en los casos de España (típicamente considerado un país sumamente descentralizado) y Chile (descrito como muy centralizado). No obstante ello, atento al detalle y los fundamentos expuestos en este informe, junto con la conveniencia de (mientras sea posible) aplicar un criterio uniforme para la caracterización de cada país, adoptamos integralmente sus resultados.

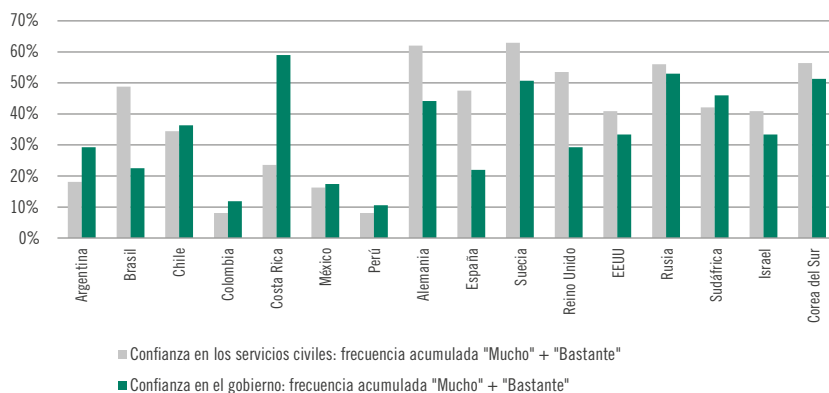
El Gráfico 14 muestra algunos indicadores seleccionados sobre la base de las respuestas registradas por el *World Values Survey* (WVS)¹⁰. Resultan ilustrativas las respuestas sobre la confianza en el servicio civil, en el gobierno y en otras instituciones (las fuerzas armadas, la policía y el poder judicial), así como las opiniones sobre la conveniencia de que el gobierno vigile a los ciudadanos en lugares públicos. Las mismas permiten concluir que la confianza pública en los países de América Latina es típicamente menor que en el resto de los países (incluyendo Sudáfrica y –llamativamente– Rusia), aunque en algunos casos hay una predisposición relativamente favorable a que el gobierno pueda vigilar el comportamiento de las personas en lugares públicos (como en Colombia y Perú –paradójicamente los países de América Latina con menor confianza en su servicio civil y en el gobierno). El menor nivel de confianza (mayor grado de escepticismo¹¹) en las instituciones públicas en América Latina (y en menor medida en España) podría indicar una mayor dificultad en la inclinación a seguir recomendaciones o aceptar órdenes restrictivas en el contexto de la pandemia (comparado especialmente con Alemania,

10 Se trata de encuestas periódicas realizadas a aproximadamente 1.000 personas en más de 50 países. Las preguntas son de todo tipo, y en particular permiten reflejar el porcentaje de la población que está de acuerdo con distintas afirmaciones. La última onda de estas encuestas corresponde al período 2017-2020 (Wave 7). Los datos registrados aquí corresponden a encuestas realizadas entre 2018 y 2019 excepto en tres casos (España y Suecia, con respuestas en la Wave 6 realizada en 2010-2014, y Reino Unido –de la Wave 5 correspondiente al período 2005-2009). Por datos faltantes para algunos países examinados en este documento, debimos realizar algunos reemplazos –según supuestos propios– tendientes a minimizar los sesgos resultantes en indicadores agregados necesarios para obtener algunas conclusiones generales del análisis. Así, los indicadores de Costa Rica fueron reemplazados por los de Uruguay, los de Israel por los de EEUU; y en el caso de Sudáfrica, los indicadores de vigilancia y de escepticismo fueron reemplazados por los indicadores de los países africanos de mejor desempeño en la muestra (Egipto y Kenia, respectivamente).

11 El Índice de Confianza acerca de fuerzas armadas, policía y cortes judiciales fue construido como el complemento del Índice de Escepticismo correspondiente reportado por WVS.

Suecia y Reino Unido), mientras que la mayor aceptación respecto de la vigilancia por medio de mecanismos remotos (video) en la vía pública observados en Suecia, Reino Unido, Alemania, Colombia y Perú podría facilitar la aceptación de medidas de seguimiento (*contact-tracing*) de personas contagiadas y sus contactos para verificar el cumplimiento de las órdenes o recomendaciones más o menos enérgicas de aislamiento para reducir los contagios potenciales¹².

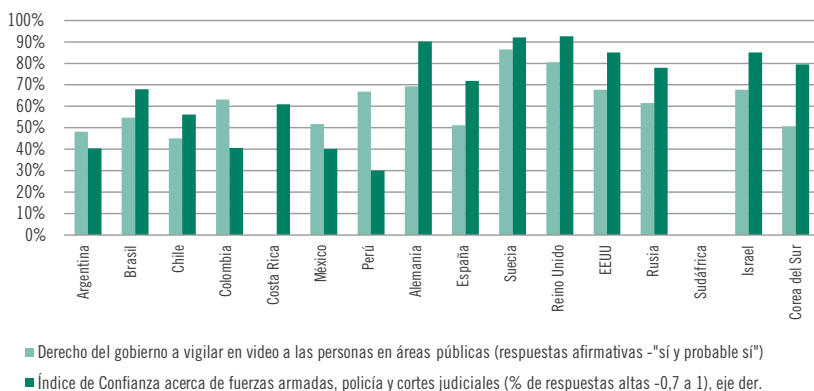
Gráfico 14.a. Valores sociales según encuestas del World Values Survey (WVS), observación más reciente post-2005



Fuente: elaboración propia sobre la base de World Values Survey.

12 La intensidad de la política de detección-seguimiento-aislamiento en Corea del Sur fue singular (y prácticamente inigualable), tanto por su preparación inicial ante una nueva pandemia de coronavirus dada su experiencia previa con SARS en 2003 y MERS en 2015 –que le permitió, entre otras cosas, desarrollar velozmente tests para la detección– como por la disponibilidad generalizada de telefonía móvil de última generación, que facilitó la rápida identificación y seguimiento de quienes hubieran sido potenciales contagios de los casos detectados y por la aceptación del uso de información personal y confidencial detrás de tal estrategia sanitaria, que podría considerarse excesiva en otras culturas. Ver <https://www.vox.com/22380161/south-korea-covid-19-coronavirus-pandemic-contact-tracing-testing>.

Gráfico 14.b. Valores sociales según encuestas del World Values Survey (WVS), observación más reciente post-2005



Fuente: elaboración propia sobre la base de World Values Survey.

Hasta aquí, entonces, podemos concluir que los países “tuvieron que jugar el partido con distinto “hándicap” (que debe ser reconocido): haciendo lo mejor de sí, acertando en igual medida en cuáles estrategias elegir y qué decisiones tomar, hipotéticamente, Perú jamás podría lograr resultados similares a los obtenidos por los países de Europa o Corea del Sur, ni siquiera los alcanzables por otros países de la región. Argentina tampoco tenía a mano herramientas fiscales suficientes para adoptar una estrategia de aislamiento social estricto (muy exigente en compensaciones económicas para hacerla viable y/o efectiva).

Indicadores de estrategias y decisiones

Los distintos gobiernos reaccionaron frente a la pandemia con diferentes velocidades y énfasis en cuanto al cierre de fronteras en primera instancia, y desde allí imponiendo medidas de distanciamiento social y restricción de aglomeraciones (incluyendo el aislamiento social, con “quédate en casa” de alcance nocturno o pleno durante distintos lapsos de tiempo), recomendaciones de higiene, uso de barbi-

jos, etc., realizando diversos esfuerzos para detectar nuevos casos vía testeo y posterior seguimiento y aislamiento, focalizar el cuidado en personas de mayor riesgo de vida, preparar el sistema de salud ante la demanda que enfrentaría (para la atención de pacientes de baja complejidad y especialmente críticos que requerirían el uso de UCI y respiradores artificiales), asegurar ingresos mínimos a la población más afectada por la pandemia, evitar la quiebra empresarial producto de la contracción económica, etc. y, finalmente, en materia de vacunación. En términos generales, tomaron medidas para reducir la velocidad de diseminación de los contagios que llevarían a saturar los sistemas sanitarios y provocarían un “exceso de mortalidad” angustiante, ampliando al mismo tiempo la capacidad de atender médicamente en forma adecuada a la población que lo demandara, al tiempo que se buscaban soluciones definitivas en términos de mejores tratamientos y el desarrollo de vacunas. Sin embargo, la combinación de dichas medidas fue bastante diferente en su composición y secuencia temporal.

Realizar una caracterización plena de tales acciones, reacciones, énfasis, etc., incluyendo su secuencia temporal a lo largo de toda la pandemia, es una tarea enciclopédica que está fuera del alcance de este documento. Sin embargo, el propósito de esta sección es aproximar tales estrategias y decisiones resaltando algunos de sus aspectos centrales, para luego poder contrastarlos con las diferencias de contexto y de resultados logrados.

En lo que refiere a las medidas sanitarias ante la pandemia, estas incluyen varias dimensiones que normalmente exceden el ámbito sanitario, como por ejemplo las restricciones a la movilidad física de las personas. Fuera de los aspectos nominales o formales de tales restricciones (esto es, si fueron impuestas o recomendadas y espontáneamente adoptadas por las personas), lo más relevante es su efectividad (según sea el grado de cumplimiento exigible sobre órdenes o prohibiciones, o la respuesta espontánea o inducida vía distintos incentivos y compensaciones frente a tales medidas restrictivas o recomendaciones).

UNA MEDIDA GENERAL DE LA ESTRATEGIA SANITARIA: EL ÍNDICE DE RIGUROSIDAD

Una primera medida general de la magnitud de la intervención sanitaria frente a la pandemia es el índice de rigurosidad (*Stringency Index*) elaborado por la Universidad de Oxford y disponible en *Our World in Data* (OWID, a quien de aquí en más se identifica como fuente), en el cual se incluyen medidas respecto de compensaciones de ingresos, cierres de escuelas, restricciones de movilidad, etc.¹³. El Gráfico 15 muestra los valores promedio de este índice en cada trimestre. Los resultados muestran que Argentina (seguida por Perú) ha aplicado las medidas sanitarias más restrictivas, en fuerte contraste con Rusia, Suecia y Corea del Sur en el extremo opuesto. Más generalmente, considerando esta medida sintética en primer lugar, parece haber una tendencia general en cuanto a que los países de América Latina se inclinaron más hacia medidas restrictivas ligadas al aislamiento social que la mayor parte del resto de los países estudiados, con la excepción de Brasil, Costa Rica y México. Es interesante notar también que todos los países mantuvieron medidas restrictivas relevantes hasta el segundo trimestre de 2021 inclusive¹⁴.

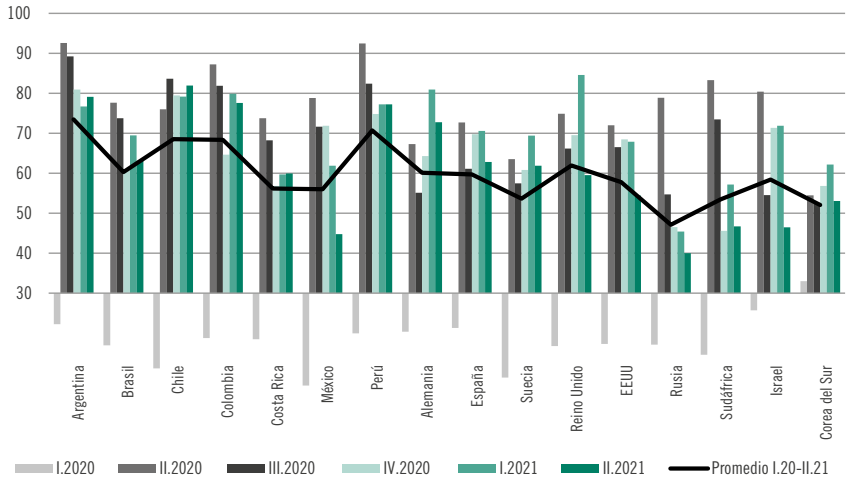
El índice de rigurosidad, sin embargo, es un valor agregado que impide caracterizar suficientemente las distintas estrategias adoptadas, tanto porque se incluyen distintas medidas como porque hay

13 El *Stringency Index* de OWID combina nueve indicadores: 1. cierre de escuelas, 2. cierre de lugares de trabajo, 3. cancelación de eventos públicos, 4. restricción de aglomeraciones, 5. cierre de transporte público, 6. órdenes de no circular en la vía pública (quédate en casa), 7. restricciones al movimiento interno, 8. control de viajes internacionales y 9. campañas de información pública.

14 Al 30 de junio de 2021 el COVID-19 no ha sido controlado en ninguno de los casos estudiados, ni siquiera en países como Israel, que ya a fines del mes de mayo tenía al 60% de su población completamente vacunada, donde el índice de rigurosidad al 30-6-21 era casi 30. En efecto, en los países examinados aquí, dichos índices para esa fecha eran: 75 en Argentina, 61 en Brasil, 85 en Chile, 70 en Colombia, 76 en Perú, 68 en Alemania, 49 en España, 55 en Suecia, 51 en el Reino Unido y 50 en Corea del Sur.

varias dimensiones no incluidas allí, cuya métrica adecuada tampoco es obvia. Tratamos ambos puntos a continuación.

Gráfico 15. Índice de Rigurosidad de OWID, promedio del trimestre

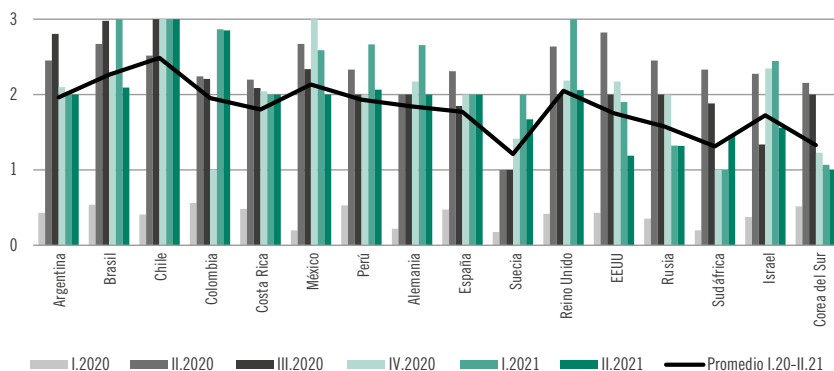


Fuente: elaboración propia sobre la base de OWID.

Adentro del índice de rigurosidad

Con respecto a la desagregación del índice de rigurosidad de OWID, incorporando a la vez otros indicadores de terceras fuentes, los gráficos 16 y 17 muestran distintas situaciones. En primer lugar, considerando las medidas de cierre de trabajo, estas han tendido a ser más extendidas en los países de América Latina que en los de Europa, y mucho más acotadas en Suecia, Sudáfrica y, particularmente, Corea del Sur (donde son solo recomendadas desde el tercer trimestre de 2020).

Gráfico 16. Cierre de lugares de trabajo (0=no; 1=recomendado; 2=requerido en algunos casos; 3=requerido excepto esenciales), promedio trimestral



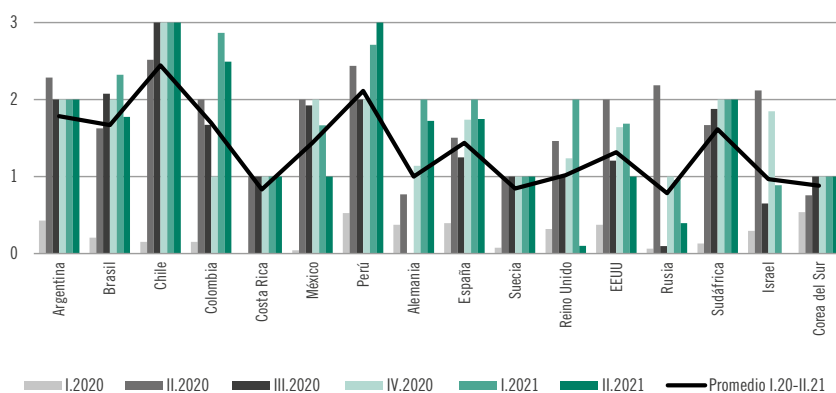
Fuente: elaboración propia sobre la base de OWID.

Este análisis se complementa con las medidas de aislamiento social (*“quédate en casa”*), que mediante la imposición de confinamientos apuntaron a disminuir la circulación de personas, con severidad considerablemente heterogénea entre países. En promedio, los países de América Latina aplicaron confinamientos más estrictos y prolongados que sus pares europeos y Corea del Sur. Naturalmente, la respuesta efectiva a los confinamientos (más allá de su existencia *de jure*) se manifestó en fuertes reducciones a la movilidad de la población general (indicador que estudiamos más adelante en este capítulo), las cuales surgieron como una combinación, por un lado, de las medidas gubernamentales de aislamiento y, por otro, de la conducta preventiva *“voluntaria”* de la población como respuesta endógena a su percepción del riesgo sanitario (individual y/o colectivo) que representaba la pandemia.

Según se observa en el Gráfico 17, tales medidas de aislamiento social fueron (nominalmente al menos) más extendidas y fuertes (confinamientos requeridos con mínimas excepciones) en los países de América Latina (con la notable excepción de Costa Rica), en tanto

que los países europeos típicamente oscilaron entre recomendaciones y confinamientos con excepciones en distintos momentos de la pandemia, mientras que Costa Rica, Suecia y Corea del Sur nunca tomaron medidas más allá de las recomendaciones de quedarse en casa. Dentro de América Latina, por otra parte, las medidas más restrictivas se habrían verificado en Chile y también fueron fuertes en el año 2021 en Colombia y Perú; Argentina y Brasil son casos con restricciones de movilidad permanentes aunque con un mayor número de excepciones. En este último caso, por otro lado, el cumplimiento efectivo de estas medidas fue muy relativo, según se desprende de la relativa reducción en la movilidad medida por Google.

Gráfico 17. Indicación de aislamiento social (“quédate en casa”) (0; 1=recomendación; 2=confinamiento requerido con excepciones; 3=excepciones mínimas), promedio trimestral



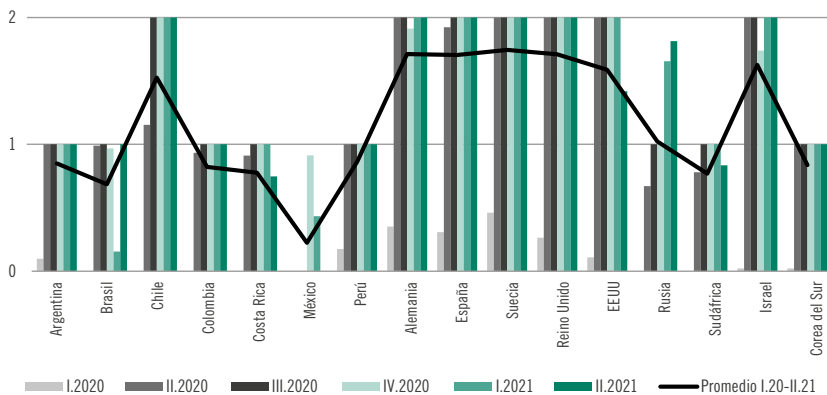
Fuente: elaboración propia sobre la base de OWID.

Sin embargo, considerando la intervención pública en términos del grado de compensación y mantenimiento de ingresos de trabajadores y empresas temporalmente afectados por la pandemia, el indicador “mantenimiento de ingresos” de OWID (Gráfico 18) señala que los países de América Latina en general (con Chile como excepción y con México como caso extremo), así como Rusia, Sudáfrica y Corea

del Sur, tuvieron programas parciales (con una reposición de menos del 50% del ingreso habitual) considerablemente menores que los países europeos, EEUU e Israel, donde los asistieron “plenamente” (>50%). Esto es, las restricciones al trabajo fueron mayores en los países de América Latina, pero la compensación de los ingresos perdidos allí fue menor.

Esta medida de mantenimiento de ingresos no informa con precisión qué porcentaje del ingreso habitual fue repuesto, ni hace referencia a cuántas personas fueron asistidas (afectadas por la pandemia, en particular con prohibición de circulación y de realizar trabajos informales) ni, por ende, a la magnitud agregada de la asistencia compensatoria prestada (necesaria para llevar a cabo medidas de aislamiento más estrictas, que suponen mayor contracción de la economía). Aproximaciones alternativas podrían ser obtenidas a través del registro de mayores erogaciones netas fiscales (esto es, incluyendo tanto mayor gasto público como menor recaudación de impuestos).

Gráfico 18. Mantenimiento de ingresos (0; 1 si <50%; 2 si >50%), promedio trimestral



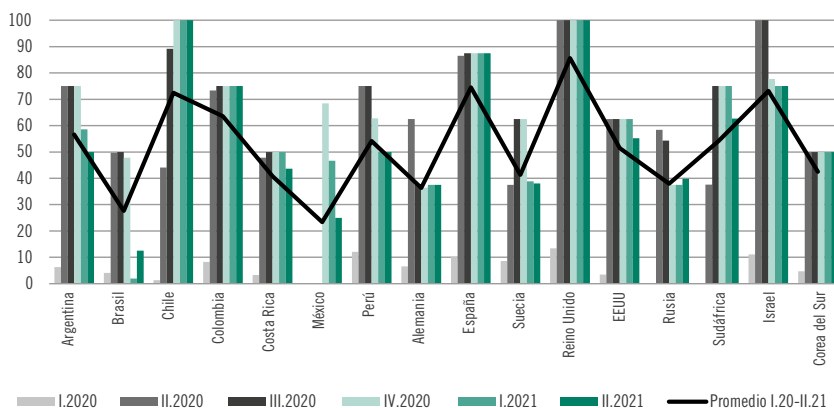
Fuente: elaboración propia sobre la base de OWID.

Los gráficos 19 y 20 contienen dos indicadores posibles. El primero registra el “índice de apoyo económico” a las familias (*Economic Support Index* –ESI– de OWID¹⁵), mientras que el segundo registra dos indicadores de la política fiscal durante la pandemia (sin apertura trimestral) elaborados por el Fondo Monetario Internacional (FMI)¹⁶. En el primer caso, este indicador identifica a Brasil y México como los países que aplicaron la menor asistencia económica a las familias durante la pandemia, ya sea en forma de mantenimiento de ingresos y/o de alivio de sus deudas, con una fuerte reducción durante 2021, al tiempo que tal reducción en la asistencia (más suave) también se verificó en Argentina, Perú, Alemania, Suecia, Rusia e Israel.

Llama la atención, sin embargo, la baja asistencia económica que se registra en el caso de Alemania a lo largo de toda la pandemia, algo que se explica considerando el segundo gráfico. En efecto, Alemania básicamente no adoptó ninguna asistencia financiera para el alivio de deudas a las familias (se omite una figura específica al respecto para simplificar la exposición), razón por la cual el índice de apoyo económico registrado por OWID resulta tan bajo.

15 El ESI es un índice compuesto, como el *Stringency Index*, que incluye dos subíndices: el de mantenimiento de ingresos a familias (tratado previamente) y el de “alivio de deuda o contratos” (*debt/contract relief*), que mide si el gobierno congeló obligaciones financieras (créditos, pagos de servicios básicos, etc.) a familias (toma valores 0 si esta medida fue nula, 1 si fue limitada/acotada a algún tipo de contrato en particular y 2 si fue extendida). El ESI promedia ambos subíndices, normalizado en [0,100].

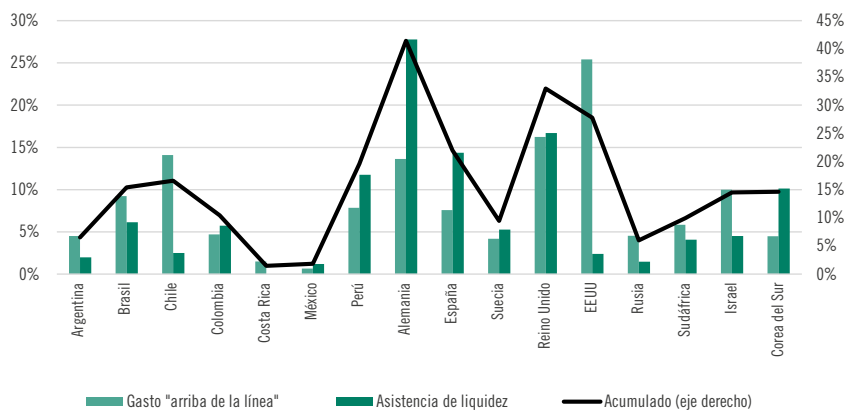
16 El FMI define las medidas “arriba de la línea” o “dentro del presupuesto” para este indicador como cualquier gasto extraordinario (o ingreso “sacrificado”) para hacer frente a las consecuencias de la pandemia. Incluye gastos en salud, en sectores no sanitarios, y gastos “adelantados” o ingresos diferidos. La asistencia de liquidez (*liquidity support*) hace referencia a medidas por “debajo de la línea” o “fuera del presupuesto” (créditos, inyecciones de *equity*, compras de activos, reducción de deudas) y a responsabilidades contingentes (garantías más operaciones cuasi-fiscales).

Gráfico 19. Índice de apoyo económico (0 = nulo; 100 = pleno)

Fuente: elaboración propia sobre la base de OWID.

Sin embargo, como se observa en el Gráfico 20, Alemania sí asistió financieramente de manera significativa a las empresas. Bajo la lupa de este indicador, los países de América Latina en general (y en especial Costa Rica y México), así como Rusia, Sudáfrica, Israel y Corea del Sur, elaboraron todos menores paquetes fiscales en respuesta a la pandemia en comparación con EEUU y los países europeos (exceptuando a Suecia). Dentro de América Latina, Chile y Brasil llevaron a cabo compensaciones económicas significativas (menores que en Alemania, EEUU y Reino Unido, pero mayores que en Suecia, Rusia, Sudáfrica, Israel, Corea del Sur y España).

Gráfico 20. Medidas fiscales excepcionales en respuesta al COVID-19 desde el inicio de la pandemia (en % del PBI)



Fuente: elaboración propia sobre la base de FMI.

En segundo lugar, una parte muy importante de las intervenciones frente a la pandemia ha sido la suspensión obligatoria de clases presenciales en distintos niveles educativos, cuyas consecuencias económicas y sociales, al tratarse de la educación básica (preescolar, primaria y secundaria), son difíciles de medir por el momento, aunque sin dudas han tenido y tendrán un alto impacto negativo en las capacidades cognitivas y de integración social de los niños en aquellos casos donde la educación remota no fue universal ni de suficiente calidad, lo que restará productividad y movilidad social por varias décadas, a menos que sea posible emprender rápidamente un refuerzo educativo de reparación, muy difícil en general y en los países menos desarrollados en particular¹⁷.

17 Existen mediciones preliminares del daño económico provocado por la pérdida de presencialidad educativa durante la pandemia en cuanto a niveles y distribución del ingreso. Desde el punto de vista cualitativo, la pérdida de aprendizaje y el impacto desigual de la no presencialidad educativa difícilmente sean cuestionables. Engzella, P., A. Freya y M.D. Verhagen (2021) examinan un experimento educativo natural llevado a cabo en Holanda (por medio de exámenes previos y posteriores al cierre de escuelas). En este país, donde existen las condi-

Al respecto, hay dos indicadores principales del cierre de escuelas. El primero (en el Gráfico 21.a), de OWID (siendo un valor igual a 3 indicador del cierre total), muestra que el mismo fue más profundo y extendido en Argentina, Brasil, Chile y México que en otros países (que también cerraron sus escuelas pero parcialmente o solo hasta 2 trimestres), aunque también fue muy amplio y extendido en Alemania, EEUU y el Reino Unido. El segundo (en el Gráfico 21.b), proveniente de un estudio de UNICEF, es *a priori* más significativo al reflejar el porcentaje de días de instrucción presencial perdidos por cierres parciales y totales¹⁸. Si este segundo indicador de UNICEF

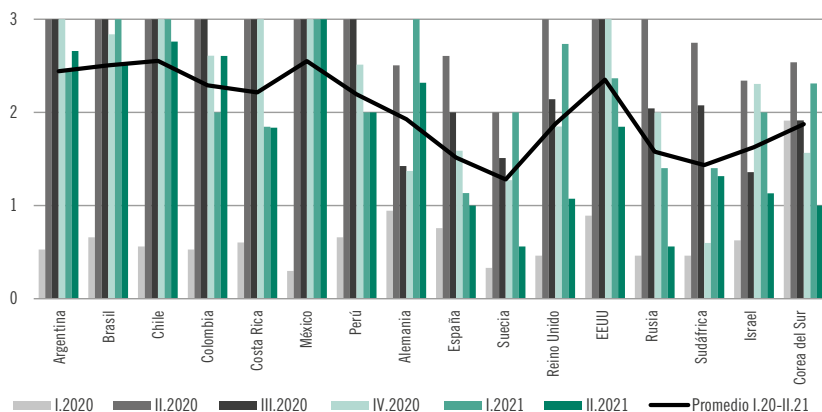
ciones más favorables (definibles como un “*best-case scenario*”) para minimizar la pérdida educativa ante el cierre de las escuelas y la adopción de vínculos remotos durante la pandemia por tener una de las mejores coberturas de conectividad en el mundo, un sistema educativo ampliamente inclusivo y por haber tenido un confinamiento acotado, estos autores encuentran que en materia educativa los alumnos aprendieron mucho menos –poco y nada– durante la virtualidad, y que ello fue asimétricamente desventajoso para los alumnos provenientes de hogares con menores ingresos. La extensión de estos resultados a países con condiciones precarias para el acceso a una educación remota universal –incluso antes de examinar su calidad– es obviamente mucho más preocupante.

Cuantitativamente, la medición seguramente admitirá resultados más certeros a lo largo del tiempo. Hanushek, E. y L. Woessmann (2020) realizan un ejercicio temprano basado en el vínculo empírico existente entre la productividad, los ingresos y la escolaridad de las personas, del cual resultan estimaciones con pérdidas de ingresos en valor presente verdaderamente escalofriantes en países de la OCDE y/o del G20. Calculan una pérdida no menor al 1,5% del PBI mundial promedio anual hasta fin del siglo XXI. En el caso de la Argentina, solo considerando los cierres de la escuela primaria durante 2/3 partes de un año escolar, el valor presente estimado de los ingresos futuros sacrificados por el aprendizaje perdido en lo que resta del siglo XXI asciende a USD 1.347 mil millones (un promedio de casi USD 17 mil millones por año, cerca del 3,5% del PBI). Todo ello sin examinar las transformaciones distributivas y daños psicológicos que, además de provocar un retroceso en la constante búsqueda de mejoras para la población de menores recursos, pueden dar lugar a pérdidas de productividad mayores por sus consecuencias en la organización económica.

18 El documento de UNICEF trata explícitamente las clases presenciales. Es decir, un país hipotéticamente con una “virtualidad perfecta” igualmente se catalogaría como uno que perdió todos los días de clase si estuvo bajo cierre total.

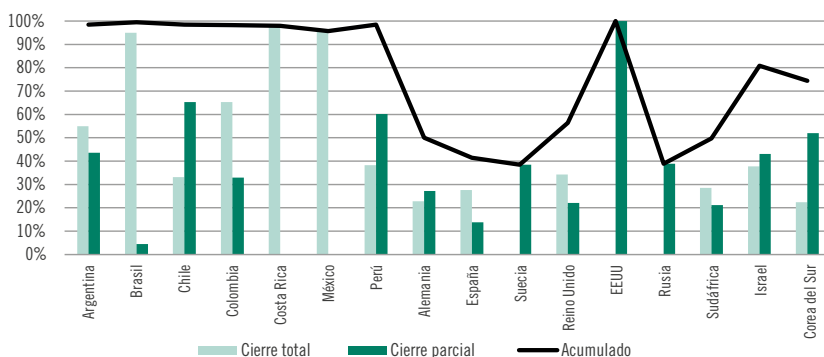
fuera correcto, entonces el Gráfico 21.b. señala que todos los países de América Latina cerraron en mayor medida las escuelas que los países de Europa (Corea del Sur lo hizo parcialmente, Suecia nunca las cerró completamente), y dentro de América Latina fueron Brasil, Colombia y Argentina los que perdieron más del 50% de sus días de instrucción de forma completa (al tiempo que Chile y Perú implementaron cierres completos más acotados y cierres parciales más extendidos dentro de la región). Se destaca también el cierre extendido de EEUU, más allá de que este fue siempre en términos parciales (sin cerrar en forma total las escuelas).

Gráfico 21.a. Cierre de escuelas (de 0 a 3), promedio trimestral



Fuente: elaboración propia sobre la base de OWID.

Gráfico 21.b. Cierre de escuelas total y parcial (en % de días de instrucción), desde el inicio de la pandemia

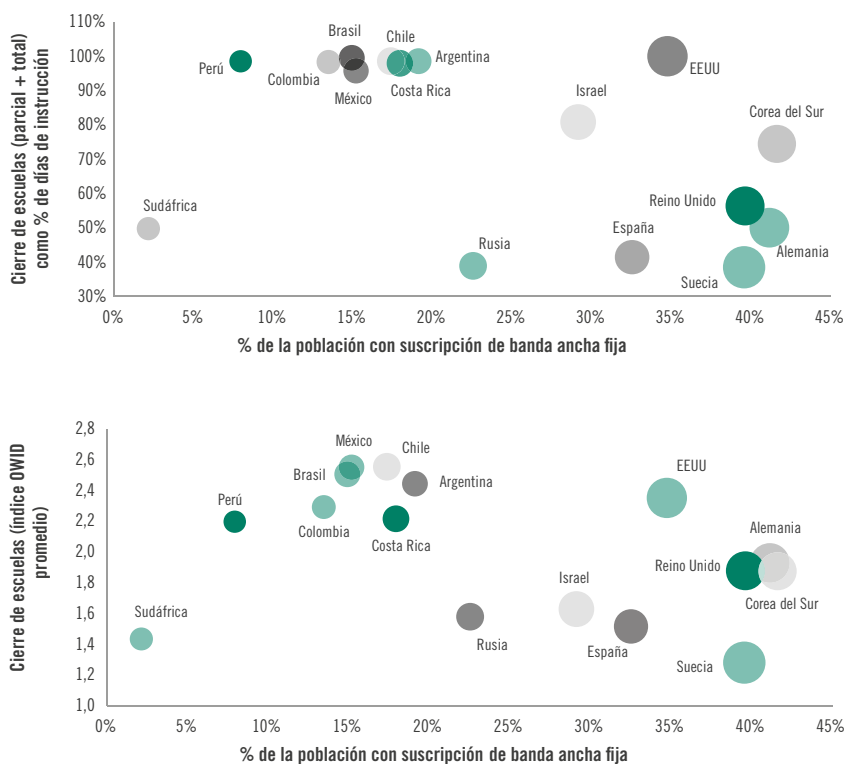


Fuente: elaboración propia sobre la base de UNICEF.

Ambas métricas coinciden en diagnosticar una situación diferencialmente crítica en América Latina respecto al cierre de escuelas, pero esto debería complementarse cruzando estos datos con alguna medida de conectividad, para poder así distinguir entre países que pudieron sostener cierres más prolongados de la escolaridad sobre la base de contar con una infraestructura informática adecuada. El estudio de UNICEF –que agrupa países por regiones y hace un comentario genérico sin informar los datos de cada país– analiza la relación entre los datos de cierre de presencialidad y conectividad de los hogares, y concluye que fueron muy frecuentes los cierres estrictos de clases en países que contaban con muy malas condiciones para un potencial aprendizaje virtual. Extendiendo esta lógica a los países de nuestra muestra, en los Gráficos 22.a y 22.b validamos esta observación utilizando ambos indicadores de cierre de escuelas previamente mencionados, tomando en cuenta las suscripciones a banda ancha y el *Networked Readiness Index* (NRI) como métricas de conectividad. El NRI refleja, por medio del tamaño de las burbujas en las escuelas, la intensidad con que se redujo la presencialidad (países con burbujas de mayor tamaño redujeron menos la presencialidad). Se verifica una tendencia general a que los países peor preparados para afrontar

tar la educación en formato virtual fueron aquellos donde se aplicaron los cierres más estrictos y prolongados. Sudáfrica es una clara (y lógica) excepción a este patrón: dadas sus condiciones desfavorables para el aprendizaje virtual, evitó avanzar en cierres de la escolaridad presencial.

Gráfico 22. a / b Conectividad y cierre de escuelas. Tamaño de las burbujas = Networked Readiness Index (2020)



Fuente: elaboración propia sobre la base de UNICEF, Banco Mundial e Inst. Portulans.

Medidas más focalizadas, fuera del índice de rigurosidad

Mientras que el índice de rigurosidad publicado por OWID contiene intervenciones sanitarias restrictivas y complementarias a tales restricciones, también se reconoce la importancia de los esfuerzos de los países por evitar tales restricciones, básicamente de tres formas: a) esforzarse por detectar y aislar tempranamente los nuevos casos para así reducir los contagios, las internaciones y los fallecimientos por COVID-19; b) ampliar la capacidad del sistema sanitario para reducir la letalidad y, con ella, la mortalidad por COVID-19; y c) adquirir y aplicar de forma temprana la mayor cantidad posible de vacunas contra el COVID-19, que desde mediados de 2020 se vislumbraba podrían estar disponibles desde fines de ese año o en el primer trimestre de 2021. Vale decir, fuera de las medidas restrictivas y compensatorias de tales restricciones, una parte importante de las estrategias seguidas con mayor o menor énfasis o prioridad en cada país han sido la ampliación de la capacidad del sistema sanitario, los esfuerzos de *detección-aislamiento-seguimiento* (vía testeo y esfuerzo de seguimiento y aislamiento posterior) de los nuevos casos y, finalmente, la efectividad de su vacunación (desde 2021, aunque fuertemente determinada por decisiones de contratación de vacunas tomadas durante 2020). Sin embargo, los indicadores que reflejan estos esfuerzos gubernamentales pueden ser también de difícil obtención o complejos de interpretar.

Considerando el esfuerzo en materia de *detección-aislamiento-seguimiento*, el nivel de testeo seguramente sea relevante si se toma en cuenta que el número de tests realizados es en parte endógeno a la diseminación o penetración del virus en cada país. En efecto, la normalización del número de tests respecto de los casos detectados reflejaría una circularidad (porque los casos detectados dependen de los tests realizados), además de una superposición con el indicador de suficiencia en el testeo (dado por el porcentaje de positividad, esto es, testeos con resultado positivo sobre testeos totales –que en definitiva mide el número de casos detectados sobre la cantidad de tests

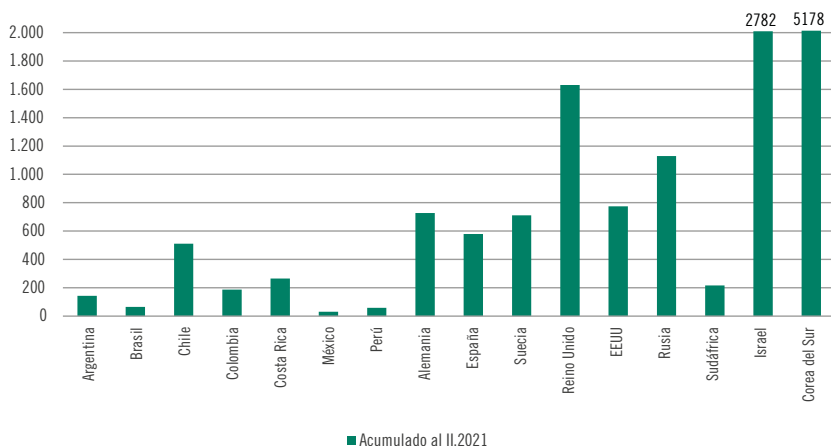
totales, es decir, la inversa del indicador de tests/casos), mientras que la normalización del número de tests respecto del tamaño de la población enfrenta otro problema –si se logra minimizar la penetración del virus, el número de tests requeridos para controlar la pandemia es obviamente menor. Así, una rápida comparación del número de tests realizados por cada país, normalizados por su población, indicaría que Corea del Sur tuvo un déficit *vis-à-vis* el resto de los países en cuanto a la cantidad de tests realizados.

Una posible solución para captar el “esfuerzo de testeo” es normalizar la cantidad de tests según el número de fallecidos en cada país: en la medida en que los fallecidos por COVID-19 son medidos de manera homogénea en los distintos países (es decir, fallecidos con diagnóstico de COVID-19 antes o después de su fallecimiento, sin reflejar muertes derivadas por cambios de conductas o patologías originadas y/o no tratadas a causa del estrés del sistema de salud durante la pandemia), y dejando de lado los diferentes ratios subyacentes entre contagios efectivos (detectados o no) y fallecimientos entre países y trimestres durante la pandemia, este indicador aporta una alternativa razonable para captar el énfasis en el uso de este instrumento sanitario durante la pandemia. Así, el Gráfico 23 informa el “esfuerzo de testeo”, definido como la cantidad de tests en relación con la cantidad de fallecidos en forma acumulada hasta el primer semestre de 2021 inclusive, y ofrece una primera conclusión: Corea del Sur e Israel realizaron un esfuerzo de testeo importantísimo, mientras que Sudáfrica y los países de América Latina –excepto Chile parcialmente– no.

Por otra parte, la cantidad de tests realizados, aun medidos sobre la cantidad de fallecidos para mejorar su comparabilidad entre países, son solo una parte de la estrategia de *detección-aislamiento-seguimiento*, en la cual la efectividad de tal esfuerzo depende de la búsqueda activa de potenciales contagios en los contactos cercanos o circunstanciales de los nuevos pacientes. En efecto, si la política de testeo es solo receptiva (a la iniciativa de testearse ante algún sínto-

ma por parte de la población), ello difícilmente incida igualmente en la capacidad de aislar a quienes se detecte ni permita prevenir rápidamente que otras personas que pueden estar contagiadas en etapas presintomáticas propaguen adicionalmente el virus.

Gráfico 23. Esfuerzo de testeo (# de tests por fallecido)

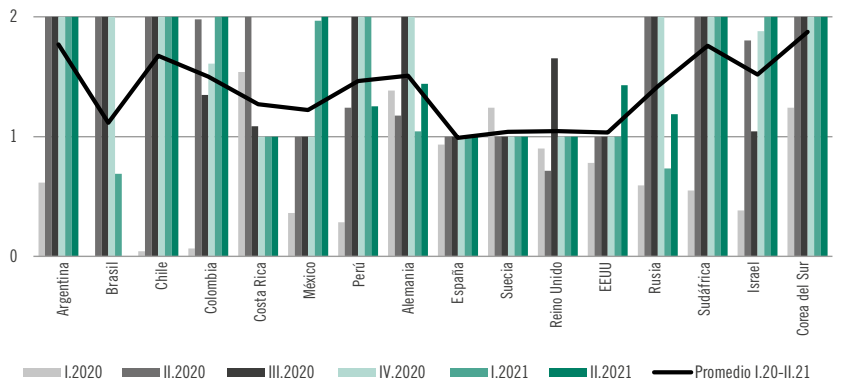


Fuente: elaboración propia sobre la base de OWID.

Al respecto, la medida de OWID que mide *contact tracing* (Gráfico 24.a) no parece muy informativa (o confiable) al describir a la Argentina como un país que llevó a cabo un seguimiento pleno de casos (y si hubiera aplicado un seguimiento intensivo, la efectividad del aislamiento posterior sin dudas ha sido relativa *vis-à-vis* Corea del Sur, lo cual no se refleja correctamente en este indicador). Por otro lado, el indicador de política de testeo (*testing policy*), también publicado por OWID, que intenta medir la accesibilidad general a los tests por parte de la población (Gráfico 24.b), sí logra capturar la exitosa estrategia de Corea del Sur, evidente en una veloz habilitación del testeo libre a las personas (no solo a sintomáticos) en comparación al resto de los países estudiados. Al respecto, Chile, EEUU, Alemania, Rusia y Sudáfrica lograron un mejor acceso al testeo en términos relativos (con un bajo desempeño de Brasil, Argentina,

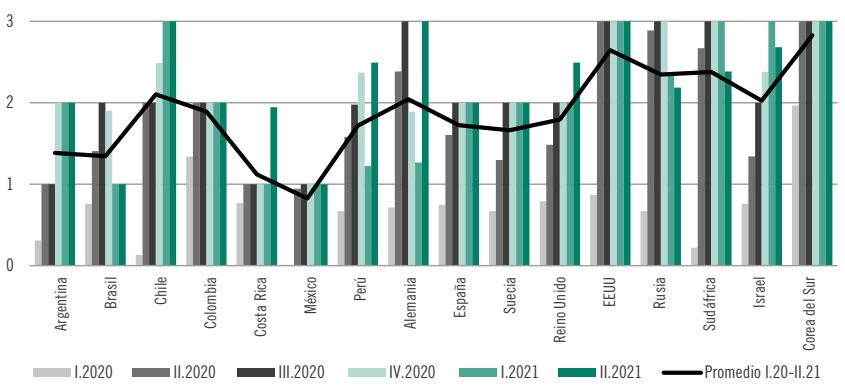
Costa Rica y México), si bien este indicador tampoco parece capturar del todo la heterogeneidad en el esfuerzo de identificación de focos de contagio que existió entre países.

Gráfico 24.a. *Contact tracing* (0=ninguna; 1=limitado; 2=pleno), promedios trimestrales



Fuente: elaboración propia sobre la base de OWID.

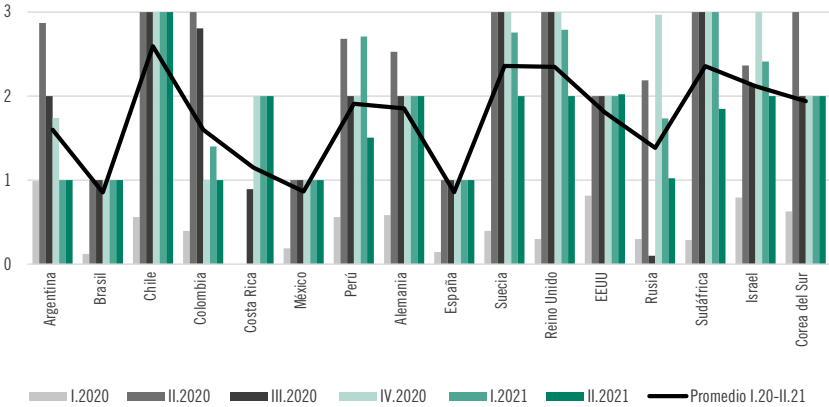
Gráfico 24.b. Política de testeo (0=ninguna; 1=limitada; 2=asintomáticos, 3=libre), promedios trimestrales



Fuente: elaboración propia sobre la base de OWID.

De forma complementaria a este seguimiento, una medida crucial tomada por los gobiernos en el transcurso de la pandemia refiere a la focalización de los esfuerzos en cuidar a la población más vulnerable al COVID-19. El indicador de protección a la población de mayor edad en el Gráfico 25 logra identificar países que mantuvieron en el tiempo políticas sostenidas al respecto (Chile, Suecia, Reino Unido y Sudáfrica).

Gráfico 25. Protección a mayores (0=ninguna; 1=recomendada; 2=limitada, 3=extensiva), promedios trimestrales



Fuente: elaboración propia sobre la base de OWID.

Finalmente, en lo referido a la vacunación durante el año 2021 (2 trimestres), el Gráfico 26 permite ver el desempeño destacado (en términos de velocidad de aplicación) de Israel, seguido de Reino Unido y Chile, países que cubrieron más del 50% de su población con al menos una dosis al cabo de 6 meses de vacunación, lo cual permitió (en los casos de Israel y Reino Unido en particular) retomar cierta normalidad ya en junio 2021. EEUU se posiciona de forma similar, con un marcado avance de la vacunación completa a fines del período examinado (aunque no tan así considerando la situación promedio del segundo trimestre del año, con dificultades para avanzar por

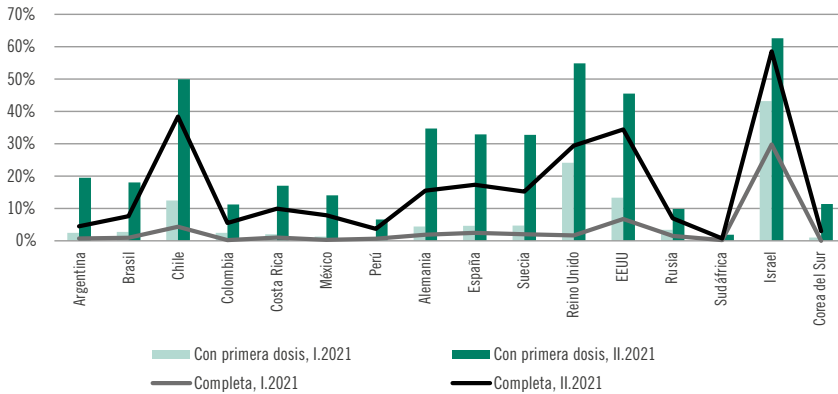
un extendido rechazo a la vacunación en varios estados desde entonces). Corea del Sur mostró un tenue avance en la vacunación, pero ello ocurrió al mismo tiempo que la pandemia estuvo bajo control hasta junio 2021 sin la necesidad de aplicar fuertes medidas restrictivas prácticamente. Excepto Chile, el resto de los países de América Latina (especialmente Colombia y Perú), junto a Rusia y Sudáfrica, tuvieron un lento inicio en su vacunación en relación con las campañas de vacunación europeas.

No obstante ello, la calidad de la gestión de las vacunas contra el COVID-19 en cada país no se limita a la velocidad con que fue avanzando su aplicación, sino que también requiere examinar lo hecho en las instancias previas de su contratación, considerando tanto el volumen de dosis aseguradas como su diversidad (para minimizar riesgos de incumplimientos de un proveedor particular) y su efectividad. En el Gráfico 27 se incluyen 3 indicadores construidos sobre la base de los datos del panel de vacunas de UNICEF, quien reporta cada contrato oficializado entre los distintos países y los diversos proveedores de vacunas^{19, 20}.

19 Estos datos excluyen las dosis correspondientes al mecanismo COVAX, cuya inclusión empeoraría relativamente el desempeño de países que hayan optado quedar afuera o ingresado en forma tardía. Los países europeos examinados, junto con EEUU, son donantes dentro del esquema de distribución.

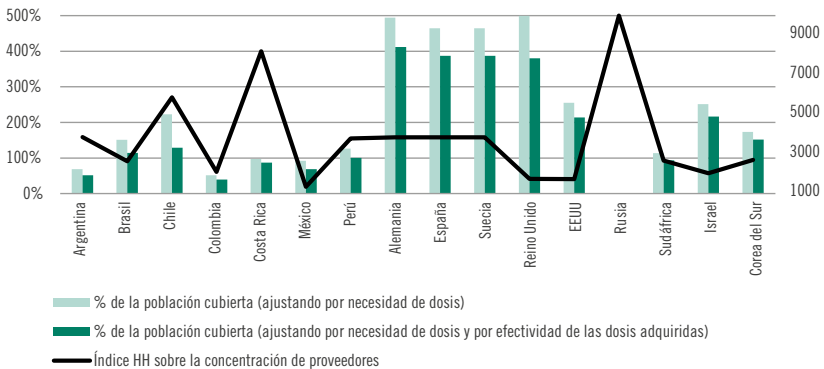
20 Es importante destacar que muchos contratos de esta índole no son públicos y que existen discrepancias entre fuentes alternativas de datos (como el *Launch and Scale Speedometer* de Duke), aunque en términos agregados, como están siendo estudiados en este capítulo, los patrones son fuertemente consistentes entre países. Rusia no ha hecho públicos sus datos de contrataciones y aquí suponemos que se abasteció por completo sobre la base de la producción doméstica de Sputnik V, en manos del Instituto Gamaleya. Adicionalmente, tomamos los datos de la Unión Europea como agregado representativo para España y Suecia, ya que estos países parecen haber canalizado la contratación por esta vía supranacional.

Gráfico 26. Vacunación (% de la población total), promedios trimestrales



Fuente: elaboración propia sobre la base de OWID.

Gráfico 27. Contratación de vacunas (% de la población cubierta y diversificación-HHI, a fines del II.2021)



Fuente: UNICEF y *New York Times*.

En primer lugar, se reporta el total de vacunas adquiridas por cada país expresado como porcentaje del total de su población. Al compararse con los datos de vacunación efectiva en el Gráfico 26, esta variable muestra una clara correspondencia con la posterior

aplicación (con la excepción, quizá, de Perú, que pese a haber asegurado una mayor provisión que Colombia continúa vacunando a un ritmo algo inferior en términos relativos, tal vez porque la contratación formal de vacunas no indica la entrega de las dosis ni, mucho menos, su aplicación). En todo caso, queda claro que aquellos países que lograron una mayor cobertura en la adquisición estuvieron habilitados a vacunar a su población a un ritmo marcadamente superior (lo cual habilitó retornos a la normalidad más acelerados), mientras que países que no aseguraron una provisión temprana suficiente, y debieron, por ende, lidiar con los cuellos de botella posteriores (en la contratación y entrega de dosis), se vieron limitados a campañas de vacunación más lentas y, por ende, a una normalización demorada.

En segundo lugar, el Gráfico 27 también incluye dos “correcciones cualitativas” del volumen de vacunas contratado, tomando en cuenta la efectividad de cada compra y su diversificación. Sobre el primer aspecto, la efectividad o eficacia promedio de las dosis adquiridas hace referencia a la capacidad de cada vacuna de actuar como cortafuegos de la diseminación viral, es decir, de impedir los contagios, tal como se ha reportado en estudios controlados al momento de su lanzamiento y aprobación o bien en estudios de campo con la aplicación efectiva posterior²¹. En tal sentido, se observa que al ajustar la población cubierta con las dosis contratadas por su distinta eficacia, Chile es el país más perjudicado en términos relativos (a tal punto de acercarse al nivel de sus vecinos, si bien su contratación de vacunas “nominal” fue considerablemente superior, producto de haber adquirido primordialmente Sinovac, la vacuna menos efectiva entre las aplicadas durante 2021 en todo el mundo).

21 A tal fin se considera el menor valor de eficacia que haya surgido de estudios publicados recopilados por el *Vaccine Tracker* del *New York Times*, lo cual no está exento de errores o revisiones al haber pocos datos existentes y con grandes dispersiones (según las poblaciones estudiadas, las distintas variantes del virus que son prevalentes en distintos países, etc.).

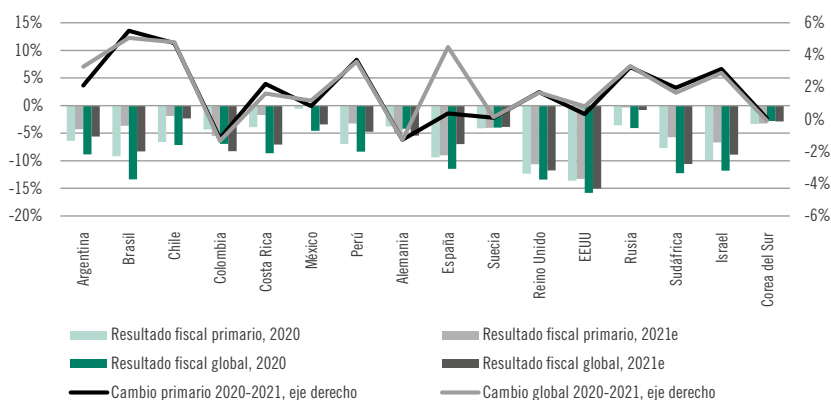
Sobre el segundo aspecto, teniendo en cuenta la dispersión y diversidad de tales contrataciones –medida por el índice HHI²²– es posible reflejar qué tan efectiva fue cada gestión de compras en términos de minimizar el riesgo de que algún proveedor individual tuviera finalmente una vacuna de baja efectividad o no cumpliera con las entregas pautadas en tiempo y forma. Así, puede observarse que esta característica suma un elemento adicional en contra de la calidad del proceso de adquisición de vacunas por parte de Chile (y de Costa Rica en este caso), cuyas contrataciones estuvieron muy concentradas en una única vacuna y, por tanto, provocaron un alto valor del HHI de adquisiciones, lo cual (se hubiera producido o no un problema *ex post*) le quitó margen de maniobra a la hora de intentar minimizar la aplicación de tal vacuna de menor eficacia. El caso más extremo de esta concentración es Rusia, que si bien es un país con producción doméstica de vacunas –Sputnik V, del laboratorio Gamaleya– optó por no diversificar la provisión a otros productores, y por otra parte se desconoce cuál fue la cobertura prevista o asegurada de su población. Siguiendo en la lista en términos de la concentración de la provisión se encuentran Argentina y Perú, junto con algunos miembros de la Unión Europea (quienes sin embargo contrarrestan esto por el enorme volumen de la provisión contratado).

Por último, una medida global de la estrategia fiscal durante la pandemia es la referida a la política contracíclica, con mayor gasto público y/o menor presión fiscal. En efecto, como se observa en el Gráfico 28, los presupuestos fiscales fueron consistentemente de-

22 El *Herfindahl-Hirschman Index* (HHI) es un índice de concentración económica utilizado habitualmente en el análisis de las estructuras de mercado en defensa de la competencia. Se computa como la suma de las participaciones de las ventas de todas las empresas activas en el mercado (en este caso, el porcentaje de las compras de vacunas hecho a cada proveedor), elevadas al cuadrado. Toma un valor igual a cero cuando existe plena atomización y un valor igual a 10.000 bajo un monopolio puro ($=100*100$); si hubiera dos proveedores a quienes se le hubiesen adquirido a cada uno el 50% del total de las vacunas adquiridas, el HHI resultante sería de 5.000 puntos ($=50*50*2$); etc.

ficitarios entre países, si bien con marcadas diferencias en términos de magnitud (EEUU, España, Reino Unido, Brasil, Sudáfrica e Israel sostuvieron los déficits más abultados, en contraste con Rusia, México, Corea del Sur, Suecia y Alemania, relativamente contenidos). En tal sentido, las proyecciones del balance fiscal a 2021 típicamente pronostican reducciones del déficit, consistentes con un comienzo de normalización posterior a la necesidad de suavizar el *shock* más pronunciado del año 2020 (las excepciones en esta materia son Colombia y Alemania).

Gráfico 28. Resultado fiscal (como % del PBI), 2020 y 2021 (estimado)



Fuente: elaboración propia sobre la base de FMI.

Indicadores de resultados

En materia de resultados, esto es, la cuantificación de cuánto daño produjo la pandemia, las medidas también son múltiples y en cierto modo deben ser priorizadas. Incluyen la difusión del virus en cada país, a la cual luego se le asocian consecuencias más onerosas en materia de fallecimientos atribuibles de forma directa o indirecta al COVID-19, erogaciones públicas extraordinarias, contracción de la actividad económica y el empleo, pobreza, etc., según hayan

sido el resto de las condiciones de contexto y las medidas adoptadas. Debemos, por lo tanto, ordenar cada dimensión.

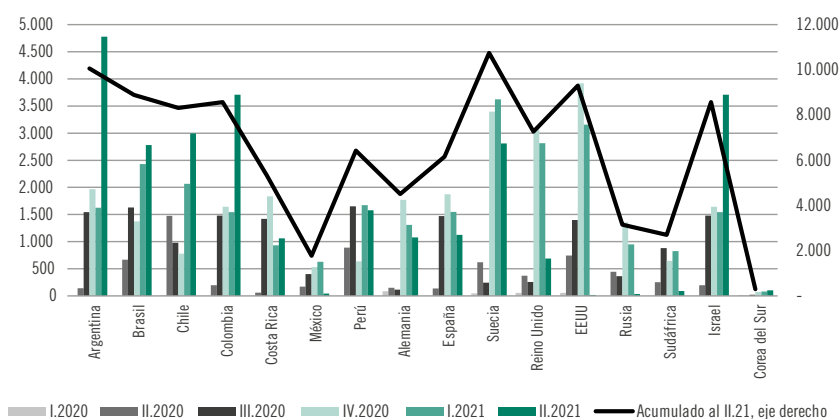
RESULTADOS SANITARIOS

Respecto de la cantidad de contagios de COVID-19 registrados, sus niveles y evoluciones fueron distintos entre los diferentes países: como se observa en el Gráfico 29, Argentina, Brasil, Colombia, Suecia, EEUU e Israel son los países que tuvieron más contagios relativos a su población (el caso de Suecia es poco mencionado, tal vez porque sus indicadores en este sentido fueron muy buenos hasta III.2020 inclusive), con una evolución normalmente decreciente en el tiempo en los países europeos a partir de IV.2020, en contraste a los de América Latina e Israel, donde el trimestre en el que se registró la mayor cantidad de contagios fue II.2021 (exceptuando Perú).

En lo referido a la mortalidad por COVID-19, consideremos en primer lugar la información captada por OWID y habitualmente utilizada en las comparaciones internacionales, referida a fallecimientos atribuibles directamente a personas que cursaron el COVID-19. Esta información es la presentada en el Gráfico 30, donde se destaca el mal desempeño de los países de América Latina (especialmente Perú, pero también Colombia y Brasil, donde Costa Rica es una excepción parcial) y los resultados muy positivos en Corea del Sur (seguida por Rusia y Alemania)²³.

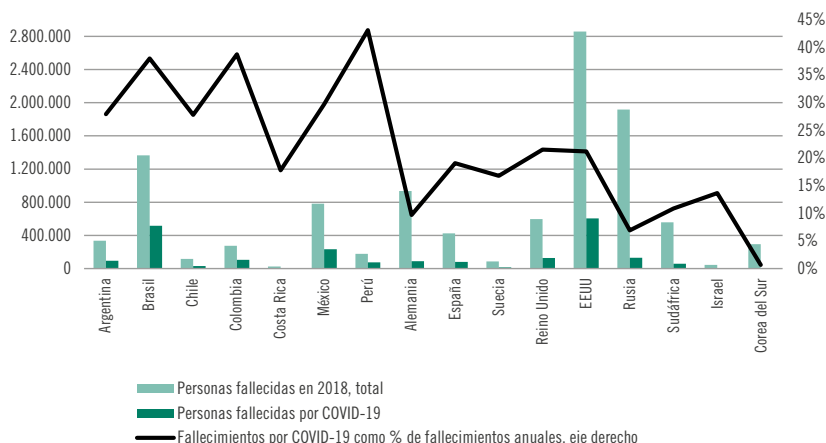
23 El 02-jun-21 OWID informó 115.600 fallecimientos en Perú (debido a una corrección metodológica del gobierno peruano, que estimó el exceso de muertes, incluyendo así otras muertes de personas sin un diagnóstico previo de haber contraído Covid-19. Para mantener la misma metodología utilizada en todos los casos, aquí solo se computan 246 fallecimientos (de personas con diagnóstico COVID-19) ese día en Perú, coincidente con el promedio registrado en may-2021. Más adelante se reporta la mortalidad según las estimaciones de exceso de mortalidad por COVID-19 (incluyendo fallecimientos reportados como COVID-19 y otros no reportados) al 30 de junio de 2021 en los distintos países.

Gráfico 29. Contagios de COVID-19 (cada 100.000 habitantes)



Fuente: elaboración propia sobre la base de OWID.

Gráfico 30. Mortalidad pre-COVID-19 y por COVID-19

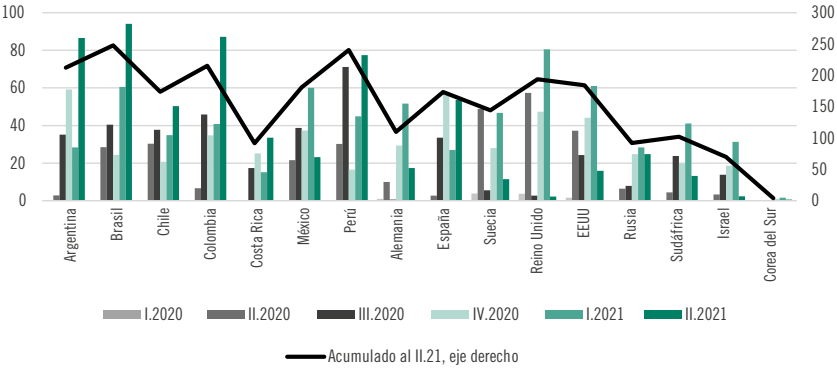


Fuente: elaboración propia sobre la base de Banco Mundial y OWID.

Siguiendo con las mismas fuentes, en los gráficos 31.a y 31.b puede verse la evolución tanto de la mortalidad como de la letalidad (directamente atribuibles al COVID-19) a medida que avanzó la

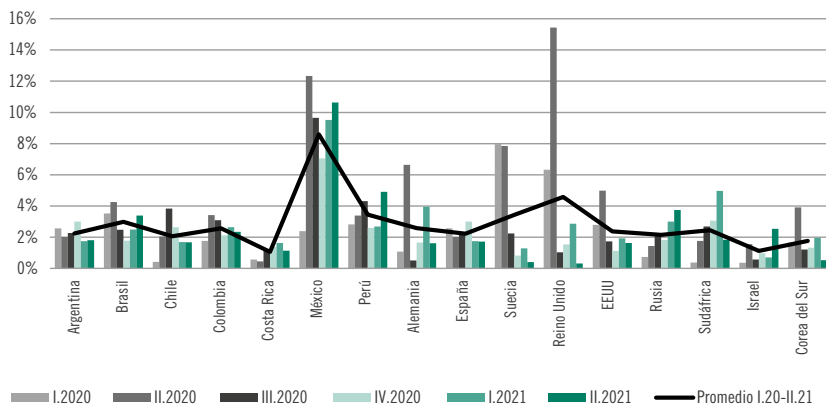
pandemia. En materia de mortalidad, los países de América Latina atravesaron su peor momento al final del período analizado, mientras que en los países de Europa analizados, EEUU, Rusia, Sudáfrica e Israel, la misma fue en general mayor en II.20 o I.21 (aunque en España fue mayor en IV.20 y II.21) y en Corea del Sur fue siempre mínima. En materia de tasa de letalidad (fallecidos por COVID-19 en relación con los contagios registrados en igual trimestre), la evolución más frecuentemente observada en todos los países (excepto en Brasil y México) fue una paulatina reducción desde máximos en distintos trimestres de 2020 (consistente con una creciente efectividad en la protección de la población de mayor riesgo sanitario y reducción de la edad promedio de los nuevos contagios, desarrollos médicos más efectivos en la atención de los pacientes críticos con COVID-19 y, finalmente, despliegues diferenciales de la vacunación en la primera mitad de 2021).

Gráfico 31.a. Mortalidad por COVID-19 (fallecimientos cada 100.000 habitantes), en cada trimestre



Fuente: elaboración propia sobre la base de OWID.

Gráfico 31.b. Letalidad por COVID-19 (% de contagiados fallecidos), en cada trimestre



Fuente: elaboración propia sobre la base de OWID.

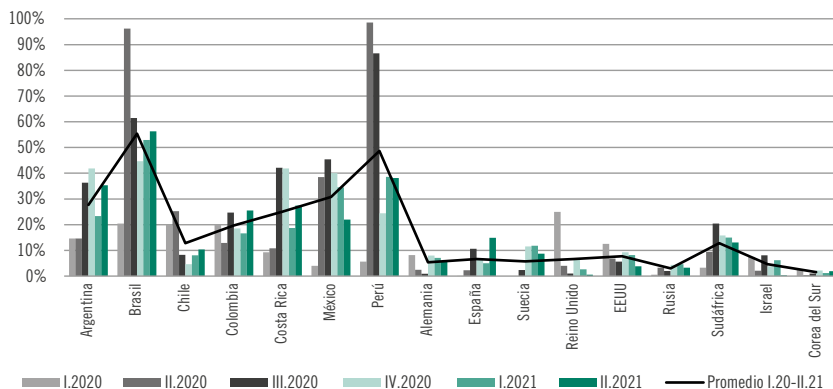
Por otra parte, la comparación de distintos índices de letalidad entre países –dejando en segundo plano su evolución temporal– podría sugerir en primer término la existencia de capacidades y calidad de atención sanitaria muy diferentes en cada caso, donde se destacan los malos registros de México (excepto por cuanto los niveles iniciales muy altos de letalidad en Suecia y el Reino Unido sugieren que pudo haber habido también una demora en fortalecer la protección de la población de mayor riesgo sanitario).

Así, la evidencia muestra que, con las excepciones de Costa Rica y, en menor medida, Chile, los países de América Latina han mostrado tasas de mortalidad y de letalidad directamente atribuibles al COVID-19 relativamente altas –mayores que las observadas en el resto de los países evaluados–, que además ocurrieron más tardíamente que en Europa.

Sin embargo, existen distintos problemas con el cómputo previo de la tasa de letalidad. Por un lado, podría estar muy contaminado por la insuficiencia de registros de contagios cuando existe baja disponibilidad de testeo (independientemente de si este se utilice o no

para una estrategia orientada a la detección-aislamiento-seguimiento), reflejada en los elevados índices de positividad de los tests verificados en varios países –de manera saliente, en Brasil y Perú, pero también en Argentina y Colombia (ver Gráfico 32).

Gráfico 32. Positividad de los tests (de todo tipo), en cada trimestre



Fuente: elaboración propia sobre la base de OWID.

Por otro lado, las estadísticas de letalidad pueden ser puestas en duda por el propio subregistro de fallecimientos atribuibles al COVID-19. En efecto, la cantidad de fallecimientos por COVID-19 puede ser subestimada tanto por no haber diagnosticado como pacientes con COVID-19 a un número relevante de personas fallecidas por diversas complicaciones de salud debidas a la debilidad de su sistema inmunológico precisamente por haber contraído COVID-19, como por haber omitido la consideración de efectos externos asociados a las medidas sanitarias adoptadas que pudieron haber provocado un número de fallecimientos no-COVID-19 extraordinario (por ejemplo, por la desatención o atención médica tardía de otras patologías debido al estrés provocado al sistema sanitario para atender la emergencia por COVID-19, aumentos de violencia callejera y/o intrafamiliar asociados al aislamiento social, mayor número de suicidios por depresión, etc.).

Así, una medida alternativa del impacto de la pandemia en la mortalidad consiste en examinar el *exceso de muertes*, que surge de contrastar los fallecimientos (por todas las causas) durante la pandemia con la mortalidad estacional habitual para el período correspondiente. El *World Mortality Dataset*²⁴ recopila estos datos para una amplia muestra de países, y compara los fallecimientos totales registrados durante la pandemia con el *baseline* estacional para el período examinado, construido a partir de la tendencia lineal de muertes pre-pandémicas (en el período 2015-19). Esto permite tener una cifra de fallecimientos excedentes –respecto de dicho *baseline*– que no está contaminada por potenciales subregistros de fallecimientos que debieron haber sido atribuidos al COVID-19, y que captura mejor el impacto global de la pandemia en el número de fallecimientos que ella provocó de forma directa o indirecta. En línea con esto, se puede contrastar el exceso de muertes con los fallecimientos registrados por COVID-19 (informados previamente) para tener una aproximación (imperfecta) de la magnitud de los subregistros de fallecimientos por COVID-19 en cada país.

El Gráfico 33 detalla los resultados que surgen de este análisis, reportando en primer lugar (en barras) el exceso de mortalidad en 2020 y en el primer semestre de 2021, y en segundo lugar (la línea negra) el ratio entre el exceso de mortalidad y la cantidad de fallecimientos por COVID-19 reportados (con diagnóstico de COVID-19) desde el inicio de la pandemia hasta jun-2021. En lo que respecta a los primeros dos indicadores, tanto en 2020 como en el primer semestre de 2021 –excepto Corea del Sur– todos los países tuvieron más fallecimientos de lo esperado sobre la base de la proyección histórica. En el año 2020 la mayoría de los países aquí considerados tuvieron tasas de mortalidad entre un 10% y 20% mayor que la habitual o esperada (exceptuando los casos de México y Perú, mucho más afectados). Varios países (incluyendo Costa Rica como único caso en América Latina, y también Alemania, Israel y especialmente Corea

24 <https://github.com/dkobak/excess-mortality>.

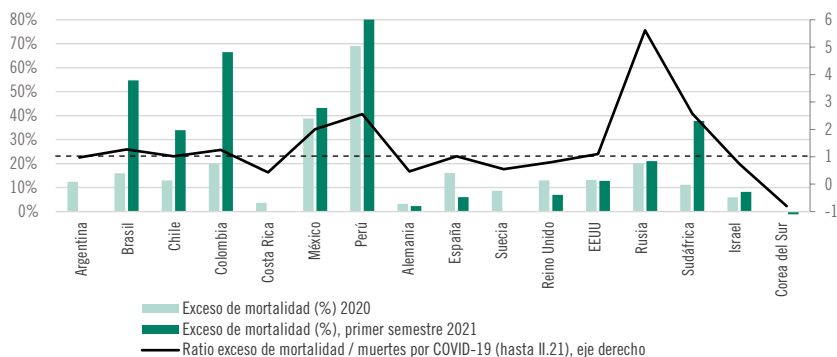
del Sur), sin embargo, tuvieron una mortalidad igual o solo levemente mayor que la habitual. En cambio, en el primer semestre de 2021 (período para el cual Argentina y Costa Rica no disponen de datos), los países latinoamericanos y Sudáfrica registraron aumentos considerables en las cifras de exceso de fallecimientos, mientras que los países europeos incluso redujeron sus leves excesos de mortalidad previos (en el caso de Suecia incluso lo eliminó)²⁵.

Finalmente, al contrastar el exceso de muertes con los fallecimientos atribuidos directamente al COVID-19 hasta II.2021 inclusive (sin datos de 2021 en Costa Rica y Argentina) –un ratio mayor que 1 señala omisiones en los registros directos o bien la existencia de externalidades negativas de la pandemia y/o de su manejo sanitario tendientes a incrementar otras causas de fallecimiento respecto de lo esperado o habitual–, se observan fuertes subregistros directos en Rusia (la cantidad de fallecidos directa y/o indirectamente por COVID-19 fue casi 5 veces mayor que el número de fallecimientos registrados por COVID-19), en Perú (donde el número de fallecimientos adicionales durante la pandemia fue más del doble que el registrado en los reportes periódicos con diagnóstico de COVID-19) y también (en menor medida) en México y Sudáfrica²⁶.

25 Corea del Sur tuvo incluso un “exceso de mortalidad negativo” (se registraron menos fallecimientos que lo esperado) en el primer semestre de 2021. Los ratios de exceso de mortalidad/muertes por COVID-19 de Argentina y Costa Rica solo capturan la información del año 2020, por lo cual –al mostrar valores iguales o inferiores a 1 en ese año– podrían subestimar la mortalidad total atribuible directa o indirectamente al COVID-19 hasta II.2021.

26 En el caso de Perú, la base de datos original que reporta *World Mortality Dataset* incluye la corrección realizada por el gobierno de ese país basándose en las cifras de exceso de muertes (que OWID informó en junio-2021, pero que evitamos incluir en los gráficos previos para mantener una metodología uniforme entre países según lo explicado en la nota al pie 24 anterior), por lo cual en dicha base el subregistro en Perú resulta prácticamente nulo (con un ratio cercano a 1).

Gráfico 33. Exceso de mortalidad en 2020 y primer semestre de 2021; y subregistro de muertes por COVID-19 (hasta II.2021)



Fuente: elaboración propia sobre la base de World Mortality Dataset.

Estas cifras de exceso de mortalidad, y los importantes sub-registros en el número de fallecimientos atribuidos al COVID-19 en la información pública reportada periódicamente en algunos países, indican la importancia de aplicar metodologías homogéneas para realizar una comparación internacional sobre esta materia en particular²⁷.

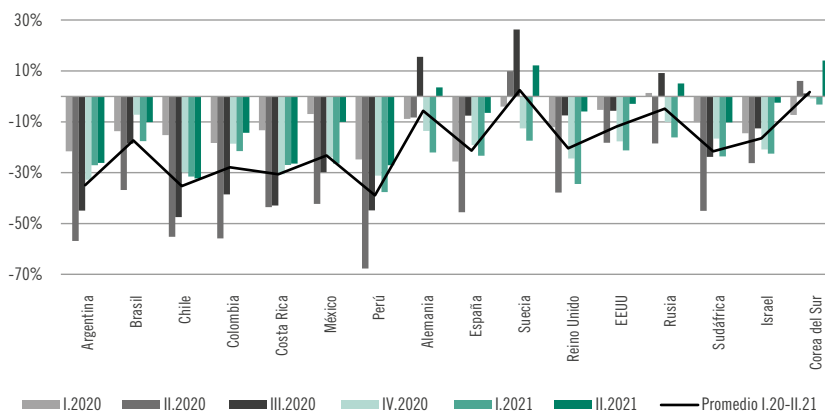
27 En el caso de Argentina en particular, los cálculos de exceso de mortalidad durante 2021 no están disponibles (ni lo estarán hasta bien entrado el año 2022 seguramente). En 2020, según un cálculo del Ministerio de Salud de la Nación, el exceso de mortalidad por COVID-19 fue del 10,6%, con unas 36.300 muertes en exceso a lo esperado. Así, dado que ese año se registraron 45.568 fallecimientos por COVID-19, la incorporación de muertes indirectas llevaría a reducir un 20% el total de víctimas atribuibles directa o indirectamente a la pandemia, lo que daría lugar a interpretar que el COVID-19 habría provocado una reducción en el número de fallecidos por otros motivos (por ejemplo, por la reducción de accidentes viales y la casi nula circulación de otros virus en la primera mitad del año, que incluyó un confinamiento estricto en el segundo y tercer trimestres). Ver MSN (2021).

RESULTADOS ECONÓMICOS Y SOCIALES

Los costos económicos y sociales del COVID-19 están asociados íntimamente con el aislamiento social y la reducción en la movilidad de las personas durante la pandemia. En términos de reducción en la circulación, que responde a las medidas de confinamiento y al aislamiento voluntario de la población en las distintas etapas de propagación del virus, los países tuvieron una evolución heterogénea marcada entre regiones. Tomando el indicador de movilidad de Google²⁸ (que mide el desvío porcentual de la circulación de sus usuarios de telefonía móvil respecto a valores de base), en el Gráfico 34 se aprecia una importante y sostenida disminución de la movilidad en los países de América Latina (exceptuando parcialmente a Brasil, en términos relativos), mientras que Alemania, Suecia, Rusia y Corea del Sur también redujeron fuertemente la movilidad en II.2020, pero luego pudieron registrar incrementos efectivos en la circulación de personas respecto al promedio usual (más allá de haber transitado por períodos de confinamiento acotados y menos severos posteriormente). España y el Reino Unido se sitúan en una situación intermedia: sin llegar a las magnitudes registradas por los países de América Latina, sostuvieron períodos de restricciones a la movilidad más marcadas que en los casos mencionados de sus vecinos.

28 Excluyendo el rubro residencial. El *baseline* del indicador de Google se define como el valor mediano para el día de la semana correspondiente, tomando el período de 5 semanas del 3 de enero al 6 de febrero de 2020 como referencia.

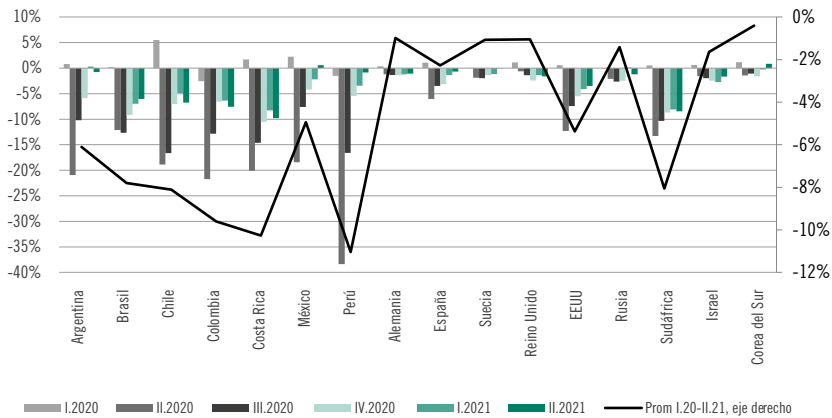
Gráfico 34. Movilidad (promedio trimestral, % de desvío respecto del *baseline*)



Fuente: elaboración propia sobre la base de Google.

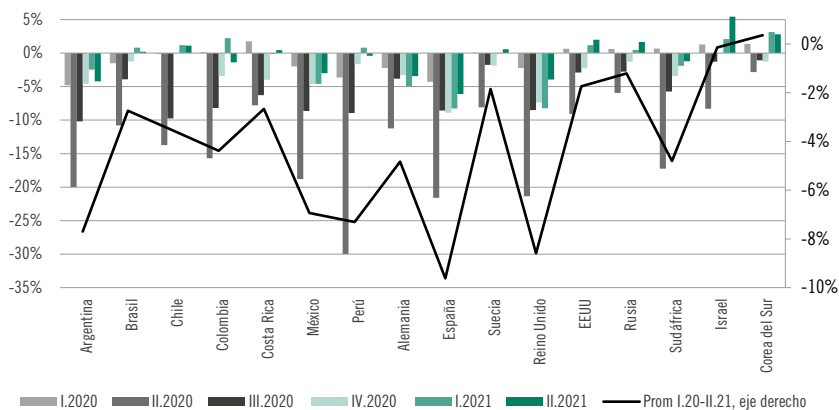
Tal alcance de las restricciones a la circulación sobre la movilidad, por otro lado, se correlaciona íntimamente con el impacto económico de las mismas. En términos de la evolución del empleo²⁹, el Gráfico 35 permite verificar que los países de América Latina y Sudáfrica registraron caídas pronunciadas y sostenidas del nivel de empleo en el tiempo (rondando o superando –salvo Brasil– el 20% en II.2020) en comparación con las mucho menores pérdidas de empleo en los países europeos, Corea del Sur, Israel y Rusia. EEUU y España también transitaron contracciones de empleo significativas, pero intermedias, en esta comparación internacional.

²⁹ Los datos incluidos en el Gráfico 35 corresponden al empleo formal, lo cual subestima el impacto negativo de la pandemia (y de las reacciones a la misma) en los países de América Latina (sobre todo en Perú, México, Brasil y Argentina, donde en el último trimestre de 2019 el empleo informal representaba entre 32% y 40% del total). Las estimaciones de informalidad laboral realizadas por la Organización Internacional del Trabajo (OIT/ILO) no cubren la muestra de países estudiados y, por ende, se excluyen de este documento.

Gráfico 35. Empleo formal (cambio % vs. igual trimestre de 2019)

Fuente: elaboración propia sobre la base de ILO y Cuentas Nacionales.

En materia de actividad económica, el Gráfico 36 muestra que casi todos los países estudiados registraron caídas trimestrales abruptas de sus PBI (aunque ello fue despreciable en Suecia y en Corea del Sur, países con estrategias sanitarias más flexibles, como ya fue señalado). Pocos países lograron regresar a niveles de PBI de 2019 en el primer trimestre de 2021 y sostener esta recuperación en el tiempo (Brasil, Chile, EEUU, Rusia, Israel y Corea del Sur), mientras que en algunos la recuperación inicial se vio interrumpida por subsiguientes caídas en la actividad, correspondientes a nuevas medidas de confinamiento en respuesta a nuevas olas de contagios (Colombia y Perú). Para el resto de los países, hasta junio de 2021 no se había recuperado el nivel de actividad prepandemia.

Gráfico 36. PBI (cambio % real desestacionalizado vs. igual trimestre 2019)

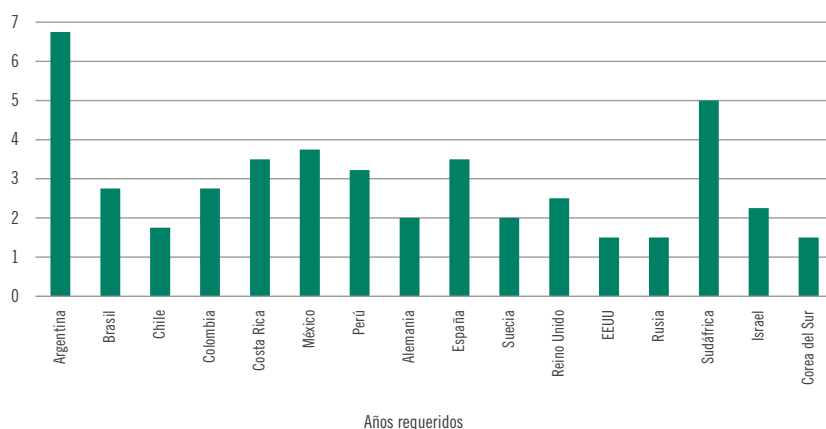
Fuente: elaboración propia sobre la base de FMI, OCDE y Cuentas Nacionales.

Este diagnóstico se agrava al contemplar el impacto de la pandemia en el PBI per cápita, no ya en su contracción sino en el tiempo en que se estima podrán recuperarse los niveles prepandemia. Cálculos elaborados por la OCDE responden esta pregunta, al arrojar un indicador que combina la magnitud de la crisis económica con la fuerza de recuperación inicial en cada caso³⁰. En esta métrica (Gráfico 37), Argentina se sitúa, por lejos, como el país más golpeado económicamente por la pandemia (y por las decisiones sanitarias y de distanciamiento social adoptadas), previendo que la recuperación del nivel de actividad per cápita será recién lograda en 2026. Es seguida por Sudáfrica, que, se estima, logrará tal recuperación en 2024. A su vez, del otro lado del espectro, Chile, Alemania, Suecia, Rusia y Corea del Sur apuntan, según estas estimaciones, a haber recuperado sus niveles de actividad usuales antes de 2022.

30 La muestra de la OCDE no incluye a Perú, por lo cual este dato puntual surge de estimaciones propias que asumen, a partir de III-2021, un crecimiento del PBI per cápita que promedia el crecimiento anual de los 10 años previos a la pandemia con el crecimiento del primer semestre de 2021.

Vale decir, el impacto de la pandemia (conjuntamente con la estrategia sanitaria) en el nivel de actividad económica puede medirse combinando o sumando la contracción ya observada hasta el primer semestre de 2021 inclusive con la contracción proyectada todavía por ocurrir (hasta recuperar el PBI per cápita prepandemia). En efecto, el impacto negativo más extendido en el nivel de actividad estaría señalando que la pandemia y las medidas de emergencia adoptadas para su combate pudieron haber provocado rigideces o ineficiencias en el proceso de inversión y en las relaciones económicas en general, que exceden el período de la pandemia y enlentecen la recuperación de la economía, por lo cual dichos efectos deben efectivamente ser atribuidos a las estrategias adoptadas.

Gráfico 37. Años requeridos para recuperar el PBI per cápita a niveles de prepandemia, a partir de IV-2019



Fuente: elaboración propia sobre la base de OCDE.

En materia de pobreza, no hay datos comparables para todos los casos examinados a la fecha, pero como fue planteado previamente, los países de América Latina se destacan por su pronunciada vulnerabilidad, en contraste con el resto de los países (excepto Sudáfrica). En vistas de esta asimetría, vale la pena hacer foco sobre ellos to-

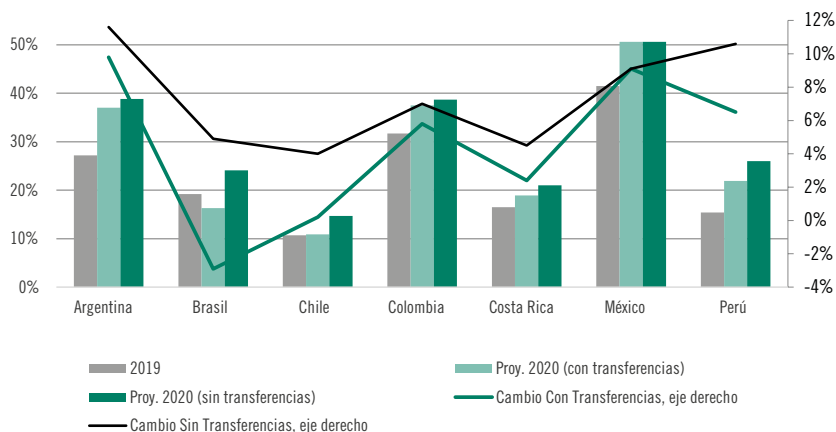
mando las proyecciones de CEPAL^{31,32} ilustradas en el Gráfico 38. En primer lugar, cabe destacar algunas diferencias de estos datos respecto a los publicados por el Banco Mundial, donde Colombia, Brasil y Perú se destacaban por tener los mayores porcentajes de población bajo la línea de pobreza. Sobre la base de la metodología de CEPAL, Brasil y Perú mejoran en términos relativos, a tal punto de tener mejores condiciones iniciales que Argentina. Adicionalmente, si bien Chile sigue siendo el país del grupo con menor incidencia de pobreza, empeora en términos relativos al tomar estos datos y se acerca a los niveles de sus vecinos.

En términos de las proyecciones de pobreza, Argentina se destaca por la magnitud del aumento entre 2019 y 2020 (en la proyección que contempla transferencias así como en la que no lo hace), seguida por México, Perú y Colombia. Esto se agrava porque estos son los países con los mayores niveles de pobreza prepandemia según estos datos. Brasil y Chile logran contener el aumento si se contemplan transferencias, pero registran un aumento en la pobreza casi equivalente si estas no son tomadas en cuenta.

31 CEPAL (2021). Los cambios se calculan como la diferencia absoluta (en puntos porcentuales de población) entre los valores de 2019 y los estimados de 2020, donde “Con transferencias” contempla los aportes realizados por los gobiernos en forma de transferencias monetarias.

32 Una desventaja de este análisis es la omisión de Sudáfrica, el país *a priori* más vulnerable de la muestra.

Gráfico 38. Proyecciones de pobreza al final de 2020, países de América Latina (% de la población)



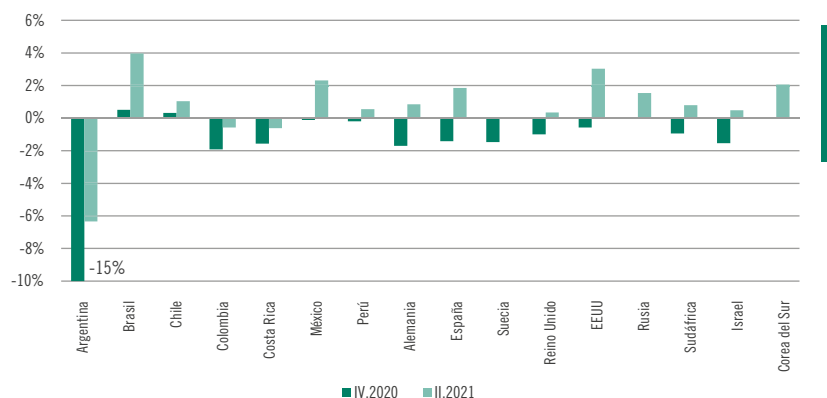
Fuente: elaboración propia sobre la base de CEPAL.

Finalmente, un impacto económico adicional provocado por la pandemia es el mayor financiamiento al que debieron recurrir los distintos países, tanto sea emitiendo deuda pública como recurriendo a emisión de dinero. Tales decisiones seguramente implicarán mayores esfuerzos fiscales futuros, tanto por el mayor servicio de la deuda pública como, eventualmente, por su mayor costo en caso de haberse superado niveles razonables que provocarán aumentos en el riesgo país. En el corto plazo, sin embargo, no hubo efectos diferenciales claros entre los distintos países. Analizando la evolución del stock de deuda de cada país, así como del costo unitario de la misma (estudiando el rendimiento de los bonos soberanos a 10 años), todos los países registraron un aumento en el stock de deuda como porcentaje del PBI en 2020, y se proyecta un crecimiento adicional del mismo para 2021 respecto a 2019, a la par de aumentos generalizados del costo unitario de esta deuda en los países de América Latina (exceptuando

Argentina³³ y Costa Rica) y aumentos menos pronunciados, pero también consistentes, en el resto de los países examinados (exceptuando EEUU, España y el Reino Unido) comparando el final de II.2021 contra diciembre de 2019.

En materia inflacionaria, por otro lado, como ilustra el Gráfico 39, la mayoría de los países examinados registró un descenso en su tasa de inflación durante el primer año de pandemia, presuntamente explicado por la mayor monetización que surgió como respuesta precautoria de las personas ante la situación de aislamiento e incertidumbre excepcional (los únicos contraejemplos son Chile y Corea del Sur, pero con cambios igualmente mínimos). Por otro lado, teniendo en cuenta el último dato correspondiente al segundo trimestre de 2021, se verifica una fase de alza generalizada en la tasa de inflación en los países estudiados respecto de sus niveles previos a la pandemia, asociada a la normalización de la actividad económica y de la demanda de dinero frente a mayores niveles de emisión monetaria típicamente observados para financiar las medidas fiscales extraordinarias incurridas. Las excepciones a este aumento en la tasa de inflación respecto a 2019 son únicamente Argentina, Colombia y Costa Rica.

33 Cuya particularidad debe interpretarse tomando en cuenta el nivel inflacionario inicial anormalmente alto por la crisis cambiaria del año 2019 y las medidas que reprimen temporalmente la inflación desde 2020 y particularmente en 2021 (incluyendo distintos controles de precios, congelamientos tarifarios, retraso del tipo de cambio real y cepo cambiario).

Gráfico 39. Cambio absoluto en la inflación (IPC) anual respecto a 2019

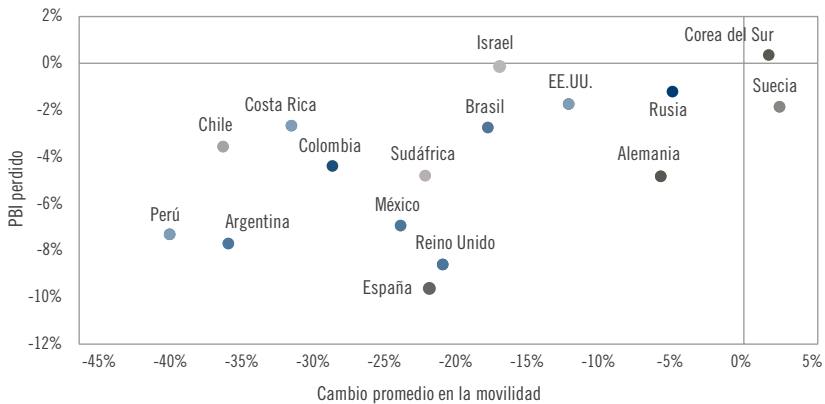
Fuente: elaboración propia sobre la base de FMI.

Relación entre resultados sanitarios y económicos/ sociales

Resulta ilustrativo contrastar los resultados en materia de evolución del PBI con distintas medidas que reflejen la selección de estrategias y los resultados obtenidos en varias dimensiones, de forma sintética. El Gráfico 40.a combina el cambio promedio en la movilidad durante todos los trimestres examinados con el promedio de todos los cambios trimestrales en el PBI respecto al mismo período de 2019 (una medida que intenta capturar el “producto perdido” durante el período, más allá de la velocidad y magnitud de la recuperación). En este caso se verifica una correlación positiva entre ambas variables (el coeficiente de correlación es 0,56), consistente con el análisis previo –donde en líneas generales se observó que cuanto más estrictos fueron los confinamientos impuestos, mayor fue la severidad del impacto económico.

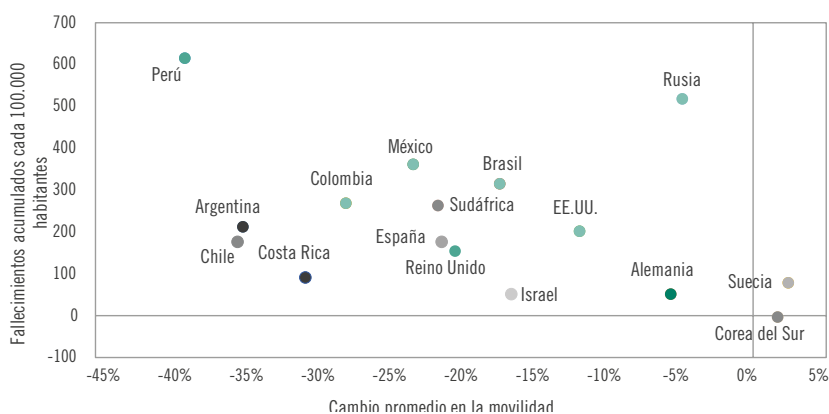
En segundo lugar, al vincular la relación entre el cambio en la movilidad y los fallecimientos acumulados cada 100.000 habitantes³⁴, se aprecia una relación *a priori* inesperada (Gráfico 40.b), donde en líneas generales la mortalidad registrada fue menor en aquellos países que menos redujeron la movilidad (con un coeficiente de correlación de -0,38).

Gráfico 40.a. Movilidad y PBI (I.2020-II.2021)



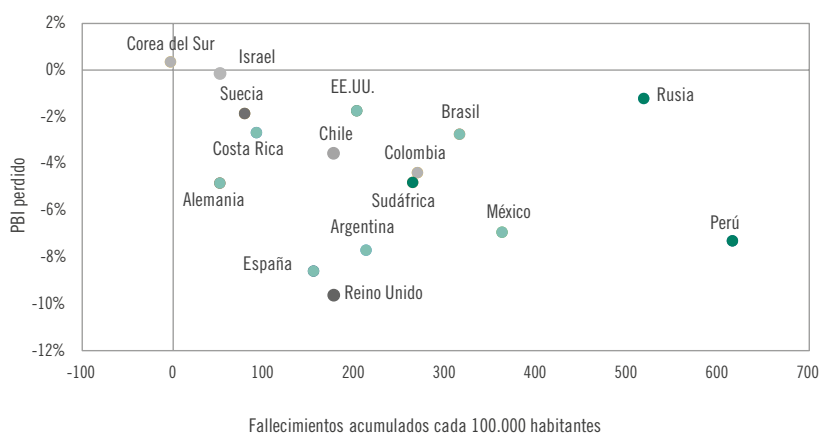
Fuente: elaboración propia sobre la base de Google, FMI, OCDE, Cuentas Nacionales.

34 La mortalidad en este caso se calcula tomando las cifras acumuladas de exceso de muertes hasta el 30 de junio de 2021, con excepción de Argentina y Costa Rica, donde (ante el faltante de esta medida) se toman los fallecimientos acumulados de OWID desde el inicio de la pandemia hasta dicha fecha.

Gráfico 40.b. Movilidad y mortalidad (I.2020-II.2021)

Fuente: elaboración propia sobre la base de Google, OWID y World Mortality Database.

Por otro lado, al considerar la relación entre los fallecimientos totales atribuidos al COVID-19 durante los seis trimestres estudiados y el PBI perdido, es posible observar (obviando otros factores diferenciales también relevantes –por ejemplo, calidad de atención sanitaria, edad promedio de la población, etc.–, naturalmente) si existió o no un *trade-off* efectivo entre las vidas perdidas por el COVID-19 y el PBI sacrificado: ¿puede afirmarse que las medidas más restrictivas reflejadas en la menor movilidad, que, como se vio antes –Gráfico 40.a–, están asociadas a mayores pérdidas del PBI en cada país, estuvieron también correlacionadas con una menor cantidad de fallecimientos (cada 100.000 habitantes) atribuibles directamente a la pandemia? El Gráfico 41 indica que la respuesta es negativa, al menos en la muestra de países estudiados y sin considerar otros determinantes potencialmente relevantes que pudieran alterar el vínculo observado directamente. En todo caso, parece haber ocurrido lo opuesto: los países que contabilizaron mayores fallecimientos también tendieron a afrontar caídas más severas de la actividad económica (en términos estadísticos, el coeficiente de correlación entre ambos es -0,29).

Gráfico 41. Mortalidad y PBI (I.2020-II.2021)

Fuente: elaboración propia sobre la base de OWID, WMD, FMI, Cuentas Nacionales.

Así, sin atribuir una relación directa entre ambas medidas de desempeño (la pérdida acumulada del PIB y la cantidad fallecidos por la pandemia, mediados ambos por las estrategias sanitarias que promovieron la reducción de la movilidad de las personas), este análisis gráfico permite observar que (para la muestra de 16 países considerados) las medidas de confinamiento durante la pandemia tuvieron un impacto en la evolución económica que, sin embargo, no se tradujo en un mejor desempeño en materia sanitaria (menor mortalidad) para los países aquí estudiados. Es decir, el distanciamiento social logrado por una menor movilidad de las personas bien puede ser parte de las variables subyacentes que explican las diferencias de mortalidad por COVID-19 entre los países, pero solo si son consideradas en conjunto con otras dimensiones que en 2020 incluyan la calidad de la atención sanitaria, las medidas de higiene y prevención (uso barbijos, ventilación, etc.), la salubridad básica de cada población (según su estructura etaria, composición de género, etc.), y en 2021 incorporen el avance y la calidad del plan de vacunación frente a las distintas variantes predominantes (alfa, beta, etc.).

El Recuadro 1 sintetiza una aproximación econométrica al estudio de los determinantes de la mortalidad por COVID-19 sobre la base del análisis de gran parte de las variables potencialmente explicativas tratadas previamente. Las conclusiones obtenidas allí son consistentes con lo observado en la muestra reducida de países contenida en este capítulo: hasta junio de 2021, la mortalidad (en este caso directamente atribuible al COVID-19) estuvo asociada positivamente con la aplicación de estrategias de mayor aislamiento social, además de características etarias y sanitarias propias de cada país.

Recuadro 1. Una exploración econométrica de los determinantes de la mortalidad directa por COVID-19

En un intento por generalizar algunas de las conclusiones salientes de esta primera sección a una muestra más amplia de países (más allá de los 16 países examinados), llevamos a cabo un análisis econométrico exploratorio en busca de poder identificar las variables que explican las diferencias de mortalidad directa por COVID-19 registrada en cada país. (Para poder tener una base suficientemente amplia de países, omitimos considerar el exceso de mortalidad que computa fallecimientos directa e indirectamente atribuibles al COVID-19). Realizamos una regresión lineal a nivel de corte transversal, donde la variable endógena (mortalidad) es la cifra de fallecimientos directos por COVID-19 cada 100.000 habitantes acumulados hasta el 30 de junio de 2021.

Las variables explicativas potenciales incluyeron condiciones geográficas (latitud, países isla, región), demográficas (densidad poblacional, población urbana, población hacinada, expectativa de vida, tasa de mortalidad, medidas de composición etaria y por género), grado de desarrollo (PBI per cápita, pobreza, Índice de Desarrollo Humano), condiciones sanitarias preexistentes (camas hospitalarias, acceso al agua potable, el Global Health Security Index, prevalencia de diabetes y enfermedades cardiovasculares, porcentaje de la población fumadora) e indicadores de medidas efectivamente aplicadas en respuesta a la pandemia (cambio promedio en la movilidad, Índice de Rigurosidad, tests aplicados, tasa de positividad de los mismos, porcentaje de la población vacunada con al menos una dosis). Atento a que existe una multiplicidad de modelos alternativos dada la profunda colinealidad presente entre muchos de estos predictores candidatos, el criterio de selección priorizó maximizar la cobertura de países y la potencia explicativa del modelo.

La ecuación resultante para una muestra de 130 países, teniendo en cuenta las variables explicativas que resultaron significativas (con un umbral del 1%) en una regresión simple de OLS, es:

$$\text{mortalidad} = -1286 + 24,5 \text{ confinamiento} + 38,9 \text{ edad mediana} + 0,78 \text{ mort}_{\text{PRECOVID}} - 742 \text{ isla}$$

(t-Student) (-4,99) (4,48) (4,79) (2,85) (-4,29)

La variable confinamiento es el complemento del cambio promedio en la movilidad diaria (excluyendo el rubro Residencial) para todo el período estudiado. Es decir, una mayor reducción en la movilidad promedio para el período equivale a un mayor confinamiento (con valores extremos entre 0 y 1). Su coeficiente positivo en la ecuación indica que no solo los confinamientos más severos no redujeron la mortalidad (controlando por otras variables mencionadas a continuación), sino que se asocian a mayores fallecimientos acumulados para el período contemplado. Si bien muy posiblemente exista una relación bidireccional de causalidad entre ambas variables (esto es, el confinamiento puede ser endógeno a la cantidad de fallecimientos y la cantidad de fallecimientos depender de las estrategias sanitarias que incluyen o inducen distintos grados de confinamiento), este resultado señala que las restricciones prolongadas sobre la movilidad no parecen haber tenido el resultado esperado, incluso considerando solo los fallecimientos directos atribuidos y reportados de COVID-19.

La variable edad mediana es la edad mediana de la población de cada país, y su coeficiente positivo captura la mayor mortalidad registrada por COVID-19 en las poblaciones más envejecidas*. El predictor $\text{mort}_{\text{PRECOVID}}$ es la tasa de mortalidad (muertes anuales cada 100.000 habitantes prepandemia (2019)). Su inclusión en el modelo, habiendo ya controlado por la edad poblacional, pretende reflejar sintéticamente la calidad del sistema sanitario y la salubridad general de la población en un sentido amplio (donde una mayor mortalidad preexistente predice que habrá una mayor mortalidad ante la irrupción del COVID-19). Finalmente, la variable categórica isla indica si el país es una isla, y su coeficiente negativo captura el hecho de que dichos países (23 dentro de nuestra muestra) parecen haber contado con una ventaja (al menos hasta el II.2021) a la hora de contener el virus, dada la mayor facilidad relativa para cerrar sus fronteras.

En general, los resultados de este ejercicio no logran identificar la relevancia de algunas de las estrategias aparentemente exitosas seleccionadas por los países (por ejemplo, la intensidad del testeo no ingresa como un predictor significativo). Por otro lado, como se vio previamente, sí señalan la importancia de los factores

de contexto para explicar las diferencias de mortalidad entre países y el aparente fracaso de los confinamientos prolongados como herramienta sanitaria para reducir la mortalidad por COVID-19 (y sin dudas también su ineffectividad en cuanto a los resultados económicos, no considerados en esta regresión). Asimismo, la extensión de este análisis mediante la incorporación de una dimensión temporal trimestral (generando un panel) no aporta hallazgos adicionales, al menos bajo la formulación sencilla utilizada aquí, en buena medida porque la evolución de la mortalidad por COVID-19 a lo largo del tiempo en cada país responde a sus distintas olas de contagios (con una dinámica relativamente exógena).

En estos términos, merece un comentario aparte la falta de relevancia estadística del avance de la vacunación dentro del modelo. Esto es comprensible por dos motivos salientes. Por un lado, por una dinámica de contagios relativamente exógena, como se señaló antes (coincidiendo las segundas y mayores olas de contagios y fallecimientos registrados por COVID-19 en distintos momentos del primer semestre de 2021 con el fuerte avance de la vacunación en varios países). Por otro lado, porque presumiblemente el mayor impacto de la vacunación está en la reducción de la letalidad del COVID-19, pero mucho menos en la cantidad de contagios y, por lo tanto, de fallecimientos (por la dinámica de las olas de contagios y por la menor efectividad de las vacunas para evitar contagios vs. reducir fuertemente la probabilidad de curso grave, internación y fallecimiento luego de haber contraído COVID-19).

En efecto, en una exploración estadística acotada a un conjunto de 33 países con datos disponibles de penetración de la cobertura de la vacunación completa según distintos rangos etarios, un estudio reciente** encuentra –controlando por diferencias en las tasas de letalidad en IV.2020, que sintetizan diferencias de calidad del sistema sanitario y de salubridad general de la población– un fuerte vínculo entre una mayor cobertura de la vacunación completa en personas mayores de 60 años y una menor tasa de letalidad reportada por COVID-19.

Más generalmente, la regresión econométrica exploratoria presentada aquí también señala la importancia de otros factores explicativos no identificados (incluyendo posibles problemas en el registro de la mortalidad por COVID-19), atento a que su capacidad explicativa (R^2 ajustado) es igual a 0,39 (quedando sin explicar el 60% de las diferencias de mortalidad por COVID-19 registradas hasta el mes de junio de 2021 inclusive).

* Utilizar el porcentaje de la población mayor a 65 o 70 años arroja resultados similares.

** Ver Urbiztondo, S. "Covid-19: Sobre los determinantes de las diferencias de letalidad entre países", Indicadores de Coyuntura N°634, FIEL, septiembre 2021.

Análisis general

La sección anterior presentó un análisis detallado de una serie de indicadores que consideramos relevantes a la hora de caracterizar a) el contexto particular de cada país de cara a la pandemia, b) las estrategias seleccionadas en respuesta a la misma, y c) los resultados evaluados contemplando la combinación singular de contexto-estrategia en cada caso examinado. Esto se llevó a cabo con una amplia granularidad, distinguiendo cuando fuera posible la evolución temporal –sintetizada en trimestres– y explorando indicadores de interés que podrían luego resultar poco informativos. Algunos de los indicadores considerados allí son parcialmente sustitutos entre sí, lo cual a su vez permite identificar algunas (afortunadamente muy infrecuentes) inconsistencias que provocan dudas sobre la representatividad de algunos de dichos indicadores. Es por ello que la lectura conjunta de esta información requiere un esfuerzo adicional tendiente a reducir y priorizar la multidimensionalidad presentada hasta aquí. Esta es la tarea presentada a continuación.

En efecto, a continuación realizamos una selección, sistematización y priorización de la información presentada en los gráficos 1 a 41 siguiendo cuatro pasos. En primer lugar, definimos subgrupos de indicadores dentro de cada uno de los tres grupos tratados en cada subsección anterior (contexto, estrategias y resultados), que permitan reflejar sintéticamente cada una de las dimensiones exploradas. Así, los indicadores del contexto previo a la pandemia distinguen entre aspectos económicos, sociales, sanitarios, tecnológicos y político-culturales; los indicadores de la estrategia distinguen entre las medidas que caracterizan el aislamiento social, los esfuerzos por el seguimiento, la detección y la focalización de las medidas sanitarias, la asistencia económica compensatoria y la vacunación; y los resultados se segmentan en sanitarios, económicos y sociales.

En segundo lugar, seleccionamos los indicadores más representativos para cada subgrupo, por un lado, evitando posibles superposiciones de variables altamente correlacionadas y parcialmente sustitutas aun-

que su interpretación admita diferencias y, por otro lado, “corrigiendo” indicadores para permitir una interpretación ajustada al contexto relevante (en particular, notando que la asistencia económica compensatoria debe calificarse según sea la reducción del nivel de actividad económica post-pandemia –sintetizado por el cambio en la movilidad– y que las disposiciones de aislamiento social pueden ser incumplidas, por lo cual resulta conveniente su reemplazo por los cambios en la movilidad efectivamente observados –implícitamente atribuidos de esta forma al carácter efectivo de tales disposiciones formales). En el caso puntual de los resultados sanitarios, decidimos considerar solo la medida de exceso de mortalidad hasta junio 2021 (que capta fallecimientos tanto por el COVID-19 de forma directa como por efectos no deseados de la estrategia sanitaria y de aislamiento social adoptada por cada gobierno), y omitimos considerar la cantidad de contagios y la tasa de letalidad, atento a la menor confiabilidad de esos indicadores en presencia de posibles sub-registros de casos que las distorsionarían.

En tercer lugar, la información trimestral se condensa para reflejar un indicador representativo de los 6 trimestres pandémicos examinados, ya sea computando el valor promedio o acumulado al 30 de junio de 2021, según corresponda.

En cuarto lugar, normalizamos cada indicador para que sus distintas unidades (cifras, porcentajes, puntajes, etc.) queden expresadas en una misma métrica que permita su comparación, de la siguiente forma: en cada indicador, el puntaje más bajo que hubiera caracterizado a un país (esto es, el peor desempeño) se normaliza en 0, y el puntaje más alto se normaliza en 1; la expresión de cada indicador en unidades comparables habilita entonces a tomar promedios de desempeño en colecciones de indicadores (por ejemplo, entre contagios $c/100.000$ hab., muertos $c/1.000$ habitantes y letalidad) para arribar a una métrica de desempeño agregada en ese subgrupo.

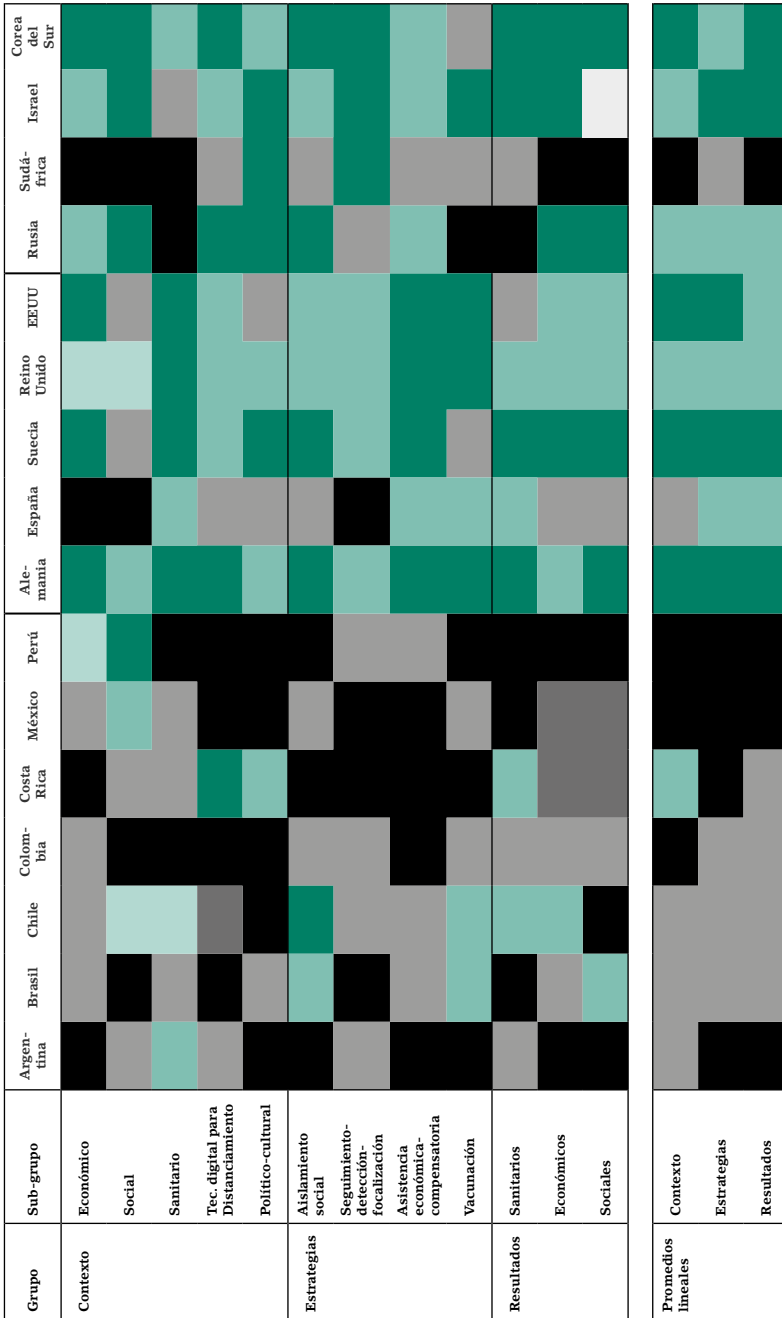
Por supuesto, la valoración del atributo o desempeño (“mejor” vs. “peor”) se toma desde la lógica particular del contexto pandémico, donde, por ejemplo, una mayor descentralización ejecutiva se considera contraproducente (“peor”) para permitir llevar a cabo en forma

coordinada las medidas necesarias de respuesta sanitaria y económica, independientemente de otras virtudes y/o complicaciones que ello pudiera representar en otras dimensiones. Así, mayor puntaje en el contexto señala condiciones más favorables; en las estrategias señala mayor focalización y flexibilidad, y en los resultados, menores consecuencias negativas en términos de fallecimientos, contracción económica y dificultades sociales hasta junio 2021.

La tabla completa abierta por indicadores se encuentra en el Anexo 2, mientras que el resultado de este proceso de selección, agrupamiento y normalización se refleja en el Gráfico 42, que presenta un mapa de calor (*heatmap*) que identifica, para agrupaciones de múltiples indicadores, los mejores y peores atributos y desempeños en cada dimensión. En negro se destacan los cuatro países de peor desempeño y en verde oscuro, los cuatro países de mejor desempeño, y las tonalidades claras corresponden a los 4 países intermedios de cada lado de la “línea media”.

Una primera impresión inmediata es que, en términos generales, previo a la pandemia, los países latinoamericanos y Sudáfrica estaban peor preparados que el resto en básicamente todas las dimensiones estudiadas, ya fuera en términos del contexto económico, social, sanitario, político-cultural o a la hora de estudiar la tecnología digital con que contaban a fin de sostener posibles distanciamientos con un menor perjuicio (relativo) a la actividad económica, la calidad educativa y la sostenibilidad de la estrategia sanitaria. Los países europeos y Corea del Sur estaban en una situación muy superior, con la excepción tal vez de España debido a su contexto económico particular (por la importancia del sector turismo y su reducida tasa de crecimiento previo). En términos de contexto, desde una perspectiva amplia (considerando el promedio lineal de los subgrupos incluidos, en la parte final del Gráfico 42), Colombia, México, Perú y Sudáfrica surgen como aquellos países que estaban con desventajas más pronunciadas al inicio de la pandemia, mientras que Alemania, Suecia, EEUU y Corea del Sur se ubicaban en el extremo opuesto.

Gráfico 42 Tabla de Síntesis



A la hora de caracterizar la selección de estrategias, los países de América Latina parecen haber errado en mayor medida al contemplar una variedad de dimensiones, donde se destacan especialmente Argentina (tanto por su política de aislamiento social estricto y asistencia económica insuficiente como por su defectuosa estrategia en materia de vacunación durante la primera mitad de 2021) y Costa Rica (en todas las dimensiones). Cabe mencionar las malas estrategias de vacunación de Rusia (siendo un país productor de vacunas seguramente olvidó la conveniencia de diversificar los riesgos de producción, y descuidó también los procedimientos científicos requeridos para lograr suficiente confianza y aceptación de su vacuna en su propio país) y particularmente de Corea del Sur, desentonada en este último caso con el buen desempeño general de este país en las otras dimensiones (si bien el control de la pandemia y el casi inexistente impacto económico le permitieron –hasta el inicio del tercer semestre de 2021 al menos– no tener que emprender un ritmo e intensidad de vacunación semejantes al resto de los países, cuyo único recurso terminó siendo la inmunización de la población). Alemania, Reino Unido, EEUU e Israel se destacan en este caso por la mejor selección de sus estrategias (en el promedio del período I.2020-II.2021).

Es interesante notar que en la mayoría de los casos, políticas de aislamiento severo se vieron acompañadas por medidas de asistencia compensatoria insuficiente (y viceversa), así como por políticas de detección-aislamiento-seguimiento focalizadas y vacunación ciertamente problemáticas. Excepciones a este patrón de comportamiento son España, que realizó una asistencia compensatoria en línea con el confinamiento impuesto y emprendió una vacunación exitosa a pesar de no haber focalizado los cuidados en la población vulnerable y, en cierta medida, también Brasil y Chile: Brasil tuvo un mal desempeño en la asistencia económica compensatoria y el testeo (en la misma línea que sus vecinos), pero optó por medidas de aislamiento social más laxas y una campaña de vacunación (pese a cierto retraso inicial) aceptable en términos relativos a la región;

Chile, por otro lado, llevó a cabo medidas de aislamiento social severo acompañado de asistencia económica compensatoria relevante pero insuficiente, pero aplicó políticas sobresalientes dentro de la región en términos de testeo y vacunación (en un contexto que le permitía mayor margen de elección de estrategias alternativas).

Con respecto a los resultados obtenidos en términos sanitarios, económicos y sociales, nuevamente notamos una división clara entre los países de América Latina y Sudáfrica respecto de sus pares europeos y Corea del Sur, donde, por un lado, se destacan los malos desempeños de Perú y Argentina y, por otro, los muy buenos resultados logrados por Suecia (en términos económicos y sociales especialmente) y Corea del Sur, país en el cual la pandemia tuvo mínimo impacto tanto en materia sanitaria como económica y social.

Dentro de América Latina, resulta útil retomar el caso de Brasil, que efectuó una selección de estrategias insuficientes en materia sanitaria junto a una política de aislamiento de hecho permisiva, lo cual resultó consistente con la obtención de resultados sanitarios desfavorables pero razonables en términos sociales (contemplando la movilidad y el aumento en la pobreza).

Más allá de estas particularidades, parece haber una clara correspondencia (aunque no coincidente con la predicción teórica que postula la adopción de estrategias consistentes con cada contexto) entre las condiciones iniciales de cada país, la selección de estrategias y los resultados que surgen de esta interacción (Gráfico 43). Concretamente, los países con condiciones iniciales más difíciles para hacer frente a una pandemia son los que (llamativamente) adoptaron estrategias sanitarias más restrictivas, menos focalizadas y más costosas en términos económicos (incluyendo las erogaciones netas del fisco, pero fundamentalmente su impacto sobre la actividad económica en general), con las cuales obtuvieron resultados económicos, sociales y también sanitarios peores.

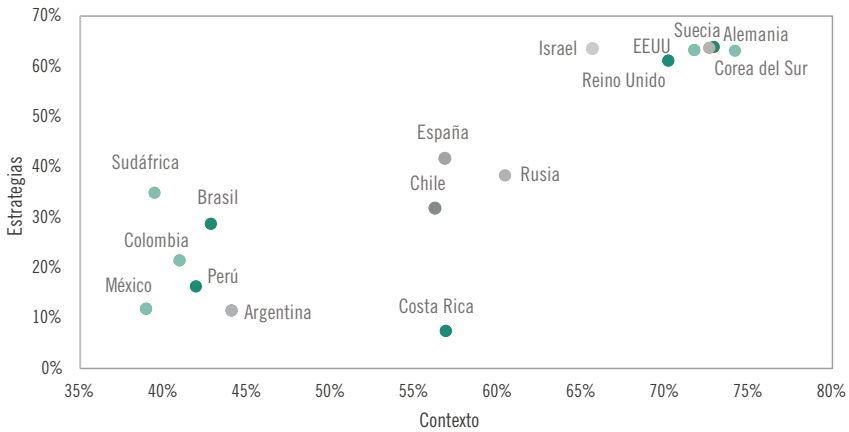
Nuestro análisis no permite comentar acerca de la importancia relativa de cada una de las dos fuerzas (contexto vs. medidas) que

provocaron distintos resultados globales, es decir, no permite separar su contribución individual y relativa respecto de los resultados obtenidos en cada caso. Así, aun cuando las condiciones iniciales más complejas no son suficientes para justificar decisiones inconsistentes con dichas condiciones, sí son elementos que permiten anticipar algunas diferencias en las alternativas disponibles y resultados esperables aun cuando las estrategias fueran las adecuadas para cada situación.

En tal sentido, de acuerdo con la muestra específica de países examinados en este trabajo, las decisiones sanitarias más restrictivas –dejando de lado una primera fase para la preparación del sistema de salud, etc.– tendieron a ser adoptadas por aquellos países con contextos iniciales menos propicios para tales estrategias, de modo tal que en dichos países –Argentina, Colombia, Costa Rica, México y Perú– las mismas pueden caracterizarse como inconsistentes con sus contextos iniciales³⁵. En efecto, aun sin “contar con el diario del lunes”, los países con situaciones de contexto más limitantes debieron anticipar –luego de los primeros dos o tres meses de preparación inicial– la inviabilidad o altísimo costo fiscal de poner en práctica esquemas compensatorios suficientes para que las políticas de aislamiento extremo y/o prolongado fueran efectivas (no en su resultado, siempre incierto desde una perspectiva *ex ante*, sino al menos en su cumplimiento).

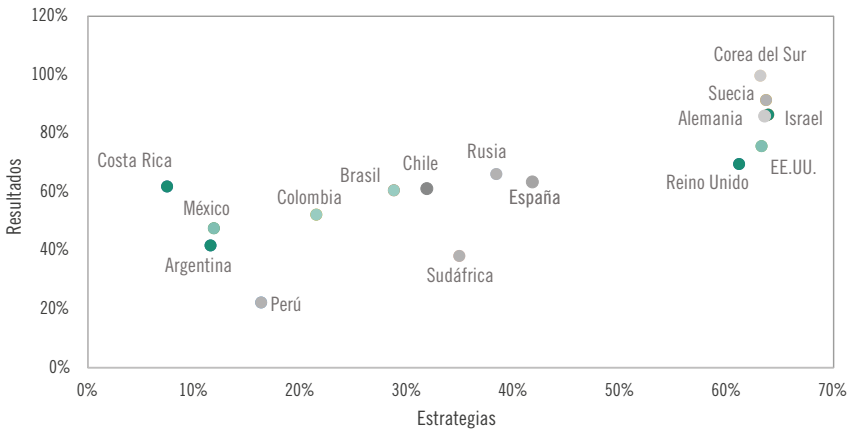
35 Que las estrategias restrictivas hayan sido inconsistentes con los contextos previos en varios países de América Latina no implica que estrategias flexibles y focalizadas sean inconsistentes al aplicarse en contextos más favorables para elegir esas u otras estrategias. Es decir, los países más desarrollados y con mejores condiciones de contexto tenían la libertad de elegir distintas estrategias con mayor o menor grado de focalización, que podrían *ex post* resultar mejores o peores sin que por ello pudieran catalogarse como inconsistentes con sus contextos, simplemente porque esos países tenían las condiciones para darse a sí mismos la libertad de elegir distintos caminos. Que los resultados fueran luego mejores o peores con una u otra estrategia es un problema distinto, no necesariamente saldable desde una perspectiva *ex ante* (dado el conocimiento acumulado y las perspectivas con mayor consenso en los primeros meses de la pandemia).

Gráfico 43.a. Análisis sintético de contexto y estrategias del *heatmap*

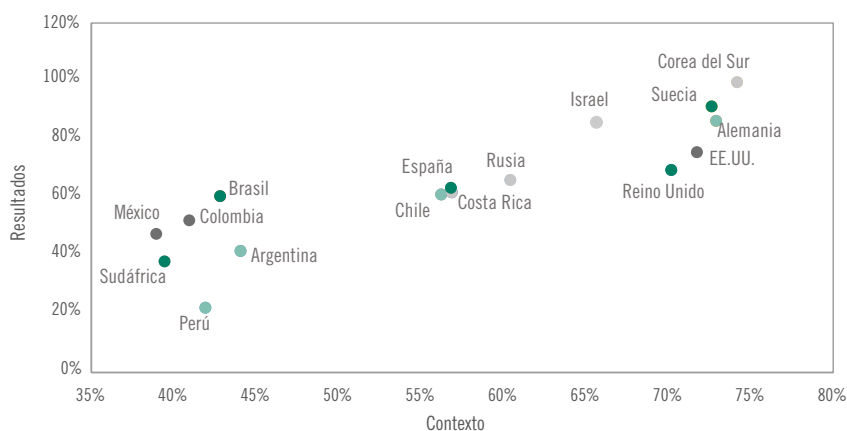


Fuente: elaboración propia.

Gráfico 43.b. Análisis sintético de estrategias y resultados del *heatmap*



Fuente: elaboración propia.

Gráfico 43.c. Análisis sintético de contexto y resultados del *heatmap*

Fuente: elaboración propia.

Con la información disponible poco tiempo después de haberse iniciado la pandemia, dichos países son los que debieron haber priorizado una estrategia flexible y focalizada (incluyendo la búsqueda activa de nuevos contagios por medio del testeo, aislamiento y seguimiento de contactos estrechos, además de un cuidado especial hacia las personas de riesgo y mayor edad), combinada con la adopción de protocolos (aforos, uso de barbijos) y medidas de prevención (información en materia de higiene personal, etc.) y ordenamiento público (adecuación de horarios de trabajo y escolaridad para el uso del transporte público), prohibiendo de forma estricta solo aglomeraciones extremas y, al mismo tiempo, preparando en lo posible la más temprana disponibilidad y aplicación de tratamientos y/o vacunas efectivos para evitar o reducir los contagios y (especialmente) las internaciones y los fallecimientos. Sin dudas, esta estrategia focalizada y flexible no está exenta de incluir períodos o fases más restrictivas en caso de que el sistema de salud (por su infraestructura o por su personal) se aproximara al límite (cuya superación llevaría a un fuerte aumento en la tasa de letalidad), pero solo como última instancia ante la falta de alternativas humana y políticamente aceptables, como paréntesis dentro de la estrategia más flexible buscada.

Desde una perspectiva *ex post*, pero presumiblemente también *ex ante* si no se hubieran cometido fuertes sesgos en la comprensión de cada contexto y perspectivas factibles teniendo en cuenta la extensa duración mínima que tendría la pandemia, es claro que el costo fiscal y económico general ante una estrategia focalizada como la señalada en el párrafo anterior es menor que el de una estrategia menos focalizada y más restrictiva, particularmente en países que no tienen los instrumentos para elegir y aplicar efectivamente la segunda. También surge de nuestro análisis que la efectividad sanitaria de una estrategia focalizada resultó (*ex post*) mayor (sin desconocer que podría ser igual o incluso menor considerando otros factores concurrentes propios de cada contexto). En todo caso, el aprendizaje no debe ser que la estrategia no elegida por buena parte de los países de América Latina dio mejores resultados (producto de condiciones y desarrollos que inicialmente no eran conocidos ni previsibles), sino que la estrategia que sí se eligió no tenía chances de ser sostenible ni efectiva en el contexto en que se aplicó, cuando ello fue así. Y ello fue así en el caso de varios países de América Latina, entre ellos Argentina.

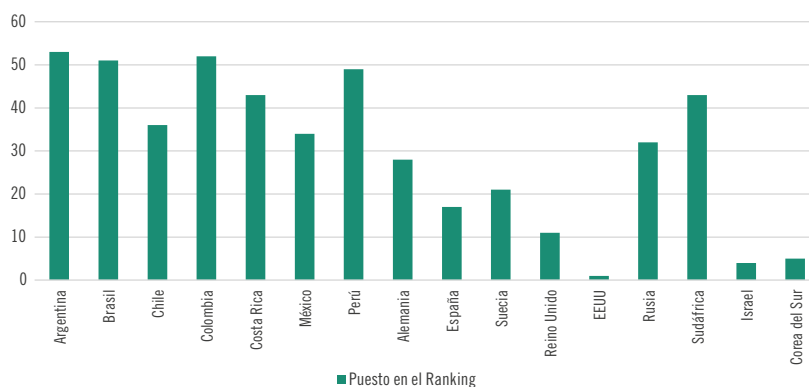
Comparación con métricas de terceros –el Ranking de Resiliencia al COVID de Bloomberg

Existen distintas métricas complementarias y paralelas a nuestro análisis, respecto de las cuales es posible comparar nuestro diagnóstico solo en forma *ex post* (debido a que estas evaluaciones alternativas omiten en general, hasta donde sabemos, el análisis de los distintos contextos). Una de ellas es el *Ranking de Resiliencia al COVID* de Bloomberg, de actualización mensual, que intenta clasificar los “mejores y peores” países donde estar a medida que el mundo se normaliza³⁶. Según puede observarse en el Gráfico 44, este ran-

36 El ranking de Bloomberg contempla una diversidad de indicadores, entre los cuales se distinguen el porcentaje de población vacunada, la movilidad, la apertura de rutas aéreas, los casos y muertes por COVID-19, la tasa de positividad del

king también permite distinguir una mejor situación en los países de Europa (y más aún en Corea del Sur) respecto de los países de América Latina (entre los cuales Chile es el de mejor desempeño), aunque con algunas particularidades o diferencias: en la evaluación de Bloomberg, Alemania aparece como el peor país de Europa (seguido por Suecia), mientras que el Reino Unido es el mejor (seguido por España), en un fuerte contraste con la evaluación realizada bajo nuestro propio análisis en lo referido a las estrategias y resultados. Es posible que parte de la diferencia en las evaluaciones se deba a que los períodos analizados difieren (Bloomberg evalúa la situación en junio 2021, mientras que nuestra evaluación contiene un promedio o agregado de toda la pandemia hasta junio 2021).

Gráfico 44. Ranking de Resiliencia de Bloomberg (con 53 países, junio 2021, sin datos para Costa Rica)



Fuente: elaboración propia sobre la base de Bloomberg.

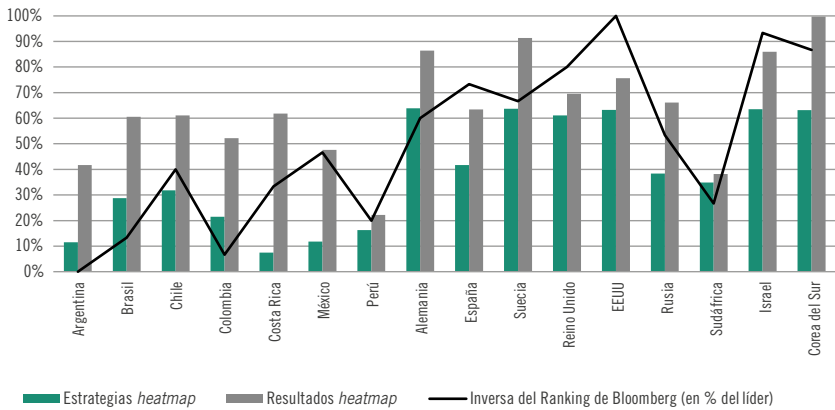
testeo, las proyecciones de crecimiento del PBI, la cobertura del sistema de salud y el Índice de Desarrollo Humano (HDI).

Para permitir un mejor análisis de las diferencias, el Gráfico 45 compara nuestras evaluaciones globales en materia de estrategias y resultados que informan las últimas dos filas de nuestro *heatmap* en el Gráfico 42 con el *Ranking de Resiliencia* de Bloomberg (expresado para que un mayor valor refleje una situación mejor –normalizando en 100% el desempeño del país con la posición 1 en el ranking acotado a nuestra muestra³⁷, y 0% el país con la posición 16 en el mismo, que corresponde a la Argentina)³⁸. Allí se observa que la valoración de Bloomberg penaliza relativamente a Brasil, Colombia, Alemania y (fundamentalmente) Suecia, al tiempo que premia a España y (especialmente) al Reino Unido, lo que coincide mayormente con nuestra evaluación de los casos de Argentina, Chile, Perú y Corea del Sur. Si bien el indicador de Bloomberg combina estrategias con resultados, no es posible atribuir las diferencias a la mayor valoración de las estrategias o los resultados (en los casos de Brasil, Colombia y España habría mayor coincidencia entre ambas evaluaciones si Bloomberg priorizara las estrategias, pero en los casos de Suecia y Corea del Sur ocurriría lo opuesto).

37 Siguiendo el ordenamiento del ranking de Bloomberg, redefinimos un ranking acotado a nuestra muestra (16 países) con el objetivo de minimizar las posibles distorsiones atribuidas a la inclusión de los países no examinados en este documento (que forman parte de los 53 países en la muestra de Bloomberg).

38 Con propósitos expositivos, fabricamos un ranking sintético para Costa Rica –dentro de nuestra muestra reducida– promediando las posiciones de México y Colombia (que tienen un desempeño similar a Costa Rica en términos de nuestro diagnóstico de estrategias y resultados dentro de nuestro *heatmap*).

Gráfico 45. Estrategias y resultados del *heatmap* comparados con el Ranking de Resiliencia de Bloomberg



Fuente: elaboración propia sobre la base de Bloomberg.

Capítulo 2: Organización de los sistemas de salud y respuesta frente al COVID-19³⁹

Introducción

La crisis de salud pública global que desató el COVID-19, que irrumpió a una velocidad y escala sin precedentes, ha representado una enorme movilización para los sistemas de salud de todos los países, que debieron adaptar y ampliar rápidamente sus recursos para poder dar atención médica a un volumen -por momentos- inusitado de pacientes infectados que lo requirieran y, al mismo tiempo, garantizar la continuidad en el acceso al resto de los servicios a toda la población. Esta situación debió ser enfrentada, además, en un contexto de fuerte caída en los recursos que normalmente financian al sector de la salud, generada por la severa contracción en la actividad y en el empleo que sufrieron todas las economías. Aunque con algunos rasgos comunes, tanto el mecanismo a través del cual se ha dado respuesta a este desafío como los esfuerzos de coordinación y de distribución de responsabilidades entre los distintos actores, y el impacto sobre cada uno de ellos, han sido diferentes según la organización institucional de cada sistema.

En cualquier caso, es decir, independientemente de la organización sectorial prevaleciente, la atención de un suceso extraordinario como el del COVID-19 entra en la órbita de las actividades que son propias de la esfera pública -del mismo modo en que lo es un desas-

tre natural–, de forma tal que en todos los casos el Estado ha asumido un rol preponderante en su manejo, lo que alteró –en varias dimensiones– el funcionamiento normal de los sistemas de salud.

En este capítulo se hace una revisión de los distintos abordajes con que se ha enfrentado esta situación según sea la organización institucional del sector salud en cada caso. Teniendo en cuenta este marco que surge de la evidencia internacional, el estudio se completa con una evaluación de las medidas adoptadas en la Argentina, para discutir finalmente si esta crisis sanitaria ha expuesto falencias que justifican encarar una reforma para un mejor desempeño del sistema de atención médica del país en tiempos de mayor normalidad.

A. La experiencia internacional

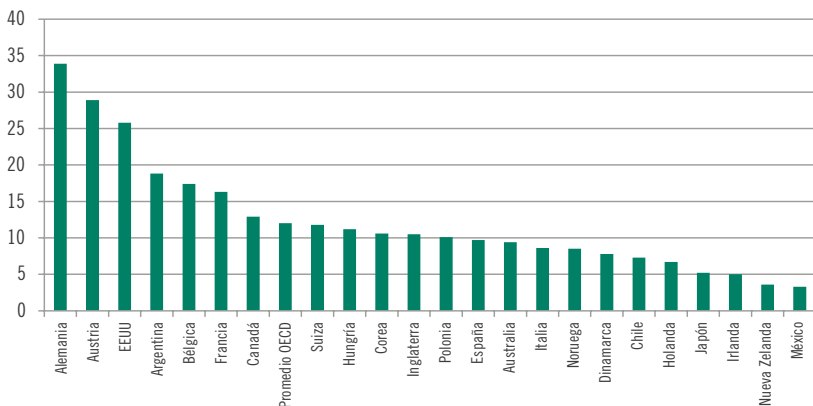
La carrera inicial: adaptar y ampliar los recursos de atención médica

En la etapa inicial de la pandemia, cuando la transmisión comunitaria del virus comienza, el gran desafío en lo que concierne al sistema de salud es adaptar las instalaciones y procedimientos de atención médica y, simultáneamente, ampliar los recursos físicos, humanos y de insumos esenciales que se prevé serán necesarios para evitar o minimizar el colapso del sistema. Dadas las características del COVID-19, los factores críticos han sido, en todos países, las camas de terapia intensiva (UCI) para la atención de los casos más complejos, el recurso humano especializado que requiere el manejo de estas unidades y los elementos de protección para evitar tanto el contagio del personal de salud como, a través de estos, su propagación a pacientes no infectados.

Si bien la dotación inicial de recursos era muy dispar entre los países –con, por ejemplo, camas UCI cada 100.00 habitantes que entre los países de la OECD variaban en un rango previo a la pandemia entre 3,3 en México y 33,9 en Alemania (Gráfico 46), o médicos cada 1.000 habitantes con valores extremos entre 5,24 en Austria y 0,78 en India

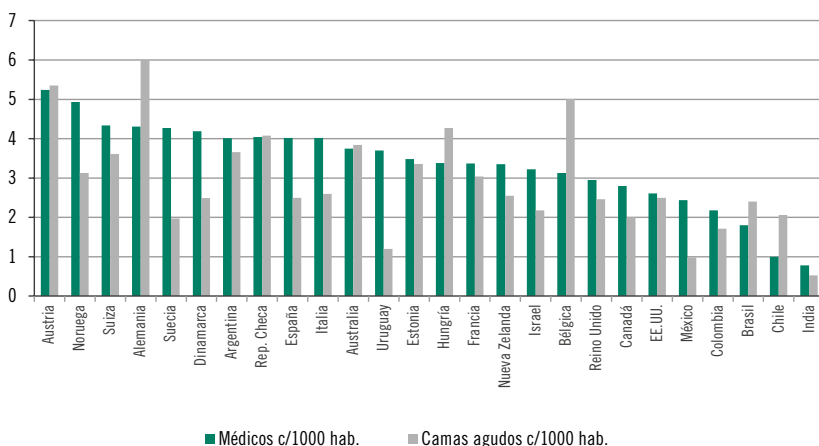
(Gráfico 47)–, y ello ha marcado una diferencia en la capacidad de respuesta, los requerimientos impuestos por el COVID-19 estaban más allá de lo que cualquier sistema disponía, lo que obligó en todos los casos a ampliar su capacidad y optimizar su uso (Narain et al., 2020).

Gráfico 46. Camas UCI pre-COVID-19 (c/100.000 habitantes)



Fuente: OECD y Ministerio de Salud de la Nación.

Gráfico 47. Médicos y camas / 1000 habitantes



Fuente OECD y Ministerio de Salud de la Nación.

Las estrategias adoptadas para aumentar el recurso humano en salud –tanto el afectado a las UCI como, en general, para diagnóstico– y optimizar su uso han sido variadas, y han incluido –además de incrementar las horas de trabajo, suspender licencias del *staff* en actividad y cierta reasignación entre establecimientos y/o áreas dentro de un mismo sistema institucional– la movilización de personal sanitario retirado y/o inactivo (Italia, Reino Unido y Holanda, entre otros), la habilitación temporaria para el ejercicio de la profesión de estudiantes de medicina o enfermería del último año (más de 35 países), la suspensión de las obligaciones de revalidación profesional (Alemania e Italia –para aquellos entrenados fuera de la UE–, Austria, Hungría, Holanda y el Reino Unido) y la reasignación de parte del personal militar para asistir en tareas de apoyo (Italia, Holanda, Suiza, Austria) (OECD, 2020; Desson et al., 2020; WHO/EC, 2020).

En América Latina, algunos países, entre los que se encuentran Chile y Perú, autorizaron la contratación –sin homologación de títulos– de personal sanitario extranjero, mientras que en Irlanda se permitió que los refugiados y solicitantes de asilo con formación médica prestasen apoyo asumiendo funciones auxiliares (Naciones Unidas, 2020).

La implementación de varias de las medidas que se describen ha requerido la adopción de legislación de emergencia o la suspensión de la vigente, siendo esta flexibilización en relación con el personal sanitario una de las recomendaciones de la OMS para hacer frente a la pandemia (WHO, 2020a).

Francia, en cambio, movilizó su “reserva sanitaria” para expandir temporariamente la disponibilidad de personal sanitario, la cual está conformada por profesionales y no profesionales de la salud que pueden ser empleados del sector público, privado, autónomos, retirados o estudiantes (OECD, 2020). Estas fuerzas de reserva, que fueron introducidas también por varios países después de otras epidemias, han probado ser muy útiles para proveer apoyo adicional a los plan-

teles regulares porque, además de aumentar la dotación en forma transitoria, permiten un manejo flexible de los recursos humanos entre regiones (WHO/EC, 2020).

Algunos países han complementado las estrategias de fortalecimiento de los recursos humanos de salud con medidas de apoyo para facilitar el trabajo del personal involucrado, asegurándoles el acceso a los centros de cuidado infantil en las etapas en que las escuelas permanecían cerradas (Alemania, Austria, Bélgica, Dinamarca, España, Francia, Holanda, Italia, Noruega, Portugal, Reino Unido, algunas provincias de Canadá, República Checa) u organizando centros *ad hoc* (Francia, Israel) (OECD, 2020; WHO/EC, 2020).

En lo que respecta a la provisión de insumos esenciales, tanto para la realización de tests de diagnóstico como para el tratamiento y el equipamiento de protección del personal de salud, el exceso de demanda a que dio lugar la rápida e imprevista escalada del virus llevó a la adopción de diversas medidas de emergencia hasta que la oferta pudiera acomodarse, incluyendo el racionamiento (en Francia y España, para evitar compras bajo pánico de barbijos por parte de la población; en Reino Unido, disponiendo el uso de menor equipo de protección bajo ciertas circunstancias), la introducción de precios máximos (para evitar ganancias extraordinarias por parte de los proveedores), la centralización de compras en el gobierno nacional, la realización de acuerdos de compras conjuntas de diferentes jurisdicciones y/o información compartida de precios y proveedores, entre las más comunes. Las medidas referidas a los mecanismos de adquisición apuntaron a lograr una coordinación que evitara la competencia intergubernamental o entre instituciones que condujera a compras excesivas a precios elevados, para facilitar así la reducción de costos y la disponibilidad de insumos en las diferentes regiones de un país (De Biase et al., 2021). Alemania, Canadá, Colombia, Corea del Sur, España, Polonia y Suiza son algunos de los países que aplicaron mecanismos de compras centralizadas, en tanto que Italia mantuvo la descentralización pero bajo coordinación intergubernamental (OECD, 2020).

El tercer elemento para hacer frente a la atención de los pacientes infectados que requirieran hospitalización ha sido la adecuación/ampliación de la infraestructura sanitaria. Si bien, normalmente, el indicador que mejor refleja la capacidad hospitalaria de un sistema es el número de camas de agudos, ampliar su disponibilidad no es una tarea de extrema complejidad, dado que –en forma relativamente rápida– pueden adaptarse instalaciones extrahospitalarias para estos fines, y esta ha sido la respuesta que han aplicado muchos países.

El principal cuello de botella en materia de capacidad hospitalaria ha sido en las UCI requeridas para la atención de los pacientes más severos de COVID-19, porque si bien otras camas pueden temporariamente convertirse en camas UCI, las mismas necesitan estar equipadas con aparatos de asistencia respiratoria. En varios países la respuesta inicial para aumentar la disponibilidad de este equipamiento –tal como recomendaba la OMS (OMS, 2020a)– fue involucrar en su producción a fabricantes locales a través de acuerdos de compras garantizadas, incluyendo firmas no dedicadas a la elaboración de insumos médicos, como las de la industria aeroespacial o automotriz. La compra y distribución de estos equipos entre los hospitales del sistema estuvo a cargo del gobierno central en un buen número de países (WHO/EC, 2020).

Además del número de camas hospitalarias, la tasa de ocupación de tales camas es un indicador relevante de su disponibilidad para enfrentar la emergencia sanitaria. Es por este motivo que, en la mayor parte de los países, la expansión de la infraestructura fue acompañada de medidas para reducir su uso en la atención de otras patologías. Así, fue de alta difusión la decisión de suspender temporariamente la atención médica no urgente (electiva) de casos no COVID-19 (OECD, 2020; WHO/EC, 2020).

La rápida implementación de las distintas estrategias para adecuar los sistemas de salud al inicio de la pandemia hizo necesario un esfuerzo de coordinación de todos los niveles de gobierno y entre

los diversos actores involucrados, lo que significó la utilización de mecanismos institucionales inusuales bajo circunstancias normales. En la práctica, su logro requirió en muchos países la sanción de una normativa especial, incluyendo la más general de declaración de estado de emergencia, cuyo impacto, al representar una mayor centralización en las decisiones, ha sido más notorio en aquellos países en los que la organización política y/o la atención médica recae bajo la órbita de gobiernos subnacionales (De Biase et al., 2021; Thomas et al., 2020).

Tal ha sido el caso de España, un país caracterizado por una fuerte autonomía regional (que abarca el manejo del extendido sistema público de salud) y en el que incluso algunas de las comunidades cuestionan la legitimidad de un gobierno central. Un Decreto Real al inicio de la pandemia declaró el estado de emergencia temporario, lo que supuso autorizar al Ministerio de Salud federal a implementar medidas en todo el territorio nacional, y poner bajo su órbita a todas las autoridades locales a cargo de los respectivos sistemas públicos de salud. Aunque algunas medidas fueron resistidas –por ejemplo, la de otorgar a las fuerzas armadas el poder de hacer cumplir las disposiciones–, el gobierno nacional logró efectivizar la centralización de las compras de insumos y equipamiento médico, establecer controles de precios, flexibilizar regulaciones sobre la habilitación para ejercer la profesión del personal de salud, asistir financieramente a todas las regiones, poner a disposición las instalaciones militares para uso sanitario e incluso autorizar a que los gobiernos regionales puedan tomar control de los servicios de atención médica privados. A pesar de la mayor injerencia del gobierno central, las administraciones regionales y locales mantuvieron el manejo operativo de sus servicios públicos de salud (Legido et al., 2020; WHO/EC, 2020).

En Alemania, en circunstancias normales los estados federados (los *Länder*) son responsables del planeamiento hospitalario y de los servicios de salud pública en su territorio, mientras que los órganos de la seguridad social –principal régimen de cobertura de la salud en

el país– tienen una fuerte autonomía, y queda para el nivel federal/gobierno central el establecimiento del marco legal general del sistema. Sin embargo, durante la pandemia el Parlamento declaró el estado de emergencia y el gobierno central utilizó estas atribuciones para lograr una mejor coordinación de respuestas en lo que respecta al sistema de salud, pero permitiendo que los estados mantuvieran un elevado grado de autonomía. Con todo, una de las áreas donde la política fue más centralizada ha sido la de las compras de material de protección médica, en la que el gobierno central concentró las adquisiciones, las distribuyó entre los estados, y estos fueron los responsables de asignarlos entre los prestadores de salud. En lo que concierne a la infraestructura, se recurrió, en cambio, a un mecanismo más de mercado, estableciendo –a través de una legislación específica– un pago a los hospitales por cada cama de UCI incorporada, monto que varios estados completaron con un pago adicional. Por último, las medidas para expandir los recursos humanos en salud –más allá de la legislación más flexible sancionada– fueron implementadas directamente por cada ciudad o región, e incluso por cada institución hospitalaria, con un rol muy limitado en la planificación por parte del gobierno federal (Desson, 2020; WHO/EC, 2020; De Biase et al., 2021).

En comparación con la mayor parte de los países, EEUU es uno de los más descentralizados, y durante la crisis sanitaria esta característica se hizo más pronunciada (Clemens et al., 2021). En la adecuación de los recursos para la atención del COVID-19, el gobierno federal fue ampliamente criticado por su lenta e inconsistente respuesta, al no tener en condiciones ni agilizar el fortalecimiento de la denominada Reserva Nacional Estratégica de Insumos, cuyo rol se supone que es el de suplementar la disponibilidad de los gobiernos subnacionales de los insumos necesarios durante emergencias sanitarias, en este caso elementos de protección personal y respiradores (Gerstein, 2020).

En la región latinoamericana, Brasil ha sido uno de los países con el abordaje más descentralizado –con alguna participación me-

nor del gobierno central en la adquisición de camas UCI y en la distribución de personal médico perteneciente a un programa especial normalmente asignado a áreas rurales– debido a que el carácter federal del país se vio exacerbado por fuertes controversias entre los distintos niveles de gobierno en el manejo de la pandemia. En este caso, sin embargo, algunos estados han coordinado sus respuestas en algunas dimensiones, uno de cuyos ejemplos más elocuentes es el llevado a cabo por el denominado “Consórcio Nordeste”. Conformado previamente a la crisis del COVID-19, este es un grupo ratificado por la legislación de los estados que lo integran, que en lo que concierne al sistema de salud ha implementado un esquema de compras conjuntas de insumos médicos durante la pandemia, al tiempo que ha creado una brigada de emergencia para mejorar la capacidad de respuesta a través, por ejemplo, de la reasignación de personal sanitario entre estados (Silva et al., 2020; De Biase et al., 2021; Freire et al., 2020).

En síntesis, en casi todos los países ha habido cierta tendencia a la centralización en la adecuación de los sistemas de salud en la etapa inicial de la pandemia. Sin embargo, como se verá, no se han registrado cambios significativos en la organización institucional de los mismos, y los desafíos que ha generado la crisis sanitaria –si bien generalizados– han sido de distinta naturaleza y dado lugar a distintas respuestas, según este ordenamiento.

Otro tipo de crisis sanitaria: el financiamiento del sistema de salud

La crisis sanitaria desatada con la irrupción del COVID-19 ha sometido, por diversos factores, también a estrés el financiamiento de los sistemas de salud, pero su impacto sobre los diversos actores – población cubierta, prestadores y los mismos financiadores– fue diversa, dependiendo de la organización institucional de los mismos (WHO/EC, 2020; Hellowell et al., 2020).

Los factores que mayor incidencia han tenido en este escenario son, por un lado, los mayores gastos asociados a la detección de casos de COVID-19 y la atención de aquellos que requieren hospitalización, prestaciones que no estaban contempladas en el paquete de servicios de ningún sistema. A su vez, esta patología ha exigido la reorganización del espacio en los centros de atención –tanto ambulatoria como de internación– para implementar medidas de distanciamiento físico, lo que se tradujo en un menor volumen potencial de prestaciones frente a lo habitual, así como incurrir en gastos de material de protección personal, aun para la atención de casos no COVID, a lo que se agregan las inversiones para expandir la capacidad de los servicios de UCI y el aumento en el *staff* necesario.

En este contexto, se sumó –en particular en la primera etapa de la pandemia– que la atención de otras patologías sufrió una drástica disrupción, ya sea por suspensiones explícitas de prácticas electivas dispuestas por las autoridades sanitarias o por la propia decisión de la población ante el temor del contagio.

A su vez, los confinamientos establecidos con distinta intensidad y duración en casi todos los países, y el propio desarrollo de la pandemia, dieron lugar a una crisis económica –según se examinó en el Capítulo 1– que también afectó negativamente el flujo de recursos con que se financian normalmente los sistemas de salud.

Un pilar importante, desde el punto de vista del financiamiento, en la mayoría de los países de Europa (Alemania, Austria, Francia, Holanda, entre otros), EEUU, Japón y en casi toda Latinoamérica – como se ilustra en el Gráfico 48–, lo constituyen los regímenes de la seguridad social, a través de los cuales los trabajadores obtienen el seguro de salud, financiado mediante aportes y contribuciones (de trabajadores y/o empleadores) sobre las remuneraciones (OECD, 2019). El aumento en el desempleo y las reducciones salariales que tuvieron lugar durante la etapa inicial de la pandemia no solo signifi-

caron una presión negativa sobre estas fuentes de recursos, sino que también pusieron en riesgo la cobertura médica de una parte de la población asegurada por esta vía (WHO/EC 2020).

En otros países de Europa (Dinamarca, España, Italia, Reino Unido, Suecia, entre otros), así como en Australia, Canadá, Nueva Zelanda y Brasil, en cambio, el pilar más importante en el financiamiento de los sistemas es el gasto público, normalmente organizado a través de esquemas de seguro universal.

En la mayor parte de los países de Latinoamérica –con excepción de Brasil, que, como se mencionó previamente, no cuenta con un régimen de seguridad social en salud–, el pilar de seguro contributivo se completa con uno –en general, también relevante– de carácter público, debido a que, por la elevada informalidad laboral, buena parte de la población no está alcanzada por la cobertura vinculada al mercado laboral. Del mismo modo, en EEUU la cobertura de la población de bajos recursos y de los adultos mayores es brindada a través de programas específicos (Medicaid y Medicare, respectivamente) financiados con fondos públicos, así como a través de subsidios –según condiciones de elegibilidad– para adquirir seguros en un mercado regulado, según lo dispuesto por la denominada reforma Obama⁴⁰.

40 La reforma Obama expandió, además, la cobertura de Medicaid para incluir a personas que ganen hasta el 133% del umbral de pobreza, cuando previamente requería condiciones de pobreza y desventajas físicas o de edad para ser elegibles. Igualmente, su implementación todavía no es plena.

ma provee (Argentina, Brasil, varios países latinoamericanos y otros países emergentes). La fuerte recesión que caracterizó a todas las economías, al menos en la primera etapa de la pandemia, también resintió la capacidad de pago de este tipo de seguro.

Más allá del tipo de régimen imperante en cada país para brindar cobertura en salud, el impacto del conjunto de factores mencionados asociados a la irrupción del COVID-19 sobre los distintos actores del sistema ha estado, además, fuertemente relacionado con los métodos de pago con que se remunera a los prestadores de la salud.

Así, los prestadores –sean profesionales o instituciones– cuya remuneración no depende de la cantidad de actividad que desarrollen –por ejemplo, a través de métodos capitados o salario en el primer caso, o presupuestos globales en el segundo– han tenido ingresos menos vulnerables a los *shocks* de reducción en la demanda de prestaciones electivas que caracterizó la primera etapa de la pandemia que aquellos que descansan en pagos vinculados con el volumen –como el pago por acto médico, pago por desempeño o módulo integral por patología atendida. Con todo, aun para la mayoría de quienes podían mantener sus ingresos relativamente estables, sus costos aumentaron por las exigencias de prepararse para atender casos de COVID-19 o el resto de las patologías. En otros términos, los prestadores de salud –piedra angular para enfrentar la pandemia– estaban a su vez expuestos a serios problemas de sostenibilidad (WHO/EC, 2020).

Dado que los ingresos de los prestadores constituyen los egresos de los financiadores, el método de pago –en un contexto de disrupción de demanda– influye en sentido inverso en la sostenibilidad de ambos grupos. Con todo, debe tenerse presente que el panorama en materia de ingresos de los financiadores también estaba comprometido, de manera tal que no está claro que haya habido allí ganadores y perdedores en términos generales.

En este contexto, un elemento importante para la resiliencia de los sistemas de salud ha sido asegurar los recursos monetarios ne-

cesarios para su funcionamiento, tener flexibilidad para aplicar diversas medidas que contribuyeran a mitigar la pérdida de ingresos temporaria de los prestadores y sus costos más elevados, y garantizar al mismo tiempo una cobertura en salud comprensiva para la detección y tratamiento de los casos de COVID-19 (Thomas et al., 2020; WHO/EC, 2020). Como se verá a continuación, la mayor parte de los países aplicaron un amplio abanico de estrategias para atender esta situación extraordinaria.

Las estrategias de mitigación

Una de las medidas que se han adoptado en varios países, entre ellos muchos de los europeos (Alemania y Francia, por caso), que no es específica del sistema de salud –sino más general del mercado de trabajo– pero que ha contribuido a estabilizar los fondos de los regímenes de seguridad social, fue la asistencia monetaria por parte de los gobiernos a quienes fueron suspendidos de sus empleos durante los confinamientos dispuestos, que incluyó el pago de las contribuciones sociales (Cylus, 2020). Otros, como Austria, Croacia, República Checa y varios más, han directamente transferido recursos públicos a los fondos de salud de la seguridad social, a lo que se sumó que varias de estas instituciones utilizaron las reservas acumuladas de períodos previos o, incluso, las que pudieron haberse generado en los primeros meses de la pandemia por la caída en la utilización de los servicios (WHO/EC, 2020).

En EEUU, en cambio, si bien ha habido asistencia monetaria a los trabajadores despedidos, estos pierden los planes de salud obtenidos a través de los empleadores, de modo tal que la cobertura de la seguridad social se resintió en forma notable en este país. Si bien los trabajadores despedidos pueden ejercer la opción, en un plazo que la ley estipula en 60 días, de pagar de bolsillo el precio corporativo del mismo plan de seguro médico que tenían (más reducido que el que corresponde a un afiliado directo) durante 18 meses, esta alternativa resulta muy onerosa. El resultado de la caída en el empleo, en con-

secuencia, ha derivado en un aumento de la población sin cobertura médica por esta vía (Roehr, 2020; Blumenthal et al., 2021).

Un gran número de estos nuevos desempleados –dependiendo de sus condiciones socioeconómicas– han calificado para ser elegibles para obtener cobertura a través del programa público Medicaid, ya sea como beneficiarios naturales (extrema pobreza con condiciones desfavorables de salud o edad) o como parte de la expansión de la elegibilidad (de bajos recursos sin condiciones) según las disposiciones de la reforma Obama, o a través de créditos fiscales para la contratación de un seguro privado en el mercado regulado, según esta misma reforma. Esta estrategia, entonces, que no difiere de la que tenía lugar en tiempos de normalidad, ha significado un mayor gasto público de todos los niveles de gobierno, pero con una creciente asistencia del gobierno federal a los subnacionales, implementada en el marco de la legislación existente y de nuevas disposiciones en el contexto de la emergencia sanitaria. Dado que Medicaid es un programa que ejecutan los estados con financiamiento conjunto con el gobierno federal a través de *matching grants*, el volumen más elevado de fondos federales transferidos ha tenido lugar a través de esta vía para contribuir a los mayores gastos de los gobiernos locales para atender a los beneficiarios naturales del Medicaid, a lo que se ha adicionado un aumento dispuesto de –en promedio para el conjunto de jurisdicciones– más de 6 puntos porcentuales en la tasa de contrapartida federal mientras dure la crisis sanitaria. A su vez, esa tasa de contrapartida federal se elevó al 90% para cubrir la expansión de los grupos que requieren cobertura pública en el marco de la reforma Obama (Clemens et al., 2021).

Esta mayor provisión de fondos federales a los gobiernos subnacionales que tienen a su cargo la implementación de las políticas de salud se ha registrado en varios países con regímenes públicos, como el Reino Unido –en el que a las naciones que lo integran les corresponde una fracción de los recursos que el gobierno central asigna a enfrentar la pandemia–, España e Italia, entre otros (De Biase et al., 2020).

Los fondos públicos adicionales volcados –por distintas vías– a los sistemas para hacer frente a la pérdida de los recursos tradicionales y a los mayores gastos debido a la pandemia se han utilizado en buena medida para compensar a los prestadores, a través de diferentes mecanismos según el contexto institucional específico de cada país. En el caso de los profesionales, si estos son asalariados o remunerados por capitación –en general, médicos generalistas de los sistemas públicos o de la seguridad social–, dado que sus ingresos no se vieron afectados por la menor actividad habitual, no se requirió una compensación adicional, pero los recursos para sostener estos pagos –ante la caída de los de carácter genuino– se asignaron a las agencias pagadoras. Tal es el caso de España, Italia, Suecia, República Checa, entre otros (WHO/EC, 2020).

En otros casos, cuando el pago está normalmente vinculado a la actividad o desempeño, se introdujeron cambios en tales métodos para suavizar los ingresos de los profesionales. Así, por ejemplo, en Inglaterra se suspendió transitoriamente la remuneración basada en desempeño a los médicos generalistas contratados por el sistema público, asumiendo una actividad similar a la que habían tenido previo a la irrupción del COVID-19. Otros mecanismos incluyeron el incremento transitorio de la tarifa por caso (Francia), el incremento en la porción capitada para compensar la caída en desempeño (Holanda), o pagos compensatorios si la caída en el ingreso excedía de cierto umbral (Alemania y Dinamarca) (WHO/EC, 2020). En EEUU, donde predomina el pago por acto médico, las medidas adoptadas incluyeron asistencia a través de un fondo federal especialmente creado para asistir a prestadores de salud, así como pagos a cuenta de futuras prestaciones por parte del programa federal Medicare (el financiador de mayor envergadura del país), e incluso de algunas aseguradoras privadas (AHA, 2020).

Algunos países instrumentaron, además, pagos adicionales para los profesionales que atendieran casos sospechosos de COVID-19 (Alemania, Francia y Holanda) o en instituciones geriátricas, consi-

derados lugares de alto riesgo de contagio (Alemania), en tanto que la mayoría instrumentó compensaciones en la forma de bonos por única vez para los trabajadores de la salud. Unos pocos países, además, han contemplado pagos parciales a todos o un grupo de profesionales (dentistas, por ejemplo) para cubrir costos fijos como el alquiler (Estonia, Francia, Holanda, República Checa y Suiza), mientras que otros distribuyeron insumos, como los de protección personal (Alemania e Italia, por ejemplo) (WHO/EC, 2020).

Paralelamente, en casi todas las economías se incentivó –incluyéndola en la nómina de prácticas autorizadas– la utilización de plataformas digitales para la atención médica (tanto de los casos leves de COVID-19 como del resto de las patologías), al tiempo que en algunos países se agregó un incentivo monetario por estas prestaciones (Alemania), incluso con un reintegro para afrontar el gasto de mejorar/installar la tecnología requerida (Inglaterra, España, por ejemplo). Esta alternativa de atención remota no solo permitió moderar la caída de ingresos de los prestadores médicos, sino que además resultó una vía importante para reducir las barreras para obtener atención médica de prácticas electivas (WHO/EC, 2020; Dassen et al., 2020).

Al margen de estas asistencias específicas a los profesionales de la salud, estos pudieron acceder –de corresponder– a las compensaciones generales que la mayor parte de los gobiernos dispuso para los trabajadores independientes o empresas ante la pérdida de ingresos.

En el caso de los establecimientos hospitalarios –donde se concentraron los mayores costos de insumos, equipamiento y de reorganización de espacios, en un contexto de interrupción/reducción de las actividades habituales y de tratamiento a los pacientes de COVID-19 que lo requirieran–, las soluciones ensayadas para enfrentar estos desafíos también fueron diversas. Existe consenso, en general, en cuanto a que la compensación de ingresos perdidos –en los casos en que estas instituciones no se financian a través de un presupuesto global– ha sido uno de los temas más complejos de resolver (WHO/EC, 2020; Deryugina et al., 2020).

Con respecto al pago para retribuir la atención de pacientes con COVID-19, varios países mantuvieron los esquemas que se utilizan para otros casos –por ejemplo, por día de internación en sala común o en UCI, o por módulo integral de atención–, aunque corrigiendo al alza las tarifas correspondientes (Alemania, EEUU bajo contrato con Medicare) o creando nuevos códigos para clasificar el pago de esta patología (Francia, Suiza), mientras que en aquellos sistemas en que la remuneración a los establecimientos es sobre la base de un presupuesto global –como Finlandia, Polonia, Reino Unido y República Checa– se adicionaron pagos por caso atendido bajo diferentes modalidades (por día de internación, reembolso de costos, etc.), incluyendo además, en algunos, un aumento en el presupuesto global aprobado para cubrir el costo extra de los insumos de protección (WHO/EC, 2020; Deryugina et al., 2020).

Estos esquemas se han aplicado a los prestadores –públicos o privados– que forman parte de la red contratada por cada sistema, ya sea este de naturaleza pública o de la seguridad social. Solo muy pocos países parecen haber establecido reglas de pago específicas para los servicios provistos por prestadores fuera de la red, o para que expandan su capacidad para tratar pacientes de COVID-19. Uno de estos casos ha sido Inglaterra, en el que el sistema público nacional (NHS) hizo un acuerdo global con la mayoría de los establecimientos privados –que operan normalmente bajo contrato de los seguros privados de salud optativos complementarios al NHS– para que su capacidad estuviera disponible para todos los pacientes a través del sistema público, reembolsándoles los servicios sobre la base del costo pleno incurrido. Suiza, Australia, España, Italia y México hicieron acuerdos similares (ABI, 2020; Blecher et al., 2020; WHO/EC, 2020; WHO, 2020b).

Brasil, en cambio, sancionó una ley para autorizar a los estados a requisar –sin intervención judicial y sin compensación monetaria– las camas hospitalarias del sector privado para ser utilizadas por el SUS, el sistema público de atención médica, que cubre a más de dos

tercios de la población del país. Sin embargo, esta iniciativa no prosperó, en parte porque el Consejo Nacional de Justicia recomendó que la utilización de la infraestructura privada fuera mediante contratación voluntaria entre las partes, al tiempo que la agencia regulatoria del sistema privado de salud la desaconsejó por poner en riesgo la financiación y prestación de servicios de este sector, que es otro pilar importante del sistema de salud de Brasil (International Bar Association, 2020).

En lo que respecta a la caída de ingresos de los establecimientos hospitalarios, en aquellos sistemas en que se remunera por el volumen de actividad desarrollada, las medidas de alivio consistieron en varios casos en mantener pagos determinados sobre la base del desempeño del año previo (Israel, Polonia, Reino Unido), a veces disponiendo que serían compensados con menor presupuesto en el futuro si la reducción en la actividad no superaba cierto umbral o con una adicional si superaba el mismo (República Checa). En Alemania, en cambio, se compensó por día/cama desocupada, cuyo valor unitario se determinó mediante una fórmula compleja que consideraba, entre otras variables, la capacidad en UCI. En Francia y Finlandia se mantuvieron los esquemas tradicionales de pago por actividad, pero se giraron fondos adicionales para solventar los déficits resultantes. Tanto en Alemania y Polonia como en Inglaterra, estas medidas de apoyo fueron acompañadas por otras para mejorar la liquidez de los hospitales, tales como agilizar pagos y reducir auditorías en los dos primeros casos, y efectivizar una deuda que el sistema tenía con los establecimientos de la red pública en el último.

A diferencia de estas experiencias, en Suiza la política de alivio fue una decisión de cada cantón, aunque en todos los casos los hospitales pudieron aplicar a las facilidades instrumentadas a través de créditos puente y compensación de costos laborales –en el que el gobierno cubre hasta el 80% de la diferencia entre el salario normal y el que se abona– que estuvieron disponibles para todas las empresas del país. En EEUU se aplicó la misma política que con los profes-

sionales de la salud, que consistió, por un lado, en que el programa público Medicare adelantó pagos a los establecimientos en la forma de créditos reembolsables, al tiempo que el paquete de alivio general dispuesto para empresas e individuos de todo el país contenía un apartado especial de asistencia financiera para prestadores de salud canalizado a través de los gobiernos subnacionales (Derguyina et al., 2020; Desson et al., 2020; WHO/EC, 2020).

Además de las políticas adoptadas para garantizar los recursos para que los financiadores –tanto de los sistemas públicos como de la seguridad social– pudieran hacer frente a los pagos de las prestaciones, y las medidas tendientes a darle sostenibilidad a la red de efectores de la salud, una preocupación de todos los países ha sido la de eliminar las barreras financieras que pudieran limitar el acceso de la población al testeo y, de necesitarlo, a la atención médica. En buena medida, esta preocupación se origina en que la falta de cobertura de tales gastos puede determinar que una parte de la población no se realice en forma temprana las pruebas diagnósticas y contribuya de esta manera a la aceleración de la tasa de transmisión (OECD, 2020); el acceso al tratamiento, en cambio, responde más a cuestiones de equidad.

De hecho, las tareas de testeo, como las de rastreo y seguimiento, entran en la esfera de la salud pública –como ocurre con cualquier enfermedad infectocontagiosa– y constituyen una responsabilidad que, por el bien común, asume el Estado en todos los sistemas. A pesar de ello, el financiamiento de las pruebas de diagnóstico, aunque gratuitas para la población en la mayor parte de las estrategias implementadas, fue asumido en varios casos por las instituciones de la seguridad social o incluso por los seguros de salud privados.

Así, por ejemplo, en EEUU se estableció por ley que tanto los programas públicos Medicaid y Medicare como los seguros privados deberían proveer cobertura sin cargo de las pruebas diagnósticas a sus afiliados, suspendiendo las habituales prácticas de copago de estos esquemas, al tiempo que el financiamiento de tales costos en el caso

de los individuos sin seguro médico proviene de un fondo federal (National Disaster Medical System) (OECD, 2020; Lal et al., 2020).

En Alemania, el costo del testeo es cubierto por la seguridad social, en tanto que en México lo financia el Estado –en ambos países para pacientes que cumplen con la definición de caso establecida por las autoridades, debiendo de lo contrario estar el pago a cargo del individuo (OECD, 2020).

En Brasil, la agencia regulatoria de los seguros privados de salud –pese a que estos tienen el carácter de complementarios– dispuso que el costo de los tests de diagnóstico tenía que estar incluido, sin cargo, en el paquete de prestaciones (IBA, 2020). Chile, en cambio, solo dispuso la gratuidad para los beneficiarios de la aseguradora pública –si cumplen con los criterios clínicos definidos por las autoridades sanitarias–, en tanto que para los afiliados a seguros privados no se ha regulado la supresión de los copagos, y es de los pocos países que adoptaron una estrategia de financiamiento de la salud pública guiada por la capacidad de pago de la población (OECD, 2020).

Con respecto al tratamiento de los pacientes infectados, en la mayor parte de los países se mantuvieron los canales de cobertura habitual del resto de las patologías, aunque suspendiendo en muchos de ellos –por ejemplo en EEUU– los copagos o deducibles que pudieran formar parte de los arreglos contractuales existentes (WHO/EC, 2020; Williams et al., 2021). Entre los países de la OECD, por ejemplo, tales pagos de bolsillo para el resto de las patologías representan, en promedio, cerca del 8% de los costos de internación (OECD, 2020). Esta estrategia fue acompañada en varios casos por regulaciones que han impedido a los seguros privados incrementar sus tarifas para atender esta contingencia, como en el caso de Brasil (IBA, 2020).

Solo en algunos países emergentes, como India, parte de la población ha debido enfrentar los costos de los tratamientos en hospitales privados en caso de no contar con cobertura en salud, o realizar pagos al llegar al límite de gasto establecido por el seguro médico,

en tanto que se dispuso solo una regulación de los precios de estas prestaciones (WHO, 2020b).

En el otro extremo, en algunos sistemas, dentro de los que se encuentran el Reino Unido y Australia, el manejo y el costo del tratamiento del COVID-19 han sido asumidos por el sistema público, aun en los casos en que los pacientes contaran con seguros de salud privados. Para ello ampliaron su red de atención –como se mencionó antes– vía la contratación de los prestadores privados con los que tales seguros operan. Esta decisión planteó una situación compleja, ya que –sumada a la suspensión temporaria de los procedimientos no urgentes– ello representó un alivio financiero para las aseguradoras pero suprimió las ventajas de contar con este tipo de cobertura, que los asegurados pagan de bolsillo. El mercado respondió de diversas maneras a estos desafíos, con descuentos para los que tuvieran dificultades financieras, mejoras en los servicios digitales, beneficios monetarios para los requirieran internación por COVID-19 al ser atendidos a cargo del sistema público, etc., e incluso se discutió algún reintegro una vez despejado el panorama de la pandemia (Wingate, 2020; Parliament of Australia, 2020)⁴¹.

En forma análoga, en Japón, el COVID-19 fue categorizado como una enfermedad epidémica, por lo que se aplica una legislación diferente de la que rige para otras patologías. En este caso, todas las actividades relacionadas con su detección y tratamiento han estado financiadas por el gobierno central y no por la seguridad social. Un tratamiento similar se dispuso en la Unión de Emiratos Árabes (ACE, 2020; OECD, 2020).

41 Es interesante notar que en EEUU la interrupción de las prestaciones al inicio de la pandemia también dio lugar a ganancias inesperadas para las aseguradoras privadas. Sin embargo, la respuesta no fue a discreción de estas instituciones, dado que existe una regulación que establece que deben erogar en servicios médicos un mínimo de entre 80% y 85% de las primas recaudadas (según el tamaño del grupo asegurado); caso contrario, el excedente de ingresos debe reembolsarse a los beneficiarios (Roehr, 2020).

En síntesis, frente a la pandemia todos los países han inyectado recursos fiscales –tanto en forma directa como indirecta, a través de programas de apoyo en el mercado de trabajo– para llevar a cabo acciones de salud pública y para sostener los sistemas de atención médica, estén estos organizados bajo la forma de seguros públicos o de la seguridad social. En cambio, parece no registrarse asistencia a los seguros de carácter privado, aun en aquellas economías en las que se hicieron cargo de las pruebas de diagnóstico y tratamiento del COVID-19 de sus beneficiarios; probablemente, los menores gastos al inicio de la pandemia –por la interrupción de las prácticas no urgentes– hayan compensado este gasto adicional no contemplado. Parte de la asistencia fiscal, ya sea canalizada directamente o a través de los pagadores, permitió sostener la red de prestadores de salud, apoyados por una reingeniería contractual no solo para contemplar la adaptación de las instalaciones y el pago de las nuevas prestaciones, sino también para compensar la fuerte caída de ingresos ante la suspensión de buena parte de las actividades durante un período prolongado. Esta flexibilidad en las formas de contratación, incluso, se extendió en algunos países integrando temporariamente a los efectores que no forman parte de la red habitual de los sistemas públicos o de la seguridad social, sino de los seguros privados. En casi todos los países, además, la cobertura tanto de los tests de diagnóstico como del tratamiento del COVID-19 ha sido universal para la población, al eliminarse las barreras financieras que limitan el acceso a estos servicios.

Manteniendo los roles de los distintos niveles de gobierno, la seguridad social y el sector privado en la financiación y atención de la salud característicos de cada país, con algunas pocas variantes en ciertos países en lo que concierne a los casos de COVID-19, los sistemas de salud han requerido una fuerte asistencia de recursos y, al mismo tiempo, han mostrado una gran flexibilidad en su organización para enfrentar la crisis sanitaria (WHO/EC, 2020).

B. El caso argentino

La revisión de la evidencia internacional muestra que, aunque con algunas características similares, tanto las estrategias de coordinación y distribución de responsabilidades dentro del sistema de salud para enfrentar un evento de características tan excepcionales como el COVID-19, como el impacto y respuesta a las situaciones de estrés financiero asociado a esta crisis sanitaria, han sido diversos y, en gran medida, vinculados con la organización institucional del sector de cada país.

En función de ello, la evaluación de las medidas adoptadas para hacer frente al COVID-19 en el sistema de salud en la Argentina llevada a cabo en esta sección parte de analizar su organización. Ello permite explorar en mayor detalle algunos posibles determinantes de las decisiones sanitarias adoptadas y de los resultados obtenidos, en este caso con mayor foco puesto en el caso argentino, lo cual permite, además, introducir la discusión final sobre la conveniencia de encarar reformas para un mejor desempeño del sistema de atención médica del país en tiempos de una mayor normalidad, tema que la crisis sanitaria ha puesto nuevamente en la agenda del debate público.

Organización del sistema de salud en la Argentina

La Argentina ha adoptado desde hace más de cincuenta años un sistema de salud estructurado en torno a la seguridad social, de carácter obligatorio para todos los asalariados formales, y cuya cobertura se extiende al núcleo familiar primario de los beneficiarios titulares. En este régimen, que se financia con aportes y contribuciones sobre las remuneraciones del orden del 8% al 10%, el seguro de salud es provisto por entidades denominadas “obras sociales”, que están organizadas bajo distintos arreglos institucionales. El de mayor tamaño –tanto por población cubierta como por los recursos monetarios administrados– es el sistema de obras sociales nacionales, compuesto

por alrededor de 300 entidades, al que pertenecen los asalariados del sector privado y los empleados del sector público nacional. Más recientemente, se han incorporado a este esquema los cuentapropistas formales que revisten en un régimen simplificado de tributación, el denominado monotributo, que son aquellos cuya facturación no excede de cierto límite, y también el servicio doméstico formalizado, cuyo aporte al sistema en ambos casos fue un monto predeterminado de acuerdo con la categoría de ingresos, muy por debajo del que se realiza por los trabajadores en relación de dependencia.

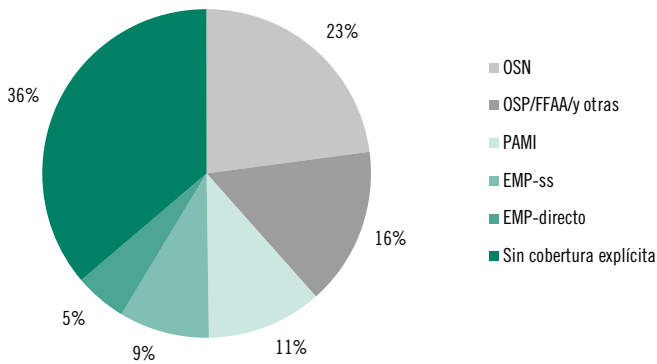
Las obras sociales de este sistema están organizadas por rama de actividad, pero desde una reforma implementada a mediados de la década del 90 se permiten los traspasos de beneficiarios, lo que introduce de este modo cierta competencia en el sistema. Aunque no se admite el ingreso de entidades que no sean de naturaleza sindical, esta desregulación fue aprovechada por las empresas de medicina prepaga (EMP), aseguradoras de salud de carácter privado, que captan afiliados de la seguridad social –vía la derivación de aportes y contribuciones como parte de pago de las tarifas de sus planes– a través de convenios con algunas obras sociales. Las EMP, además, brindan cobertura a individuos que las contratan en forma privada y voluntaria mediante el pago de la tarifa correspondiente, que en su mayoría son trabajadores autónomos no cubiertos por la seguridad social. Tanto las obras sociales nacionales como las EMP –aun en sus contratos privados– están reguladas por la Superintendencia de Servicios de Salud, una agencia dependiente del Ministerio de Salud de la Nación (MSN), el órgano rector de la política sanitaria de la Argentina. Entre tales regulaciones se destaca que estas entidades están obligadas a proveer un Programa Médico Obligatorio (PMO), que consiste en un listado exhaustivo de las prácticas incluidas que deben cubrirse, en el cual se limitan además los copagos que pueden cobrarse en cada una de las prestaciones.

Otra cuestión relevante en la organización, en este caso acotada a las obras sociales nacionales, es que una fracción de los apor-

tes y contribuciones se canalizan al denominado Fondo Solidario de Redistribución (FSR), que tiene diversas finalidades, entre las que se destacan, en una suerte de reaseguro, cubrir financieramente los tratamientos de alta complejidad o prolongados (Sistema Único de Reintegros - SUR) y completar la cápita de beneficiarios que con sus aportes y contribuciones no logren cierto monto preestablecido (Subsidio Automático Nominativo de Obras Sociales - SANO). Las EMP, por su parte, cualquiera sea el tipo de contrato (por convenio o privado), están sujetas a la regulación de los incrementos de las tarifas que pueden cobrar por los planes de cobertura que ofrecen.

Además del sistema de obras sociales nacionales, el seguro de salud a través de la seguridad social en la Argentina se completa con un conjunto reducido de entidades para grupos específicos (Poder Judicial de la Nación, Fuerzas Armadas, etc.), que se rigen por su propia normativa, y con las obras sociales provinciales, una por jurisdicción, que cubren a sus respectivos empleados públicos. Tanto las obras sociales provinciales como algunas pocas del sistema nacional extienden la cobertura a sus afiliados cuando estos ingresan en la pasividad; el resto de los jubilados y pensionados –en rigor, la mayoría– revisten obligatoriamente en una obra social específica, el PAMI, que se financia con aportes y contribuciones de los trabajadores en actividad y de los propios beneficiarios.

Estimaciones propias para 2021 arrojan que cerca de un 59% de la población tiene cobertura de salud a través de la seguridad social, incluyendo aquellos que derivan aportes a las EMP (9% de la población), donde el PAMI es la obra social de mayor tamaño (11%), mientras que el resto se reparte entre las obras sociales nacionales (23%) y las obras sociales provinciales y otras específicas (16%). A su vez, alrededor de un 5% de la población contrata su seguro médico en forma voluntaria con las EMP, lo cual significa que un 64% del total de residentes tiene cobertura de salud explícita por alguna vía (Gráfico 49).

Gráfico 49. Argentina: cobertura de seguro de salud (2021)

Fuente: estimaciones propias basadas en datos de la SSS, CAEMP y MSN.

La mayor parte de las obras sociales, sean de carácter nacional o provincial, así como el PAMI, no ha desarrollado capacidad instalada propia ni tiene profesionales de la salud en relación de dependencia, por lo que la mayor parte de las prestaciones se contratan –bajo diferentes mecanismos– generalmente con el sector de efectores privados. Las EMP, que en un inicio tenían una modalidad similar, en los últimos 25 años han integrado una parte de la actividad aseguradora con la de prestación, a través del desarrollo de establecimientos de salud propios; incluso, en algunos casos el proceso fue en sentido inverso: grandes prestadores privados de salud que organizaron una EMP a partir de esa base. Con todo, en ambos casos, tales prestadores celebran también contratos con otros agentes del seguro de salud, sean obras sociales o EMP.

A pesar de la amplia difusión de los seguros de salud en la Argentina, más de un 35% de la población carece de esta cobertura explícita, situación que se explica por la elevada informalidad laboral en el país. La atención médica de este grupo poblacional es brindada en la extensa red de hospitales y otros centros de atención de carácter público que, dada la organización política federal que tiene

la Argentina, están bajo la responsabilidad y administración de cada una de las jurisdicciones provinciales.

En otros términos, el sistema público de salud es un conjunto de 24 subsistemas independientes, cada uno de los cuales es regido por sus propias normas y con sus respectivos ministerios de salud como órganos rectores. Sin embargo, su organización es bastante similar:

- 1) en todos ellos se atiende la demanda espontánea de la población en forma gratuita, incluyendo la que tiene seguro de salud –la que, además, utiliza el sistema en forma frecuente–;
- 2) el financiamiento de las unidades de atención proviene mayormente de rentas generales desvinculado de su desempeño –dado que la recaudación por prestaciones a individuos con cobertura es muy reducida, a pesar de que está reglado el arancelamiento de estas prácticas–;
- 3) el personal es empleado público de la respectiva jurisdicción; y
- 4) no existe un programa explícito de prácticas cubiertas, como lo es el PMO.

En este contexto, el rol del MSN es limitado en lo que concierne a la atención médica, en tanto se focaliza mayormente en delinear –y, en algunos casos, gestionar– la política sanitaria –planes de vacunación, vigilancia epidemiológica, etc.–, regular en temas de habilitación de recursos humanos, coordinar el sistema de estadísticas, transferir recursos a las provincias para ciertos programas específicos y brindarles apoyo técnico en general a las mismas, entre las principales actividades. Dentro de los programas que ha implementado el MSN en los últimos años, merece destacarse el SUMAR, focalizado en la población sin cobertura explícita de un seguro de salud –actualmente de todas las edades– y orientado a introducir mejoras en la provisión de servicios y en la gestión de los efectores públicos (ver el Recuadro 2).

En síntesis, el sistema de salud en la Argentina está compuesto por un sector de entidades aseguradoras vinculadas directamente a la seguridad social (obras sociales), organizadas bajo distintos arreglos institucionales, y un sector de entidades aseguradoras privadas (EMP) cuya población afiliada proviene en dos terceras partes de convenios con la seguridad social, que en conjunto cubren al 64% de la población. En ambos segmentos, las prestaciones son contratadas mayormente con el sector privado de la medicina, en algunos casos en un esquema de integración vertical. El sistema se completa con una extendida red de efectores públicos provinciales, segmentado por jurisdicción, de acceso abierto y mayormente gratuito para toda la población, financiado de rentas generales, con escasos vínculos tanto entre jurisdicciones como con el resto de los actores, sean agentes del seguro o prestadores.

Recuadro 2. Programa SUMAR

El Programa SUMAR adopta un financiamiento basado en la modalidad de seguro, transfiriendo la Nación a unidades de cada jurisdicción denominadas Seguro Provincial de Salud (SPS) los fondos equivalentes a una cápita mensual por cada beneficiario inscripto en el sistema, en todos los casos población sin cobertura explícita. Las provincias deben utilizar tales recursos para otorgar a los asegurados un conjunto preestablecido de prácticas definidas por la Nación, mayormente de carácter preventivo.

La transferencia plena de la cápita a cada provincia, sin embargo, está sujeta al cumplimiento efectivo de brindar ciertas prestaciones en forma oportuna a la población beneficiaria, como así también al logro de determinadas metas.

El Programa SUMAR promueve, además, que cada SPS celebre convenios con establecimientos públicos de salud para brindar las prestaciones contempladas, y que estos facturen al SPS las prestaciones otorgadas a los beneficiarios del Programa. Los precios de cada práctica son definidos por cada provincia, sobre la base de un procedimiento elaborado por la Nación que apunta a que estos se constituyan en señales a los efectores para canalizar sus esfuerzos en función de objetivos sanitarios. La provincia, además –bajo ciertas restricciones impuestas por la Nación– determina los usos a los que pueden destinarse los ingresos por prestaciones que recaudan las unidades asistenciales.

Esta variante institucional que representa el Programa SUMAR surge como una respuesta orientada a superar los problemas de efectividad y eficiencia que caracterizan a muchas políticas públicas. Así, por un lado apunta a crear la noción de pertenencia a un seguro médico dentro de la población beneficiaria, lo que se espera facilite las conductas preventivas y de promoción de la salud. Por el otro, la remisión de fondos capitados –sujetos al cumplimiento de otorgar una cobertura preestablecida– transfiere el riesgo financiero del cuidado de la salud a las provincias, en un intento de introducir por esta vía el perfil asegurador que caracteriza a esta actividad. A su vez, la condicionalidad establecida sobre los fondos a transferir a los SPS introduce incentivos no solo para captar y retener beneficiarios que hagan efectivo uso del sistema, sino también para concentrar mayores esfuerzos en la promoción de los resultados a los que se asocia el pago. Por su parte, la forma de remunerar a los efectores, promoviendo el pago por prestación en lugar de la tradicional asignación presupuestaria con base histórica, pretende incentivar un mejor desempeño en las unidades asistenciales, vinculando sus recursos disponibles con los servicios otorgados e incentivando las tareas de facturación. Por último, el mecanismo de fijación de precios de las prácticas intenta inducir a los efectores a comportarse en forma consistente con las prioridades establecidas.

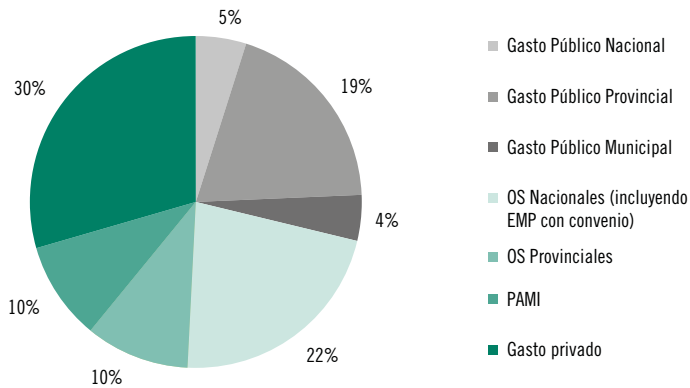
Un elemento para destacar de la lógica del Programa SUMAR es que las prácticas incluidas no significaron una ampliación de los servicios que ya proveía el sistema de cada jurisdicción, por lo que los fondos –muy limitados, además, en lo que respecta a las asignaciones presupuestarias de cada jurisdicción– están orientados a financiar mejoras en la calidad de la atención y un incremento en la tasa de uso. Esto significa que, por un lado, el Programa SUMAR aporta recursos adicionales al sistema de salud y, por el otro, los precios de las prestaciones cubren una fracción muy reducida de los respectivos costos de provisión.

Desde el punto de vista del financiamiento del gasto en salud, sobre un total estimado para 2017/2018 de 9,5% del PBI –elevado en la comparación internacional–, el gasto público representa el 28% (del cual menos de un quinto corresponde a la Nación), el 42% se canaliza a través de la seguridad social (incluyendo los convenios con las EMP), y el 30% restante es gasto privado, que comprende los pagos de las cuotas de los seguros privados, los copagos de las prestaciones no cubiertas en su totalidad por los seguros de sa-

lud (fundamentalmente, medicamentos) y otros gastos de bolsillo (Gráfico 50).

Desafortunadamente, no existe información disponible que permita dar cuenta de la composición público/privada de la infraestructura, recursos humanos o prestaciones de salud otorgadas. Sin embargo, estimaciones privadas (Cetrángolo et al., 2020) sugieren que cerca del 48% de las camas de internación disponibles en el país corresponden al sector oficial, lo cual no deja de ser un indicador interesante, teniendo en cuenta que la población sin cobertura ronda el 36% y que el financiamiento del sistema público descansa en rentas generales, dado que es exigua la recaudación que se obtiene por prestaciones otorgadas a individuos con cobertura en salud.

Gráfico 50. Gasto en salud por fuente de financiamiento (2017/2018)



Fuente: estimaciones propias basadas en datos de MSN.

Esta conformación del sistema de salud en la Argentina, con una fuerte presencia del sector público –pero altamente descentralizado–, financiado de renta generales, con un rol limitado del MSN, con escasos vínculos con los agentes de la seguridad social o

de las EMP –que contratan sus prestaciones con el sector privado de la medicina– y con un financiamiento de estos aseguradores que depende de aportes y contribuciones salariales y/o de cuotas con incrementos regulados, son todos elementos importantes –como se verá– a la hora de enfrentar tanto la crisis sanitaria que ha representado el COVID-19 como las consecuencias financieras para sus diferentes actores.

Los desafíos y respuestas del sistema de salud argentino frente al COVID-19

A pesar de que ningún sistema de salud estaba preparado para afrontar un evento de características extraordinarias como el COVID-19, como lo ha mostrado la evidencia reseñada en la sección anterior, su capacidad de respuesta ha descansado en buena medida en su estructura previa.

El sistema de salud argentino, en ese sentido, partió de una situación relativamente sólida, tanto en la comparación regional como incluso respecto de varios países avanzados. El gasto destinado a salud, y fundamentalmente los recursos físicos y humanos disponibles, incluso en las camas de cuidados intensivos –uno de los principales insumos críticos para atender esta pandemia–, dan cuenta de esta situación (Tabla 1).

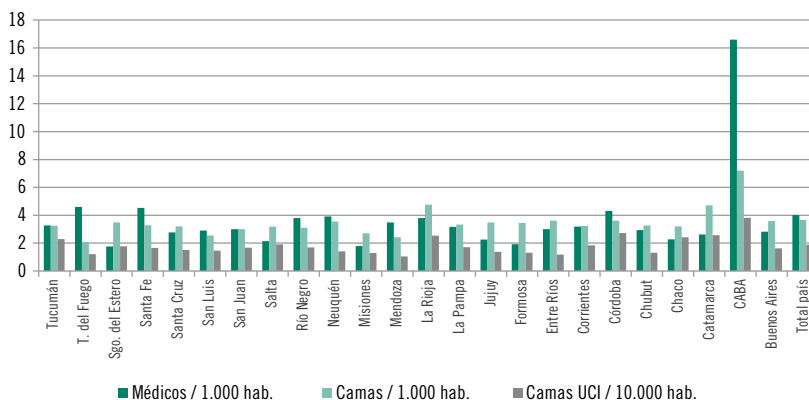
Una característica que, en cambio, resultaba menos favorable, en particular teniendo en cuenta la organización federal del país y, sobre todo, la fuerte descentralización del sistema público de salud, es la dispar distribución territorial de tales recursos, con una fuerte concentración en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) (Gráfico 51). A pesar de ello, aun en las provincias más rezagadas, la disponibilidad de recursos físicos y humanos prepandemia resultaban más abundantes que en varios países de la región e incluso, en algunas dimensiones, que algunos países avanzados (por ejemplo, que España o Reino Unido en camas UCI).

Tabla 1. Indicadores de gasto y recursos pre-COVID 19. Argentina y países seleccionados

País	Médicos c/1.000 hab.	Camas agudos c/1.000 hab.	Camas UCI/10.000 hab.	Gasto en salud (% del PBI)
Alemania	4,3	6,0	3,4	11,4
Canadá	2,8	2,0	1,3	10,8
EEUU	2,6	2,5	2,6	16,9
España	4,0	2,5	1,0	9,0
Reino Unido	3,0	2,5	1,1	10,0
Argentina	4,0	3,7	1,9	9,5
CABA	16,6	7,2	3,8	
Resto	3,1	3,4	1,7	
Brasil	1,8	2,4		9,5
Chile	1,0	2,1	0,7	9,1
Colombia	2,2	1,7		7,6
México	2,4	1,0	0,3	5,4
Uruguay	3,7	1,2		9,2

Fuente: Elaboración propia sobre la base de OECD, MSN y Cetrángolo et al. (2020).

Gráfico 51. Argentina: recursos físicos y humanos en salud por jurisdicción (pre-COVID-19)



Fuente: Elaboración propia sobre la base de OECD, MSN y Cetrángolo et al. (2020).

Como se observó en la mayoría de las experiencias internacionales, en los momentos iniciales de irrupción del COVID-19 en el país –a mediados de marzo de 2020–, se registró una fuerte centralización en las decisiones en el gobierno nacional a través del MSN, lo cual constituyó un desafío, dada la conformación altamente segmentada del sistema de salud (WHO, 2020c). Estas decisiones, avaladas por un comité de expertos y con un alto consenso con las autoridades sanitarias de cada jurisdicción, incluyeron la adopción temprana de un confinamiento estricto que, mediante prórrogas sucesivas, se fue extendiendo por varios meses hasta que, parcial y gradualmente –desde mediados del año 2020–, se fueron liberando distintas actividades, manteniendo diversos protocolos y también prohibiciones puntuales en materia de transporte, aglomeración, etc. durante varios meses más. El objetivo del confinamiento en esta etapa era, como lo fue en el resto del mundo, prevenir una explosión de casos que habrían colapsado el sistema de salud, mientras –simultáneamente– se ganaba tiempo para adecuar y ampliar los recursos físicos y humanos para diagnosticar y atender esta patología –establecimientos con internación, centros de aislamiento, laboratorios– y se adquirían los insumos críticos necesarios, tales como elementos de protección personal para el personal sanitario, drogas, reactivos y tests de diagnóstico.

En esa primera etapa, el gobierno nacional –habiendo declarado el COVID-19 una enfermedad de notificación obligatoria– tomó varias decisiones destacables (Prosanity-Universidad ISalud, 2020; Cetrángolo et al., 2020b):

1. promovió, directamente vía el MSN u otros organismos, la fabricación nacional de respiradores (transformando establecimientos dedicados a otras actividades), centralizando su adquisición y disponiendo su distribución entre los efectores públicos de las distintas jurisdicciones;
2. instruyó al Ministerio de Obras Públicas para la construcción de hospitales modulares y refacción/ampliación de los existentes;

3. brindó apoyo financiero –otorgado a través de Adelantos Transitorios del Tesoro y otros fondos– a las autoridades provinciales para la adecuación y ampliación de la infraestructura hospitalaria y la contratación de personal;
4. fortaleció con fondos presupuestarios adicionales al Instituto Malbrán –laboratorio nacional de referencia, encargado único de realizar los primeros tests de diagnóstico– y procedió luego a la distribución de reactivos a los laboratorios de las jurisdicciones provinciales;
5. alentó la adopción de diversas medidas para aumentar la disponibilidad de recursos humanos –extensión de contratos a médicos residentes que egresaban (con pagos compensatorios), incorporación de personal inactivo, habilitación a profesionales extranjeros, etc.;
6. fomentó (a través del Ministerio de Desarrollo Productivo) la elaboración local de equipos de protección personal y de kits de diagnóstico y serológicos, como así también la investigación para distintas líneas de tratamiento con suero humano y equino; al tiempo que
7. se eliminaron derechos de importación para insumos esenciales y se fijaron precios máximos para algunos de ellos (barbijos, alcohol en gel, etc.).

El rol de rectoría y coordinación que ejerció el MSN, poco frecuente en tiempos normales, contribuyó al fortalecimiento del sistema público de salud –sobre el cual también actuaron, con distinto grado de profundidad, las autoridades sanitarias locales–, de lo cual es un indicador el incremento de más de 40% de la disponibilidad de unidades de terapia intensiva en el término de 4 meses para estar en condiciones de brindar atención a los pacientes críticos (Prosanity-Universidad ISalud, 2020). Con todo, el gasto del gobierno central relacionado con el COVID-19 directamente canalizado a través del MSN resultó en 2020 de apenas 0,2% del PBI (Moskovits, 2021).

La relación con el sector prestador privado para expandir su capacidad de atención, en cambio, fue menos fluida, a pesar de que se dispuso que tanto las obras sociales como las EMP debían hacerse cargo del diagnóstico, aislamiento y tratamiento de COVID-19 de sus afiliados y, como se señaló, estos contratan los servicios médicos con efectores del ámbito privado. De hecho, las autoridades debieron proceder en un inicio a un reempadronamiento de estos establecimientos, con el objeto de identificar sus camas disponibles, al tiempo que el propio MSN anunció que el sector público –de ser necesario– concentraría también la gestión de tales camas, medida finalmente descartada. En este contexto, los prestadores privados con internación debieron ampliar su capacidad de camas generales y críticas –se estima que lo hicieron en alrededor del 30%– y comprar el equipamiento necesario en un contexto mundial que presentaba un exceso de demanda y compitiendo con el propio Estado, que los absorbía para cubrir las necesidades del sistema público. Solo se rescatan unos pocos ejemplos colaborativos, en los que se entregaron camas en comodato a clínicas privadas, con el compromiso de atender –mediante el correspondiente pago– la internación de pacientes con coronavirus sin cobertura formal de salud (MSN, 2020).

La estrategia de confinamiento implementada durante los primeros meses, mientras el sistema de salud se preparaba para los momentos más críticos, contuvo por un lapso la transmisión del virus, resultado que fue logrado por un fuerte acatamiento de la población a tales medidas en esa etapa. La contracara de esta política fue una brusca caída en la actividad económica, que, como en otras economías, generó tensión en el financiamiento del sistema de salud.

Esto no afectó al subsector público prestador ni a las obras sociales provinciales, ya que el gobierno nacional compensó la caída en la recaudación tributaria con mayor emisión y mayores transferencias a las provincias. El MSN, por ejemplo, dispuso –a través de una partida de fondos adicionales para prestadores del Programa SUMAR– una compensación monetaria a los establecimientos públicos por

cada caso atendido de COVID-19, según el grado de severidad de estos (Tabla 2).

Tabla 2. COVID-19: Medidas de alivio al subsector público de la salud y obras sociales provinciales en la Argentina

Medida	Normativa
Equipamiento hospitalario, distribución de insumos, reactivos y drogas	MSN
Construcción de hospitales modulares, ampliación y refacción de los existentes	Ministerio Obras Públicas
Reintegros por atención de pacientes con COVID	MSN
Transferencias monetarias a las provincias	Tesoro Nacional

Fuente: Boletín Oficial, varios números, 2020-21.

Durante la etapa inicial, el problema más severo lo soportaron los prestadores privados, que, tanto por el confinamiento como por una actitud precautoria de la población y una promoción de suspensión de prácticas electivas por parte del MSN, vieron reducida en forma sustancial su actividad y, por lo tanto, sus ingresos por facturación, dado que los métodos de pago habituales a estos efectores están relacionados con el desempeño.

Diferentes estimaciones dan cuenta de una caída en las consultas de emergencia del orden del 75% en abril de 2020 (respecto del mismo mes de 2019), del 80% en las prestaciones ambulatorias, casi el 50% en las hospitalizaciones por cualquier causa, cerca del 60% en las cirugías; incluso los tratamientos oncológicos se redujeron más de un 15% (Bolzovich et al., 2020; Colina, 2020; MSN, 2020b; Prosanity-Universidad ISalud, 2020).

Tanto la actividad económica como la del sector salud recién comenzó a normalizarse a partir del mes de julio de 2020, cuando empezaron a flexibilizarse las medidas de aislamiento, momento en el que, además, comenzó a haber una mayor afluencia de pacientes con COVID-19.

Ante la evidencia de que los prestadores privados –desde el momento en que se preparaban para atender los casos de coronavirus– comenzaban a atravesar un acuciante problema de sostenibilidad, las autoridades nacionales instrumentaron diversas medidas de apoyo para evitar los quebrantos. Algunas de estas medidas fueron las mismas que se aplicaron al resto de las actividades económicas, en tanto que otras fueron de carácter específico para el sector salud (tal como ocurrió puntualmente con otros sectores –como turismo y gastronomía– muy afectados por el cierre de actividades). Entre las medidas de alivio a los establecimientos de salud se destacan las siguientes (ver Tabla 3):

Tabla 3. COVID-19: medidas de alivio al sector de prestadores privados en Argentina

Medida	Normativa	Vigencia
Reducción en un 95% de la contribución patronal con destino al Sistema Integrado Previsional Argentino (SIPA)	Dec. 300/2020 y modificatorios	Mar 2020-Dic 2020
Eximición de la contribución patronal con destino al Sistema Integrado Previsional Argentino (SIPA)	Dec. 34/2021 y modificatorios	Ene 2021-Dic 2021
Reducción en la alícuota del impuesto a los créditos y débitos bancarios, estableciéndolos en 0,25% y 0,5% para créditos y débitos, respectivamente	Dec. 300/2020 y modificatorios	Mar 2020-Dic 2021
Subsidio para el pago de salarios por el equivalente de hasta 2 salarios mínimos por trabajador (ATP-Salud)	Dec. 332/2020 y modificatorios	Mar 2020-Dic 2020
Subsidio de suma fija por trabajador para el pago de salarios (\$18.000 hasta abril 2021; \$22.000 desde ese momento) (REPRO 2)	Res. 938/2020 MT	Ene 2021-Dic 2021

Fuente: Boletín Oficial, varios números, 2020-21.

- a) Reducción hasta un 95% de la contribución patronal con destino al Sistema Integrado Previsional Argentino (SIPA). Esta medida, adoptada en marzo 2020 por un plazo inicialmente de 90 días (Decreto 300/2020), fue sucesivamente prorrogada por una nueva normativa hasta finales de ese año. Para el primer trimestre del ejercicio 2021 se dispuso luego la eximición de las contribuciones patronales al sistema previsional, y se estableció que el Tesoro Nacional debía compensar estos recursos al SIPA para no afectar negativamente el cómputo de la movilidad de las prestaciones previsionales que se realizan tomando en cuenta la recaudación del sistema (Decreto 34/2021). Esta disposición fue posteriormente prorrogada hasta finales de 2021.
- b) Reducción en la alícuota del impuesto a los créditos y débitos bancarios, que fueron establecidos en 0,25% y 0,5% para créditos y débitos, respectivamente. Esta disposición, inicialmente adoptada por 90 días (Decreto 300/2020), fue prorrogada por diferentes normas hasta finales de 2021.
- c) Subsidio de una parte del salario de los empleados en servicios de salud. A través del Programa de Asistencia al Trabajo y la Producción para el sector Salud (ATP Salud), se otorgó un subsidio para el pago de salarios de hasta el equivalente a dos salarios mínimos –un monto del orden de los \$ 33.750–, medida que también fue prorrogada hasta diciembre 2020. Dados los niveles de remuneración en el sector privado de la salud, en la mayor parte de los casos el subsidio se correspondió con el tope establecido (Perri, 2020). Este programa alcanzó a 232.000 establecimientos de salud, de los cuales alrededor de 3.000 son con internación. A su finalización, los beneficios de este programa fueron reemplazados por el denominado REPRO 2 (Res. 938/2020 MT), que consiste en un subsidio para el pago de salarios de suma fija por trabajador

–inicialmente fijado en \$18.000, y luego actualizado a \$22.000 (valores que oscilaron en torno a los 200 dólares mensuales al tipo de cambio oficial).

En todos estos casos, el acceso a los beneficios ha tenido como requisito la demostración de una caída nominal o real –según el programa– en la facturación en comparación con algún período base.

De todas estas medidas, el ATP ha sido la más relevante; se estima que cubrió aproximadamente un tercio de la masa salarial, y dado que los costos laborales de las instituciones de salud se ubican entre un 65% y un 75% (dependiendo de si son ambulatorios o de internación), este beneficio representó entre 20% y 25% de los costos totales de estos establecimientos (Perri, 2020). Un elemento importante en este contexto es que parte del personal de salud, por ser de riesgo (mayores de 65, embarazadas y con enfermedades crónicas), gozaron de licencias médicas con salario pleno, al tiempo que debían aislarse quienes presentaran síntomas sospechosos, situación esta frecuente dado que –hasta el inicio del plan de vacunación a comienzos de 2021– los servicios de salud fueron el sector de la economía con mayor tasa de infectados (MSN, 2020b).

Una medida adicional, que no ha representado un alivio para los establecimientos de salud pero ha contribuido a descomprimir la situación de los trabajadores del sistema, fue la implementación de un bono de suma fija financiado por el Estado nacional para el personal en relación de dependencia que se desempeña en centros asistenciales públicos y privados abocados al manejo de casos de COVID-19. Este bono, por una suma de \$ 5.000 mensuales, abarcó inicialmente el período abril-julio de 2020 y luego se extendió hasta octubre de ese año. En abril de 2021, en el marco de la segunda ola de COVID-19 en el país, se restableció este bono por un trimestre y por una suma, en esta oportunidad, de \$ 6.500 mensuales.

Fuera de los costos laborales, y en paralelo a la caída de ingresos –aun cuando las actividades comenzaron a normalizarse–, los prestadores privados de salud debieron enfrentar aumentos de cos-

tos extraordinarios por la provisión de insumos a raíz del COVID-19. Estos aumentos estuvieron asociados no solo a incrementos en las cantidades consumidas por los estrictos protocolos aplicados, sino también a una escalada de precios. Estimaciones de la Asociación de Clínicas y Sanatorios y Hospitales Privados muestran que la brecha porcentual en la variación de precios de los insumos que se utilizan intensivamente para el COVID-19 y el resto de los insumos médicos –respecto de diciembre de 2019– trepó a más 50% en mayo 2020, para luego reducirse y estabilizarse en el orden del 30% hacia mediados de 2021 (ADECRA, 2021). De este modo, el peso de los insumos usados intensivamente a raíz del COVID-19 aumentó significativamente en la estructura de costos de los establecimientos.

Respecto de los ingresos de los efectores privados, la caída en la actividad –más acentuada en los primeros meses de 2020– se dio en un marco en el que los aranceles cobrados por las distintas prestaciones médicas no se actualizaron. Contribuyeron a paliar la merma en los recursos por las actividades habituales, el reconocimiento de la telemedicina como prestación remunerada –incluyendo la aceptación de la receta electrónica– y la compensación de pago (a través de módulos especiales) para quienes atendían pacientes con COVID-19.

En lo que concierne a los financiadores, la fuerte caída en el uso de los servicios de atención médica en los primeros meses del confinamiento representó para estas entidades –tanto obras sociales como EMP– una importante disminución de sus gastos, dado que, como se mencionó previamente, los métodos de pago a los prestadores suelen estar relacionados con el volumen de la actividad; en otros términos, esta merma de gastos fue la contracara de la reducción de ingresos de los prestadores privados. No existe evidencia de que se hayan celebrado contratos transitorios entre financiadores y prestadores, como fue la experiencia de otros sistemas descripta en la sección anterior, que apuntaran a balancear esta situación.

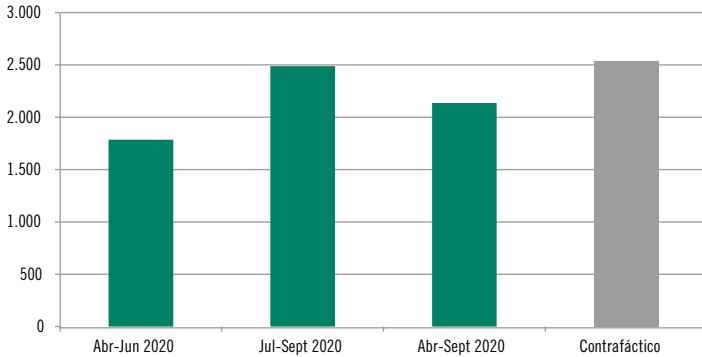
Un indicador de esta reducción en los gastos (dado que no hay información pública sobre ello) es el costo de brindar el PMO en

el período abril-junio 2020, incluyendo la atención del COVID-19, en comparación con el que habría resultado de mantener las tasas de uso habituales de las distintas prestaciones, sin esta patología. De acuerdo con estimaciones realizadas por Prosanity-Universidad ISalud (2020), utilizando en todos los ejercicios precios relevados a julio 2020, en el período abril-junio de 2020 el costo efectivo de cubrir el PMO resultó un 30% más reducido que en el escenario contrafáctico.

La posterior tendencia a la normalización de las actividades en el sector salud, sumada a un mayor peso de la atención de casos de COVID-19, se refleja en un costo del PMO en el período julio-septiembre 2020 de apenas 2% por debajo de ese escenario contrafáctico (Gráfico 52).

En lo que concierne a los ingresos de los agentes del seguro, su evolución –y las medidas de alivio adoptadas– ha sido diferente, según se trate de obras sociales o de EMP.

En lo que respecta a las obras sociales nacionales, su recaudación depende del comportamiento del empleo y los salarios formales en toda la economía. Dado que el confinamiento por el coronavirus fue acompañado de una extensión de la prohibición de despido (que se había sancionado en diciembre de 2019, al comienzo de la actual gestión de gobierno) y del establecimiento de la doble indemnización en el caso de despido sin justa causa, el empleo asalariado formal del sector privado llegó a registrar una caída del 4% en el tercer trimestre de 2020 respecto del primero, muy por debajo de la contracción en la actividad económica. A partir de entonces, el empleo asalariado registrado en el sector privado comienza a recuperarse levemente, para ubicarse hacia el segundo trimestre de 2021 todavía un 2% por debajo del nivel prepandemia (primer trimestre 2020). La evolución de los ingresos de los asalariados formales, en cambio, muestra un deterioro permanente desde el primer cuarto de 2020, con más de 4% de caída en términos reales hacia fines de ese año (respecto del primer trimestre) y una reducción ulterior de 1% en el primer semestre de 2021.

Gráfico 52. Cápita mensual para cubrir PMO (\$ en jul-2020)

Fuente: Prosanity-Universidad ISalud (2020).

De este modo, entre marzo y diciembre de 2020 los recursos propios de las obras sociales cayeron en términos reales entre un 5% y 10% por debajo de la recaudación de febrero de ese año, para estabilizarse el deterioro en torno del 5% en 2021. Sin embargo, dado que estas entidades están organizadas por actividad productiva (a pesar de la libertad de traspasos, la mayoría de los afiliados a cada obra social se desempeña en la respectiva rama), el impacto fue muy diverso, y algunas de ellas fueron severamente afectadas.

Esos agentes del seguro de la seguridad social han sido apun- talados financieramente a través de diversas medidas de excepción adoptadas por la Superintendencia de Servicios de Salud, con el objetivo de sostener la cadena de pagos del sistema. Los recursos provinieron, en todos los casos, de fondos acumulados de aportes y contribuciones que administra este organismo. Dentro de tales acciones, se destacan (Tabla 4):

Tabla 4. COVID-19: Medidas de alivio al sector de obras sociales nacionales

Medida	Normativa	Vigencia
Compensación por caída de aportes y contribuciones en relación con recaudación de marzo 2020	Res. 465/2020 SSS y prórrogas	Abr 2020- Dic 2020
Pago a cuenta (con saldos pendientes) del fondo SUR por prestaciones de alto costo y baja incidencia	Res. 466/2020 SSS y prórrogas	May 2020- Mar 2021
Módulos de reintegro por la atención de casos sospechosos y confirmados de COVID-19	Res. 326/2020 SSS y Res. 1095/2020 SSS	Mar 2020-

Fuente: Boletín Oficial, varios números, 2020-21.

- a) **Asistencia por caída de recaudación por aportes y contribuciones:** consiste en un complemento compensatorio de la diferencia entre la recaudación nominal de cada mes –entre abril y diciembre de 2020– y la del mes de marzo de 2020 (que corresponde al devengado de febrero), financiado con recursos del Fondo de Emergencia y Asistencia. Por esta vía, el conjunto de obras sociales recibió subsidios por el equivalente a 1,6% de la recaudación de 2020. Dada la regla de asignación de fondos, las obras sociales que más se beneficiaron –respecto de sus ingresos habituales– fueron aquellas más afectadas por la parálisis en la actividad generada por el confinamiento, tales como las que nuclean a trabajadores de la industria hotelera, gastronómicos y turismo.
- b) **Adelantos de fondos SUR del Fondo Solidario de Redistribución:** se dispuso la liquidación de pagos a cuenta de expedientes presentados y a compensar por prestaciones de alto costo y baja incidencia incluidas en el Sistema Único de Reintegros (SUR) que se financia a través del FSR. Estos

adelantos resultaron equivalentes a 4% de la recaudación de las obras sociales en 2020 y explican que la distribución de fondos por el SUR resultara 40% más elevada en términos reales en 2020 que la que tuvo lugar en 2019. Esta política estuvo vigente desde mayo 2020 y la última Resolución es de fines de marzo de 2021.

- c) Creación de módulos de reintegro por atención ambulatoria y de internación de casos de COVID-19: se introdujeron módulos de pago específicos para la atención de casos sospechosos y confirmados de COVID-19 financiados con recursos del Fondo de Emergencia y Asistencia. Esta disposición está aún vigente.

Estas medidas constituyeron, sin duda, un alivio para las obras sociales, más aún teniendo en consideración que el costo de brindar el PMO –por la reducción en las tasas de uso, particularmente al inicio del confinamiento– resultó más reducido de lo que habría sido en tiempos de normalidad. Sin embargo, esto no ha modificado la situación de insostenibilidad que ya arrastraban muchas de estas entidades. De hecho, computando los subsidios y reintegros –incluyendo los adelantos a través del SUR– se estima que un 30% de las obras sociales no logran cubrir la canasta de prestaciones incorporadas en el PMO (Prosanity-Universidad ISalud, 2020).

En el caso de las EMP, en la etapa inicial del confinamiento estas entidades atravesaron una situación de holgura financiera transitoria debido a la drástica caída en las tasas de uso de los servicios de atención médica, a lo que se sumó que en el segundo trimestre de 2020 observaron –pese a las restricciones presupuestarias que generaba la caída en la actividad económica– un incremento en la afiliación, comportamiento explicado probablemente por la búsqueda de cobertura privada ante el temor de contraer COVID-19 (Colina, 2021).

Esta situación fue cambiando a medida que el confinamiento se flexibilizaba, la atención médica comenzaba a normalizarse y se su-

maba una creciente afluencia de pacientes con COVID-19, en un marco en el que las tarifas de los planes de salud voluntarios permanecían congeladas desde fines de 2019 por disposición gubernamental. Esto derivó en una fuerte tensión con las autoridades, que finalmente permitieron incrementos escalonados entre diciembre de 2020 y mayo de 2021 del orden del 25%, muy por debajo de la tasa de inflación del período (cercana al 70%). Estos aumentos resultaron insuficientes para el sector privado, no solo el financiador, sino también el prestador, dado que limitó el ajuste de aranceles que se pudieron negociar por los servicios médicos. El conflicto escaló hacia mediados de 2021 ante la inminencia de incrementos salariales en el sector de la sanidad por la proximidad de las negociaciones paritarias –donde se establecen las remuneraciones que deben abonar los prestadores a sus trabajadores para el período 2021/2022–, con ajustes difíciles de enfrentar sin un reacomodamiento de aranceles en un marco de fuerte retraso de los precios de los planes privados de salud.

Finalmente, el conflicto se destrabó (al menos al momento de escribir este capítulo), al acordarse en la negociación paritaria una actualización escalonada de aranceles (para el segundo semestre de 2021 y comienzos de 2022) para los prestadores privados por parte de todas las entidades financiadoras (obras sociales y EMP), combinada con aumentos similares en las cuotas de los planes de las EMP.

En síntesis, la estrategia pública implementada desde el gobierno nacional hacia el interior del sector de la salud, con un grado de centralización en las decisiones y en el financiamiento inusual en tiempos de normalidad, se concentró en fortalecer el sistema público de salud (de gestión provincial), tanto a través de inversiones en infraestructura y equipamiento como en transferencias de fondos a los centros médicos que atendían casos de COVID-19 y, más en general, a las jurisdicciones que, incluso, pueden haberlos aplicado –directa o indirectamente– para sostener a las obras sociales provinciales. No hubo, en cambio, medidas de apoyo para la adecuación de las instalaciones del

sector privado prestador –que, en la Argentina, concentra más del 50% de la infraestructura de internación–, a pesar de que fue obligación de los financiadores que los contratan (obras sociales y EMP) cubrir completamente la atención de los casos de COVID-19. La asistencia estatal a los prestadores privados se concentró en la reducción de impuestos al trabajo y a los débitos y créditos bancarios y, más importante aún, en subsidios para el pago de alrededor de un tercio de la masa salarial. Estas medidas fueron para paliar, fundamentalmente, la drástica caída inicial de ingresos de estos establecimientos ante la reducción de la demanda de atención médica habitual generada por el confinamiento, el temor de la población y la suspensión de prácticas electivas para dar cabida a los casos de COVID-19, en un contexto además de mayores costos y en el que los aranceles permanecieron sin adecuación por un lapso prolongado. No existe evidencia de que, en esa etapa, los financiadores –obras sociales y EMP– hayan renegociado contratos con sus prestadores para suavizar sus ingresos, como ocurrió en buena parte de los sistemas de salud en los que predomina –como en la Argentina– el pago por desempeño.

A su vez, los financiadores, tanto obras sociales como EMP, no recibieron ningún tipo de asistencia directa con fondos públicos, aunque se vieron beneficiados por las medidas de alivio y/o regulaciones para sostener el empleo formal en la economía. En el caso de las obras sociales, utilizaron fondos propios acumulados para asistir a las entidades que enfrentaban caídas de recursos, gastos por la atención de casos con COVID-19 y problemas de liquidez, aunque sin resolver –aun con la reducción de gastos al inicio de la pandemia– el problema de sostenibilidad que ya enfrentaban buena parte de estas entidades. En lo que concierne a las EMP –aliviadas en un inicio por los menores gastos–, comenzaron a transitar dificultades cuando la actividad comenzó a normalizarse y sus erogaciones a aumentar, por la negativa de las autoridades de permitir incrementos de cuotas de los planes de salud, en un contexto de elevada inflación, situación que comenzó a resolverse recién en la segunda mitad de 2021.

A pesar de los conflictos, que revelan cierto oportunismo del Estado respecto de sus exigencias al sector privado, la Argentina logró –partiendo de una dotación de recursos muy razonable– adecuar su sistema de salud en todos los subsectores para evitar su colapso y dar respuesta a la atención médica que se requería, al tiempo que la población –independientemente de su cobertura– no tuvo gastos de bolsillo para ninguna prestación vinculada con el COVID-19, sean tests de diagnóstico, atención de casos sospechosos o confirmados y, cuando estuvieron disponibles, las vacunas, de las cuales se hizo cargo el Estado nacional de su contratación, financiamiento y distribución entre las jurisdicciones, en tanto el operativo de aplicación quedó a cargo de estas.

Más allá de la eficacia en la respuesta del sistema de salud en la Argentina, como ha ocurrido en muchos países, la pandemia ha colocado el debate sobre la organización del sistema de salud en el centro de la escena política. Se abre así la oportunidad de presentar y confrontar propuestas que apunten a mejorar su funcionamiento en tiempos de mayor normalidad, partiendo de la identificación de cuáles son sus principales desafíos. En lo que sigue se discuten algunas de estas cuestiones.

Los desafíos de la organización del sistema de salud más allá del COVID-19

La Argentina registra un gasto en salud, como proporción de su PBI, que es relativamente elevado en la comparación internacional, sin margen para incrementarlo a través de recursos fiscales ni mayores impuestos al trabajo ni, probablemente, gastos de bolsillo, que ya constituyen una fracción no despreciable del financiamiento. A su vez, debe tenerse presente que tanto por un proceso de envejecimiento poblacional como por cambios tecnológicos, el gasto en salud presenta una tendencia creciente en todas las sociedades. Esto sugiere que los esfuerzos deberán concentrarse en lograr mayores niveles de eficiencia en la asignación de ese gasto, tanto desde el

punto de vista de la *eficiencia técnica* –hacer lo mismo con menores recursos– como de la *eficiencia asignativa* –hacer aquello que genere mayores beneficios netos para la sociedad.

El sistema público de salud adolece de fallas en ambas dimensiones, a lo que se agrega que la práctica habitual de brindar asistencia sin cargo a individuos que tienen cobertura se traduce en una filtración de subsidios hacia las entidades aseguradoras a las que estos pertenecen. La lógica del Programa SUMAR de nominalizar a la población a cubrir, especificar una canasta de prestaciones a brindar, con énfasis en la prevención, vincular pagos con desempeño y fomentar la práctica de la facturación, constituye un avance para mejorar la eficiencia en todas sus dimensiones y lograr, al mismo tiempo, mayores niveles de equidad, al concentrar los esfuerzos en la población que carece de cobertura explícita de salud. Este programa es de un tamaño muy reducido frente a los presupuestos provinciales como para inducir cambios de magnitud en el funcionamiento del sistema público de salud; sin embargo, sería deseable que se constituyera en un modelo hacia el cual este virara gradualmente. Tal política sería consistente con un sendero de reforma que tienda, en el mediano plazo, a un esquema en el que los recursos fiscales se orientaran a subsidiar la contratación parcial o total de seguros de salud de la población sin cobertura ni capacidad de pago, y los efectores públicos se financiaran por el cobro de aranceles por las prestaciones que brinden –y no por presupuesto, como lo es actualmente–, integrándose plenamente a la red con aquellos de gestión privada. Es de esperar que esta conformación dé lugar, además, a un aprovechamiento más eficiente de los recursos físicos y humanos en salud, los que bajo la organización actual son utilizados de forma segmentada según sea la cobertura de los beneficiarios, y así se encuentran más expuestos al comportamiento del mercado de trabajo formal.

En lo que concierne a la seguridad social, es probable que las mayores ganancias de eficiencia –sin descuidar los aspectos de equi-

dad– se logren en un marco de mayor competencia entre agentes del seguro –hoy inexistente en el ámbito de las obras sociales provinciales y muy limitado entre las de naturaleza sindical–, con el mantenimiento de un fondo de redistribución para completar las cápitas de los beneficiarios de menores recursos y el reaseguro de las prestaciones de baja incidencia y elevado costo, pero con mayor grado de transparencia en su asignación y, en general, en la rendición de cuentas de estas instituciones. Transferir recursos de este fondo de redistribución para favorecer a entidades según su muy reducido tamaño, como ocurre actualmente, es una política que carece de toda racionalidad.

Un elemento importante en cualquier esquema asegurador es la definición del paquete de prestaciones a cubrir, práctica que hoy solo rige –el PMO– para las obras sociales nacionales y las EMP. Más allá de generalizarse su aplicación, una cuestión más urgente a resolver para los agentes que ya lo deben cubrir es su revisión a la luz de criterios de costo efectividad y sustentabilidad económica. Existe consenso al respecto en cuanto a que en los últimos años el PMO se ha ido expandiendo hacia la incorporación de medicamentos de alto costo o prácticas de alta complejidad sin tener en cuenta estas consideraciones, contribuyendo al desequilibrio financiero de muchas instituciones. Esta cuestión se ha visto agravada por el hecho de que reiteradas veces se obliga a los aseguradores a solventar prestaciones o fármacos novedosos no contemplados en el PMO –y de dudosa efectividad– a través de la interposición de recursos administrativos ante la Superintendencia de Servicios de Salud o amparos judiciales. En forma similar, tanto las obras sociales como las EMP, a partir de la sanción de la Ley 24.901, están obligadas a hacerse cargo no solo de la atención médica de los beneficiarios con discapacidad –que corresponde, sin duda, en un seguro de salud–, sino también de los gastos de educación, traslados, acompañantes terapéuticos, etc. A los fines de ilustrar el peso que tienen tales erogaciones, que exceden el ámbito natural de la cobertura médica –y que, en todo caso, deberían ser una responsabilidad del Estado–, basta señalar que representan

cerca del 40% de la asignación de fondos del FSR o un 8% de la recaudación de las obras sociales.

En cambio, las disposiciones que afectan a los agentes del seguro no incluyen la obligación de ofertar protocolos de prevención de acuerdo con el género y la edad –como sí contempla el Programa SUMAR–, prácticas de bajo costo y que tienen probada efectividad desde el punto de vista sanitario.

Con respecto a los planes privados de salud, un elemento cuestionable es la discrecionalidad con que se aplica la facultad que tiene la Superintendencia de Servicios de Salud de regular el ajuste de tarifas, lo que puede comprometer la solvencia de estas entidades aseguradoras e, indirectamente, la de los prestadores privados que estas contratan. Esta regulación, supuestamente orientada a evaluar incrementos de tarifas en función de cambios en los costos –inducidos fundamentalmente por el proceso demográfico, tecnológico, de productividad sectorial e incluso cultural en el ejercicio de la medicina–, se ha visto seriamente distorsionada por el largo proceso inflacionario que transita la Argentina. En un contexto de esta naturaleza, estos ajustes deberían tener un carácter más automático, y dejar la evaluación de autorizaciones expresas cuando se requieran incrementos adicionales por la evolución propia de los costos actuariales de esta actividad. En ese contexto, los esfuerzos de las autoridades deberían concentrarse en incorporar y fortalecer mecanismos pro-competencia que constituyan incentivos para la minimización de costos –sin afectar la calidad– en la provisión del PMO en el ámbito privado.

Una discusión aparte amerita la obra social de jubilados y pensionados nacionales, el PAMI, que se ha visto expuesta desde la última década a un problema de desfinanciamiento ante la incorporación masiva de asegurados beneficiados por la moratoria previsional –régimen por el cual obtuvieron jubilación personas que habían efectuados escasos o nulos aportes al sistema– que, sin esta política, habrían estado cubiertos en su mayoría por el sistema público de salud. En este caso, el debate debería centrarse en la conveniencia

de contar con un organismo que concentre la cobertura de la población pasiva –la cual no tiene posibilidades de elección– frente a la alternativa de basarse en un esquema más competitivo, que incluya la transferencia de cápitas ajustadas por riesgo a los agentes del seguro del sistema.

El conjunto de cambios institucionales esbozados apunta a conformar un sistema de salud más integrado, competitivo, eficiente, que refuerce los cuidados preventivos y que incorpore una visión de sostenibilidad, sin descuidar, a su vez, aspectos de equidad. En este marco, los avances en la digitalización deberían ser aprovechados en diversas dimensiones, que incluyen particularmente la evaluación de riesgos que permitan efectuar mejores cálculos actuariales y los costos de atención asociados –para fortalecer, de este modo, la competencia– y la difusión de la historia clínica electrónica.

Referencias bibliográficas

- ACE (2020). "What are the effects of the COVID-19 pandemic on private healthcare insurance and government funded public sectors?", <https://www.ace-ins.com/>.
- ADECRA (2021). "Covid-19: Efectos en los costos de los prestadores", actualización junio.
- American Hospital Association-AHA (2020). "Hospitals and Health Systems Face Unprecedented Financial Pressures Due to COVID-19", May.
- Association of British Insurers-ABI, www.abi.org.uk.
- Blecher, G., Blashki, G. y Judkins, S. (2020). "Crisis as opportunity: how COVID-19 will reshape the Australian health system", *The Medical Journal of Australia* – Pre-print.
- Blumenthal, D., Fowler, E., Abrams, M. y Collins, S. (2021). "COVID-19 – Implications for the Health Care System", *The New England Journal of Medicine* 383.
- Bozovich, G., A. Alves De Lima, M. Fosco, L. Burgos, R. Martínez, R. Dupuy De Lôme, A. Torn y J. Sala Mercado (2020). "Daño colateral de la pandemia por COVID-19 en centros privados de salud de Argentina", *MEDICINA* (Buenos Aires) 2020; Vol. 80 (Supl. III): 37-41.
- CEPAL (2021). "Panorama Social de América Latina, 2020". Marzo.
- Cetrángolo, O. y A. Goldschmidt (2020), "Pandemia: ¿oportunidad o resignación?", Blog Alquimias Económicas.
- Cetrángolo, O. y A. Goldschmidt (2020b). "El sistema de salud argentino, antes, durante y después de la pandemia COVID-19", Blog Alquimias Económicas.

- Clemens, J., Ippolito, B. y Veuger, S. (2021). "Medicaid and fiscal federalism during the COVID-19 pandemic", NBER WP 28670.
- Colina, J. (2020). "El confinamiento está dañando el sistema de salud y la salud de la población", *Enfoques de Políticas Sanitarias* 77, ADEMP N°153.
- Colina, J. (2021). "Más familias quieren acceder a la medicina privada, pero tienen cada vez menos ingresos", *Enfoques de Políticas Sanitarias* 82, Revista ADEMP N°158.
- Cylus, J. (2020). "How does COVID-19 economic crisis affect health finances and what are the implications for future health budgets?", WHO-COVID19 Health System Response Monitor.
- De Biase, P. y Dougherty, S. (2021), "Federalism and Public Health Decentralisation in the Time of COVID-19", OECD Working Papers on Fiscal Federalism N°33, OECD.
- Deryugina, T., Gruber, J. y Sabety, A. (2020). "Natural disasters and elective medical services: how big is the bounce-back?", NBER WP 27505.
- Desson, Z., Lambert, L., Peters, J., Falkenbach, M. y Kauer, L. (2020). "Europe's COVID-19 outliers: German, Austrian and Swiss policy responses during the early stages of the 2020 pandemic", *Health Policy and Technology* 9.
- Engzella, P., A. Freya y M.D. Verhagen (2021). "Learning loss due to school closures during the COVID-19 pandemic", Proceedings of the National Academy of Sciences of the USA, disponible en <https://www.pnas.org/content/pnas/118/17/e2022376118.full.pdf>.
- Freire De Souza, C., Gois-Santos, V., Correia, D., Martins-Filho, P. y Santos, V. (2020). "The need to strengthen Primary Health Care in Brazil in the context of the COVID-19 pandemic", *Braz. Oral Res.* 2020; 34: e047.
- Gerstein, D. (2020). "The Strategic National Stockpile and COVID-19", Testimony presented before the Senate Committee on Homeland Security and Governmental Affairs, RAND Corp.
- Gottlieb, S., Rivers, C., McClellan, M., Silvis, L. y Watson, C. (2020). "National Coronavirus Response: A Road Map to Reopening", *EIA*, March 28, disponible en <https://www.aei.org/wp-content/uploads/2020/03/National-Coronavirus-Response-a-Road-Map-to-Recovering-2.pdf?x91208>.

- Hanushek, E. y L. Woessmann (2020). "The Economic Impacts of Learning Losses", OECD, disponible en <https://www.oecd.org/education/The-economic-impacts-of-coronavirus-covid-19-learning-losses.pdf>.
- Hellowell, M., Myburgh, A., Sjoblom, M., Gurazada, S. y Clarke, D. (2020). "How COVID-19 affects private health care providers in developing countries", WB blog June 10th.
- International Bar Association (2020). "The coexistence of public and private healthcare sectors and the impact caused by overloaded hospital beds: the effects of Covid", <https://www.ibanet.org/>.
- Ivanyina, M. y A. Shah (2012). "How Close is Your Government to Its People? Worldwide Indicators on Localization and Decentralization". The World Bank. <https://documents1.worldbank.org/curated/en/534401468340175192/pdf/WPS6138.pdf>.
- Lal, A., Erondy, N., Heymann, D., Gitahi, G. y Yates, R. (2020). "Fragmented health systems in COVID-19: rectifying the misalignment between global health security and universal health coverage", *The Lancet* 2021; 397.
- Legido-Quigley, H., Mateos-García, J., Regulez Campos, V., Gea-Sánchez, M., Muntaner, C. y McKee, M. (2020). "The resilience of the Spanish health system against the COVID-19 pandemic", *The Lancet*, Vol. 395.
- Moskovits, C. (2021). "Vacunar o vacunar, ése es el dilema", *Indicadores de Coyuntura* N° 631, Junio, FIEL.
- MSN (2020). "Nación entregó equipamiento y firmó convenios con clínicas privadas de cuatro municipios bonaerenses", disponible en <https://www.argentina.gob.ar/noticias/nacion-entrego-equipamiento-y-firmo-convenios-con-clinicas-privadas-de-cuatro-municipios>.
- MSN (2020b). "Informe sobre la aplicación del Decreto N° 332/2020 y modificatorios, a la actividad de clínicas, sanatorios y hospitales privados y empresas de emergencias pre-hospitalarias".
- MSN (2021). "El Ministerio de Salud presentó estudio sobre exceso de mortalidad en 2020 por COVID-19", disponible en <https://www.argentina.gob.ar/noticias/el-ministerio-de-salud-presento-estudio-sobre-exceso-de-mortalidad-en-2020-por-covid-19>.

- Naciones Unidas (2020). "Informe de políticas: la COVID-19 y la cobertura sanitaria universal".
- Narain, J., Dawa, N. y Bhatia, R. (2020). "Health System Response to COVID-19 and Future Pandemics", *Journal of Health Management* 22 (2).
- OECD (2019). *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris.
- OECD (2020). "Beyond Containment: Health systems responses to COVID-19 in the OECD".
- Parliament of Australia (2020), "COVID-19 and private health insurance", <https://www.aph.gov.au/>.
- Perri, E. (2020). "El sector privado de la salud en la pandemia", *Adecra+Cedim, Informe Económico N° 17*.
- Prosanity-Universidad ISalud (2020). "PMO período COVID 19", Buenos Aires.
- Pueyo, T. (2020). "The hammer and the dance", marzo, disponible en <https://tomaspueyo.medium.com/coronavirus-the-hammer-and-the-dance-be9337092b56>.
- Roehr, B. (2020). "The health of private insurance in the US during COVID-19", *BMJ* 2020; 370:m2606 | doi: 10.1136/bmj.m2606.
- Silva, L., Carvalho Dutra, A., Iora, P., Rodrigues Ramajo, G., Fernandes Messias, G., Peres Gualda, I., Costa Scheidt, J., Amaral, P., Staton, C., Hernandez Rocha, T., de Andrade, L. y Nickenig Vissoci, J. (2020). "Brazil Health Care System preparation against COVID-19", *medRxiv* preprint doi: <https://doi.org/10.1101/2020.05.09.20096719>.
- Thomas, S., Sagan, A., Larkin, J., Cylus, J., Figueras, J. y Karanikolos, M. (2020). "Strengthening health systems resilience. Key concepts and strategies", *Health Systems And Policy Analysis, Policy Brief 36*, European Observatory on Health Systems and Policies (WHO).
- WHO/EC (2020). "COVID-19 Health System Response", *Eurohealth* Vol. 26 N°2.
- WHO (2020a). "An action plan to engage the private health service delivery sector in the response to COVID-19", disponible en <https://www.who.int/publications/m/item/an-action-plan-to-engage-the-private-health-service-delivery-sector-in-the-response-to-covid-19>.

- WHO (2020b). "Private sector discussion note: COVID-19 treatment", WHO's Private Sector Engagement COVID-19 Initiative (WHO-PCI).
- WHO (2020c). "COVID-19: WHO's Action in Countries. Argentina", mayo, disponible en [https://www.who.int › docs › country-case-studies](https://www.who.int/docs/country-case-studies).
- Williams, O., Yung, K. y Grépin, K. (2021). "The failure of private health services: COVID-19 induced crises in low- and middle-income country (LMIC) health systems", *Global Public Health*, DOI: 10.1080/17441692.2021.1874470.
- Wingate (2020). "COVID 19 – Impact on Private Medical Insurance", <http://www.windgatebs.com/>.

Anexo 1: Tablas de cada país con indicadores de contexto, decisiones y resultados

GENTINA	Los datos en cada fila representan variables distintas identificadas en la Columna 1						Fuentes
Decisiones socio-económicas-políticas en Dic-2019							
BI per cápita 2019 (PPA, precios de 2017), y Var % acum 2009-19	22.064	2,5%					Banco Mundial
empleo (% mujeres y varones) y Empleo Vulnerable (% mujeres y varones)	11%	9%	21%	24%			Banco Mundial
brecha (% de la población bajo línea de 1.9, 3.2 y 5.5 USD PPP 2011), Índice de Gini, circa 2019	1,5%	4,9%	14,4%	42,9			Banco Mundial
esperanza de vida al nacer (años, mujeres y varones), y % de población con 65+ años	79,9	73,1		11,2%			Banco Mundial & OWID
acceso deficiente a la vivienda / hacinamiento	15%						Banco Mundial
densidad poblacional (hab/km2)	16						Banco Mundial
población Urbana (total y %) / % Población >65 años (total y %) / % población femenina / Población total	40.877.099	92%	4.995.985	11,2%	51%	44.435.976	Banco Mundial
usuarios de banda ancha fija (2018) y Network Readiness Index 2020	19%						Banco Mundial & Instituto Portularis
comercio internacional (ingresos como % de exportaciones y % del PBI / egresos como % de importaciones y % del PBI, ingresos netos como % del PBI), circa 2019	7,13	1,24	14,83	2,25	-1,01		Banco Mundial
World Values Survey (WVS), indicadores seleccionados (medidas de confianza en servicio civil, confianza en el gobierno, aceptación de vigilancia remota e índice de escepticismo respectivamente)	18,1%	29,3%	48,1%	59,6%			World Values Survey
Índices de Descentralización Administrativa y Descentralización Política	0,4			0,75			Ivanya & Shah (2012)
Indicadores fiscales, económicos-financieros en Dic-2019							
inflación anual (IPC)	53%						Banco Mundial
resultado fiscal (primario y global, como % del PBI, promedio 2015-2019)	-3,2%			-5,9%			FMI - WEO
rendimiento Bonos Soberanos a 10 años	36,8%						Koyfin, World Government Bonds, Bloomberg
Indicadores de salud en Dic-2019							
léxicos (cada 10.000 habitantes), índice de cobertura de atención sanitaria (infecciones y capacidad & acceso rural), 0-100; % de población urbana que usa servicios médicos básicos	40	64	89	96%			OMS
tasa de mortalidad (fallecidos cada 1.000 habitantes y total), 2019	7,6	337.891					Banco Mundial
camas hospitalarias (cada 1.000 hab), y UCI (cada 100.000 hab), Dic-19 y Dic-20	5,0		18,7	28,1			Banco Mundial & OMS
Índice de Seguridad Sanitaria frente a catástrofes biológicas (Global Health Security Index, octubre 2019). Índice de capacidad de respuesta frente a epidemia, Índice de Robustez del sistema sanitario, índice de vulnerabilidad frente a amenazas biológicas. 100=mejores condiciones.	59	51	55	60			Johns Hopkins
gasto y cobertura del sistema de salud (gasto total como % del PBI; gasto obligatorio en salud como % del PIB; share de cobertura -financiamiento y atención- del subsistema privado -OS y EMP, sin PAMI)	10,0%	7,5%	67%				OCDE
	I.2020	II.2020	III.2020	IV.2020	I.2021	II.2021	
Indicadores sanitarios salientes							
Índice de Rigurosidad (Stringency Index), OWID, promedio trimestral	22	93	89	81	77	79	Oxford - Our World in Data
Índice de apoyo económico (Economic Support Index), OWID, promedio trimestral	6	75	75	75	59	50	Oxford - Our World in Data
Índices Fiscales excepcionales en respuesta al COVID-19 (% del PBI, acumulado a junio 2021). Criterio "dentro de la línea" y Asistencia de Liquidez / Dentro del Presupuesto & Fuera del Presupuesto	4,52%			2,00%			FMI
Índice de trabajos, promedio trimestral (0 = no; 1 = recomendado; 2 = requerido en algunos; 3 = requerido completo esenciales)	0,4	2,5	2,8	2,1	2,0	2,0	Oxford - Our World in Data
Índice de reemplazo de ingresos, promedio trimestral (0, 1 si reemplazó < 50%, 2 si reemplazó > 50%)	0,1	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	Oxford - Our World in Data
Índice financiero a familias, promedio trimestral: 0 (ninguno), 1 (limitado), 2 (extendido)	0,2	2,0	2,0	2,0	1,3	1,0	Oxford - Our World in Data
Índice de escuelas (índice One WorldData, de 0 -no- a 3 -total-, promedios trimestrales)	0,5	3,0	3,0	3,0	2,5	2,7	Oxford - Our World in Data
Índice de escuelas (% de días de instrucción con cierre total y parcial, respect.), a mar-2021	55%			44%			Unicef
Índice de cuarentena social ("Quédate en casa"), promedio trimestral	0,4	2,3	2,0	2,0	2,0	2,0	Oxford - Our World in Data
Índice de rastreo (para detección-aislamiento-seguimiento-% de población), acumulado en el trimestre	0,0%	1,0%	4,3%	4,7%	7,0%	13,5%	Oxford - Our World in Data
Índice de rastreo (contact tracing: 0 (ninguno), 1 (limitado) y 2 (pleno); promedio trim.	0,6	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	Oxford - Our World in Data
Índice de política de cierre: 0 (ninguna), 1 (limitada), 2 (selectiva), 3 (libre); promedio trimestral	0,3	1,0	1,0	2,0	2,0	2,0	Oxford - Our World in Data
Índice de protección a mayores: 0 (ninguna), 1 (recomendada), 2 (limitada), 3 (extensiva); promedio trimestre	1,0	2,9	2,0	1,7	1,0	1,0	Oxford - Our World in Data
Índice de vacunación (población cubierta por dosis contratadas (ajustado por necesidad de dosis); población cubierta por efectividad (en reducción de contagios) de las vacunas contratadas; efectividad de las vacunas contratadas; Índice HH sobre la concentración de proveedores)	68%	51%	75%	38,57		31,00%	Unicef & NYT Vaccine Tracker
Índice de vacunación (porcentaje de la población con primera dosis), promedio trimestral					2,5%	19,5%	Our World in Data
Índice de vacunación (porcentaje de la población con dosis completas), promedio trimestral					0,7%	4,5%	Our World in Data
Indicadores sanitarios de evolución de la pandemia							
Casos de COVID-19, acumulados al final de cada trimestre	1.054	63.476	686.471	874.513	723.307	2.121.553	Our World in Data
Porcentaje de tests (de todo tipo), acumulado en cada trimestre	15%	15%	36%	42%	23%	35%	Our World in Data
Internaciones en UCI por COVID-19 (% del total de casos en últimos 15 días -casos activos)		2,8%	1,8%	3,0%	3,1%	3,2%	Ministerio de Salud de la Nación & COVID-Stats
Mortalidad por COVID-19 (fallecimientos c/ 100.000 habitantes), en cada trimestre	0,1	2,9	35,2	59,2	28,4	86,5	Our World in Data
Exceso de mortalidad (% del baseline), 2020 y primer semestre 2021, Ratio exceso de muertes / muertes COVID a II.2021	12%		0,98				World Mortality Dataset
Mortalidad por COVID-19 (fallecimientos de casos detectados, en %), promedio en cada trimestre	2,6%	2,0%	2,3%	3,0%	1,7%	1,8%	Our World in Data
Esfuerzo de testing (tests/fallecidos, acumulado al II.2021)	143						Our World in Data
Indicadores económicos de la evolución de la pandemia							
Movilidad (promedio trimestral, % de desvío respecto al baseline)	-21,6%	-56,9%	-44,9%	-32,8%	-27,1%	-26,1%	Google Mobility Reports
Empleo (cambio frente al mismo trimestre de 2019)	0,8%	-20,9%	-10,2%	-5,9%	0,3%	-0,8%	ILO - INDEC
BI (cambio del PBI real desestacionalizado respecto a mismo trimestre 2019)	-4,8%	-20,0%	-10,2%	-4,6%	-2,4%	-4,2%	FMI - IFS
Brecha (% de la población), 2019, proy. 2020 con transf., proy. 2020 sin transf., delta c/t, delta s/t	27,2%	37,0%	38,8%	9,8%	11,6%		CEPAL (Marzo 2021)
Indicadores de la situación fiscal, económica-financiera post-pandemia							
Inflación (IPC)	48,9%	42,5%	38,3%	34,7%	38,3%	46,5%	INDEC
Resultado fiscal (primario y global, como porcentaje del PBI, valores 2020, proyecciones 2021)	-6,4%	-4,3%	-8,9%	-5,6%			FMI-WEO & FIEL
Crecimiento Bruto como % del PIB (2019, Delta 2020/2019, Delta 2021/2019). Delta inflación II.2021 vs 2019. Delta rendimiento de los bonos soberanos a 10 años (final II.2021 vs. IV.2019)	90%	13%			-6%	-4%	Bloomberg & FMI-WEO
Indicadores de resiliencia							
Días estimados requeridos desde IV.2019 para recuperar el PBI per cápita de pre-pandemia	6,75						OCDE
Ranking de Resiliencia Bloomberg (sobre total de 53 países)	53						Bloomberg

BRASIL

Fuentes

	Los datos en cada fila representan variables distintas identificadas en la Columna 1						
Condiciones socio-económicas-políticas en Dic-2019							
- PBI per cápita 2019 (PPA, precios de 2017), y Var % acum 2009-19	14.652	5,0%					Banco Mundial
- Desempleo (% mujeres y varones) y Empleo Vulnerable (% mujeres y varones)	14%	10%	24%	31%			Banco Mundial
- Pobreza (% de la población bajo línea de 1,9, 3,2 y 5,5 USD PPP 2011), Índice de Gini, circa 2019	4,6%	9,1%	19,6%	53,4			Banco Mundial
- Esperanza de vida al nacer (años, mujeres y varones), y % de población con 65+ años	79,4	72,0	8,6%				Banco Mundial & OWID
- Acceso deficiente a la vivienda / hacinamiento	16%						Banco Mundial
- Densidad poblacional (hab/km2)	25						Banco Mundial
- Población Urbana (total y %) / % Población >65 años (total y %) / % población femenina / Población total	181.335.507	87%	9,3%	51%	208.854.127		Banco Mundial
- Suscriptores a banda ancha fija (2018) y Network Readiness Index 2020	15%					50,58	Banco Mundial & Instituto Portulans
- Turismo internacional (ingresos como % de exportaciones y % del PBI / egresos como % de importaciones y % del PBI, ingresos netos como % del PBI), circa 2019	2,36	0,33	7,78	1,12	-0,78		Banco Mundial
- World Values Survey (WVS), indicadores seleccionados (medidas de confianza en servicio civil, confianza en el gobierno, aceptación de vigilancia remota e índice de escepticismo, respectivamente)	48,8%	22,5%	54,7%	32,1%			World Values Survey
- Índices de Descentralización Administrativa y Descentralización Política	0,7				0,83		Ivanya & Shah (2012)
Situación fiscal, económica-financiera en Dic-2019							
- Inflación anual (IPC)	4%						Banco Mundial
- Resultado fiscal (primario y global, como % del PBI, promedio 2015-2019)	-1,8%		-8,0%				FMI - WEO
- Rendimiento Bonos Soberanos a 10 años	6,9%						Koyfin, World Government Bonds, Bloomberg
Calidad del sistema de salud en Dic-2019							
- Médicos (cada 10.000 habitantes), índice de cobertura de atención sanitaria (infecciones y capacidad & acceso general), 0-100; % de población urbana que usa servicios médicos básicos	23	70	99	93%			OMS
- Tasa de mortalidad (fallecidos cada 1.000 habitantes y total), 2019	6,5	1.364.026					Banco Mundial
- Camas hospitalarias (cada 1.000 hab), y UCI (cada 100.000 hab), Dic-19 y Dic-20	2,1	20,6					Banco Mundial & OMS
- Índice de Seguridad Sanitaria frente a catástrofes biológicas (Global Health Security Index, octubre 2019). Índice Agregado, Subíndice de capacidad de respuesta frente a epidemia, Subíndice de Robustez del sistema sanitario, Subíndice de vulnerabilidad frente a amenazas biológicas. 100=mejores condiciones.	60	67	45	56			Johns Hopkins
- Tamaño y cobertura del sistema de salud (gasto total como % del PBI; gasto mandatorio en salud como % del PBI; share de cobertura -financiamiento y atención- del sistema privado -OS y EMP, sin PAMI)	9,4%	4,0%	24%				OCDE
	I.2020	II.2020	III.2020	IV.2020	I.2021	II.2021	
Medidas sanitarias salientes							
- Índice de Rigurosidad (Stringency Index), OWID, promedio trimestral	17	78	74	61	69	63	Oxford - Our World in Data
- Índice de apoyo económico (Economic Support Index), OWID, promedio trimestral	4	50	50	48	2	13	Oxford - Our World in Data
- Medidas Fiscales excepcionales en respuesta al COVID-19 (% del PBI, acumulado a junio 2021). Gasto "arriba de la línea" y A asistencia de Liquidez / Dentro del Presupuesto & Fuera del Presupuesto	9,24%			6,15%			FMI
- Cierres de trabajos, promedio trimestral (0 = no; 1 = recomendado; 2 = requerido en algunos; 3 = requerido excepto esenciales)	0,5	2,7	3,0	2,3	3,0	2,1	Oxford - Our World in Data
- Mantenimiento de ingresos, promedio trimestral (0, 1 si reemplazó < 50%, 2 si reemplazó > 50%)	-	1,0	1,0	1,0	0,2	1,0	Oxford - Our World in Data
- Alivio financiero a familias, promedio trimestral: 0 (ninguno), 1 (limitado), 2 (extendido).	0,2	1,0	1,0	0,9	-	-	Oxford - Our World in Data
- Cierre de escuelas (índice One World Data, de 0 -no- a 3 -total-, promedios trimestrales)	0,7	3,0	3,0	2,8	3,0	2,5	Oxford - Our World in Data
- Cierre de escuelas (% de días de instrucción con cierre total y parcial, respect.), a mar-2021	95%			4%			Unicef
- Indicación de aislamiento social ("Quédate en casa"), promedio trimestral	0,2	1,6	2,1	2,0	2,3	1,8	Oxford - Our World in Data
- Testeo (para detección-aislamiento-seguimiento -% de población, acumulado en el trimestre	0,0%	0,7%	2,7%	3,1%	4,6%	4,9%	Oxford - Our World in Data
- Contact Tracing: 0 (ninguno), 1 (limitado) y 2 (pleno), promedio trim.	-	2,0	2,0	2,0	0,7	-	Oxford - Our World in Data
- Testing Policy: 0 (ninguna), 1 (limitada), 2 (síntomaticos), 3 (libre), promedio trimestral	0,8	1,4	2,0	1,9	1,0	1,0	Oxford - Our World in Data
- Protección a mayores: 0 (ninguna), 1 (recomendada), 2 (limitada), 3 (extensiva), promedio trimestre	0,1	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	Oxford - Our World in Data
- Vacunación: población cubierta por dosis contratadas (ajustado por necesidad de dosis); población cubierta ajustada por efectividad (en reducción de contagios) de las vacunas contratadas; efectividad de las vacunas contratadas; Índice HH sobre la concentración de proveedores	151%	114%	76%	2640			Unicef & NYT Vaccine Tracker
- Vacunación (porcentaje de la población con primera dosis), promedio trimestral					2,7%	18,0%	Our World in Data
- Vacunación (porcentaje de la población con dosis completas), promedio trimestral					1,0%	7,6%	Our World in Data
Indicadores sanitarios de evolución de la pandemia							
- Contagios de Covid-19, acumulados al final de cada trimestre	5.717	1.396.324	3.408.894	2.865.038	5.072.774	5.808.394	Our World in Data
- Positividad de tests (de todo tipo), acumulado en cada trimestre	20%	96%	62%	45%	53%	56%	Ministerio de Salud de Brasil & OWID
- Internaciones en UCI por Covid-19 (% del total de casos en últimos 15 días -casos activos)	0,1	28,4	40,4	24,4	60,6	94,1	Our World in Data
- Mortalidad por Covid-19 (fallecimientos c/ 100.000 habitantes), en cada trimestre	16%	55%	1,27				World Mortality Dataset
- Exceso de mortalidad (% del baseline), 2020 y primer semestre 2021, Ratio exceso de muertes / muertes COVID hasta II.2021	3,5%	4,3%	2,5%	1,8%	2,5%	3,4%	Our World in Data
- Letalidad por Covid-19 (fallecimientos de casos detectados, en %), promedio en cada trimestre	64						Our World in Data
- Esfuerzo de testeo (tests/fallecidos, acumulado al II.2021)							
Indicadores económicos de la evolución de la pandemia							
- Movilidad (promedio trimestral, % de desvío respecto al baseline)	-14%	-37%	-19%	-7%	-18%	-10%	Google Mobility Reports
- Empleo (cambio frente al mismo trimestre de 2019)	0,2%	-12,1%	-12,7%	-9,2%	-7,0%	-6,1%	ILO
- PBI (cambio del PBI real desestacionalizado respecto a mismo trimestre 2019)	-1,5%	-10,8%	-3,9%	-1,2%	0,8%	0,2%	FMI - IFS
- Pobreza (% de la población), 2019, proy. 2020 con transf., proy. 2020 sin transf., delta c/t, delta st	19,2%	16,3%	24,1%	-2,9%	4,9%		CEPAL (Marzo 2021)
Evolución de la situación fiscal, económica-financiera post-pandemia							
- Inflación (IPC)	3,8%	2,1%	2,6%	4,3%	5,3%	7,7%	FMI - IFS
- Resultado fiscal (primario y global, como porcentaje del PBI, valores 2020, proyecciones 2021)	-9,2%	-3,7%	-13,4%	-8,3%			FMI-WEO & FIEL
- Deuda Bruta como % del PIB (2019, Delta 2020/2019, Delta 2021/2019). Delta inflación II.2021 vs 2019. Delta en el rendimiento de los bonos soberanos a 10 años (final II.2021 vs. IV.2019)	88%	11%	11%	4%	2%		Bloomberg & FMI-WEO
Otros indicadores							
- Años estimados requeridos desde IV.2019 para recuperar el PBI per cápita de pre-pandemia	2,75						OCDE
- Ranking de Resiliencia Bloomberg (sobre total de 53 países)	51						Bloomberg

COLOMBIA

Fuente:

	Los datos en cada fila según esta variable; de izquierda a derecha en la Columna 1						
Condiciones socio-económicas-políticas en Dic-2019							
PBI per cápita 2019 (PPA, precio de 2017, y Var % acum.2009-19)	14,625	2,78%					Banco Mundial
Desempleo (% mujeres y varones) y Empleo Vulnerable (% mujeres y varones)	13%	8%		48%	48%		Banco Mundial
Pobreza (% de la población bajo línea de 1.9, 1.2 y 1.1 USD PPP 2011), Índice de Gini circa 2019	49.9%	33.7%	28.4%	53.2			Banco Mundial
Desperdicio de vida al nacer (abuso, mujeres y varones), y % de población con 65+ años	76.9	74.3		7.8%			Banco Mundial & OWID
Acceso de fuente a la vivienda / habitaciones			28%				Banco Mundial
Densidad poblacional (habitantes)			45				Banco Mundial
Población Urbana (total y %) / Población 60 años (total y %) / % población femenina / Población total	49,115,206	81%		8,8%	51%	49,448,442	Banco Mundial
Rescriptores a banda ancha fija (2018) y Networld Readiness Index 2020		13%				46.31	Banco Mundial & Instituto Portularia
Tarifa internacional (ingresos como % de exportaciones y % del PIB / ingresos como % de importaciones y % del PIB, ingresos netos como % del PIB), circa 2019	12.81	2.93	8.77	1.90	0.13		Banco Mundial
World Values Survey (WVS), indicadores e ideológicos (medidas de confianza en servicio civil, confianza en el gobierno, aserción de violencia sexual e índice de expectativas, empoderamiento)	8.1%	11.8%	63.1%	59.4%			World Values Survey
Índice de Descentralización Administrativa y Descentralización Política	0.55			0.67			Ivanya & Shah (2012)
Situación fiscal, económica-financiera en Dic-2019							
Inflación anual (IPC)			4%				Banco Mundial
Resultado fiscal (primario y global) como % del PIB, promedio 2015-2019)		-1.0%			-3.1%		FMI - WEO
Rendimiento bonos Soberanos a 10 años			6.1%				Keyfin, World Government Bonds, Bloomberg
Calidad del sistema de salud en Dic-2019							
Medicos (cada 10,000 habitantes), Índice de cobertura de atención sanitaria (efectores y capacidad de acceso general, 0-100, % de población urbana que usa servicios médicos básicos)	38	61	85			93%	OMS
Tasa de mortalidad (fallecidos cada 1,000 habitantes y total, 2019)	5.6	2.5, 10%					Banco Mundial
Cuentas hospitalarias (cada 1,000 hab. y ICI (cada 100,000 hab.), DIC-19 y DIC-20)	1.7		16.5	23.8			Banco Mundial & OMS
Índice de Seguridad Sanitaria frente a enfermedades biológicas (Global Health Security Index, octubre 2019), Índice Agregado Índice de capacidad de respuesta frente a epidemia, Índice de Robustez del sistema sanitario, Subíndice de resiliabilidad frente a amenazas biológicas, 100=mejores condiciones.	44	44	34	51			Johns Hopkins
Tamaño y cobertura del sistema de salud (gasto total como % del PIB, gasto equitativo en salud como % del PIB, share de cobertura -financiamiento y atención del subsector privado CSR y EMP, sin PAMI)	7.1%	5.4%	8%				OCDE
	I 2020	II 2020	III 2020	IV 2020	I 2021	II 2021	
Medidas sanitarias salubres							
Índice de E Igualdad (Stratiguy Index), OWID, promedio trimestral	19	87	92	65	80	78	Oxford - Our World in Data
Índice de apoyo económico (Economic Support Index), OWID, promedio trimestral	8	78	75	75	75	75	Oxford - Our World in Data
Medidas Físicas excepcionales en respuesta al COVID-19 (% del PIB acumulado a junio 2020), Gasto "arriba de la línea" y Asistencia de Liquidar / Dentro del Presupuesto & Fuera del Presupuesto (Cuentas de trabajo, promedio trimestral) (0 = no; 1 = considerable; 2 = respuesta en algunos; 3 = respuesta excepto esencial)		4.7%			5.7%		FMI
Mantenimiento de ingresos, promedio trimestral (0, 1 si se aplican < 50%, 2 si se aplican > 50%)	-	0.9	1.0	1.0	1.0	1.0	Oxford - Our World in Data
Alivio financiero a familias, promedio trimestral (0 ninguno, 1 limitado, 2 considerable)	0.3	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	Oxford - Our World in Data
Cierre de escuelas (Índice Our World Data, de 0=no a 3=total, promedios trimestrales)	0.53	3.00	3.00	2.61	3.00	2.60	Oxford - Our World in Data
Cierre de escuelas (% de días de instrucción con cierre total y parcial, respect.) a fin-2021		65%			33%		Unicef
Indicador de aislamiento social ("Quedarse en casa"), promedio trimestral	0.2	2.0	1.7	1.0	2.0	2.5	Oxford - Our World in Data
Tactico (para detección de aislamiento-organismos (% de población), acumulado en el trimestre)	0.8%	1.5%	6.9%	9.9%	9.3%	14.5%	Oxford - Our World in Data
Contact Tracing (0 ninguno, 1 limitado y 2 global), promedio trimestral	0.1	2.0	1.3	1.6	2.0	2.0	Oxford - Our World in Data
Testing Policy: 0 (ninguno), 1 (limitado), 2 (intermitente), 3 (libre), promedio trimestral	1.3	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	Oxford - Our World in Data
Protección a viajeros: 0 (ninguno), 1 (recomendado), 2 (limitado), 3 (restringido), promedio trimestre	0.4	3.0	2.8	1.0	1.4	1.0	Oxford - Our World in Data
Vacunación: población cubierta por dosis completadas (ajustado por necesidad de dosis); población cubierta; gaita por efectividad (en reducción de contagios) de las vacunas administradas; efectividad de las vacunas administradas; Índice HI sobre la concentración de recordatorios.	52%	39%	76%	20%			Unicef & NYT Vaccine Tracker
Vacunación (porcentaje de la población con primera dosis), promedio trimestral					2.5%	11.2%	Our World in Data
Vacunación (porcentaje de la población con dosis completada), promedio trimestral					0.1%	5.5%	Our World in Data
Indicadores sanitarios de evolución de la pandemia							
Contagios de Covid-19 acumulados al final de cada trimestre	998	96,940	731,833	813,096	763,602	1,834,605	Our World in Data
Porcentaje de tests (de todo tipo), acumulados en cada trimestre	28%	32%	25%	19%	17%	26%	Our World in Data
Internaciones en UCI por Covid-19 (% del total de casos en último 15 días -casos activos)							
Mortalidad por Covid-19 (fallecidos, en 100,000 habitantes), en cada trimestre	0.0	6.7	45.8	34.8	40.9	97.2	Our World in Data
Exceso de mortalidad (% del baseline), 2020 y primer semestre 2021, Ratio exceso de muertes / muertes COVID hasta 11/2021	28%	66%	1.25				World Mortality Dataset
Letalidad por Covid-19 (fallecimientos de casos detectados, en %), promedio en cada trimestre	1.8%	3.4%	3.1%	2.1%	2.6%	2.4%	Our World in Data
Esfuerzo de tests (tests fallidos, acumulados al 11/2021)	387						Our World in Data
Indicadores económicos de la evolución de la pandemia							
Movilidad (promedio trimestral, % de desvío respecto al baseline)	-18.3%	-35.9%	-36.5%	-19.6%	-21.5%	-14.3%	Google Mobility Reports
Empleo (cambio frente al mismo trimestre de 2019)	-2.8%	-21.8%	-11.9%	-6.6%	-6.4%	-7.6%	ILO
PBI (cambio del PIB real desestacionalizado respecto a mismo trimestre 2019)	0.1%	-15.7%	-8.2%	-3.6%	2.3%	-1.4%	DANE
Pobreza (% de la población), 2019, proy. 2020 con transf., proy. 2020 sin transf., delta c/c, delta v/c)	31.7%	27.5%	35.7%	5.8%	7.0%		CEPAL (Marzo 2021)
Evolución de la situación fiscal, económica-financiera post-pandemia							
Inflación (IPC)	3.7%	2.8%	1.9%	1.6%	1.6%	3.8%	FMI - IFS
Resultado fiscal (primario y global) como porcentaje del PIB, valores 2020, proyecciones 2021)	-4.3%	-5.5%	-6.9%	-8.3%			FMI-WEO & FIEL
Deuda bruta como % del PIB (2019, Delta 2020/2019, Delta 2021/2019), Delta inflación 11/2021 vs 01/2019, Delta gap del rendimiento de los bonos soberanos a 10 años (final 11/2021 vs. IV 2019)	52%	18%	12%		-1%	8.2%	Bloomberg & FMI-WEO
Otros indicadores:							
Años estimados requeridos desde IV 2019 para recuperar el PBI per cápita de pre-pandemia			2.75				OCDE
Ranking de Resiliencia Bloomberg (entre total de 51 países)			52				Bloomberg

	Los datos en cada fila representan variables de datos identificadas en la Columna 1							
Condiciones socio-económicas-políticas en Dic-2019								
- PIB per cápita 2019 (PPA, precios de 2017), y Var % acum 2009-19	11,545	37,1%					Banco Mundial	
- Desempleo (% mujeres y varones) y Empleo Valuable (% mujeres y varones)	3%	3%	59%	46%			Banco Mundial	
- Pobreza (% de la población bajo líneas de 1.9, 3.2 y 5.5 USD PPP 2011, Índice de Gini, circa 2019)	2,2%	7,5%	29,6%	41,5			Banco Mundial	
- Esperanza de vida al nacer (años, mujeres y varones), y % de población con 65+ años	79,3	75,8				7,3%	Banco Mundial & OWID	
- Acceso deficiente a la vivienda / hacinamiento						33%	Banco Mundial	
- Densidad poblacional (habitantes)						25	Banco Mundial	
- Población Urbana (total y %) / % Población >65 años (total y %) / % población femenina / Población total	24.921.570	75%	8,4%	5,9%	31.910.613		Banco Mundial	
- Suscriptores a banda ancha fija (2018) y Netbroad Readiness Index 2020	8%					43,67	Banco Mundial & Instituto Perulano	
- Turismo internacional (ingresos como % de exportaciones y % del PIB / egresos como % de importaciones y % del PIB, ingresos netos como % del PIB), circa 2019	9,72	2,08	7,14	1,64	0,45		Banco Mundial	
- World Values Survey (WVS), indicadores seleccionados (medidas de confianza en servicio civil, confianza en el gobierno, aceptación de violencia remota e índice de escepticismo, respectivamente)	8,1%	10,6%	66,8%	70,0%			World Values Survey	
- Índices de Descentralización Administrativa y Descentralización Política	0,65				0,75		Ivarya & Shah (2012)	
Situación fiscal, económica-financiera en Dic-2019								
- Inflación anual (IPC)						2%	Banco Mundial	
- Resultado fiscal (primario y global, como % del PIB, promedio 2015-2019)	-1,1%					-2,1%	FMI - WEO	
- Rendimiento de los Bonos Soberanos a 10 años						4,2%	Koyfin, World Government Bonds, Bloomberg	
Calidad del sistema de salud en Dic-2019								
- Médicos (cada 10.000 habitantes), índice de cobertura de atención sanitaria (eficiencias y capacidad & acceso general), 0-100, % de población urbana que usa servicios médicos básicos	8	69	81				80%	OMS
- Tasa de mortalidad (fallecidos cada 1.000 habitantes y total), 2019	5,6	178,029						Banco Mundial
- Camas hospitalarias (cada 1.000 hab), y UCI (cada 100.000 hab), Dic-19 y Dic-20	1,6		2,6	6,4				Banco Mundial & OMS
- Índice de Seguridad Sanitaria frente a catástrofes biológicas (Global Health Security Index, octubre 2019), Índice Agregado, Subíndice de capacidad de respuesta frente a epidemia, Subíndice de Robustez del sistema sanitario, Subíndice de vulnerabilidad frente a amenazas biológicas, 100=mejores condiciones.	49	52	45	58				Johns Hopkins
- Tamaño y cobertura del sistema de salud (gasto total como % del PIB; gasto mandatorio en salud como % del PIB; share de cobertura -financiamiento y atención- del subsistema privado -OS y EMP, sin PAMI)	5,2%	1,5%						OCDE
	I,2020	II,2020	III,2020	IV,2020	I,2021	II,2021		
Medidas sanitarias salientes								
- Índice de Rigurosidad (Stringency Index), OWID, promedio trimestral	20	92	82	75	77	77	Oxford - Our World in Data	
- Índice de apoyo económico (Economic Support Index), OWID, promedio trimestral	12	75	75	63	50	50	Oxford - Our World in Data	
- Medidas Fiscales excepcionales en respuesta al COVID-19 (% del PIB acumulado a junio 2021). Gasto "arriba de la línea" y Asistencia de liquidar/ Dentro del Presupuesto & Fuera del Presupuesto	7,85%			11,7%			FMI	
- Cierres de trabajos, promedio trimestral (0 = ac; 1 = recomendado; 2 = requiendo en algunos; 3 = requiedo excepto esenciales)	0,5	2,0	2,0	2,0	2,7	2,1	Oxford - Our World in Data	
- Mantenimiento de ingresos, promedio trimestral (0, 1 si empleado < 50%, 2 si empleado > 50%)	0,2	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	Oxford - Our World in Data	
- Alivio financiero a familias, promedio trimestral (0 (ninguno), 1 (limitado), 2 (extendido))	0,3	2,0	2,0	1,5	1,0	1,0	Oxford - Our World in Data	
- Cierre de escuelas (Índice One World Data, de 0-no a 3-total, promedios trimestrales)	0,7	3,0	3,0	2,5	2,0	2,0	Oxford - Our World in Data	
- Cierre de escuelas (% de días de instrucción con cierre total y parcial, respect, a mar-2021)	35%			60%			Unicef	
- Inducción de aislamiento social ("Quedate en casa"), promedio trimestral	0,5	2,4	2,0	2,0	2,7	3,0	Oxford - Our World in Data	
- Tactos (para detección-aislamiento-seguimiento-% de población), acumulado en el trimestre	0,1%	0,9%	1,9%	2,6%	4,3%	4,1%	Oxford - Our World in Data	
- Contact Tracing: 0 (ninguno), 1 (limitado) y 2 (pleno); promedio trim.	0,3	1,2	2,0	2,0	2,0	1,3	Oxford - Our World in Data	
- Testing Policy: 0 (ninguna), 1 (limitada), 2 (simoniacos), 3 (libre); promedio trimestral	0,7	1,6	2,0	2,0	1,2	2,4	Oxford - Our World in Data	
- Protección a mayores: 0 (ninguna), 1 (recomendada), 2 (limitada), 3 (estricta); promedio trimestre	0,6	2,7	2,0	2,0	2,7	1,5	Oxford - Our World in Data	
- Vacunación: población cubierta por dosis contratadas (ajustado por necesidad de dosis); población cubierta ajustada por efectividad (en inducción de contagios de las vacunas contratadas; efectividad de las vacunas contratadas); Índice HIH sobre la concentración de proveedores	127%	100%	79%	37%	66,6%		Unicef & NYT Vaccine Tracker	
- Vacunación (porcentaje de la población con primera dosis), promedio trimestral					1,1%	6,6%	Our World in Data	
- Vacunación (porcentaje de la población con dosis completas), promedio trimestral					0,6%	3,7%	Our World in Data	
Indicadores sanitarios de evolución de la pandemia								
- Contagios de Covid-19, acumulados al final de cada trimestre	1.065	28.118	52.655	283.369	533.670	503.258	Our World in Data	
- Positividad de tests (de todo tipo), acumulado en cada trimestre	6%	89%	87%	24%	39%	38%	Our World in Data	
- Internaciones en UCI por Covid-19 (% del total de casos en últimos 15 días -casos activos)								
- Mortalidad por Covid-19 (fallecimientos / 100.000 habitantes), en cada trimestre	0,1	30,2	71,2	16,6	44,9	77,5	Our World in Data	
- Exceso de mortalidad (% del baseline), 2020 y primer semestre 2021, Ratio exceso de muertes / muertes COVID hasta II,2021	69%	180%	2,56				World Mortality Dataset	
- Letalidad por Covid-19 (fallecimientos de casos detectados, en %), promedio en cada trimestre	2,8%	3,4%	4,3%	2,6%	2,7%	4,9%	Our World in Data	
- Esfuerzo de testing (tests/fallecidos, acumulado al II,2021)	58						Our World in Data	
Indicadores económicos de la evolución de la pandemia								
- Movilidad (promedio trimestral, % de desvío respecto al baseline)	-2,8%	-67,7%	-44,9%	-31,2%	-37,6%	-37,1%	Google Mobility Reports	
- Empleo (cambio frente al mismo trimestre de 2019)	-1,5%	-38,4%	-16,6%	-5,5%	-3,4%	-0,8%	INEI	
- PIB (cambio del PIB real/estacionalizado respecto a mismo trimestre 2019)	-3,7%	-30,0%	-9,0%	-1,7%	0,5%	-0,4%	INEI	
- Pobreza (% de la población), 2019, proy. 2020 con transf., proy. 2020 sin transf., delta c/a, delta c/s	15,4%	21,9%	26,0%	6,5%	10,6%		CEPAL (Marzo 2021)	
Evolución de la situación fiscal, económica-financiera post-pandemia								
- Inflación (IPC)	1,9%	1,7%	1,9%	1,9%	2,6%	2,7%	FMI - IFS	
- Resultado fiscal (primario y global, como porcentaje del PIB, valores 2020, proyecciones 2021)	-6,9%	-3,2%	-3,4%	-4,5%			FMI-WEO & FIEL	
- Deuda bruta como % del PIB (2019, Delta 2020/2019, Delta 2021/2019), Delta inflación II,2021 vs 2019. Delta en el rendimiento de los bonos soberanos a 10 años (final II,2021 vs. IV,2019)	27%	9%	9%				1%	Bloomberg & FMI-WEO
Otro indicador:								
- Años estimados requeridos desde IV,2019 para recuperar el PIB per cápita de pre-pandemia						3,2	OCDE	
- Ranking de Resiliencia Bloomberg (sobre total de 53 países)						49	Bloomberg	

ALEMANIA

Fuentes

	Los datos en cada fila representan variables; dígitos no identificados en la Columna 1						
Condiciones socio-económicas globales en Dic-2019							
- PIB per cápita 2019 (PPA, precios de 2017), y Var% acum 2009-19	53,785	19,2%					Banco Mundial
- Desempleo (% mujeres y varones) y Empleo Vulnerable (% mujeres y varones)	3%	4%		5%	6%		Banco Mundial
- Pobreza (% de la población bajo línea de 1.9, 3.2 y 5.5 USD PPP 2011), Índice de Gini, circa 2019	0,0%	0,2%	0,5%	31,9			Banco Mundial
- Esperanza de vida al nacer (años, mujeres y varones), y % de población con 65+ años	83,3	78,6		23,5%			Banco Mundial & OVID
- Acceso deficiente a la vivienda / hacinamiento				0%			Banco Mundial
- Densidad poblacional (hab/ha ²)				237			Banco Mundial
- Población Urbana (total) % / % Población >65 años (total) % / % población femenina / Población total	64,096,118	77%		21,6%	53%	82,837,208	Banco Mundial
- Suscriptores a banda ancha fijo (2019) y Network Readiness Index 2020		41%				77,48	Banco Mundial & Instituto Perulans
- Turismo internacional (ingresos como % de exportaciones y % del PIB / egresos como % de importaciones y % del PIB, ingresos netos como % del PIB), circa 2019	3,21	1,51	6,27	2,58	-1,07		Banco Mundial
- World Values Survey (WVS), indicadores seleccionados (medida de confianza en servicio civil, confianza en el gobierno, aceptación de vigilancia remota e índice de escepticismo, respectivamente)	62,0%	44,2%	69,3%	9,5%			World Values Survey
- Índices de Descentralización Administrativa y Descentralización Política		0,64			0,75		Ivanys & Shah (2012)
Situación fiscal, económica-financiera en Dic-2019							
- Inflación anual (IPC)				1%			Banco Mundial
- Resultado fiscal (primero y global como % del PIB, promedio 2015-2019)		2,2%			1,4%		FMI - WEO
- Rendimiento Bonos Soberanos a 10 años				-0,3%			Koyfin, World Government Bonds, Bloomberg
Calidad del sistema de salud en Dic-2019							
- Médicos (cada 10000 habitantes), índice de cobertura de atención sanitaria (infecciones y capacidad & acceso general), 0-100, % de población urbana que usa servicios médicos básicos	43	79	99			99%	OMS
- Tasa de mortalidad (fallecidos cada 1.000 habitantes y total), 2019	11,3	826,060					Banco Mundial
- Camas hospitalarias (cada 1.000 hab), y UCI (cada 100.000 hab), Dic-19 y Dic-20	5,0		33,9				Banco Mundial & OMS
- Índice de Seguridad Sanitaria frente a catástrofes biológicas (Global Health Security Index, octubre 2019), Índice Agregado Subíndice de capacidad de respuesta frente a epidemia, Subíndice de Robustez del sistema sanitario, Subíndice de vulnerabilidad frente a amenazas biológicas, 100=mejores condiciones	66	55	48	81			Johns Hopkins
- Tamaño y cobertura del sistema de salud (gasto total como % del PIB; gasto mandatorio en salud como % del PIB; share de cobertura -financiamiento y atención- del sub-sistema privado -OS y EMP, sin PAM)	11,7%	9,9%	35%				OCDE
	I.2020	II.2020	III.2020	IV.2020	I.2021	II.2021	
Medidas: acciones clave:							
- Índice de Rigurosidad (Stringency Index), OWID, promedio trimestral	10	67	55	64	81	73	Oford - Our World in Data
- Índice de apoyo económico (Economic Support Index), OWID, promedio trimestral	7	63	38	36	38	38	Oford - Our World in Data
- Medidas Fiscales excepcionales en respuesta al COVID-19 (% del PIB, acumulado a junio 2020), Gasto "arriba de la línea" y Asistencia de Liquidez / Demora del Presupuesto & Fuera del Presupuesto		1164%			27,79%		FMI
- Cierres de trabajos, promedio trimestral (0 = no; 1 = recomendado; 2 = requerido en algunos; 3 = requerido excepto esenciales)	0,2	2,0	2,0	2,2	2,7	2,0	Oford - Our World in Data
- Mantenimiento de ingresos, promedio trimestral (0, 1 si reemplazó < 50%, 2 si reemplazó > 50%)	0,4	2,0	2,0	1,9	2,0		Oford - Our World in Data
- Alivio financiero a familias, promedio trimestral: 0 (ninguno), 1 (limitado), 2 (extendido)	-	1,0	-	-	-	-	Oford - Our World in Data
- Cierre de escuelas (índice Our World Data, de 0-no a 3-total, promedios trimestrales)	0,9	2,5	1,4	1,4	3,0	2,3	Oford - Our World in Data
- Cierre de escuelas (% de días de instrucción con cierre total y parcial, respect., a mar-2021)		23%			27%		Unicaf
- Indicación de aislamiento social ("Quedate en casa"), promedio trimestral	0,4	0,8	-	1,1	2,0	1,7	Oford - Our World in Data
- Testeo (para detección-aislamiento-seguimiento % de población, acumulado en el trimestre)	1,1%	6,0%	13,3%	22,1%	18,3%	19,0%	Oford - Our World in Data
- Contact Tracing: 0 (ninguno), 1 (limitado) y 2 (pleno); promedio trim.	1,4	1,2	2,0	2,0	1,0	1,4	Oford - Our World in Data
- Testing Policy: 0 (ninguna), 1 (limitada), 2 (sistemática), 3 (libre); promedio trimestral	0,7	2,4	3,0	1,9	3,0	3,0	Oford - Our World in Data
- Protección a mayores: 0 (ninguna), 1 (recomendada), 2 (limitada), 3 (estricta); promedio trimestral	0,6	2,5	2,0	2,0	2,0	2,0	Oford - Our World in Data
- Vacunación: población cubierta por dosis completas (ajustado por necesidad de dosis); población cubierta ajustada por efectividad (en reducción de contagios) de las vacunas contratadas; efectividad de las vacunas contratadas; Índice HI sobre la concentración de proveedores	494%	412%	83%	38,50			Unicaf & NYT Vaccine Tracker
- Vacunación (porcentaje de la población con primera dosis), promedio trimestral				0,1%	4,4%	34,7%	Our World in Data
- Vacunación (porcentaje de la población con dosis completas), promedio trimestral					1,9%	15,5%	Our World in Data
Indicadores: sanitarios: de evolución de la pandemia							
- Contagios de Covid-19, acumulados al final de cada trimestre	71,808	123,610	97,495	1,467,607	1,053,124	892,561	Our World in Data
- Positividad de tests (de todo tipo), acumulado en cada trimestre	8%	2%	1%	8%	7%	6%	Our World in Data
- Internaciones en UCI por Covid-19 (% del total de casos en últimos 15 días -casos activos)	0,01800687	7,5%	2,4%	1,3%	2,2%	2,6%	Our World in Data
- Mortalidad por Covid-19 (fallecimientos / 100.000 habitantes), en cada trimestre	0,9	9,9	0,6	29,3	51,7	17,3	Our World in Data
- Exceso de mortalidad (% de baseline), 2020 y primer semestre 2021, Ratio exceso de muertes / muertes COVID hasta II.2021	3%	2%	0,47				World Mortality Dataset
- Letalidad por Covid-19 (fallecimientos de casos detectados, en %), promedio en cada trimestre	1,1%	6,6%	0,5%	1,7%	4,0%	1,6%	Our World in Data
- Esfuerzo de testeo (tests/fallecidos, acumulado al II.2021)	72,7						Our World in Data
Indicadores: económicos: de la evolución de la pandemia							
- Movilidad (promedio trimestral, % de desvío respecto al baseline)	-8,5%	-8,3%	15,6%	-13,6%	-22,1%	3,5%	Google Mobility Reports
- Empleo (cambio frente al mismo trimestre de 2019)	0,3%	-1,2%	-1,3%	-1,4%	-1,2%	-1,1%	DESTATIS
- PIB (cambio del PIB real desestacionalizado respecto a mismo trimestre 2019)	-2,1%	-11,2%	-3,5%	-3,3%	-5,0%	-3,4%	FMI - IFS
- Pobreza (% de la población), 2019, prev. 2020 con transf., prev. 2020 sin transf., delta ct., delta s/t							
Evolución de las finanzas fiscal, económica-financiera post-pandemia							
- Inflación (IPC)	1,6%	0,5%	-0,1%	-0,3%	1,4%	2,3%	FMI - IFS
- Resultado fiscal (primero y global como porcentaje del PIB, valores 2020, proyecciones 2021)	-3,5%	-5,0%	-4,2%	-5,5%			FMI-WEO & FIEL
- Déficit Hato como % del PIB (2019, Delta 2020/2019, Delta 2021/2019), Delta inflación II.2021 vs 2019, Delta en el rendimiento de los bonos soberanos a 10 años (final II.2021 vs. IV.2019)	60%	9%	11%		1%	0,03%	Bloomberg & FMI-WEO
Otros: indicadores:							
- Años estimados requeridos desde IV.2019 para recuperar el PIB per cápita de pre-pandemia				2			OCDE
- Ranking de Resiliencia Bloomberg (sobre total de 53 países)				28			Bloomberg

ESPAÑA

Fuentes

Los datos en cada fila representan variables distintas, identificadas en la Columna 1	
Condiciones socio-económicas-políticas en Dic-2019	
- PBI per cápita 2019 (PPA, precios de 2017), y Var % acum 2009-19	40.986 9,1%
- Desempleo (% mujeres y varones) y Empleo Vulnerable (% mujeres y varones)	16% 12% 9% 13%
- Pobreza (% de la población bajo línea de 1,9, 3,2 y 5,5 USD PPP 2011), Índice de Gini, circa 2019	0,9% 1,2% 2,4% 34,7
- Esperanza de vida al nacer (años, mujeres y varones), y % de población con 65+ años	86,3 80,7 19,4%
- Acceso deficiente a la vivienda / hacinamiento	6%
- Densidad poblacional (hab/km2)	94
- Población Urbana (total y 1q) / % Población >65 años (total y 1q) / % población femenina / Población total	37.686.424 81% 19,6% 81% 46.656.022
- Suscriptores a banda ancha fija (2018) y Network Readiness Index 2020	33% 67,31
- Turismo internacional (egresos como % de exportaciones y % del PIB / egresos como % de importaciones y % del PIB, ingresos netos como % del PIB), circa 2019	16,30 5,73 5,38 1,74 3,98
- World Values Survey (WVS), indicadores seleccionados (medidas de confianza en servicio civil, confianza en el gobierno, aceptación de violencia razonable e índice de escepticismo, respectivamente)	47,6% 22,0% 61,1% 28,2%
- Índices de Descentralización Administrativa y Descentralización Política	0,37 0,6
Situación fiscal, económica-financiera en Dic-2019	
- Inflación anual (IPC)	1%
- Resultado fiscal (primario y global, como % del PIB, promedio 2015-2019)	-1,2% -3,6%
- Rendimiento Bonos Soberanos a 10 años	0,5%
Calidad del sistema de salud en Dic-2019	
- Médicos (cada 10.000 habitantes), índice de cobertura de atención sanitaria (efecciones y capacidad de acceso general), 0-100, % de población urbana que usa servicios médicos básicos	40 75 98 100%
- Tasa de mortalidad (fallecidos cada 1.000 habitantes y total), 2019	9,1 434.670
- Camas hospitalarias (cada 1.000 hab), y UCI (cada 100.000 hab, Dic-19 y Dic-20)	3,0 8,9
- Índice de Seguridad Sanitaria frente a enfermedades biológicas (Global Health Security Index, octubre 2019), Índice Agregado, Subíndice de capacidad de respuesta frente a epidemia, Subíndice de Robustez del sistema sanitario, Subíndice de vulnerabilidad frente a amenazas biológicas, 100=mejores condiciones	66 62 60 77
- Tasa y cobertura del sistema de salud (gasto total como % del PIB, gasto mandatorio en salud como % del PIB, tasa de cobertura-financiamiento y atención del subsector privado -OS y ENP, sin PAMU)	9,1% 6,4% 15%
	I 2020 II 2020 III 2020 IV 2020 I 2021 II 2021
Medidas sanitarias salientes	
- Índice de Rigurosidad (Stringency Index), OVID, promedio trimestral	21 73 61 70 71 63
- Índice de apoyo económico (Economic Support Index), OVID, promedio trimestral	10 87 88 88 88 88
- Medidas Fiscales excepcionales en respuesta al COVID-19 (% del PIB, acumulado a junio 2021)	7,58% 14,37%
- Cierre de trabajo, promedio trimestral (0 = no, 1 = recomendado, 2 = requerido en algunos, 3 = requerido estricto esencial)	0,5 2,3 1,8 2,0 2,0 2,0
- Mantenimiento de ingresos, promedio trimestral (0, 1 si reemplazo < 50%, 2 si reemplazo > 50%)	0,3 1,9 2,0 2,0 2,0 2,0
- Alivio financiero a familias, promedio trimestral: 0 (ninguno), 1 (limitado), 2 (extendido)	0,2 2,0 2,0 2,0 2,0 2,0
- Cierre de escuelas (índice Our World Data, de 0 -no- a 3 -total-, promedios trimestrales)	0,8 2,6 2,0 1,6 1,1 1,0
- Cierre de escuelas (% de días de instrucción con cierre total y parcial, respect), a mar-2021	28% 14%
- Indicador de aislamiento social ("Queda te en casa"), promedio trimestral	0,4 1,5 1,3 1,7 2,0 1,7
- Testeo (para detección aislamiento-sensitivo -% de población, acumulado en el trimestre)	1,8% 6,0% 13,9% 26,9% 30,5% 21,0%
- Contact Tracing: 0 (ninguno), 1 (limitado) y 2 (pleno), promedio tris.	0,9 1,0 1,0 1,0 1,0 1,0
- Testing Policy: 0 (ninguna), 1 (limitado), 2 (intermedio), 3 (bre), promedio trimestral	0,7 1,6 2,0 2,0 2,0 2,0
- Protección a mayores: 0 (ninguna), 1 (recomendada), 2 (limitada), 3 (estricta), promedio trimestre	0,1 1,0 1,0 1,0 1,0 1,0
- Vacunación: población cubierta por dosis contra las (ajustado por necesidad de dosis), población cubierta juzgada por efectividad (en reducción de contagio) de las vacunas contra todas, efectividad de las vacunas contra las. Índice HH sobre la concentración de proveedores	464% 397% 53% 386 53,5%
- Vacunación (porcentaje de la población con primera dosis), promedio trimestral	4,6%
- Vacunación (porcentaje de la población con dosis completas), promedio trimestral	2,6%
Indicadores sanitarios de evolución de la pandemia	
- Casos de COVID-19, acumulados a fiscal de cada trimestre	1.064 63.476 686.471 874.613 723.207 624.607
- Posibilidad de test (de todo tipo), acumulado en cada trimestre	0% 2% 11% 7% 5% 16%
- Interrupciones en UCI por COVID-19 (% del total de casos en último 15 días -casos activos)	0,6% 0,5% 1,0%
- Mortalidad por COVID-19 (fallecimientos c/ 100.000 habitantes), en cada trimestre	0,1 2,7 33,5 66,4 27,0 63,6
- Exceso de mortalidad (% de base), 2020 y primer semestre 2021, Ratio exceso de muerte / muertes COVID hasta II 2021	16% 6% 1,02
- Letalidad por COVID-19 (fallecimientos de casos decretados, en %), promedio en cada trimestre	2,6% 2,0% 2,3% 3,0% 1,7% 1,7%
- Esfuerzo de testeo (tests/fallecidos, acumulado al II 2021)	679
Indicadores económicos de la evolución de la pandemia	
- Movilidad (promedio trimestral % de desvío respecto al baseline)	-25,6% -45,6% -7,6% -19,2% -23,3% -6,5%
- Empleo (cambio frente al mismo trimestre de 2019)	1,1% -6,0% -3,5% -3,1% -1,4% -0,7%
- PBI (cambio del PIB real desestacionalizado respecto a mismo trimestre 2019)	-4,3% -21,6% -8,6% -8,9% -8,3% -6,1%
- Pobreza (% de la población, 2019, prev. 2020 con transf., prev. 2020 sin transf., de la c.i. de la a.i.)	
Evolución de la situación fiscal, económica-financiera post-pandemia	
- Inflación (IPC)	0,6% -0,7% -0,6% -0,7% 0,6%
- Resultado fiscal (primario y global, como porcentaje del PIB, valores 2020, proyecciones 2021)	-9,4% -9,0% -11,5% -7,6%
- Deuda Bruta como % del PIB (2019, Delta 2020/2019, Delta 2021/2020), Delta inflación II 2021 vs 2019, Delta en el rendimiento de los bonos soberanos a 10 años (fiscal II 2021 vs. IV 2020)	96% 22% 23% 2%
- Otros indicadores	3,5
- Años estimados requeridos de ade IV. 2019 para recuperar el PIB per cápita de pre-pandemia	1,7

SUECIA

Fuentes

Los datos en cada fila representan variables distintas identificadas en la Columna 1	
Condiciones socio-económicas-políticas en Dic-2019	
- PBI per cápita 2019 (PPA, precios de 2017), y Var % acum 2009-19	62.609 16,3%
- Desempleo (% mujeres y varones) y Empleo Vulnerable (% mujeres y varones)	7% 7% 4% 8%
- Pobreza (% de la población bajo línea de 1,9, 3,2 y 5,5 USD PPP 2011), Índice de Gini, circa 2019	0,7% 0,9% 1,2% 30
- Esperanza de vida al nacer (años, mujeres y varones), y % de población con 65+ años	84,3 80,9 20,0%
- Acceso deficiente a la vivienda / hacinamiento	0%
- Densidad poblacional (hab/m ²)	26
- Población Urbana (total y %) / % Población >65 años (total y %) / % población femenina / Población total	8.896.291 88% 20,1% 80% 10.143.078
- Suscriptores a banda ancha fija (2018) y Network Readiness Index 2020	40%
- Turismo internacional (ingresos como % de exportaciones y % del PBI / egresos como % de importaciones y % del PBI, ingresos netos como % del PBI), circa 2019	5,97 2,68 7,62 3,32 -0,63
- World Values Survey (WVS), indicadores seleccionados (medidas de confianza en servicio civil, confianza en el gobierno, aceptación de violencia remota e índice de escepticismo, respectivamente)	62,9% 60,7% 86,5% 7,9%
- Índices de Descentralización, Administración y Descentralización Política	0,9 0,54
Situación fiscal, económica-financiera en Dic-2019	
- Inflación anual (IPC)	2%
- Resultado fiscal (primario y global, como % del PBI, promedio 2015-2019)	0,8% 0,7%
- Rendimiento Bonos Soberanos a 10 años	0,1%
Calidad del sistema de salud en Dic-2019	
- Médicos (cada 10.000 habitantes), índice de cobertura de atención sanitaria (infecciones y capacidad & acceso mental), 0-100, % de población urbana que usa servicios médicos básicos	43 84 95 99%
- Tasa de mortalidad (fallecidos cada 1.000 habitantes y año), 2019	8,6 87.230
- Camas hospitalarias (cada 1.000 hab), y UCI (cada 100.000 hab), Dic-19 y Dic-20	2,2 8,1 12,3
- Índice de Seguridad Sanitaria frente a catástrofes biológicas (Global Health Security Index, octubre 2019), Índice Agregado Subíndice de capacidad de respuesta frente a epidemia, Subíndice de Robustez del sistema sanitario, Subíndice de vulnerabilidad frente a amenazas biológicas, 100 mejores condiciones	72 63 49 85
- Tamaño y cobertura del sistema de salud (gasto total como % del PBI, gasto mandatorio en salud como % del PBI, share de cobertura -financiamiento y atención- del subsector privado -OS y EMD, sin PAMZ)	10,9% 9,3%
	I.2020 II.2020 III.2020 IV.2020 I.2021 II.2021
Medidas sanitarias salientes	
- Índice de Rigoridad (Stringency Index), OWID, promedio trimestral	9 64 87 61 69 62
- Índice de apoyo económico (Economic Support Index), OWID, promedio trimestral	9 38 63 63 39 38
- Medida Fiscal excepcional en respuesta al COVID-19 (% de PBI, acumulado a junio 2021), Gasto "arriba de la línea" y Asistencia de Líquidez / Dentro del Presupuesto & Fuera de Presupuesto	4,18% 5,28%
- Cierres de negocios, promedio trimestral (0 = no, 1 = recomendado, 2 = requerido en algunos, 3 = requerido estricto esenciales)	0,2 1,0 1,0 1,4 2,0 1,7
- Mantenimiento de ingresos, promedio trimestral (0, 1 si reemplazó < 50%, 2 si reemplazó > 50%)	0,5 2,0 2,0 2,0 2,0 2,0
- Alivio financiero a familias, promedio trimestral 0 (ninguno), 1 (limitado), 2 (extendido)	- - 1,0 1,0 0,1 0,0
- Cierre de escuelas (índice Our World Data, de 0-no a 3-totales, promedios trimestrales)	0,3 2,0 1,6 1,3 2,0 0,6
- Cierre de escuelas (% de días de instrucción con cierre total y parcial, respect.), a mar-2021	0% 38%
- Indicación de aislamiento social ("Quedarse en casa"), promedio trimestral	0,1 1,0 1,0 1,0 1,0 1,0
- Testeo (para detección-sistema-seguimiento-% de población), acumulado en el trimestre	10,2% 28,4% 30,8% 32,1%
- Contact Tracing: 0 (ninguno), 1 (limitado) y 2 (pleno), promedio tris.	1,2 1,0 1,0 1,0 1,0
- Testing Policy: 0 (ninguna), 1 (limitada), 2 (intermitente), 3 (libre), promedio trimestral	0,7 1,3 2,0 2,0 2,0 2,0
- Protección a mayores: 0 (ninguna), 1 (recomendada), 2 (limitada), 3 (extensiva), promedio trimestre	0,4 3,0 3,0 3,0 2,8 2,0
- Vacunación: población cubierta por dosis completadas (ajustado por necesidad de dosis), población cubierta ajustada por efectividad (en reducción de contagios) de las vacunas contratadas, efectividad de las vacunas contratadas: Índice IH sobre la concentración de proveedores	464% 387% 83% 386% 866%
- Vacunación (porcentaje de la población con primera dosis), promedio trimestral	0,0% 4,7% 32,8%
- Vacunación (porcentaje de la población con dosis completas), promedio trimestre	2,0% 16,3%
Indicadores sanitarios de evolución de la pandemia	
- Contagios de Covid-19, acumulados al final de cada trimestre	4.834 63.090 24.909 344.616 267.607 286.104
- Positividad de tests (de todo tipo), acumulado en cada trimestre	2% 2% 12% 12% 9%
- Internaciones en UCI por Covid-19 (% del total de casos en últimos 15 días-casos activos)	8,1% 4,6% 0,9% 0,3% 0,6% 0,6%
- Mortalidad por Covid-19 (fallecimientos / 100.000 habitantes), en cada trimestre	3,5 48,8 8,5 27,9 46,7 11,5
- Exceso de mortalidad (% del baseline), 2020 y primer semestre 2021, Ratio exceso de muertes / muertes COVID hasta II.2021	9% 0% 0,66
- Letalidad por Covid-19 (fallecimientos de casos detectados, en %), promedio en cada trimestre	8,0% 7,8% 2,2% 0,8% 1,3% 0,4%
- Esfuerzo de insumo (tests fallecidos, acumulado a II.2021)	710
Indicadores económicos de la evolución de la pandemia	
- Movilidad (promedio trimestral % de diario respecto al baseline)	-4,0% 8,9% 26,3% -12,6% -17,6% 12,2%
- Empleo (cambio frente al mismo trimestre de 2019)	0,1% -1,9% -2,9% -1,4% -1,2% 0,0%
- PBI (cambio del PBI real desestacionalizado respecto a mismo trimestre 2019)	0,1% -5,1% -1,8% -1,8% -0,1%
- Pobreza (% de la población), 2019, proy. 2020 con transf., proy. 2020 sin transf., delta c.t, delta a.t	
Evolución de la situación fiscal, económica-financiera post-pandemia	
- Inflación (IPC)	1,0% 0,1% 0,4% 0,3% 1,6%
- Resultado fiscal (primario y global, como porcentaje del PBI, valores 2020, proyecciones 2021)	-4,1% -4,0% -4,0% -3,6%
- Deuda Bruta como % del PIB (2019, De la 2020-2019, De la 2021-2019), Delta inflación II.2021 vs 2019, Delta en el rendimiento de los bonos soberanos a 10 años (fija) II.2021 vs. IV.2019	36% 2% 5%
Otros indicadores	
- Años estimados requeridos de sede IV.2019 para recuperar el PBI per cápita de pre-pandemia	2
- Ranking de Resiliencia Bloomberg (sobre total de 53 países)	32

COREA DEL SUR

Fuente

Los datos en cada fila representan variables de datos identificadas en la Columna 1							
Condiciones socio-económicas-políticas en Dic-2019							
- PIB per cápita 2019 (PPA, precios de 2017), y Var % acum 2009-19	42.879	32,0%	Banco Mundial				
- Desempleo (% mujeres y varones) y Empleo Vulnerable (% mujeres y varones)	4%	4%	10%	10%	Banco Mundial		
- Pobreza (% de la población bajo línea de 1,9, 3,2 y 5,5 USD PPP 2011), Índice de Gini, circa 2019	0,2%	0,2%	0,7%	31,4	Banco Mundial		
- Esperanza de vida al nacer (años, mujeres y varones), y % de población con 65+ años	85,7	79,7	13,0%		Banco Mundial & OVID		
- Acceso deficiente a la vivienda / hacinamiento			0%		Banco Mundial		
- Densidad poblac total (habitantes)			679		Banco Mundial		
- Población Urbana (total y %) / % Población >65 años (total y %) / % población femenina / Población total	41.035.247	81%	16%	80%	61.636.932	Banco Mundial	
- Suscriptores a banda ancha fija (2018) y Network Readiness Index 2020	42%			74,6		Banco Mundial & Instituto Portilars	
- Turismo internacional (Ingresos como % de exportaciones y % del PIB / egresos como % de importaciones y % del PIB, ingresos netos como % del PIB), circa 2019	3,97	1,89	6,74	2,12	-0,64	Banco Mundial	
- World Values Survey (WVS), índices de satisfacción (medidas de confianza en servicios públicos, confianza en el gobierno, aceptación de violencia remota e índice de escepticismo, respectivamente)	86,4%	81,3%	80,7%	20,5%		World Values Survey	
- Índice de Descentralización Administrativa y Descentralización Política	0,63		0,75			Ivazva & Shah (2012)	
Situación fiscal, económica-financiera en Dic-2019							
- Inflación anual (IPC)			0%			Banco Mundial	
- Resultado fiscal (primario y global) como % del PIB, promedio 2015-2019	1,1%			1,6%		FMI - WEO	
- Rendimiento Bonos Soberanos a 10 años			1,7%			Koyfin, World Government Bonds, Bloomberg	
Calidad del sistema de salud en Dic-2019							
- Médicos (cada 10.000 habitantes), índice de cobertura de atención sanitaria (infecciones y capacidad & acceso general), 0-100, % de población urbana que usa servicios médicos básicos	24	94	99		100%	OMS	
- Tasa de mortalidad (fallecidos cada 1.000 habitantes y total), 2019	5,7	294.263				Banco Mundial	
- Casos hospitalarios (cada 1.000 hab), y UCI (cada 100.000 hab), Dic-19 y Dic-20	12,3		10,6			Banco Mundial & OMS	
- Índice de Seguridad Sanitaria frente a catástrofes biológicas (Global Health Security Index, octubre 2019), Índice Agregado, Subíndice de capacidad de respuesta frente a epidemia, Subíndice de Robustez del sistema sanitario, Subíndice de vulnerabilidad frente a amenazas biológicas. 100=mejores condiciones	70	72	69	74		Johns Hopkins	
- Tamaño y cobertura del sistema de salud (gasto total como % del PIB, gasto mandatorio en salud como % del PIB, share de cobertura -financiamiento y atención- del subsector privado -OS y EAP, sin PAMJ)	8,2%	4,9%	71%			OCDE	
	I.2020	II.2020	III.2020	IV.2020	I.2021	II.2021	
Medidas sanitarias salientes							
- Índice de Rigoridad (Stringency Index), OVID, promedio trimestral	33	66	63	67	62	63	Oxford - Our World in Data
- Índice de apoyo económico (Economic Support Index), OVID, promedio trimestral	6	60	60	60	60	60	Oxford - Our World in Data
- Medidas Fiscales excepcionales en respuesta al COVID-19 (% del PIB, a cambio de junio 2021)		4,0%			10,1%		FMI
- Cierre de trabajos, promedio trimestral (0= no, 1= recomendado, 2= requerido en algunos, 3= requerido en todo esenciales)	0,6	2,2	2,0	1,2	1,1	1,0	Oxford - Our World in Data
- Mantenimiento de ingresos, promedio trimestral (0, 1 si reemplazó < 50%, 2 si reemplazó > 50%)	0,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	Oxford - Our World in Data
- Apoyo financiero a familias, promedio trimestral (0 (ninguno), 1 (limitado), 2 (extendido))	0,2	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	Oxford - Our World in Data
- Cierre de escuelas (índice Our World Data, de 0= no a 3= total, promedio trimestral)	1,9	2,6	1,9	1,6	2,3	1,0	Oxford - Our World in Data
- Cierre de escuelas (% de días de instrucción con cierre total y parcial) respect., a mar-2021		22%			62%		Unicef
- Indicación de aislamiento social ("Quedarse en casa"), promedio trimestral	0,6	0,6	1,0	1,0	1,0	1,0	Oxford - Our World in Data
- Trabajo (para detección de aislamiento-seguimiento -% de población, acumulado en el trimestre)	0,8%	1,7%	2,0%	3,4%	7,0%	6,6%	Oxford - Our World in Data
- Contact Tracing: 0 (ninguno), 1 (limitado) y 2 (pleno), promedio tris	1,2	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	Oxford - Our World in Data
- Testing Policy: 0 (ninguno), 1 (limitado), 2 (simultáneo), 3 (div), promedio trimestral	2,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	Oxford - Our World in Data
- Protección a mayores: 0 (ninguna), 1 (recomendada), 2 (limitada), 3 (extensiva), promedio trimestre	0,6	3,0	2,0	2,0	2,0	2,0	Oxford - Our World in Data
- Vacunación población cubierta por dosis completadas (ajustado por necesidad de dosis), población cubierta ajustada por efectividad (en reducción de contagios) de las vacunas contratadas, efectividad de las vacunas contratadas. Índice NIH sobre la concentración de proveedores	173%	162%	97%	270%			Unicef & NYT Vaccine Tracker
- Vacunación (porcentaje de la población con primera dosis), promedio trimestral					1,0%	11,4%	Our World in Data
- Vacunación (porcentaje de la población con dosis completas), promedio trimestral					0,0%	3,0%	Our World in Data
Indicadores sanitarios de evolución de la pandemia							
- Contagios de Covid-19, acumulados al final de cada trimestre	9.786	3.064	11.039	37.880	41.970	64.084	Our World in Data
- Positividad de tests (de todo tipo), acumulado en cada trimestre	2%	0%	1%	2%	1%	2%	Our World in Data
- Internaciones en UCI por Covid-19 (% del total de casos en últimos 15 días - casos activos)							
- Mortalidad por Covid-19 (fallecidos por c. 100.000 habitantes), en cada trimestre	0,3	0,2	0,3	1,0	1,6	0,6	Our World in Data
- Exceso de mortalidad (% del base line), 2020 y primer semestre 2021, Ratio exceso de muertes / muertes COVID hasta II.2021	0%	-1%	0,80				World Mortality Dataset
- Letalidad por Covid-19 (fallecimientos de casos detectados, en %), promedio en cada trimestre	1,7%	3,9%	1,2%	1,3%	2,0%	0,6%	Our World in Data
- Esfuerzo de testing (tests fallidos, acumulado al II.2021)	6.178						Our World in Data
Indicadores económicos de la evolución de la pandemia							
- Movilidad (promedio trimestral, % de móvil respecto a base line)	-7,3%	6,1%	1,2%	-0,8%	-3,2%	14,1%	Google Mobility Reports
- Empleo (cambio frente al mismo trimestre de 2019)	1,1%	-1,4%	-1,1%	-1,6%	-0,3%	0,9%	ILO
- PIB (cambio del PIB real desestacionalizado respecto a mismo trimestre 2019)	1,4%	-2,8%	-1,1%	-1,2%	3,1%	2,8%	FMI - IFS
- Pobreza (% de la población, 2002, proy. 2020 con transf. proy. 2002 sin transf. data c/1, delta s/1							
Evolución de la situación fiscal, económica-financiera post-pandemia							
- Inflación (IPC)	1,2%	-0,1%	0,6%	0,6%	1,1%	2,6%	FMI - IFS
- Resultado fiscal (primario y global) como porcentaje de PIB, valores 2021, proyecciones 2021)	-3,3%	-3,2%	-2,9%	-2,9%			FMI-WEO & FIEL
- Deuda Bruta como % del PIB (2019, Delta 2020/2019, Delta 2021/2019), Delta inflación II.2021 vs 2019, Delta en el rendimiento de los bonos soberanos a 10 años (fin II.2021 vs. IV.2019)	42%	6%	11%		2,0%	0,6%	Bloomberg & FMI-WEO
Otros indicadores:							
- Año y meses requeridos desde IV.2019 para recuperar el PIB per cápita de pre-pandemia			1,5				OCDE
- Ranking de Resiliencia Bloomberg (sobre total de 53 países)			6				Bloomberg

MEXICO

Fuentes

	Los datos en cada fila representan variables de riesgo, identificadas en la Columna 1						
Condición: socio-economica-politica: en Dic-2019							
- PIB per cápita 2019 (PPA, precios de 2017), y Var % acum 2008-19	19,701	14,74%					Banco Mundial
- Desempleo (% mujeres y varones) y Empleo Vulnerable (% mujeres y varones)	4%	3%		30%	25%		Banco Mundial
- Pobreza (% de la población bajo línea de 1.9, 3.2 y 5.5 USD PPP 2011), Índice de Gini circa 2019	1,7%	6,5%	22,7%		4,4		Banco Mundial
- Esperanza de vida al nacer (hombres, mujeres y varones), y % de población con 65+ años	77,9	77,2			7,6%		Banco Mundial & OWID
- Acceso deficiente a la vivienda / hacinamiento					16%		Banco Mundial
- Densidad poblacional (habitantes)					65		Banco Mundial
- Población Urbana (total y %) / % Población >65 años (total y %) / % población femenina / Población total	104,085,701	81%		9%	51%	128,932,753	Banco Mundial
- Suscriptores a banda ancha fija (2018) y Network Readiness Index 2020					15%	49,67	Banco Mundial & Instituto Perúmas
- Turismo internacional (ingresos, como % de exportaciones y % del PIB / egresos como % de importaciones y % del PIB, ingresos netos como % del PIB), circa 2019	5,25	2,04	2,48	0,97	1,07		Banco Mundial
- World Values Survey (WVS), indicadores seleccionados (medidas de confianza en servicio civil, confianza en el gobierno, aceptación de violencia extrema e índice de ocupación, respectivamente)	16,3%	17,4%	51,7%	59,9%			World Values Survey
- Índice de Descentralización Administrativa y Descentralización Política		0,53			0,28		Iturra & Stahl (2012)
Situación fiscal, económica-financiera en Dic-2019							
- Inflación anual (IPC)					4%		Banco Mundial
- Resultado fiscal (permanente y global, como % del PIB, promedio 2005-2019)		0,9%			-2,5%		FMI - WEO
- Rendimiento Bonos Soberanos a 10 años					6,9%		Koyfin, World Government Bonds, Bloomberg
Calidad del sistema de salud en Dic-2019							
- Médicos (cada 10,000 habitantes), índice de cobertura de atención sanitaria (infecciones y capacidad & acceso general), 0-100 % de población urbana que usa servicios médicos básicos	49	71	90			93%	OMS
- Tasa de mortalidad (fallecidos cada 1,000 habitantes y total), 2019	6,1	784,169					Banco Mundial
- Camas hospitalarias (cada 1,000 hab.) y UCI (cada 100,000 hab.) Dic-19 y Dic-20	1,0		3,3				Banco Mundial & OMS
- Índice de Seguridad Sanitaria frente a catástrofes biológicas (Global Health Security Index, octubre 2019), Índice Agregado, Subíndice de capacidad de respuesta frente a epidemia, Subíndice de Robustez del sistema sanitario, Subíndice de vulnerabilidad frente a amenazas biológicas, 100=mejores condiciones.	58	51	47	57			Johns Hopkins
- Tamaño y cobertura del sistema de salud (gasto total como % del PIB; gasto mandatorio en salud como % del PIB; share de cobertura-financiamiento y atención del subsistema privado -OSy EMP, sin PAMI)	5,4%	2,7%	10%				OCDE
Métricas sanitarias salientes:							
- Índice de Rigurosidad (Stringency Index), OWID, promedio trimestral	7	79	72	72	61	45	Oxford - Our World in Data
- Índice de apoyo económico (Economic Support Index), OWID, promedio trimestral	-	-	-	65	47	25	Oxford - Our World in Data
- Medidas Fiscales y especiales en respuesta al COVID-19 (% del PIB acumulado a junio 2021), Gasto "arriba de la línea" y Asistencia de Liquidar/ Dento del Presupuesto & Fuera del Presupuesto		0,6%			1,20%		FMI
- Círculos de trabajo, promedio trimestral (0 = no; 1 = recomendado; 2 = seguido en algunos; 3 = seguido estricto)	0,2	2,7	2,3	3,0	2,6	2,0	Oxford - Our World in Data
- Mantenimiento de ingresos, promedio trimestral (0,1 si reemplazó < 50%, 2 si reemplazó > 50%)	-	-	-	0,9	0,4	-	Oxford - Our World in Data
- Alivio financiero a familias, promedio trimestral 0 (ninguno), 1 (limitado), 2 (extendido)	-	-	-	1,8	1,4	1,0	Oxford - Our World in Data
- Cierre de escuelas (Índice Our World Data, de 0 = no a 3 = total, promedios trimestrales)	0,3	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	Oxford - Our World in Data
- Cierre de escuelas (% de días de instrucción con cierre total y parcial, respect.), a mar-2021		96%			8%		Unicef
- Indicador de aislamiento social ("Quedarse en casa"), promedio trimestral	0,0	2,0	1,9	2,0	1,7	1,0	Oxford - Our World in Data
- Testeo (para detección-aislamiento-seguimiento-% de población, acumulado en el trimestre)	0,0%	0,5%	0,9%	1,3%	1,8%	1,8%	Oxford - Our World in Data
- Contact Tracing: 0 (ninguno), 1 (limitado) y 2 (pleno), promedio tris.	0,4	1,0	1,0	1,0	2,0	2,0	Oxford - Our World in Data
- Testing Policy: 0 (ninguno), 1 (limitado), 2 (parcialmente), 3 (libre), promedio trimestral	-	0,9	1,0	1,0	1,0	1,0	Oxford - Our World in Data
- Protección a mayores: 0 (ninguna), 1 (recomendada), 2 (limitada), 3 (extensiva), promedio trimestre	0,2	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	Oxford - Our World in Data
- Vacunación: población cubierta por dosis completadas (ajustado por necesidad de dosis), población cubierta ajustada por efectividad (en reducción de contagios) de las vacunas contratadas, efectividad de las vacunas contratadas; Índice HHS sobre la concentración de proveedores	92%	69%	74%	1342		73%	Unicef & NYT Vaccine Tracker
- Vacunación (porcentaje de la población con primera dosis), promedio trimestral				0,0%	1,3%	14,1%	Our World in Data
- Vacunación (porcentaje de la población con dosis completada), promedio trimestral					0,2%	7,9%	Our World in Data
Indicadores sanitarios: de evolución de la pandemia							
- Contagios de Covid-19, acumulados al final de cada trimestre	1,215	224,974	517,127	692,878	812,793	54,094	Our World in Data
- Positividad de tests (de todo tipo) acumulados en cada trimestre	4%	38%	45%	40%	35%	22%	Our World in Data
- Internaciones en UCI por Covid-19 (% del total de casos en últimos 15 días - casos activos)							
- Exceso de mortalidad (% del baseline), 2020 y primer semestre 2021, Ratio exceso de muertes / muertes COVID hasta 8/2021	39%	43%	2,00				Our World in Data
- Mortalidad por Covid-19 (fallecimientos c/ 100,000 habitantes), en cada trimestre	0,0	21,5	38,7	37,4	60,0	23,1	World Mortality Dataset
- Letalidad por Covid-19 (fallecimientos de casos detectados, en %), promedio en cada trimestre	2,4%	12,3%	9,6%	7,1%	9,5%	10,6%	Our World in Data
- Esfuerzo de tests (tests fallidos, acumulado a 11/2021)	30						Our World in Data
Indicadores económicos: de la evolución de la pandemia							
- Movilidad (promedio trimestral % de desvío respecto al baseline)	-6,9%	-42,3%	-29,5%	-24,0%	-26,4%	-10,1%	Google Mobility Reports
- Empleo (cambio frente al mismo trimestre de 2019)	2,2%	-18,4%	-7,6%	-1,2%	-2,2%	0,6%	ILO
- PIB (cambio del PIB real desestacionalizado respecto a mismo trimestre 2019)	-2,0%	-18,5%	-8,7%	-4,6%	-4,6%	-3,0%	FMI - IFS
- Pobreza (% de la población), 2019, proy. 2020 con transf., proy. 2020 sin transf., delta c/ delta s/	41,5%	50,6%	50,6%	9,1%	9,1%		CEPAL (Marzo 2021)
Evolución de la situación fiscal, económica-financiera post-pandemia							
- Inflación (IPC)	3,4%	2,5%	3,9%	3,5%	4,0%	6,0%	FMI - IFS
- Resultado fiscal (permanente y global, como porcentaje del PIB, valores 2020, proyecciones 2021)	-0,6%	0,2%	-4,6%	-3,4%			FMI-WEO & FIEL
- Deuda bruta como % del PIB (2019, Delta 2020/2019, Delta 2021/2019), Delta inflación 8/2021 vs 2019, Delta en el rendimiento de los bonos soberanos a 10 años (fija) 11/2021 vs. 1V-2019	53%	7%	7%		2,32%	0,1%	Bloomberg & FMI-WEO
Otros indicadores:							
- Años estimados requeridos desde IV-2019 para recuperar el PIB per cápita de pre-pandemia			3,75				OCDE
- Ranking de Resiliencia Bloomberg (sobre total de 51 países)			34				Bloomberg

COSTA RICA

Fuentes

	Los datos en cada fila representan variables; los números idénticos en la Columna 1						
Condiciones socio-económicas públicas en Dic-2019							
- PIB per cápita 2019 (PPA, precios de 2017), y Var% acum 2009-19	20,805	25,6%					Banco Mundial
- Desempleo (% mujeres y varones) y Empleo Vulnerable (% mujeres y varones)	15%	9%	21%	24%			Banco Mundial
- Pobreza (% de la población bajo línea de 1,9, 3,2 y 5,5 USD PPP 2011), Índice de Gini, circa 2019	1,0%	3,2%	10,6%	49,2			Banco Mundial
- Esperanza de vida al nacer (años, mujeres y varones), y % de población con 65+ años	82,9	77,7	10,3%				Banco Mundial & OWID
- Acceso deficiente a la vivienda / hacinamiento				4%			Banco Mundial
- Densidad poblacional (hab/km ²)				95			Banco Mundial
- Población Urbana (total y %) / % Población >65 años (total y %) / % población femenina / Población total	4.114.567	81%	10%	5,0%	5.094.114,22		Banco Mundial
- Suscriptores a banda ancha fija (2018) y Netosok Readiness Index 2020	15%					51,15	Banco Mundial & Instituto Portulans
- Turismo internacional (ingresos como % de exportaciones y % del PIB / egresos como % de importaciones y % del PIB, ingresos netos como % del PIB), circa 2019	19,35	6,55	7,19	2,25	4,30		Banco Mundial
- World Values Survey (WVS), indicadores seleccionados (medida de confianza en servicio civil, confianza en el gobierno, adaptación de vigilancia remota e índice de escepticismo, respectivamente)	23,6%	59,0%	39,1%				World Values Survey
- Índices de Descentralización Administrativa y Descentralización Política	0,31		0,02				Ivanva & Shah (2012)
Situación fiscal, económica-financiera en Dic-2019							
- Inflación anual (IPC)	2%						Banco Mundial
- Resultado fiscal (primario y global como % del PIB, promedio 2015-2019)	-2,6%		-5,8%				FMI - WEO
- Rendimiento Bonos Soberanos a 10 años	8,6%						Koynin, World Government Bonds, Bloomberg
Calidad del sistema de salud en Dic-2019							
- Médicos (cada 10000 habitantes), índice de cobertura de atención sanitaria (infecciones y capacidad & acceso general), 0-100, % de población urbana que usa servicios médicos básicos	29	65	77	98%			OMS
- Tasa de mortalidad (fallecidos cada 1.000 habitantes y año), 2019	5,2	26,245					Banco Mundial
- Camas hospitalarias (cada 1.000 hab) y UCI (cada 100.000 hab), Dic-19 y Dic-20	1,1	4,5					Banco Mundial & OMS
- Índice de Seguridad Sanitaria frente a catástrofes biológicas (Global Health Security Index, octubre 2019), Índice Agregado Subíndice de capacidad de respuesta frente a epidemia, Subíndice de Robustez del sistema sanitario Subíndice de vulnerabilidad frente a amenazas biológicas, 100=mejores condiciones	45	37	2,5	72			Johns Hopkins
- Tamaño y cobertura del sistema de salud (gasto total como % del PIB; gasto gubernamental en salud como % del PIB, share de cobertura -financiamiento y atención- del subsector privado -OS y EBP, sin PAMI)	7,3%	5,4%	30%				OCDE
Medidas y límites: distintos							
- Índice de Rigurosidad (Stringency Index), OWID, promedio trimestral	15	74	65	57	60	60	Oxford - Our World in Data
- Índice de apoyo económico (Economic Support Index), OWID, promedio trimestral	3	48	50	50	50	44	Oxford - Our World in Data
- Medidas Fiscales excepcionales en respuesta al COVID-19 (% del PIB), acumulado a junio 2021, Gasto "arriba de la línea" v/ Asistencia de Liquidar / Dentro del Presupuesto; Fuente del Presupuesto	1,50%			0,00%			FMI
- Cierres de trabajos, promedio trimestral (0 = no; 1 = recomendado; 2 = requerido en algunos; 3 = requerido excepto esenciales)	0,5	2,2	2,1	2,0	2,0	2,0	Oxford - Our World in Data
- Mantenimiento de ingresos, promedio trimestral (0, 1 si se empleó < 50%, 2 si se empleó > 50%)	-	0,9	1,0	1,0	1,0	0,7	Oxford - Our World in Data
- Alivio financiero a familias, promedio trimestral: 0 (ninguno), 1 (limitado), 2 (extenso)	0,1	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	Oxford - Our World in Data
- Cierre de escuelas (índice One World Data, de 0-no a 3-total, -promedios trimestrales)	0,6	3,0	3,0	3,0	1,5	1,5	Oxford - Our World in Data
- Cierre de escuelas (% de días de instrucción con cierre total y parcial, respect., a mar-2021)	95%			0%			Unicef
- Indicaciones de aislamiento social ("Quedarse en casa"), promedio trimestral	-	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	Oxford - Our World in Data
- Testeo (para detección-aislamiento-seguimiento -% de población), acumulado en el trimestre	0,1%	0,6%	3,4%	4,4%	5,0%	10,8%	Oxford - Our World in Data
- Contact Tracing: 0 (ninguno), 1 (limitado) y 2 (pleno); promedio trim.	1,5	2,0	1,1	1,0	1,0	1,0	Oxford - Our World in Data
- Testing Policy: 0 (ninguna), 1 (limitada), 2 (sintomática), 3 (libre); promedio trimestral	0,5	1,0	1,0	1,0	1,0	1,9	Oxford - Our World in Data
- Protección a mayores: 0 (ninguna), 1 (recomendada), 2 (limitada), 3 (estricta); promedio trimestre	-	-	0,9	2,0	2,0	2,0	Oxford - Our World in Data
- Vacunación población cubierta por dosis suministradas (ajustado por necesidad de dosis); población cubierta ajustada por efectividad (en reducción de contagios) de las vacunas suministradas; efectividad de las vacunas suministradas; Índice HI sobre la concentración de proveedores	97%	97%	89%	\$200	85%		Unicef & NYT Vaccine Tracker
- Vacunación (porcentaje de la población con primera dosis), promedio trimestral					2,0%	17,1%	Our World in Data
- Vacunación (porcentaje de la población con dosis completas), promedio trimestral					1,0%	9,8%	Our World in Data
Indicadores: síntomas de evolución de la pandemia							
- Contagio de Covid-19, acumulados al final de cada trimestre	347	3.112	72.201	93.561	47.443	54.054	Our World in Data
- Positividad de tests (de todo tipo), acumulado en cada trimestre	9%	11%	42%	42%	19%	27%	Our World in Data
- Internaciones en UCI por Covid-19 (% del total de casos en últimos 15 días -casos activos)							
- Mortalidad por Covid-19 (fallecimientos c/ 100.000 habitantes), en cada trimestre	0,0	0,3	17,4	15,1	15,2	33,6	Our World in Data
- Exceso de mortalidad (% del base line), 2020 y primer semestre 2021, Ratio exceso de muertes / muertes COVID hasta 11.2021	4%	0,43					World Mortality Dataset
- Letalidad por Covid-19 (fallecimientos de casos detectados, en %), promedio en cada trimestre	0,6%	0,4%	1,2%	1,4%	1,6%	1,1%	Our World in Data
- Efectuero de testeo (tests fallidos, acumulado al 11.2021)	264						Our World in Data
Indicadores: económicos de la evolución de la pandemia							
- Movilidad (promedio trimestral, % de desvío respecto al base line)	-23,3%	-43,5%	-42,9%	-30,6%	-27,0%	-26,4%	Google Mobility Reports
- Empleo (cambio frente al mismo trimestre de 2019)	1,7%	-20,1%	-14,6%	-10,5%	-8,3%	-9,8%	ILO
- PIB (cambio del PIB real desestacionalizado respecto mismo trimestre 2019)	1,5%	-7,5%	-6,3%	-4,9%	-0,1%	0,4%	FMI - IFS
- Pobreza (% de la población), 2019, pay, 2020 con transf., pay, 2020 sin transf., delta c/a, delta s/a	16,5%	15,9%	21,0%	2,4%	4,5%		CEPAL (Marzo 2021)
Evolución de las simulaciones fiscal, económica-financiera y epidemiológica							
- Inflación (IPC)	1,5%	0,6%	0,0%	0,5%	0,6%	1,5%	FMI - IFS
- Resultado fiscal (primario y global como porcentaje del PIB, valores 2020, proyecciones 2021)	-3,9%	-1,7%	-5,7%	-7,0%			FMI-WEO & FIEL
- Deuda Bruta como % del PIB (2019, Delta 2020/2019, Delta 2021/2019), Delta inflación E 2021 vs 2019, Delta en el rendimiento de los bonos soberanos a 10 años (final 11.2021 vs. IV 2019)	57%	12%	16%	-0,61%			Bloomberg & FMI-WEO
Otros indicadores:							
- Años estimados requeridos desde IV.2019 para recuperar el PIB per cápita de pre-pandemia	3,5						OCDE
- Ranking de Resiliencia Bloomberg (sobre total de 53 países)							Bloomberg

Los datos en cada fila representan variables de cinco ideas (líneas) en la Columna 1							
Condiciones socio-económicas-políticas en Dic-2019							
- PIB per cápita 2019 (PPA, precios de 2017), y Var % acum 2009-19	40.007 19,1%						Banco Mundial
- Desempleo (% mujeres y varones) y Empleo Vulnerable (% mujeres y varones)	4%	4%	5%	5%			Banco Mundial
- Pobreza (% de la población bajo línea de 1,9, 3,2 y 5,5 USD PPP 2011), Índice de Gini, circa 2019	0,2%	0,7%	2,7%	39			Banco Mundial
- Esperanza de vida al nacer (años, mujeres y varones), y % de población con 65+ años	84,7	81,0	12,4%				Banco Mundial & OWID
- Acceso deficiente a la vivienda / hacinamiento			0%				Banco Mundial
- Densidad poblacional (habitantes)		410					Banco Mundial
- Población Urbana (total y %) / % Población >65 años (total y %) / % población femenina / Población total	8.533.651	93%	12%	50%	9.216.889,73		Banco Mundial
- Suscriptores a banda ancha fija (2018) y Network Readiness Index 2020	29%				69,81		Banco Mundial & Instituto Portilans
- Turismo internacional (ingresos como % de exportaciones y % del PIB / egresos como % de importaciones y % del PIB, ingresos netos como % del PIB), circa 2019	7,0	2,14	9,60	2,63	-0,49		Banco Mundial
- World Values Survey (WVS), indicadores seleccionados (medidas de confianza en servicio civil, confianza en el gobierno, aceptación de vigilancia remota e índice de escepticismo, respectivamente).	40,9%	33,4%	67,7%	14,9%			World Values Survey
- Índices de Descentralización Administrativa y Descentralización Política		0,67			0,65		Ivanys & Shah (2012)
Situación fiscal, económica-financiera en Dic-2019							
- Inflación anual (IPC)			1%				Banco Mundial
- Resultado fiscal (primario y global, como % del PIB, promedio 2015-2019)		-0,3%			-2,2%		FMI - WEO
- Rendimiento Bonos Soberanos a 10 años			0,5%				Koyfin, World Government Bonds, Bloomberg
Calidad del sistema de salud en Dic-2019							
- Médicos (cada 10.000 habitantes), índice de cobertura de atención sanitaria (infecciones y capacidad & acceso general), 0-100; % de población urbana que usa servicios médicos básicos	55	80	93		100%		OMS
- Tasa de mortalidad (fallecidos cada 1.000 habitantes y total), 2019	5,1	47,096					Banco Mundial
- Camas hospitalarias (cada 1.000 hab) y UCI (cada 100.000 hab), Dic-19 y Dic-20	2,0		8,2				Banco Mundial & CDC
- Índice de Seguridad Sanitaria frente a catástrofes biológicas (Global Health Security Index, octubre 2019), Índice Agregado, Subíndice de capacidad de respuesta frente a epidemia, Subíndice de Robustez del sistema sanitario, Subíndice de vulnerabilidad frente a amenazas biológicas, 100=mejores condiciones.	47	40	41		69		Johns Hopkins
- Tamaño y cobertura del sistema de salud (gasto total como % del PIB; gasto mandatorio en salud como % del PIB; share de cobertura -financiamiento y atención- del subistema público -OS y EMP, sin PAMU)	7,5%	4,5%	94%				OCDE
Medidas sanitarias: valores							
- Índice de Rigurosidad (Stringency Index), OWID, promedio trimestral	26	80	55	71	72	46	Oxford - Our World in Data
- Índice de apoyo económico (Economic Support Index), OWID, promedio trimestral	11	100	100	78	75	75	Oxford - Our World in Data
- Medidas Fiscales excepcionales en respuesta al COVID-19 (% del PIB acumulado a junio 2021), Gasto "fuera de la línea" y Asistencia de Liquidar / Dentro del Presupuesto & Fuera del Presupuesto		9,99%			4,52%		FMI
- Cierres de trabajos, promedio trimestral (0 = no; 1 = recomendado; 2 = requerido en algunos; 3 = requerido excepto esenciales)	0,4	2,3	1,3	2,3	2,4	1,6	Oxford - Our World in Data
- Mantenimiento de ingresos, promedio trimestral (0, 1 si reemplazó < 50%, 2 si reemplazó > 50%)	0,0	2,0	2,0	1,7	2,0	2,0	Oxford - Our World in Data
- Alivio financiero a familias, promedio trimestral (0 (ninguno), 1 (limitado), 2 (extendido))	0,4	2,0	2,0	1,4	1,0	1,0	Oxford - Our World in Data
- Cierre de escuelas (Índice Our World Data, de 0 -no a 3 -total-, promedios trimestrales)	0,6	2,3	1,4	2,3	2,0	1,1	Oxford - Our World in Data
- Cierre de escuelas (% de días de instrucción con cierre total y parcial, respect.) a mar-2021		35%			43%		Unifef
- Indicador de aislamiento social ("Quedarse en casa"), promedio trimestral	0,3	2,1	0,7	1,8	0,9	-	Oxford - Our World in Data
- Testeo (para detección-aislamiento-seguimiento -% de población, acumulado en el trimestre)	0,5%	10,9%	29,7%	50,4%	71,6%	31,5%	Oxford - Our World in Data
- Contact Tracing (0 (ninguno), 1 (limitado) y 2 (pleno), promedio tri.	0,4	1,8	1,0	1,9	2,0	2,0	Oxford - Our World in Data
- Testing Policy: 0 (ninguno), 1 (limitado), 2 (simbólicos), 3 (libre); promedio trimestral	0,5	1,3	2,0	2,4	3,0	2,7	Oxford - Our World in Data
- Protección a mayores: 0 (ninguno), 1 (recomendada), 2 (limitada), 3 (extensiva); promedio trimestre	0,8	2,4	2,1	3,0	2,4	2,0	Oxford - Our World in Data
- Vacunación: población cubierta por dosis contratada (ajustado por necesidad de dosis); población cubierta ajustada por efectividad (en reducción de contagios) de las vacunas contratadas; efectividad de las vacunas contratadas, Índice HHI sobre la concentración de proveedores	251%	216%	96%	2031			Unifef & NYT Vaccine Tracker
- Vacunación (porcentaje de la población con primera dosis), promedio trimestral				3,9%	43,2%	62,6%	Our World in Data
- Vacunación (porcentaje de la población con dosis completas), promedio trimestral					29,5%	58,6%	Our World in Data
Indicadores sanitarios de evolución de la pandemia							
- Contagios de Covid-19, acumulados al final de cada trimestre	5.717	19.721	22.1973	175.851	409.843	54.864	Our World in Data
- Positividad de tests (de todo tipo), acumulado en cada trimestre	7%	2%	5%	4%	6%	0%	Our World in Data
- Internaciones en UCI por Covid-19 (% del total de casos en últimos 15 días -casos activos)							
- Mortalidad por Covid-19 (fallecimientos / 100.000 habitantes), en cada trimestre	0,2	3,3	13,9	18,7	31,3	2,4	Our World in Data
- Exceso de mortalidad (% del baseline), 2020 y primer semestre 2021, Ratio exceso de muertes / muertes COVID hasta 11.2021	6%	5%	0,74				World Mortality Dataset
- Letalidad por Covid-19 (fallecimientos de casos detectados, en %) / promedio en cada trimestre	0,4%	1,6%	0,6%	1,0%	0,7%	2,5%	Our World in Data
- Esfuerzo de testeo (tests fallidos, acumulado al 11.2021)	2.782						Our World in Data
Indicadores económicos de la evolución de la pandemia							
- Movilidad (promedio trimestral, % de desvío respecto al baseline)	-24,5%	-26,1%	-12,6%	-20,9%	-22,5%	-2,5%	Google Mobility Reports
- Empleo (cambio frente al mismo trimestre de 2019)	0,6%	-1,6%	-2,0%	-2,4%	-2,7%	-1,7%	OCDE
- PIB (cambio del PIB real desestacionalizado respecto a mismo trimestre 2019)	1,3%	-8,3%	-2,3%	-0,1%	2,1%	5,4%	FMI - IFS
- Pobreza (% de la población), 2019, proy. 2020 con transf., proy. 2020 sin transf., delta c/c, delta c/t							
Evolución de la situación fiscal, económica-financiera post-pandemia							
- Inflación (IPC)	0,1%	-1,1%	-0,7%	-0,7%	-0,1%	1,3%	FMI - IFS
- Resultado fiscal (primario y global, como porcentaje del PIB, valores 2020, proyecciones 2021)	-9,5%	-6,7%	-11,5%	-9,9%			FMI-WEO & REL
- Deuda Bruta como % del PIB (2019, Delta 2020/2019, Delta 2021/2019), Delta inflación 11.2021 vs 2019, Delta en el rendimiento de los bonos soberanos a 10 años (final 11.2021 vs. 1V.2019)	60,9%	13,1%	18,3%		0,4%	0,2%	Bloomberg & FMI-WEO
Otros indicadores:							
- Años estimados requeridos desde 1V.2019 para recuperar el PIB per cápita de pre-pandemia			2,25				OCDE
- Ranking de Resiliencia Bloomberg (sobre total de 53 países)			4				Bloomberg

SUDÁFRICA

Fuentes

	Los datos en cada fila representan variables; los datos idénticos se en la Columna 1						
Condiciones socio-económicas públicas en Dic-2019							
- PIB per cápita 2019 (PPA, precios de 2017), y Var % acum 2000-19	12.482	1,8%					Banco Mundial
- Desempleo (% mujeres y varones) y Empleo Vulnerable (% mujeres y varones)	31%	27%	11%	11%			Banco Mundial
- Pobreza (% de la población bajo línea de 1,9, 3,2 y 5,5 USD PPP 2011), Índice de Gini circa 2019	18,7%	37,3%	56,9%	63			Banco Mundial
- Esperanza de vida al nacer (años, mujeres y varones), y % de población con 65+ años	67,7	69,7		5,5%			Banco Mundial & OWID
- Acceso deficiente a la vivienda / hacinamiento				26%			Banco Mundial
- Densidad poblacional (hab/km2)				48			Banco Mundial
- Población Urbana (total y %) / Población >65 años (total y %) / % población femenina / Población total	39.946.775	67%	6%	51%	59.308.690		Banco Mundial
- Suscriptores a banda ancha fija (2018) y Network Readiness Index 2020	2%			45,26			Banco Mundial & Instituto Portuense
- Turismo internacional (ingresos como % de exportaciones y % del PIB / egresos como % de importaciones y % del PIB, ingresos netos como % del PIB), circa 2019	8,65	2,58	5,69	1,67	0,91		Banco Mundial
- World Values Survey (WVS), indicadores seleccionados (medidas de confianza en servicio civil, confianza en el gobierno, aceptación de violencia remota e índice de escepticismo, respectivamente)	42,1%	46,0%	72,4%	20,2%			World Values Survey
- Índices de Descentralización Administrativa y Descentralización Política		0,42		0,4			Ivama & Stah (2012)
Situación fiscal, económica-financiera en Dic-2019							
- Inflación anual (IPC)				4%			Banco Mundial
- Resultado fiscal (primario y global, como % del PIB), promedio 2005-2019		-1,0%		-4,5%			FMI - WEO
- Rendimiento Bonos Soberanos a 10 años				5,3%			Keyfin, World Government Bonds, Bloomberg
Calidad del sistema de salud en Dic-2019							
- Médicos (cada 10.000 habitantes), índice de cobertura de atención sanitaria (infecciones y capacidad & acceso general), 0-100; % de población urbana que usa servicios médicos básicos	8	62	90			77%	OMS
- Tasa de mortalidad (fallecidos cada 1.000 habitantes y total), 2019	9,4	557,383					Banco Mundial
- Camas hospitalarias (cada 1.000 hab.) y UCI (cada 100.000 hab.), Dic-19 y Dic-20	2,3		8,9				Banco Mundial & Prin & Wunsch (2013)
- Índice de Seguridad Sanitaria frente a catástrofes biológicas (Global Health Security Index, octubre 2019), Índice Agregado, Subíndice de capacidad de respuesta frente a epidemia, Subíndice de Robustez del sistema sanitario, Subíndice de vulnerabilidad frente a amenazas biológicas, 100=mejores condiciones	55	58	33	62			Johns Hopkins
- Tamaño y cobertura del sistema de salud (gasto total como % del PIB; gasto mandatorio en salud como % del PIB; share de cobertura -financiamiento y atención- del subsistema privado AIS y EMP, sin PAMI)	9,3%	3,6%	15%				OCDE
Medidas sanitarias salientes							
- Índice de Rigurosidad (Stringency Index), OWID, promedio trimestral	15	93	73	46	57	47	Our World in Data
- Índice de apoyo económico (Economic Support Index), OWID, promedio trimestral	-	35	75	75	75	63	Our World in Data
- Medidas Fiscales excepcionales en respuesta al COVID-19 (% del PIB, acumuladas a junio 2021), Gasto "arriba de la línea" y Asistencia de Liquidez / Dentro del Presupuesto & Fuera del Presupuesto			5,80%		4,00%		FMI
- Cierres de rubros, promedio trimestral (0 = nec. 1 = recomendado; 2 = requerido en algunos; 3 = requerido excepto esenciales)	0,2	2,3	1,9	1,0	1,0	1,5	Our World in Data
- Mantenimiento de ingresos, promedio trimestral (0 si reemplazo < 50%, 2 si reemplazo > 50%)	-	0,8	1,0	1,0	1,0	0,8	Our World in Data
- Alto financiamiento a familias, promedio trimestral (0 ninguno), 1 (limitado), 2 (extendido)	-	0,7	2,0	2,0	2,0	1,7	Our World in Data
- Cierre de escuelas (Índice One World Data, de 0= no a 3= total, promedios trimestrales)	0,5	2,7	2,1	0,6	1,4	1,3	Our World in Data
- Cierre de escuelas (% de días de instrucción con cierre total y parcial, respect., a mar-2021)							Unitief
- Indicaciones de aislamiento social ("Quedate en casa"), promedio trimestral	0,1	1,7	1,9	2,0	2,0	2,0	Our World in Data
- Restos (para detección-aislamiento-seguimiento) % de población, acumulado en el trimestre	0,1%	2,7%	4,3%	4,1%	5,5%	5,5%	Our World in Data
- Contact Tracing 0 (ninguno), 1 (limitado) y 2 (pleno), promedio trim.	0,5	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	Our World in Data
- Testing Policy: 0 (ninguno), 1 (limitado), 2 (intermitente), 3 (libre), promedio trimestral	0,2	2,7	3,0	3,0	3,0	2,4	Our World in Data
- Protección mayores: 0 (ninguna), 1 (recomendada), 2 (limitada), 3 (extensiva), promedio trimestre	0,3	3,0	3,0	3,0	3,0	1,8	Our World in Data
- Vacunación: población cubierta por dosis contratadas (ajustado por necesidad de dosis); población cubierta ajustada por efectividad (en reducción de contagios) de las vacunas contratadas; efectividad de las vacunas contratadas; Índice HIH sobre la concentración de proveedores	114%	93%	82%	267%			Unitief & NYT Vaccine Tracker
- Vacunación (porcentaje de la población con primera dosis), promedio trimestral					0,2%	1,6%	Our World in Data
- Vacunación (porcentaje de la población con dosis completas), promedio trimestral					0,2%	0,7%	Our World in Data
Indicadores sanitarios de evolución de la pandemia							
- Contagios de Covid-19, acumulados al final de cada trimestre	1.353	149.856	523.130	382.822	490.996	54.054	Our World in Data
- Positividad de tests (de todo tipo), acumulado en cada trimestre	3%	9%	20%	16%	15%	13%	Our World in Data
- Interacciones en UCI por Covid-19 (% del total de casos en últimos 15 días -casos activos)							Our World in Data
- Mortalidad por Covid-19 (fallecimientos c/ 100.000 habitantes), en cada trimestre	0,0	4,5	23,7	19,8	41,1	13,2	Our World in Data
- Exceso de mortalidad (% del baseline), 2020 y primer semestre 2021, Ratio exceso de muertes / muertes COVID hasta 11.2021	11%	38%	2,58				World Mortality Dataset
- Letalidad por Covid-19 (fallecimientos de casos detectados, en %), promedio en cada trimestre	0,4%	1,8%	2,7%	3,1%	5,0%	1,8%	Our World in Data
- Its fuero de tests (tests/fallecidos, acumulado al 11.2021)	21,7						Our World in Data
Indicadores económicos de la evolución de la pandemia							
- Movilidad (promedio trimestral, % de desvío respecto al baseline)	-10,1%	-45,1%	-23,5%	-16,6%	-23,6%	-10,2%	Google Mobility Reports
- Empleo (cambio frente al mismo trimestre de 2019)	0,5%	-13,3%	-10,3%	-8,7%	-8,1%	-8,4%	ILO
- PIB (cambio del PIB real desestacionalizado respecto a mismo trimestre 2019)	0,7%	-17,2%	-5,7%	-3,4%	-4,9%	-4,2%	Statistics South Africa
- Pobreza (% de la población), 2019, proy. 2020 con transf., proy. 2020 sin transf., delta c1, delta c1							
Evolución de la situación fiscal, económica-financiera post-pandemia							
- Inflación (IPC)	4,3%	2,4%	3,0%	3,2%	3,1%	4,5%	FMI - IPS
- Resultado fiscal (primario y global, como porcentaje del PIB, valores 2020, proyecciones 2021)	-7,7%	-5,7%	-12,2%	-10,6%			FMI-WEO & FIEL
- Deuda Bruta como % del PIB (2019, Delta 2020/2019, Delta 2021/2019), Delta inflación 11.2021 vs. 2019, Delta en el rendimiento de los bonos soberanos a 10 años (final 11.2021 vs. 1V.2019)	62%	15%	19%		0,00%	1%	Bloomberg & FMI-WEO
Otros indicadores							
- Mes estimado requerido desde IV.2019 para recuperar el PIB per cápita de pre-pandemia			5				OCDE
- Ranking de Resiliencia Bloomberg (sobre total de 53 países)			43				Bloomberg

RUSIA

Fuentes

	Los datos en cada fila representan variables distintas identificadas en la Columna 1						
Condiciones socio-económicas-políticas en Dic-2019							
- PIB per cápita 2019 (PPA, precios de 2017), y Var % acum 2009-19	17,211	18,676					Banco Mundial
- Desempleo (% mujeres y varones) y Empleo Vulnerable (% mujeres y varones)	4%	5%		6%	8%		Banco Mundial
- Pobreza (% de la población bajo línea de 1.9, 3.2 y 5.5 USD PPP 2011), Índice de Gini, circa 2019	0.0%	0.4%	3.7%	37.4			Banco Mundial
- Esperanza de vida al nacer (hombres, mujeres y varones), y % de población con 65+ años	78.2	84.2		15.5%			Banco Mundial & OWID
- Acceso deficiente a la vivienda / hacinamiento			0%				Banco Mundial
- Densidad poblacional (habitantes)			9				Banco Mundial
- Población Urbana (total) % / % Población >65 años (total) % / % población femenina / Población total	107,723,564	75%	16%	54%	144,104,090		Banco Mundial
- Susceptores a banda ancha fijo (2018) y Network Readiness Index 2020	23%			54.23			Banco Mundial & Instituto Portulana
- Turismo internacional (ingresos como % de exportaciones y % del PIB / egresos como % de importaciones y % del PIB, ingresos netos como % del PIB), circa 2019	3.67	1.05	11.50	2.40	-1.36		Banco Mundial
- World Values Survey (WVS), indicadores seleccionados (medidas de confianza en servicio civil, confianza en el gobierno, aceptación de violencia remota e índice de escepticismo, respectivamente)	56.0%	53.0%	61.5%	21.1%			World Values Survey
- Índices de Descentralización Administrativa y Descentralización Política	0.71			0.25			Ivryeva & Shah (2012)
Situación fiscal, económica-financiera en Dic-2019							
- Inflación anual (IPC)				4%			Banco Mundial
- Resultado fiscal (primario y global, como % del PIB, promedio 2015-2019)		-0.2%			-0.7%		FMI - WEO
- Rendimiento Bonos Soberanos a 10 años				6.1%			Koyfin, World Government Bonds, Bloomberg
Calidad del sistema de salud en Dic-2019							
- Médicos (cada 10,000 habitantes), índice de cobertura de atención sanitaria (efectores y capacidad & acceso general), 0-100: % de población urbana que usa servicios médicos básicos	44	66	100		95%		OMIS
- Tasa de mortalidad (fallecidos cada 1,000 habitantes y total), 2019	13.3	1,916,584					Banco Mundial
- Camas hospitalarias (cada 1,000 hab.) y UCI (cada 100,000 hab.), Dic-19 y Dic-20	7.1		9.3				Banco Mundial & Wikipedia
- Índice de Seguridad Sanitaria frente a catástrofes biológicas (Global Health Security Index, octubre 2019). Índice Agregado. Subíndice de capacidad de respuesta frente a epidemia. Subíndice de Robustez del sistema sanitario. Subíndice de vulnerabilidad frente a amenazas biológicas. 100=mejores condiciones.	44	50	38	51			Johns Hopkins
- Tamaño y cobertura del sistema de salud (gasto total como % del PIB; gasto mandatorio en salud como % del PIB; share de cobertura -financiamiento y atención- del subsistema privado -OS y EMP, sin PAMI)	5.6%	3.4%	7%				OCDE
Medidas sanitarias salientes:							
- Índice de Rigurosidad (Stringency Index), OWID, promedio trimestral	17	79	55	47	45	40	Oxford - Our World in Data
- Índice de apoyo económico (Economic Support Index), OWID, promedio trimestral	-	58	54	38	38	40	Oxford - Our World in Data
- Medidas Fiscales excepcionales en respuesta al COVID-19 (% del PIB, acumulada a junio 2020). Gasto "arriba de la línea" y Asistencia de Liquidez / Dentro del Presupuesto & Fuera del Presupuesto		4.3%			1.6%		FMI
- Cierres de trabajos, promedio trimestral (0 = no; 1 = recomendado; 2 = requerido en algunos; 3 = requerido excepto esenciales)	0.4	2.5	2.0	2.0	1.9	1.3	Oxford - Our World in Data
- Mantenimiento de ingresos, promedio trimestral (0, 1 si aceptado < 50%, 2 si aceptado > 50%)	-	0.7	1.0	1.0	1.7	1.8	Oxford - Our World in Data
- Alivio financiero a familias, promedio trimestral: 0 (ninguno), 1 (limitado), 2 (extendido)	-	2.0	1.7	1.0	0.3	0.2	Oxford - Our World in Data
- Cierre de escuelas (índice Our World Data de 0 -no a 3 -total), promedios trimestrales	0.5	3.0	2.0	2.0	1.4	0.6	Oxford - Our World in Data
- Cierre de escuelas (% de días de instrucción con cierre total y parcial, respect.) a mar-2021		0%			39%		Unicef
- Indicación de aislamiento social ("Quédate en casa"), promedio trimestral	0.1	2.2	0.1	1.0	1.0	0.4	Oxford - Our World in Data
- Testes para detección-aislamiento-seguimiento -% de población, acumulados en el trimestre	0.2%	12.5%	18.4%	31.0%	28.5%	28.5%	Oxford - Our World in Data
- Contact Tracing: 0 (ninguno), 1 (limitado) y 2 (pleno); promedio trim.	0.6	2.0	2.0	2.0	0.7	1.2	Oxford - Our World in Data
- Tasting Policy: 0 (ninguno), 1 (limitado), 2 (sistemático), 3 (libre); promedio trimestral	0.7	2.9	3.0	3.0	2.3	2.2	Oxford - Our World in Data
- Protección a mayores: 0 (ninguno), 1 (recomendado), 2 (limitado), 3 (extendido); promedio trimestre	0.3	2.2	0.1	3.0	1.7	1.0	Oxford - Our World in Data
- Vacunación: población cubierta por dosis contratadas (ajustado por necesidad de dosis); población cubierta ajustada por efectividad (en inducción de contagios) de las vacunas contratadas; efectividad de las vacunas contratadas; Índice HI sobre la concentración de proyecciones				10000			Unicef & NYT Vaccine Tracker
- Vacunación (porcentaje de la población con primera dosis), promedio trimestral				0.0%	3.4%	9.9%	Our World in Data
- Vacunación (porcentaje de la población con dosis completas), promedio trimestral					1.6%	6.9%	Our World in Data
Indicadores sanitarios de evolución de la pandemia							
- Contagios de Covid-19, acumulados al final de cada trimestre	2,337	644,592	513,370	1,956,548	1,366,887	54,084	Our World in Data
- Positividad de tests (de todo tipo), acumulado en cada trimestre	1%	3%	2%	4%	5%	3%	Our World in Data
- Internaciones en UCI por Covid-19 (% del total de casos en últimos 15 días -casos activos)							
- Mortalidad por Covid-19 (fallecimientos / 100,000 habitantes), en cada trimestre	0.0	6.4	7.9	24.7	28.4	24.8	Our World in Data
- Exceso de mortalidad (% del baseline), 2020 y primer semestre 2021. Ratio exceso de muertes / muertes COVID hasta H 2021	100%	21%	5.61				World Mortality Dataset
- Letalidad por Covid-19 (fallecimientos de casos detectados, en %), promedio en cada trimestre	0.7%	1.4%	2.2%	1.8%	3.0%	3.7%	Our World in Data
- Esfuerzo de testing (tests/fallecidos, acumulado al H 2021)	1,119						Our World in Data
Indicadores económicos de la evolución de la pandemia							
- Movilidad (promedio trimestral, % de desvío respecto al baseline)	1.4%	-18.5%	9.2%	-10.1%	-16.2%	5.1%	Google Mobility Reports
- Empleo (cambio frente al mismo trimestre de 2019)	-0.2%	-2.1%	-2.6%	-2.5%	0.1%	-1.2%	ILO
- PIB (cambio del PIB real descentralizado respecto a mismo trimestre 2019)	0.6%	-5.9%	-2.8%	-1.3%	0.5%	1.6%	OCDE
- Pobreza (% de la población), 2019, proy. 2020 con transf., proy. 2021 sin transf., delta c/a, delta c/s							
Evolución de la situación fiscal, económica-financiera por pandemia							
- Inflación (IPC)	2.4%	3.1%	3.5%	4.4%	5.5%	6.0%	FMI - IPS
- Resultado fiscal (primario y global, como porcentaje del PIB, valores 2020, proyecciones 2021)	-3.6%	-0.4%	-4.1%	-0.8%			FMI-WEO & FIEL
- Duda bruta como % del PIB (2019, Delta 2020/2019, Delta 2021/2019). Delta inflación H 2021 vs 2019. Delta en el rendimiento de los bonos soberanos a 10 años (final H 2021 vs. IV 2019)	14%	6%	4%		1.55%	14%	Bloomberg & FMI-WEO
Otros indicadores:							
- Años estimados requeridos desde IV 2019 para recuperar el PIB per cápita de pre-pandemia			1.5				OCDE
- Ranking de Resiliencia Bloomberg (sobre total de 53 países)			32				Bloomberg

ESTADOS UNIDOS

Fuentes

	Los datos en cada fila representan variables de datos identificadas en la Columna 1						
Condiciones socio-económicas-población en Dic-2019							
- PIB per cápita 2019(PPA, precios de 2017), y Var % acum2008-19	61.631	17,3%					Banco Mundial
- Desempleo(% mujeres y varones) y Índice Vulnerable(% mujeres y varones)	4%	4%		3%	4%		Banco Mundial
- Pobreza(% de la población bajo línea de 1,9, 3,2 y 5,5 USD PPP 2011), Índice de Gini, circa 2019	1,0%	1,2%	1,7%	41,4			Banco Mundial
- Esperanza de vida al nacer (años, mujeres y varones) y % de población con 65+ años	81,4	76,2		16,6%			Banco Mundial & OWID
- Acceso deficiente a la vivienda / hacinamiento				0%			Banco Mundial
- Densidad poblacional(hab/km²)				36			Banco Mundial
- Población Urbana (total y %)/% Población >65 años (total y %)/% población femenina / Población total	270.737.596	82%		17%	51%	328.329.953	Banco Mundial
- Suscriptores a banda ancha fija (2018) y Network Readiness Index 2020		35%				78,91	Banco Mundial & Instituto Perulano
- Turismo internacional (ingresos como % de exportaciones y % del PIB / egresos como % de importaciones y % del PIB, ingresos netos como % del PIB), circa 2019	9,23	1,06	5,87	0,56	0,23		Banco Mundial
- World Values Survey (WVS), indicadores seleccionados (medidas de confianza en servicio civil, confianza en el gobierno, aceptación de violación masiva e índice de aceptaciónismo, respectivamente)	40,9%	33,4%	67,7%	14,9%			World Values Survey
- Índices de Descentralización Administrativa y Descentralización Política		0,75				1	Ivnera & Shah (2012)
Situación fiscal, económica-financiera en Dic-2019							
- Inflación anual (IPC)				2%			Banco Mundial
- Resultado fiscal (primario y global, como % del PIB, promedio 2015-2019)				-2,7%		-4,7%	FMI - WEO
- Rendimiento Bonos Soberanos a 10 años						1,9%	Koyfin, World Government Bonds, Bloomberg
Calidad del sistema de salud en Dic-2019							
- Médicos (cada 10.000 habitantes), índice de cobertura de atención sanitaria (infecciones y capacidad de acceso general), 0-100, % de población urbana que usa servicios médicos básicos	26	81	100			100%	OMS
- Tasa de mortalidad (fallecidos cada 1.000 habitantes y total), 2019	8,7	2.856.471					Banco Mundial
- Cuentas hospitalarias (cada 1.000 hab., y UCI, cada 100.000 hab.), Dic-19 y Dic-20	2,9		25,8				Banco Mundial & OCDE
- Índice de Seguridad Sanitaria: Frente a catástrofes biológicas (Global Health Security Index, octubre 2019), Índice Agregado, Subíndice de capacidad de respuesta frente a epidemia, Subíndice de Robustez del sistema sanitario, Subíndice de vulnerabilidad frente a amenazas biológicas, 100=mejores condiciones	84	80	74	78			Johns Hopkins
- Tarifas y cobertura del sistema de salud (gasto total como % del PIB; gasto mandatorio en salud como % del PIB; share de cobertura - financiamiento y atención- del subsistema privado -OS y ISMP, sin PAMI)	16,5%	13,9%	62%				OCDE
Métricas similares a las de							
- Índice de Rigurosidad (Stringency Index), OWID, promedio trimestral	17	72	67	69	68	54	Oxford - Our World in Data
- Índice de apoyo económico (Economic Support Index), OWID, promedio trimestral	3	63	63	63	63	55	Oxford - Our World in Data
- Medidas Fiscales excepcionales en respuesta al COVID-19(% del PIB, acumulado a junio 2020), Gasto "arriba de la línea" y Asistencia de Líquido / Dentro del Presupuesto & Fuera del Presupuesto			25,40%		2,40%		FMI
- Cierre de trabajos, promedio trimestral (0 = no; 1 = acomodado; 2 = requerido en algunos; 3 = requerido estricto esenciales)	0,4	2,5	2,0	2,2	1,9	1,2	Oxford - Our World in Data
- Mantenimiento de ingresos, promedio trimestral (0,1 si reemplazo < 50%, 2 si reemplazo > 50%)	0,1	2,0	2,0	2,0	2,0	1,4	Oxford - Our World in Data
- Alivio financiero a familias, promedio trimestral, 0 (ninguno), 1 (limitado), 2 (extenso)	0,1	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	Oxford - Our World in Data
- Cierre de escuelas (índice Our World Data, de 0-no a 3-total), promedios trimestrales	0,9	3,0	3,0	3,0	2,4	1,8	Oxford - Our World in Data
- Cierre de escuelas (% de días de instrucción con cierre total y parcial, respect.) a fines 2021		0%			100%		Unicef
- Indicación de aislamiento social ("Quedate en casa"), promedio trimestral	0,4	2,0	1,2	1,6	1,7	1,0	Oxford - Our World in Data
- Testeo (sin detección-aislamiento-seguimiento-% de población, acumulado en el trimestre)	0,5%	10,9%	24,9%	42,2%	38,7%	25,6%	Oxford - Our World in Data
- Contact Tracing 0 (ninguno), 1 (limitado) y 2 (pleno); promedio trim.	0,5	1,0	1,0	1,0	1,0	1,4	Oxford - Our World in Data
- Testing Policy 0 (ninguno), 1 (limitado), 2 (económico), 3 (libre), promedio trimestral	0,9	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	Oxford - Our World in Data
- Protección a mayores: 0 (ninguno), 1 (recomendada), 2 (limitada), 3 (estensiva); promedio trimestre	0,5	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	Oxford - Our World in Data
- Vacunación población cubierta por dosis completas (ajustado por necesidad de dosis), población cubierta ajustada por efectividad (en reducción de contagios) de las vacunas contraídas; e efectividad de las vacunas contraídas; índice HI sobre la concentración de proveedores	255%	214%	84%	173%		76,15%	Unicef & NYT Vaccine Tracker
- Vacunación (porcentaje de la población con primera dosis), promedio trimestral				0,5%	13,3%	45,5%	Our World in Data
- Vacunación (porcentaje de la población con dosis completas), promedio trimestral					7%	3,6%	Our World in Data
Indicadores sanitarios de evolución de la pandemia							
- Contagios de Covid-19, acumulados al final de cada trimestre	192.301	2.449.302	4.593.265	12.864.746	10.364.872	54.094	Our World in Data
- Positividad de tests (de todo tipo), acumulado en cada trimestre	13%	7%	6%	9%	8%	4%	Our World in Data
- Interacciones en UCI por Covid-19(% del total de casos en últimos 15 días-casos activos)							
- Mortalidad por Covid-19(fallecimientos e/ 100.000 habitantes), en cada trimestre	1,6	37,2	24,2	44,2	61,8	15,9	Our World in Data
- Exceso de mortalidad (% del baseline), 2020 y primer semestre 2021, Ratio exceso de muertes / muertes COVID hasta H.2021	13%	13%	1,10				World Mortality Dataset
- Letalidad por Covid-19 (fallecimientos de casos detectados, en %), promedio en cada trimestre	2,5%	5,0%	1,7%	1,1%	1,9%	1,6%	Our World in Data
- Esfuerzo de testeo (tests/fallecidos, acumulado a H.2021)	7,75						Our World in Data
Indicadores económicos de la evolución de la pandemia							
- Movilidad (promedio trimestral, % de desvío respecto al baseline)	-5,2%	-18,3%	-5,7%	-1,7%	-21,3%	-2,9%	Google Mobility Reports
- Empleo (cambio frente al mismo trimestre de 2019)	0,6%	-12,3%	-7,4%	-5,5%	-4,1%	-3,5%	ILO
- PIB (cambio del PIB real desestacionalizado respecto a mismo trimestre 2019)	0,6%	-9,1%	-2,9%	-2,3%	1,2%	2,0%	FMI - IFS
- Pobreza(% de la población), 2019, proy. 2020 (con transf., proy. 2020 sin transf., de la c1, de la c3)							
Evolución de las finanzas fiscal, económica-financiera en post-pandemia							
- Inflación (IPC)	2,1%	0,4%	1,2%	1,2%	1,9%	4,6%	FMI - IFS
- Resultado fiscal (primario y global, como porcentaje del PIB, valores 2020 proyecciones 2021)	-13,6%	-13,3%	-15,9%	-15,0%			FMI-WEO & FIEL
- Deuda bruta como % del PIB (2019, Delta 2020/2019, Delta 2021/2019), Delta inflación H.2021 vs 2019, Delta en el rendimiento de los bonos soberanos a 10 años (fina H.2021 vs. 19/2019)	108%	19%	25%		10,0%	-0,4%	Bloomberg & FMI-WEO
Otros indicadores:							
- Años estimados requeridos desde IV-2019 para recuperar el PIB per cápita de pre-pandemia			1,5				OCDE
- Ranking de Resiliencia, Bloomberg (sobre total de 51 países)			1				Bloomberg

Anexo 2: Tabla de síntesis abierta por indicador y método de normalización

Fórmula de normalización *min-max*

El valor que toma cada país i para determinado indicador x viene dado por:

$$x_i^* = \frac{x_i - \min(x)}{\max(x) - \min(x)}$$

Para el caso particular donde mayores valores implican un peor contexto, peor selección de estrategia o peor resultado, esto se invierte:

$$x_i^* = 1 - \frac{x_i - \min(x)}{\max(x) - \min(x)} = \frac{\max(x) - x_i}{\max(x) - \min(x)}$$

Grupo	Sitio-grupo	Argentina	Brasil	Chile	Colombia	Costa Rica	México	Perú	Alemania	España	Suecia	Reino Unido	EEUU	Rusia	Sudáfrica	Israel	Corea del Sur	Fuente	
Contexto	PBI (nivel)	19%	4.3%	25%	17%	14%	37%	100%	82%	57%	38%	68%	100%	29%	0%	55%	61%	Banco Mundial	
	PBI (crecimiento)	2%	9%	61%	76%	37%	49.2%	21%	28%	29%	88%	29%	44%	48%	0%	49.19%	85%	Banco Mundial	
	Ingresos netos por turismo (PBI)	94%	90%	75%	0%	57%	68%	87%	95%	6%	87%	91%	72%	100%	60%	83%	86%	Banco Mundial	
	Costo de la deuda	0%	80.62%	90%	76%	80.63%	88%	97.0%	94%	82%	97.8%	96.8%	97%	94%	77%	96.8%	95%	Kofin, World Government Bonds	
	Desempleo	73%	64%	83%	72%	65%	98%	100%	100%	56%	85%	97%	98%	94%	0%	97%	97%	Banco Mundial	
	Desigualdad	61%	29%	56%	35%	45%	53%	86%	94%	86%	100%	85%	65.5%	77%	0%	73%	96%	Banco Mundial	
	Pobreza (5.5 USD)	75%	66%	95%	82%	82%	61%	64%	99.3%	97.8%	97.8%	97.8%	97.8%	94%	0%	96%	100%	Banco Mundial	
	% mayores de 65	64%	81%	65%	70%	86.6%	86.8%	90%	13%	9%	18%	30%	37%	100%	100%	57%	47%	Banco Mundial	
	Esperanza de vida	64%	60%	82%	67%	84%	56%	64%	87%	100%	100%	89%	89%	76%	36%	97%	96%	Banco Mundial	
	Gasto en salud (% PBI)	41%	36%	35%	21%	18%	1%	0%	55%	3%	49%	43%	100%	3%	26%	20%	26%	OCDE	
Estrategias	Seguridad Sanitaria	37%	39%	36%	0%	2%	34%	13%	55%	55%	71%	86%	100%	0%	27%	8%	66%	Johns Hopkins	
	Suscriptores Banda Ancha	43%	32%	39%	29%	40%	33%	15%	94.8%	77%	94.8%	94.9%	82.6%	52%	0%	68%	100%	Banco Mundial	
	Telefonía Móvil	49.4%	6%	53%	46.4%	100%	0%	49.0%	45.7%	28%	42%	31%	53%	53%	95%	57%	46.1%	Banco Mundial	
	Descentralización	42%	15%	44%	37%	100%	45%	24.6%	25.4%	62%	22%	40%	0%	56%	65%	70%	33%	Ivanyna & Shah (2012)	
	Confianza	30%	55.4%	54.8%	1%	67%	16%	0%	92%	5%	100%	68%	58.59%	95%	73%	58.59%	94%	WorldValues Survey	
	Escapitismo	16.6%	61%	42%	16.9%	49.4%	16%	0%	96%	67%	99%	100%	88%	77%	80%	88%	79%	WorldValues Survey	
	Índice de Rigurosidad	0%	50%	19%	19%	66%	66%	11%	51%	52%	75%	44%	60%	100%	76%	57%	81%	Oxford - Our World in Data	
	Intensidad del testeo	2%	1%	9%	3%	5%	0%	1%	14%	11%	13%	31%	14%	14%	21%	4%	53%	100%	Our World in Data
	Política de testeo	28%	26%	64%	53%	15%	0%	44.7%	61%	45.0%	42%	48%	91%	76%	78%	69%	100%	Oxford - Our World in Data	
	Protección de adultos mayores	42.87%	0%	100%	42.90%	17%	1%	61%	57%	0%	87%	85.9%	54.7%	30%	86.3%	73%	62%	Oxford - Our World in Data	
Resultados	Mantenimiento de ingresos	41%	30%	86%	39%	36.3%	0%	42%	98%	97%	100%	98%	90%	53%	35.9%	92%	40%	Oxford - Our World in Data	
	Medidas fiscales excepcionales	13%	35%	38%	22%	0%	1%	45%	100%	51%	20%	79%	66%	11%	21%	32.6%	32.9%	FMI	
	Delta resultado fiscal	14%	50%	32%	19%	3%	0%	46%	43%	67%	32%	97%	100%	16%	59%	84%	27%	FMI - WEO	
	Aplicación 1ra dosis	19%	18%	58%	11.2%	16%	13%	5%	36%	34%	74%	74%	55%	10.8%	0%	100%	10%	Our World in Data	
	Aplicación 2da dosis	4.8%	9%	46%	5.5%	11%	8%	4%	19%	22%	19%	35%	46%	9%	0%	100%	2%	Our World in Data	
	Contratación (cantidad efectiva)	3%	20%	24%	0%	13%	8%	16%	71.00%	93%	93%	92%	47%	14%	14%	47%	30%	Unicef & NYT Vaccine Tracker	
	Contratación (HHI)	70.95%	85.0%	48%	91%	21%	100%	72%	71.03%	71.03%	95%	95%	95%	0.0%	84.7%	92%	84%	Unicef	
	Contagios	7%	18%	23%	21%	34%	84%	41%	6%	25%	0%	3%	5%	5%	71%	15%	100%	Our World in Data	
	Mortalidad	65%	49%	71%	56%	84.7%	41%	0%	91%	71%	87%	75%	67%	15.8%	80%	91%	100%	Our World in Data	
	Letalidad	84.1%	76%	84.4%	79%	94%	0%	65%	84.0%	93%	78%	88%	88%	80%	73%	100%	94%	Our World in Data	
Resultados	Empleo	66%	30%	27.6%	13%	7%	57%	0%	95%	82%	94%	94%	53%	91%	28.1%	88%	100%	ILO & Cuentas Nacionales	
	"PBI perdido"	19%	69%	61%	53%	70%	27%	23%	48%	10%	78%	10%	79%	84%	48%	95%	100%	FMI-FIS & Cuentas Nacionales	
	Altos recuperación PBI	0%	76%	95%	76%	61.9%	57%	67%	61.9%	90%	81%	100%	100%	100%	33%	86%	100%	OCDE	
	Movilidad	10%	52%	9%	27%	26%	38%	0%	81%	43%	100%	45%	65%	82%	42%	54%	98%	Google	
	Pobreza	66%	97%	93%	80%	89%	71%	73%	100.0%	99.6%	99.8%	99.93%	99.80%	99.5%	0%	99.64%	99.97%	CEPAL	



Somos una fundación política alemana, independiente y sin fines de lucro, comprometida con los principios del humanismo cristiano. Estamos al servicio del bien común y con nuestro trabajo contribuimos a garantizar y extender la paz, la libertad y el bienestar. Por ello, la cooperación internacional es, históricamente, uno de los campos prioritarios de nuestro trabajo. Promovemos el entendimiento internacional, la cooperación para el desarrollo y apoyamos la unificación europea. Llevamos adelante acciones para mantener la paz y la libertad en el mundo, colaboramos en el fortalecimiento de la democracia, la lucha contra la pobreza y estamos fuertemente comprometidos con la conservación del medioambiente. Tenemos un fuerte compromiso con la consolidación de las instituciones democráticas.



La Fundación de Investigaciones Económicas Latinoamericanas, FIEL, es una institución independiente, apolítica y sin fines de lucro, fundada en 1964 por la Bolsa de Comercio de Buenos Aires, la Cámara Argentina de Comercio, la Sociedad Rural Argentina y la Unión Industrial Argentina. A lo largo de casi seis décadas ha desarrollado una labor ininterrumpida en Argentina y Latinoamérica que la han convertido en referente y organismo de consulta de instituciones, gobiernos y empresas de la región. La Fundación tiene sede en Buenos Aires, Argentina, cuenta con un plantel estable de economistas con posgrado en diversas especialidades, y su dirección está a cargo de un Consejo integrado por personalidades del ambiente empresario de Argentina. FIEL se apoya en los principios fundamentales de libertad y la excelencia académica, espíritu crítico y trabajo reflexivo.

ISBN 978-987-48428-6-2



9 789874 842862