



Del confinamiento a la reapertura:

Consideraciones estratégicas
para el reinicio de las actividades en
América Latina y el Caribe en el marco de la

Covid-19



**Catalogación en la fuente proporcionada por la
Biblioteca Felipe Herrera del
Banco Interamericano de Desarrollo**

Del confinamiento a la reapertura: consideraciones estratégicas para el reinicio de las actividades en América Latina y el Caribe en el marco de la Covid-19 / Carmen Pagés, Carolina Aclan, Mariana Alfonso, Raimundo Arroio, José Luis Irigoyen, Isabel Mejía, Claudia Mendieta, Samuel Moreno, Arturo Muelle, Sebastián Peñaherrera, Cristina Pombo, Ferdinando Regalía, Bill Savedoff, Ernesto Stein, Luis Tejerina.

p. cm. — (Monografía del BID ; 814)

1. Coronavirus infections-Government policy-Latin America. 2. Coronavirus infections-Government policy-Caribbean Area. 3. Quarantine-Government policy-Latin America. 4. Quarantine-Government policy-Caribbean Area. I. Pagés, Carmen. II. Aclan, Carolina. III. Alfonso, Mariana. IV. Arroio, Raimundo. V. Irigoyen, José Luis. VI. Mejía, Isabel. VII. Mendieta, Claudia. VIII. Moreno, Samuel. IX. Muelle, Arturo. X. Peñaherrera, Sebastián. XI. Pombo, Cristina. XII. Regalía, Ferdinando. XIII. Savedoff, Bill. XIV. Stein, Ernesto. XV. Tejerina, Luis. XVI. Banco Interamericano de Desarrollo. Vicepresidencia de Sectores y Conocimiento. XVII. Serie.

IDB-MG-814

Clasificaciones JEL: I18, I110, H3, J63, J68

Palabras clave: Covid-19, pandemia, crisis sanitaria, política pública

Copyright © 2020 Banco Interamericano de Desarrollo. Esta obra se encuentra sujeta a una licencia Creative Commons IGO 3.0 Reconocimiento-NoComercial-SinObrasDerivadas (CC-IGO 3.0 BY-NC-ND) (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/igo/legalcode>) y puede ser reproducida para cualquier uso no-comercial otorgando el reconocimiento respectivo al BID. No se permiten obras derivadas.

Cualquier disputa relacionada con el uso de las obras del BID que no pueda resolverse amistosamente se someterá a arbitraje de conformidad con las reglas de la CNUDMI (UNCITRAL). El uso del nombre del BID para cualquier fin distinto al reconocimiento respectivo y el uso del logotipo del BID no están autorizados por esta licencia CC-IGO y requieren de un acuerdo de licencia adicional.

Nótese que el enlace URL incluye términos y condiciones adicionales de esta licencia.

Las opiniones expresadas en esta publicación son de los autores y no necesariamente reflejan el punto de vista del Banco Interamericano de Desarrollo, de su Directorio Ejecutivo ni de los países que representa.



Banco Interamericano de Desarrollo
1300 New York Avenue, N.W.
Washington, D.C. 20577
www.iadb.org

AUTORES

Este documento es producto del trabajo de un grupo conformado por las siguientes personas:

- **Carmen Pagés**, jefa de la División de Mercados Laborales, quien coordinó el equipo de trabajo;
- **Carolina Aclan**, especialista sénior de la División de Conocimiento y Aprendizaje;
- **Mariana Alfonso**, especialista líder del Sector de Cambio Climático y Desarrollo Sostenible;
- **Raimundo Arroio**, consultor de la División de Conocimiento y Aprendizaje;
- **José Luis Irigoyen**, especialista líder de Operaciones del Sector de Infraestructura y Energía;
- **Isabel Mejía**, especialista sénior del Sector de Integración y Comercio;
- **Claudia Mendieta**, especialista de operaciones del Sector de Instituciones para el Desarrollo;
- **Samuel Moreno**, asociado sénior de la División de Comercio e Inversión;
- **Arturo Munte**, especialista sénior en Modernización del Estado, División de Innovación para Servir al Ciudadano;
- **Sebastián Peñaherrera**, consultor de la División de Mercados Laborales;
- **Cristina Pombo**, asesora del Sector Social;
- **Ferdinando Regalía**, jefe de la División de Salud y Protección Social;
- **Bill Savedoff**, especialista principal de la División de Salud y Protección Social;
- **Ernesto Stein**, economista principal del Departamento de Investigación;
- **Luis Tejerina**, especialista líder del Sector Social.

AGRADECIMIENTOS

Esta publicación se ha beneficiado de las aportaciones de numerosos colegas del Banco Interamericano de Desarrollo. En este sentido, los autores agradecen especialmente su contribución: a los colegas del Sector Social (Horacio Álvarez, Elena Arias, Andrea Bergamachi, Jennifer Nelson, Marcelo Pérez, Diana Pinto y Sabine Rieble-Aubourg), por su aporte en los temas de educación y salud; a los del Sector de Infraestructura y Energía (Mauricio Bayona, Paola Carvajal, Marco Cevallos, Wilhelm Dalaison, Juan Manuel Leño, Leopoldo Montañez y Daniel Pérez), por sus insumos en los temas de transporte, servicios de agua y energía, así como en el apéndice; a los del Sector de Integración y Comercio (Sandra Corcuera, José García, Pablo García y Margarita Libby) por su contribución en todos los temas relacionados al ámbito comercial; a los del Sector de Instituciones para el Desarrollo (Pablo Angelelli, José Miguel Benavente, Mariano Lafuente, Edgardo Mosqueira y Miguel Porrúa), por sus aportaciones en los temas de Administración Pública; a los del Sector de Cambio Climático y Desarrollo Sostenible (Juliana Bettini, Lina Salazar y Héctor Valdés), por contribuir al documento en los apartados sobre seguridad alimentaria y turismo; a los de la Unidad de Salvaguardias Ambientales y el Departamento de Investigación (Juan Vásquez y Carlos Scartascini), por sus aportes en los anexos y en la sección que aborda los desafíos en materia de comunicación; y, de igual manera, a Álvaro Altamirano, Stephanie González, Ángela López y Daniela Zuluaga, por su apoyo con los datos y la producción de los gráficos.

Del mismo modo, los coautores agradecen por sus valiosos comentarios a José Agustín Aguerre, Caridad Araujo, Federico Basaños, Juan Pablo Bonilla, Marcelo Cabrol, Ana María Ibáñez, Philip Keefer, Fabrizio Operti, Emilio Pineda, Gonzalo Rivas, Ana María Rodríguez y Moisés Schwartz, así como a Alejandro Pardo y al equipo del BID Lab.

Finalmente, este documento no habría sido posible sin el excelente trabajo de edición de Virginia Cinquegrani, Andrea Ortega, Carolina Osorio y el equipo de comunicación de Beyup, así como el diseño gráfico de TipasType.

Del confinamiento a la reapertura:

Consideraciones estratégicas
para el reinicio de las actividades en
América Latina y el Caribe en el marco de la

Covid-19

.....

Índice

I. Introducción	7
II. Una decisión difícil bajo incertidumbre	12
III. Lecciones de otros países	26
IV. ¿Qué hacer hoy y en los próximos meses para contener y manejar la pandemia?	35
V. Gestionar ámbitos clave para prevenir el contagio	54
VI. Asegurar la continuidad de las actividades esenciales durante el confinamiento y en la etapa de salida selectiva	61
Conclusiones	68
Apéndice	70
Bibliografía	79



I. Introducción

ESTE DOCUMENTO PLANTEA UNA SERIE DE CONSIDERACIONES PARA TENER EN CUENTA AL MOMENTO DE LA REANUDACIÓN DE ACTIVIDADES UNA VEZ QUE QUEDE ATRÁS LA ETAPA DE CONFINAMIENTO MOTIVADA POR LA NECESIDAD DE REDUCIR EL CONTAGIO DE LA COVID-19. ASIMISMO, HACE UNA REVISIÓN DE UNA SERIE DE PROPUESTAS DE APERTURA OFICIALES POR PARTE DE LABORATORIOS DE IDEAS (*THINK TANKS*) Y OTRAS INSTITUCIONES, Y SINTETIZA ALGUNAS LECCIONES EXTRAÍDAS DE LAS EXPERIENCIAS INICIALES DE AQUELLOS PAÍSES QUE ESTÁN EMPRENDIENDO ESA RUTA. ASÍ, EL OBJETIVO DEL DOCUMENTO CONSISTE EN GUIAR A LOS TOMADORES DE DECISIONES, EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE, EN LA DIFÍCIL TAREA DE DETERMINAR CUÁNDO Y CÓMO LIBERAR LAS RESTRICCIONES Y REANUDAR LAS ACTIVIDADES SOCIOECONÓMICAS.

La pandemia ocasionada por la COVID-19 presenta cifras alarmantes. Hasta el 5 de mayo de 2020, se contabilizaron más de tres millones y medio de casos confirmados en todo el mundo y casi 254.000 muertes. Aunque los primeros casos confirmados en América Latina y el Caribe fueron identificados recién a fines de febrero, su tasa de crecimiento ha sido exponencial: hasta el 5 de mayo, los países de la región reportaron 269.188 casos confirmados (una cifra catorce veces superior a la registrada al inicio de abril) y 14.967 fallecimientos, lo que representa una tasa del 2,39% por cada 100.000 habitantes¹.

Ante la imparable propagación del virus, la mayoría de los países de la región impuso medidas de confinamiento, pero hay mucha heterogeneidad en cuanto a los plazos y a la naturaleza de dichas medidas. Algunos países, como México, Jamaica, Uruguay y Belice, no introdujeron medidas obligatorias, sino solo recomendaciones de cumplimiento voluntario. Otros países, como Chile, República Dominicana, Brasil y Guatemala, han decidido realizar aislamientos localizados o ceder a las autoridades locales —ya sean municipales o estatales— las decisiones sobre el confinamiento. Esto sugiere que, dentro de estos países e incluso en el interior de las áreas metropolitanas, conviven distintas medidas. Por otra parte, hay países que comenzaron con recomendaciones de distanciamiento social, pero, a medida que aumentó el número de infectados, pasaron a implementar aislamientos obligatorios, ya fueran localizados o a nivel nacional (por ejemplo, Ecuador, Panamá y Paraguay). Por último, otro grupo de países, como Perú y Haití, tomó, como primera y única medida, el aislamiento obligatorio a nivel nacional. Aproximadamente, la mitad de los países han declarado confinamiento total, mientras que la otra mitad lo ha hecho solo de forma parcial². En todos los casos, la cuarentena se ha extendido más allá de las fechas originales.

1 Para ver los últimos datos disponibles, puede consultar [el apartado dedicado a la COVID-19 en la página web del Banco Interamericano de Desarrollo](#).

2 *Parcial* se refiere a recomendaciones de aislamiento, ya sean locales o nacionales, y a aislamientos obligatorios localizados (como es el caso de Chile, donde es obligatorio, pero por comuna). Total es el aislamiento obligatorio en todo el territorio nacional. En localidades o países donde solo existen recomendaciones de aislamiento, los individuos no están sujetos a posibles sanciones en caso de movilizarse. Por el contrario, cuando las órdenes son obligatorias, existen sanciones para quien viola la cuarentena.

Una región confinada

CUADRO 1: Medidas de confinamiento en la región

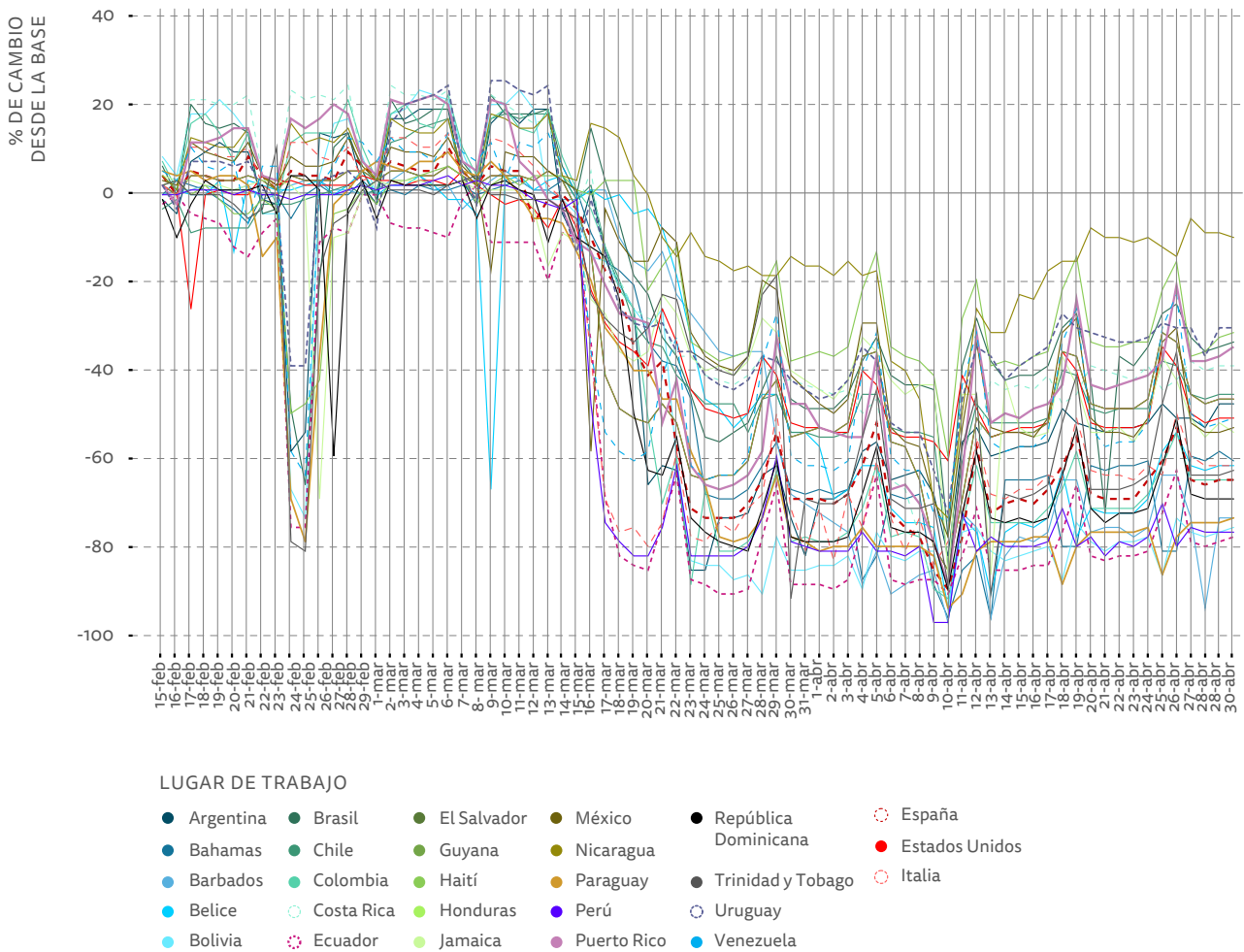
PAÍS	FECHA DE PRIMERAS MEDIDAS DE DISTANCIAMIENTO SOCIAL	TIPO DE AISLAMIENTO ACTUAL	FECHA DE CUARENTENA TOTAL	FECHA DE PRIMER CASO CONFIRMADO DE COVID-19
ARGENTINA	14-Mar	Total	20-Mar	3-Mar
BAHAMAS	19-Mar	Total	24-Mar	16-Mar
BARBADOS	16-Mar	Parcial		17-Mar
BELICE	20-Mar	Parcial		23-Mar
BOLIVIA	12-Mar	Total	22-Mar	11-Mar
BRASIL	19-Mar	Parcial		26-Feb
CHILE	15-Mar	Parcial		3-Mar
COLOMBIA	12-Mar	Total	24-Mar	6-Mar
COSTA RICA	12-Mar	Parcial		6-Mar
ECUADOR	11-Mar	Total	17-Mar	1-Mar
EL SALVADOR	11-Mar	Total	21-Mar	19-Mar
GUATEMALA	16-Mar	Parcial		14-Mar
GUYANA	16-Mar	Parcial		12-Mar
HAITÍ	19-Mar	Total	19-Mar	11-Mar
HONDURAS	12-Mar	Total	20-Mar	11-Mar
JAMAICA	13-Mar	Parcial		11-Mar
MÉXICO	20-Mar	Parcial		28-Feb
NICARAGUA		Ninguno		19-Mar
PANAMÁ	16-Mar	Total	25-Mar	10-Mar
PARAGUAY	9-Mar	Total	20-Mar	8-Mar
PERÚ	15-Mar	Total	15-Mar	6-Mar
REPÚBLICA DOMINICANA	16-Mar	Parcial		1-Mar
SURINAM	14-Mar	Parcial		14-Mar
TRINIDAD Y TOBAGO	13-Mar	Total	29-Mar	12-Mar
URUGUAY	13-Mar	Parcial		14-Mar
VENEZUELA	12-Mar	Total	17-Mar	14-Mar

Fuente: elaboración propia con base en periódicos y otras fuentes en línea.

Las medidas de confinamiento han resultado efectivas a la hora de reducir la movilidad de las personas. Los datos confirman que los movimientos de las personas desde y hacia el lugar de trabajo han disminuido considerablemente en la región durante las fechas en que se impusieron las medidas. Otros aspectos, como la movilidad hacia el transporte público o hacia los parques, o el número de personas que se desplaza al menos un kilómetro al día, han sufrido caídas similares³. Algunos países, como Bolivia, Ecuador y Perú, que implementaron medidas de confinamiento total, registran cifras de hasta un 80% de reducción en los desplazamientos de las personas. En otros casos, como el de Haití, se observa un descenso mucho menor, a pesar de haber decretado también el confinamiento total.

Algunos países registran descensos en la movilidad de más del 80%

FIGURA 1: Cambio en la movilidad hacia el lugar de trabajo



Fuente: Google Community Report, 2020.

Hay indicios de que las medidas de confinamiento han tenido un impacto positivo en la reducción de la incidencia de los casos registrados de COVID-19 y en la mortalidad. Muchos de los países desarrollados, incluyendo algunos de los que se han visto más afectados por el coronavirus, como Italia y España, han superado el pico de la enfermedad. Tanto el número de nuevos casos (que se mide con mucho error) como el número de muertes por día (una medida más precisa) están en claro descenso. La reducción en el número de fallecimientos en estos países es bastante generalizada e incluye, más recientemente, a Francia, Alemania, el Reino Unido e, incluso, Estados Unidos⁴. Esta es una señal clara de que la cuarentena está funcionando. Tras el confinamiento, el coeficiente de reproducción del virus (R) en China, Corea del Sur y la mayoría de los países europeos ya se encuentra por debajo de 1. Esto se refleja también en una creciente literatura sobre los efectos de las restricciones, que muestra que estas reducen la propagación de la enfermedad y ayudan, por tanto, a preservar vidas⁵.

En América Latina y el Caribe, el ciclo de la enfermedad comenzó varias semanas después que en Europa y en Estados Unidos. En los países desarrollados, los primeros casos fueron confirmados en enero (el 20 en EE.UU., el 22 en Francia, y el 31 en Italia). En la región, el primer caso confirmado, en Brasil, corresponde al 26 de febrero. En parte por este motivo y porque las medidas de distanciamiento social se iniciaron mucho más temprano en relación con la aparición de los primeros casos, el número de muertes per cápita por día en los países de América Latina y el Caribe tiene un orden de magnitud menor que en el caso de los países europeos. Sin embargo, al 5 de mayo, en varios países de la región, el número de muertes per cápita continúa en aumento⁶. Y, aun en aquellos países en los que los números de nuevos casos y de fallecimientos empiezan a declinar, la transmisión comunitaria en ciudades y regiones particulares continúa causando un considerable número de muertes y altos niveles de estrés.

Al mismo tiempo que reduce la movilidad y la propagación de la enfermedad, el confinamiento y sus efectos sobre las economías del mundo ya se sienten de manera intensa. En Estados Unidos, más de 30 millones de personas han perdido su empleo en apenas seis semanas, una cifra que no se ve desde la Gran Depresión. Según el informe Panorama económico mundial del Fondo Monetario Internacional (FMI), el crecimiento a nivel global se verá gravemente afectado, pasando de una cifra de 2% en 2019 a un -3% en 2020, con un promedio de un -6% en las economías de alto ingreso y -5% para el conjunto de América Latina y el Caribe. Asimismo, según las estimaciones del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), la COVID-19 puede generar una pérdida de hasta 17 millones de empleos formales en la región, dependiendo de la evolución de la pandemia y de las medidas de mitigación adoptadas⁷. Por ello, a medida que el número de muertes por COVID-19 empieza a disminuir, gana relevancia en todo el mundo la pregunta de cuándo y cómo relajar las medidas de confinamiento y distanciamiento social.

4 Para ver esta evolución, consultar [Daily COVID-19 Deaths in Selected Developed Countries](#).

5 Ver, por ejemplo, Fang *et al.* (2020). "[Human Mobility Restrictions and the Spread of the Novel Coronavirus \(2019-nCoV\) in China para el caso de China](#)".

6 Para ver la evolución de las muertes per cápita en América Latina, consultar [Daily COVID-19 Deaths in Latin America](#).

7 Para más información, consultar Altamirano *et al.* (2020). "[¿Cómo impactará la COVID-19 al empleo?: Posibles escenarios para América Latina y el Caribe](#)". BID.





II. Una decisión difícil bajo incertidumbre

La salida del confinamiento por el coronavirus será la decisión política más trascendente que deberán tomar los Gobiernos de los países de la región próximamente.

Estas decisiones no solo involucrarán el momento de la flexibilización de las restricciones impuestas, sino también la modalidad que tomará esta flexibilización. Es mucho lo que está en juego. Se trata, por un lado, de preservar vidas. Salir de la cuarentena puede tener un elevado costo en contagios y muertes, particularmente, si al mismo tiempo no se expanden sustancialmente las herramientas con las que los países enfrentan la enfermedad. Permanecer en cuarentena, por otro lado, implica costos económicos muy importantes, que, además, recaen de manera particularmente severa en las poblaciones económicamente más vulnerables. Por ello, las decisiones de salida de la cuarentena, entonces, representan un duro equilibrio entre proteger la vida y cuidar los medios de subsistencia.

Estas decisiones tan fundamentales, además, se deberán tomar en un contexto de gran incertidumbre.

Por el lado de la enfermedad, se sabe que es muy contagiosa y que es mucho más grave para los adultos mayores. Pero no se conoce exactamente cuál es el número de infectados ni la tasa de mortalidad. Se supone —pero no se sabe a ciencia cierta— que los infectados adquieren inmunidad a la enfermedad y no se ha confirmado si esta es permanente o transitoria. No hay una idea precisa del grado de inmunidad comunitaria que ya se ha desarrollado en los distintos países. La escasez de pruebas diagnósticas y de pruebas serológicas confiables implica que, en los temas epidemiológicos, los Gobiernos estarán volando casi sin instrumentos.

En cuanto a la reapertura, no se sabe en qué medida esta dará lugar a una recuperación rápida del empleo o del producto interno bruto (PIB). Tampoco se puede predecir cuál será el comportamiento de la población en la reapertura. Una cosa es la decisión de abrir los restaurantes o los cines y otra es que las personas vayan. Al no conocer el grado de inmunidad comunitaria, no se puede tener una idea clara de cuánto aumentarán los contagios cuando se relajen las restricciones. Todos estos son temas cruciales que solo se descubrirán a medida que avancen los procesos de reapertura. La clave será montar sistemas de información que les permitan a los países aprender lo más rápido posible, no solo de lo que se hace en diferentes partes del país, sino también de otros países de la región y del mundo, y asegurar que estos aprendizajes se incorporen rápidamente a los procesos de decisión sobre políticas públicas respecto de qué partes de la economía abrir, cuándo abrirlas y cuándo es necesario dar un paso atrás.

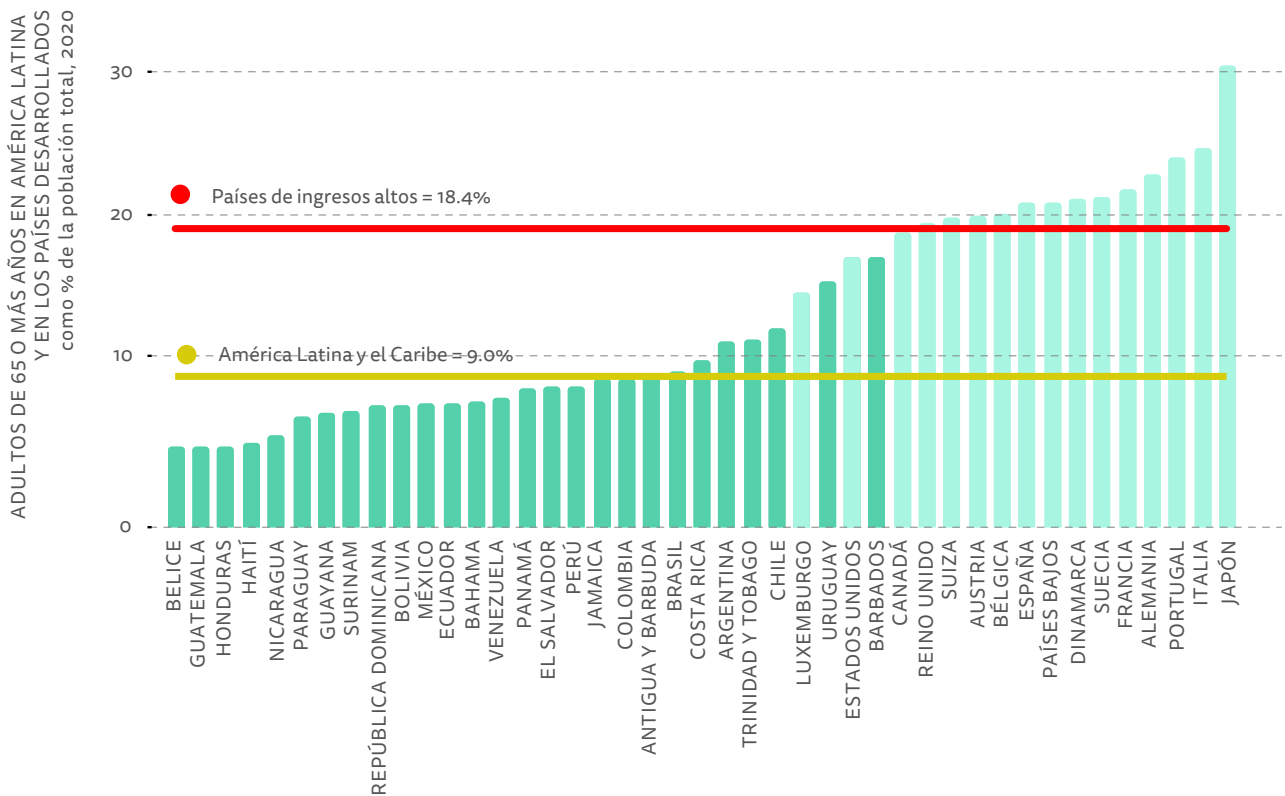
Muchos países desarrollados que están más avanzados en el ciclo de la enfermedad enfrentan dilemas parecidos. Pero el equilibrio entre proteger vidas —continuando con el distanciamiento social— y reabrir la economía —flexibilizando estas medidas— no es exactamente el mismo en los países desarrollados que en los de la región. Algunas de estas diferencias están en relación con los costos de suspender la cuarentena por el riesgo de pérdida de vidas; otras, con el costo de mantener cerrada la economía.

A continuación, se discuten los principales aspectos que diferencian América Latina y el Caribe de los países desarrollados.

América Latina y el Caribe tiene poblaciones más jóvenes que las de los países desarrollados, aunque con grandes diferencias entre los países de la región. En promedio, el porcentaje de adultos mayores en la región es la mitad (9%) que el de los países industrializados (18,4%). Sin embargo, la diferencia entre el país con el porcentaje más alto de adultos mayores de la región (Barbados) y aquel que tiene el porcentaje menor (Belice) es incluso mayor (diez puntos porcentuales). Por ello, esta consideración varía enormemente entre regiones y países.

La proporción de adultos mayores en América Latina y el Caribe es la mitad que en los países desarrollados.

FIGURA 2: Adultos de 65 o más años en América Latina y el Caribe, y en los países desarrollados



Fuente: Naciones Unidas.

La estructura demográfica de América Latina y el Caribe reduce el costo de suspender la cuarentena por el riesgo de pérdida de vidas en comparación con los países más desarrollados, ya que, aunque hay incertidumbre acerca de las tasas de mortalidad de la COVID-19, no hay duda de que afecta más a los adultos mayores. Datos como los reportados por Ferguson et al. (2020), basados en China, confirman que estas personas tienen una mayor probabilidad de exhibir síntomas graves, de requerir tratamiento en unidades de cuidados intensivos y, finalmente, de muerte (ver Cuadro 2). De acuerdo con estos datos, la mortalidad entre los infectados de entre 70 y 79 años es treinta veces mayor que la que corresponde a infectados de entre 40 y 49 años, que, a su vez, es casi treinta veces mayor que la de niños y jóvenes de entre 10 y 19 años. Las diferencias en los requerimientos de camas de cuidados intensivos son también muy significativas.

La mortalidad entre los infectados de entre 70 y 79 años (5,1%) es treinta veces mayor que la que corresponde a infectados entre 40 y 49 años.

CUADRO 2: Gravedad de los casos por rango de edad

Rango de edad	Porcentaje de casos sintomáticos que requieren hospitalización	Porcentaje de hospitalizaciones que requieren terapia intensiva	Tasa de mortalidad
0 a 9	0,1%	5,0%	0,002%
10 a 19	0,3%	5,0%	0,006%
20 a 29	1,2%	5,0%	0,03%
30 a 39	3,2%	5,0%	0,08%
40 a 49	4,9%	6,3%	0,15%
50 a 59	10,2%	12,2%	0,60%
60 a 69	16,6%	27,4%	2,2%
70 a 79	24,3%	43,2%	5,1%
80+	27,3%	70,9%	9,3%

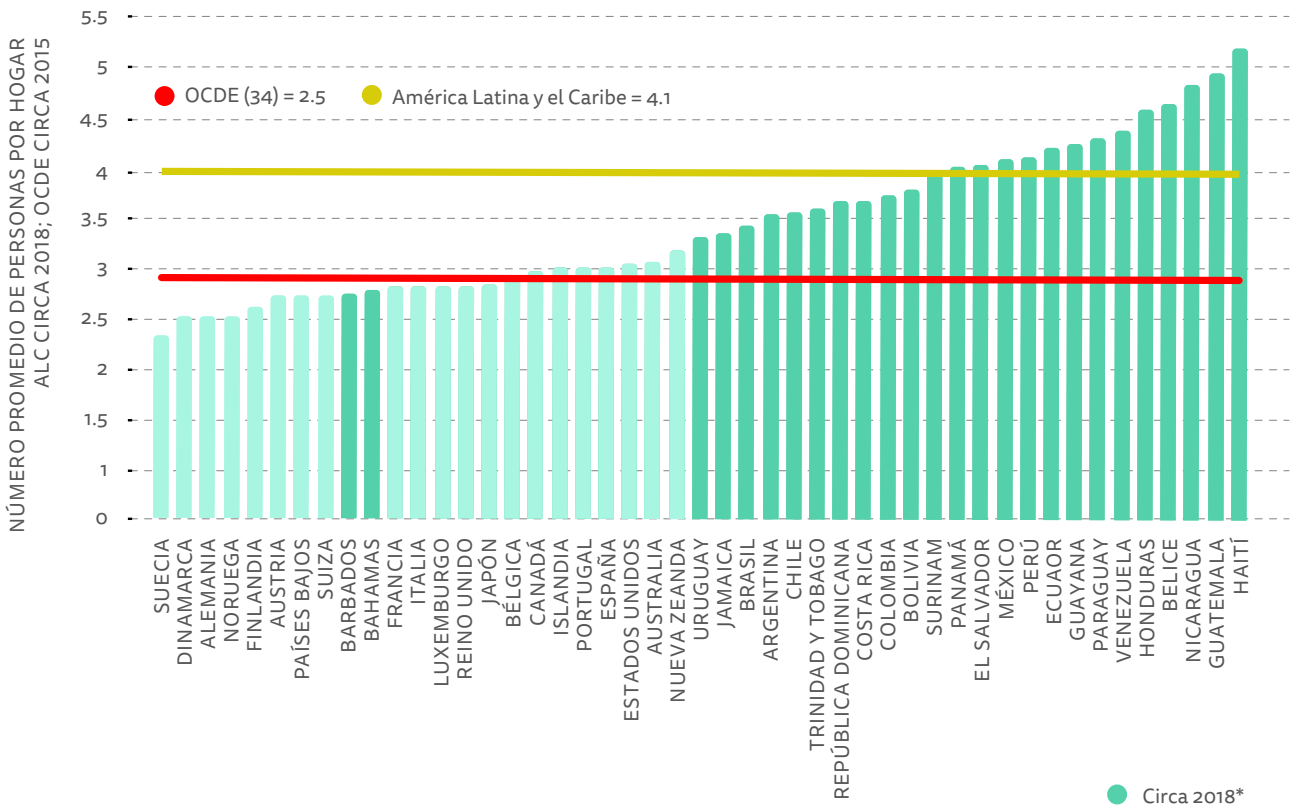
Fuente: Ferguson et al. (2020).

En países con poblaciones envejecidas, como es el caso de Italia, donde el 23% de la población supera los 65 años, salir de la cuarentena puede derivar en muchas hospitalizaciones y muertes. Aun cuando las tablas de mortalidad para América Latina y el Caribe podrían diferir de la aquí presentada, resulta claro que, en países con poblaciones más jóvenes, tanto las muertes como las hospitalizaciones pueden ser mucho menores y, por lo tanto, el costo asociado a salir de la cuarentena también sería menor. Por otro lado, existen algunas condiciones que aumentan el costo de mantener el confinamiento en Latinoamérica y el Caribe en comparación con los países de mayores ingresos.

Peores condiciones de habitabilidad. El costo de quedarse en casa es mucho mayor en el caso de las personas que residen en viviendas con escasas condiciones de habitabilidad, forzados a convivir encerrados en un estado de hacinamiento, en un espacio muy pequeño y sin suficiente separación. Esto es particularmente relevante en los barrios marginales de la región. En general, el número de personas que viven en un hogar es, en promedio, un 25% mayor en América Latina y el Caribe que en el promedio de los países industrializados, con diferencias muy grandes dentro de la región que van desde 2,2 en Barbados hasta 4,7 en Haití. Además, en la región, el confinamiento ha exacerbado la violencia contra las mujeres, las niñas y los niños. Desde la adopción de esta medida, las denuncias han subido de manera alarmante: 100% en Chile, 90% en Colombia, 60% en México y 40% en Argentina, mientras que los feminicidios se triplicaron en Colombia.

El número de personas por hogar es un 25% mayor en América Latina y el Caribe que en los países industrializados.

FIGURA 3: Número promedio de personas por hogar



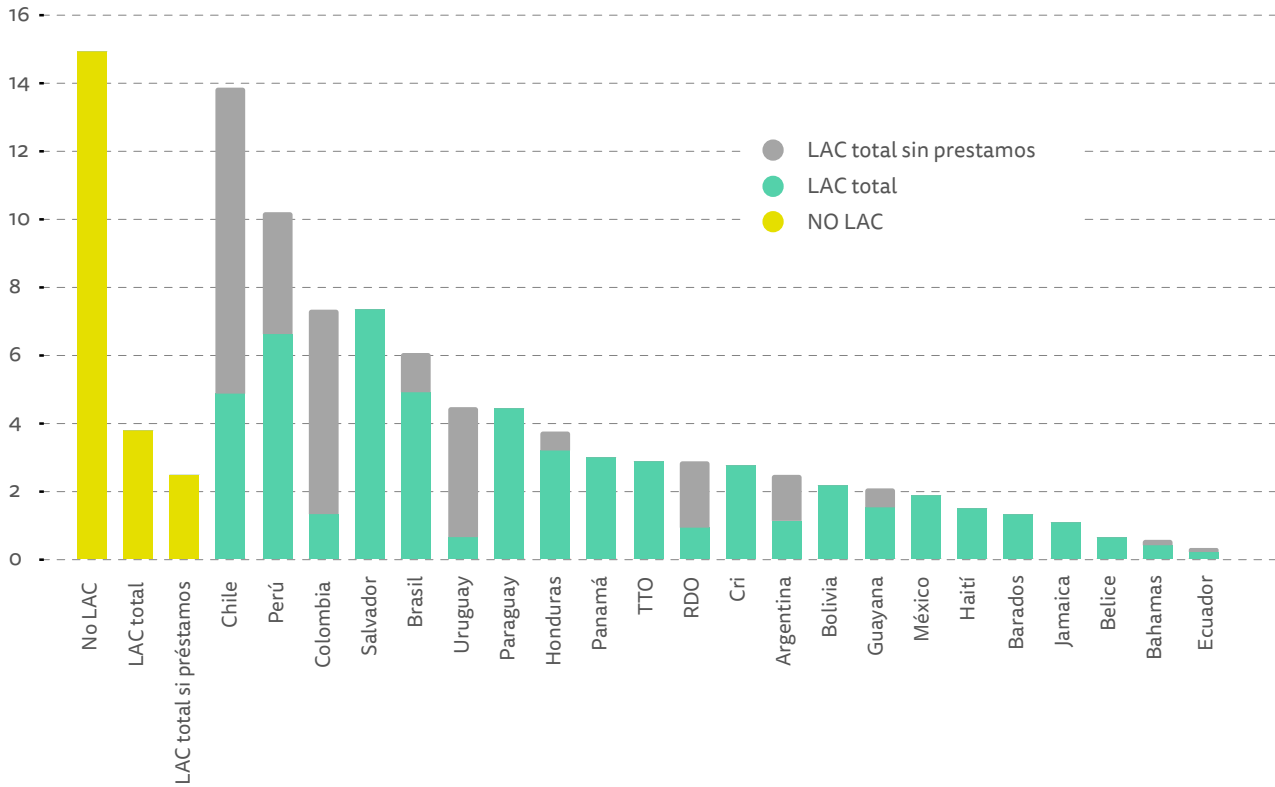
Fuente: Banco Interamericano de Desarrollo: [Sociometro-BID](#) (2018).

Impacto de la menor cobertura de sistemas de protección al desempleo y menor capacidad de respuesta en materia de políticas para preservar el empleo. La mayoría de los países de altos ingresos cuentan con sistemas de seguro de desempleo que protegen a los trabajadores que pierden su empleo. Sin embargo, en América Latina y el Caribe, estos mecanismos solamente existen en ocho países e, incluso, allí solo cubren a unos pocos (Alaimo et al., 2015). Las elevadas tasas de informalidad —superiores al 50%— dejan por fuera de estos mecanismos a la mayoría de los trabajadores y los exponen a situaciones de gran precariedad laboral, con ingresos y empleos extremadamente vulnerables frente a impactos en las condiciones económicas, particularmente, cuando se trata de uno tan fuerte como el originado por el coronavirus. Aun para los trabajadores formales, la alta rotación laboral y el hecho de que la mayoría de los trabajadores han contribuido pocos meses o años al seguro al momento del despido hace que, en muchos casos, tampoco lo reciban (Alaimo et al., 2015).

A esto se añade que, en la actual coyuntura, las restricciones fiscales que enfrentan muchos países han dificultado que sus Gobiernos se comprometan, de forma decidida, a mantener el empleo a través de subsidios o préstamos para las empresas, o a compensar a los que pierden sus ingresos o no los tienen porque no pueden ir al trabajo. En la mayoría de los países industrializados, se han anunciado medidas durante la cuarentena para que el Estado financie parte o el total de los salarios, con el objetivo de preservar el empleo y mantener a los trabajadores vinculados a sus empresas. La inversión en términos del PIB que esto supone es extraordinaria. Los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) planean destinar más de un 16% del PIB, en promedio, entre subsidios y garantías. En la región, no ha existido la holgura económica para llevar a cabo este tipo de políticas con la misma intensidad. La inversión anunciada en estos rubros ha sido del orden del 4% del PIB, lo cual es un esfuerzo considerable, pero muy inferior al de los países desarrollados. Además, la posibilidad de teletrabajar es mucho menor en la región que en los países de ingresos altos y, por ello, menos personas han podido mantener su trabajo y sus ingresos. Todo lo anterior es congruente con costos mayores para la región para mantener la cuarentena, no solo con respecto a los ingresos perdidos, sino también al impacto que esta genera sobre la ansiedad, la depresión y la seguridad alimentaria.

La capacidad de los gobiernos de proteger el empleo y los ingresos ha sido cuatro veces mayor, como porcentaje del PIB, en los países de alto ingreso.

FIGURA 4: Tamaño de las respuestas políticas anunciadas como porcentaje del PIB



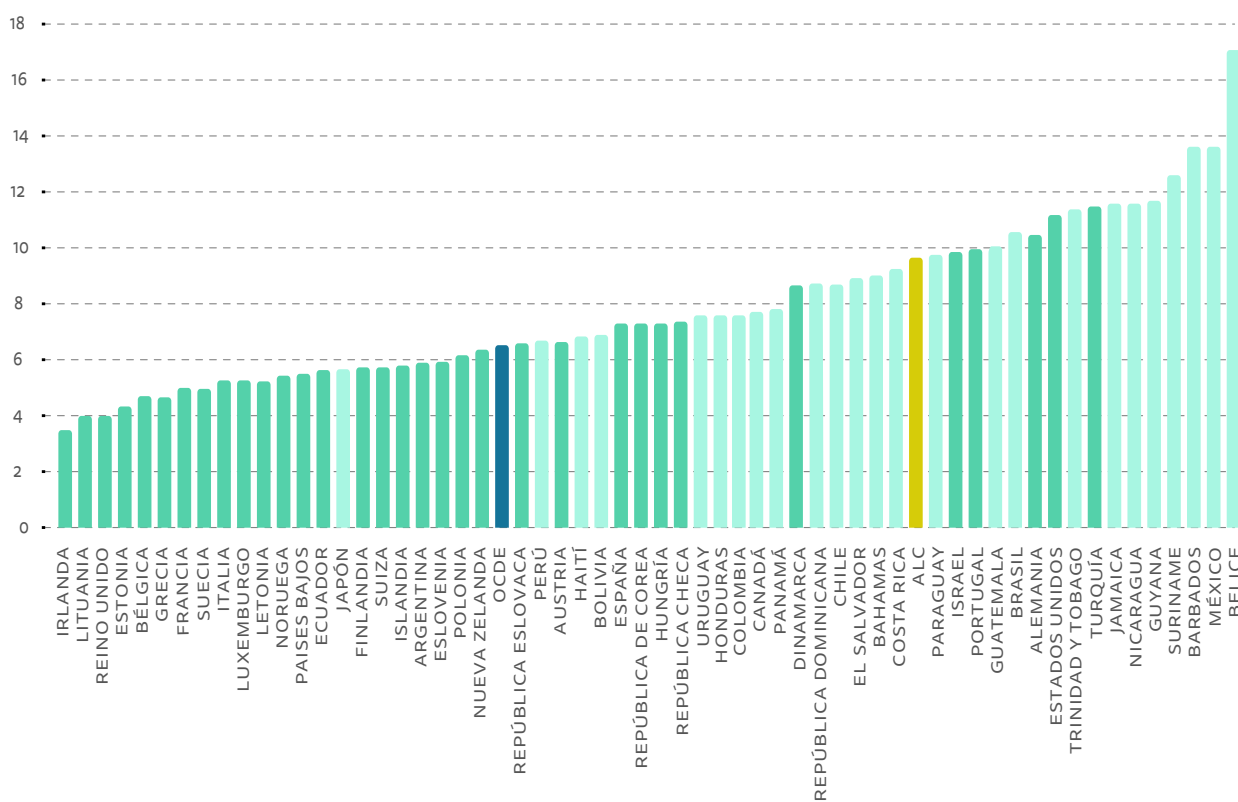
Fuente: Pineda, Pessino y Rasteletti (2020).

Si bien los argumentos desarrollados hasta ahora apuntan a que, en la región, los beneficios de mantener la cuarentena (en términos de preservar vidas) son menores y sus costos (en términos del impacto económico) son mayores, hay algunas consideraciones que van en sentido contrario.

Una mayor prevalencia de enfermedades crónicas. El riesgo de mortalidad por la COVID-19 aumenta considerablemente para poblaciones con enfermedades crónicas como la diabetes, la hipertensión y otras enfermedades respiratorias. Para una misma edad, la población de América Latina y el Caribe tiene una mayor incidencia de estas enfermedades que el promedio de los países industrializados. En estos últimos, por ejemplo, la tasa de prevalencia de la diabetes es ligeramente superior al 6%, mientras que, en América Latina y el Caribe, es de cerca del 10%, aunque este promedio varía desde un 5,5% en Ecuador hasta un 17% en Belice.

La incidencia de diabetes es un 60% mayor en América Latina y el Caribe.

FIGURA 5: Prevalencia de la diabetes en el 2019 (% de la población de entre 20 y 79 años)



Fuente: [Banco Mundial](#).

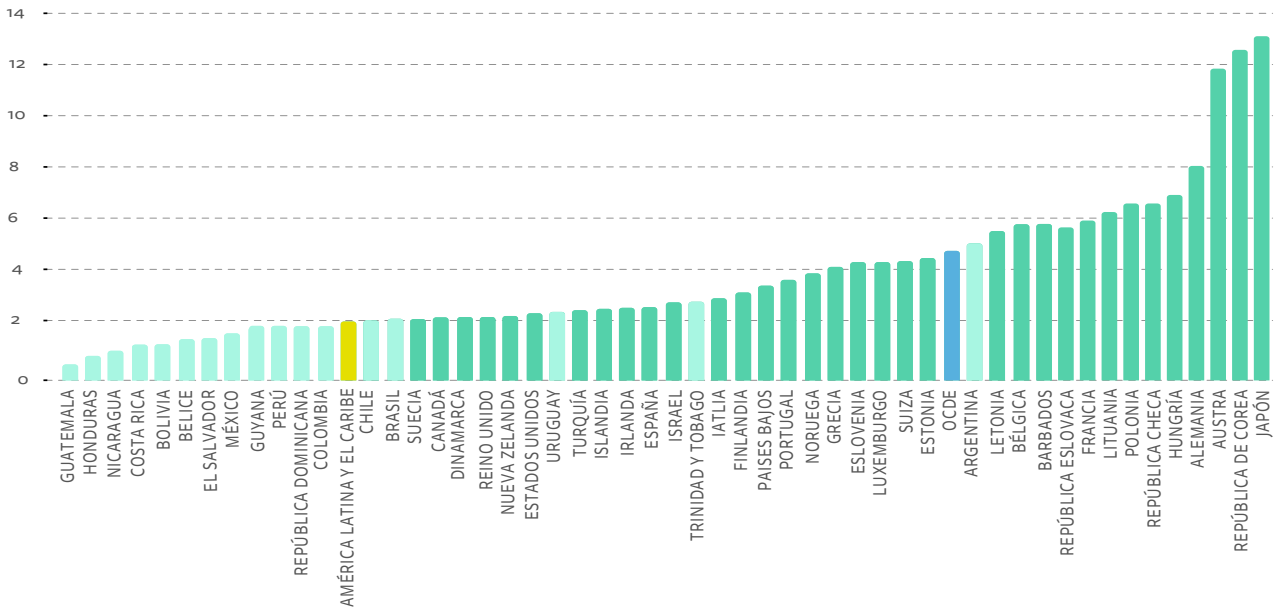
Menor capacidad hospitalaria. Los países de la región cuentan con una capacidad hospitalaria (incluidas las camas de terapia intensiva y los respiradores) mucho más limitada que en los países desarrollados, lo que incrementa el riesgo de que el sistema sanitario se vea desbordado ante incrementos en la proporción de infectados graves similares a las de estos países. En promedio, en América Latina y el Caribe solo hay dos camas de hospital por cada mil habitantes. Si bien esta cifra varía de manera sustancial entre países, en todos (excepto en Argentina) es muy inferior a la correspondiente al promedio de los países de la OCDE, cercana a cinco camas por cada mil habitantes. También existen diferencias importantes en el número de camas para cuidados intensivos, aunque solo están disponibles estos datos de un número limitado de países de la región. Uruguay es el país que tiene más camas para cuidados intensivos por cada 100.000 habitantes (cinco camas), muy por debajo de países como Italia y España (trece y diez, respectivamente), que, a pesar de eso, han visto sus sistemas sanitarios desbordados rápidamente.

Cuando el sistema sanitario se satura, la mortalidad entre los infectados graves aumenta rápidamente debido a la insuficiencia de recursos humanos, de camas para cuidados intensivos, de respiradores y de otros insumos críticos. Esto limita, además, la capacidad del sistema de tratar adecuadamente a las personas afectadas por otras dolencias y puede resultar en muertes adicionales por causas prevenibles. Evitar este efecto de congestión del sistema es crítico para reducir el número de muertes. Además, se debe tener en cuenta que los centros de tratamiento también pueden ser focos de transmisión si no se cuenta con espacios adecuados para aislar a los infectados ni con los insumos necesarios para proteger al personal de salud y de apoyo. De hecho, la justificación de las medidas de confinamiento está relacionada no tanto con reducir el número de casos (lo cual puede ser muy difícil), sino con distribuirlos en el tiempo para evitar que se desborde la capacidad del sistema hospitalario de atender adecuadamente a los infectados graves.

La menor capacidad del sistema sanitario de asistir a la población puede forzar a los países de la región a mantener períodos de confinamiento mayores de lo que sería deseable desde el punto de vista de los costos económicos, para prevenir así mayores tasas de mortalidad. Por estas razones, la capacidad hospitalaria y de unidades de cuidados intensivos es una restricción particularmente importante en la región. En este sentido, resulta esencial, por un lado, expandirla para relajar dicha restricción y, por otro, asegurar que el número de casos se mantiene siempre por debajo de ese umbral.

En los países industrializados, hay el doble de camas de hospital por habitante que en América Latina y el Caribe.

FIGURA 6: Número de camas hospitalarias por cada mil habitantes



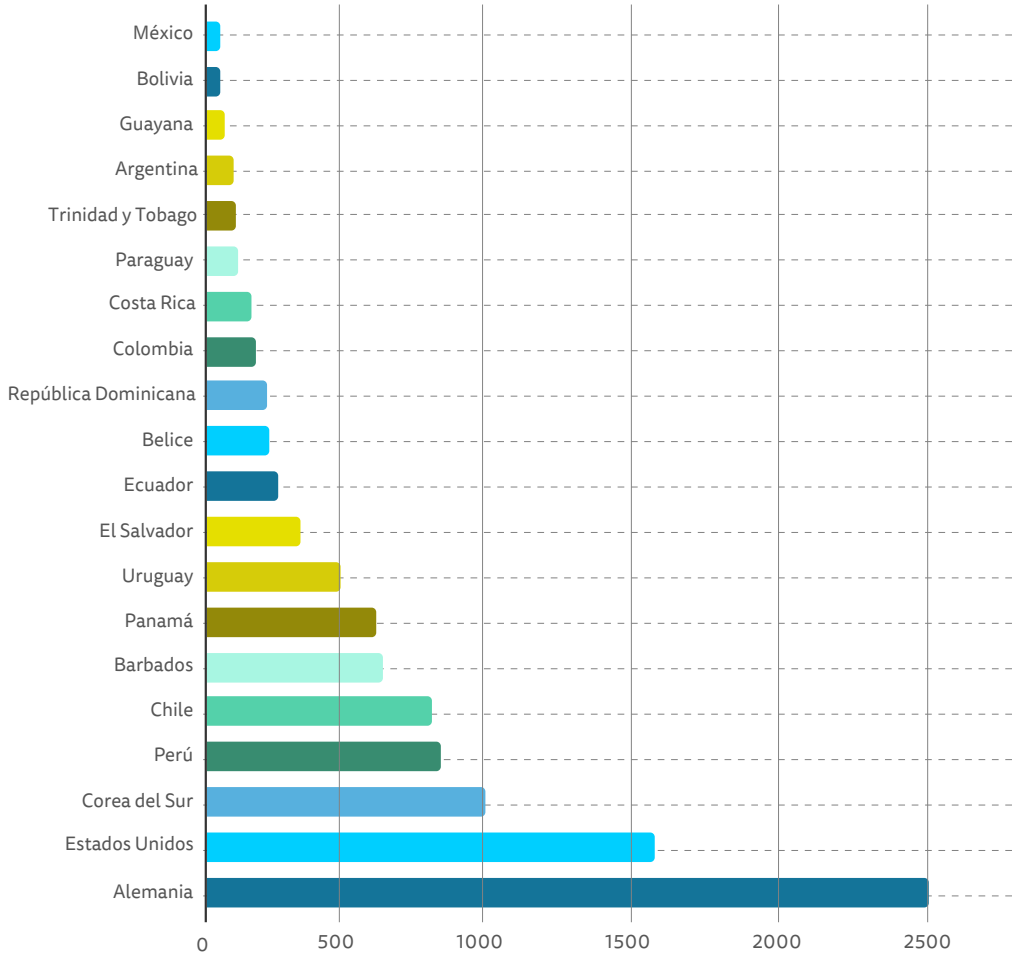
Fuente: OCDE (2019).

Menor disponibilidad de instrumentos de testeo para manejar la pandemia. Un elemento que hace aún más difícil la decisión de cómo y cuándo pasar del confinamiento a la reapertura es el contexto de gran incertidumbre sobre el que debe tomarse esta decisión. Como se señaló anteriormente, todavía no se cuenta con suficiente información sobre la tasa de mortalidad, en parte, porque no existe información precisa sobre el número de infectados. Actualmente, solo un porcentaje de los infectados se registra como tal, generalmente, los que acuden a los hospitales. Muchos otros pasan la enfermedad en su casa o en residencias de adultos mayores sin un diagnóstico y, por ende, sin ser contabilizados como casos. Tampoco figuran en los datos oficiales aquellos infectados que son asintomáticos, pese a que pueden transmitir la enfermedad igual que los infectados sintomáticos. Esto dificulta notablemente su control. Además, al no disponer de datos precisos acerca del número de infectados, tampoco es posible calcular el grado de inmunidad comunitaria que ya se ha desarrollado en los diferentes países. Esto dificulta la posibilidad de pronosticar cuánto aumentarán los contagios cuando se relajen las restricciones, así como también el grado de inmunidad que otorga recuperarse de la enfermedad y por cuánto tiempo. Estos son temas cruciales que se descubrirán a medida que avance este proceso.

Existe un factor adicional que complica la situación aún más. Las pruebas diagnósticas y serológicas —que pueden proveer información valiosa para responder algunos de estos interrogantes y ayudar a manejar la pandemia— no se han utilizado en cantidad suficiente en los países de altos ingresos y, mucho menos, en los países de América Latina y el Caribe:

Las pruebas de diagnóstico, como las PCR (Reacción en Cadena de la Polimerasa, por sus siglas en inglés), permiten establecer si los pacientes están infectados, darles tratamiento adecuado y aislarlos del resto de la población. Son un instrumento fundamental de monitoreo epidemiológico que las autoridades pueden utilizar para tomar las decisiones de reapertura. La mayoría de los países carecen de estas pruebas en cantidades suficientes. Aun países desarrollados, como Estados Unidos, enfrentan restricciones importantes para realizar estas pruebas a todos los pacientes sintomáticos, no tanto por la falta de equipos sofisticados para analizar las muestras, sino más bien por falta de insumos como reactivos o hisopos, sin los cuales estas pruebas no se pueden administrar en la cantidad necesaria. Estas limitaciones son aún mayores en la región, que cuenta con menos equipos, no produce muchos de los insumos necesarios y se ha visto relegada en la competencia por importarlos de países de ingresos altos y con mayor poder de compra. A fecha del 30 de abril, Alemania, uno de los países con la estrategia de testeo más ambiciosa, ha hecho 3.000 pruebas por cada 100.000 habitantes. Estados Unidos ha realizado alrededor de 1.900. Corea del Sur, que inicialmente utilizó pruebas de diagnóstico de manera masiva, se ha quedado atrás, simplemente, porque han logrado reducir drásticamente el número de infecciones. Este éxito se explica, en buena medida, por el uso temprano de pruebas. En América Latina y el Caribe, el país que ha realizado más pruebas es Chile, con alrededor de 960 por 100.000 habitantes, y muchos de los países de la región están en niveles muy inferiores, como se aprecia en la siguiente figura. De hecho, en el país típico de la región, el número de pruebas es de alrededor de 364 por cada 100.000 habitantes.

FIGURA 7: Pruebas PCR acumuladas con resultados establecidos (positivos y negativos) por cada 100.000 habitantes (al 30 de abril de 2020)



Fuente: elaboración propia con base en los datos de los Ministerios de Salud de cada país.

Otro problema asociado con estas pruebas es que requieren un manejo logístico complejo. En la región, los equipos necesarios para realizarlas tienden a estar centralizados en unos pocos laboratorios, lo que provoca que no se reciban los resultados por varios días. Esta circunstancia reduce su valor como herramienta de diagnóstico para el tratamiento y el aislamiento oportunos de los infectados. En este sentido, han surgido algunas pruebas alternativas que se aplican directamente en clínicas u otros puntos de cuidado, mucho más rápidas y sencillas de administrar, pero aún no están disponibles en cantidades suficientes, ni siquiera en los países de ingresos altos.

Pruebas de inmunidad. Estas pruebas, también llamadas serológicas, sirven un propósito diferente. Determinan si la persona ha estado expuesta al virus en el pasado a través de la detección de anticuerpos que el sistema inmunológico desarrolla para combatir el virus⁸.

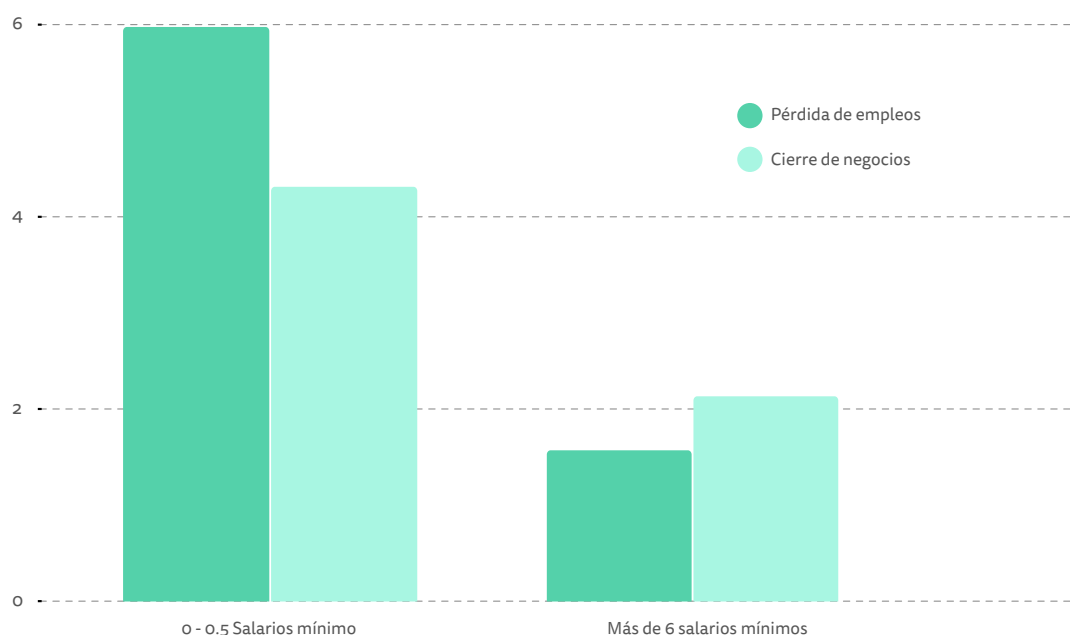
Estas pruebas pueden ser clave para hacer el monitoreo epidemiológico de la enfermedad y establecer cuántas personas han estado expuestas y son inmunes (en el supuesto de que la exposición a la enfermedad genera inmunidad, un aspecto sobre el que no existe consenso en la comunidad científica). Esta información es muy relevante para la toma de decisiones sobre la flexibilización de las medidas restrictivas y, en la medida en que las pruebas sean más confiables de lo que son en la actualidad, permitiría identificar individuos que no pueden contagiar (ni ser contagiados) y que, por lo tanto, pueden volver a su vida normal.

Las pruebas serológicas son más simples, menos costosas y más rápidas que las pruebas PCR, pero su desarrollo lleva más tiempo, por lo que apenas están comenzando a utilizarse tanto en países desarrollados como en la región. Algunas pruebas serológicas disponibles en el mercado han tenido serios problemas de calidad, una circunstancia que se espera que disminuya próximamente.

Apertura bajo incertidumbre

Como se señaló anteriormente en este documento, los confinamientos están impactando drásticamente sobre las economías. Una encuesta del BID, realizada en 17 países de la región, muestra que muchos latinoamericanos han perdido sus empleos u otros medios de subsistencia a partir de esto (Bottan, Hoffmann y Vera-Cossio, inédito). Y la situación es mucho más grave en los hogares más vulnerables. Entre los encuestados que antes de la crisis tenían ingresos por debajo de medio salario mínimo (lo que corresponde, aproximadamente, al decil inferior), el 59% reporta que algún miembro del hogar perdió su empleo por la pandemia y el 43% de los que tenían negocios reportan haberlos cerrado. Aquellos que percibían ingresos de más de seis salarios mínimos (lo que, aproximadamente, corresponde al decil superior) reportan pérdidas de empleo en el 15% de los hogares y cierres de negocios en el 21% de estos.

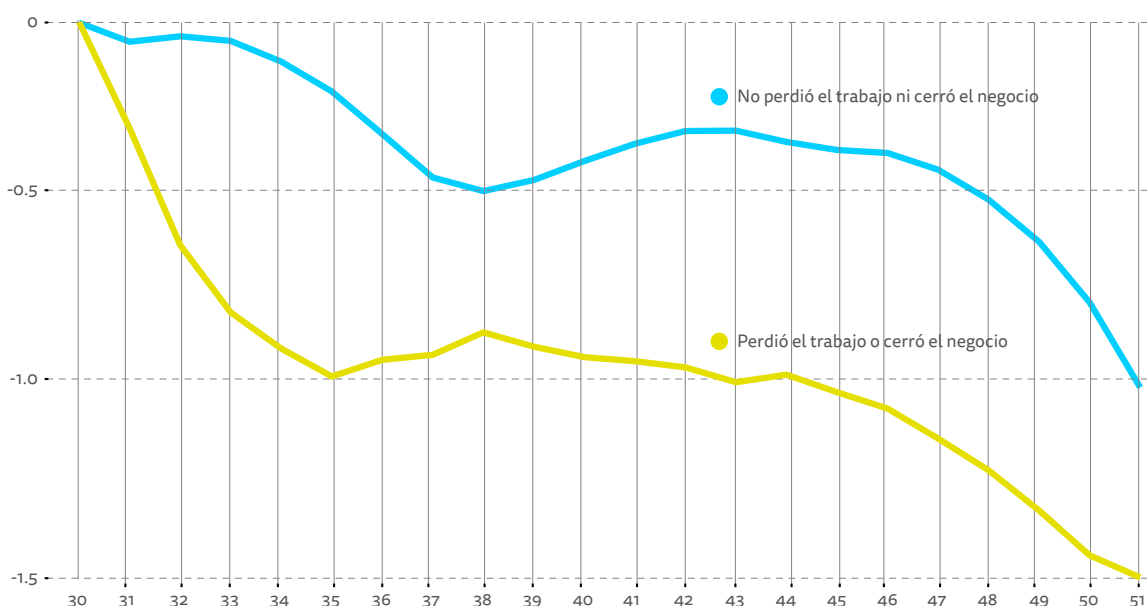
FIGURA 8: Porcentaje de hogares en los que alguien perdió el trabajo o cerró su negocio durante la crisis.



Fuente: Bottan, Hoffman y Vera-Cossio (inédito).

En contraste con los países de altos ingresos, los recursos fiscales disponibles son totalmente insuficientes para enfrentar la crisis. En este contexto, las presiones para reabrir las economías son fuertes y comprensibles. Si bien en su mayoría las personas aun acatan las decisiones de los gobiernos en cuanto a los confinamientos, se advierte lo que se conoce como *fatiga de comportamiento*. Las personas están perdiendo la paciencia. También se ve claramente en la Figura 9 que, a medida que pasa el tiempo, cae el porcentaje de las personas que opinan que la COVID-19 debe ser la prioridad del gobierno. La impaciencia, naturalmente, es mayor en el caso de aquellos que han perdido sus medios de subsistencia.

FIGURA 9: Apoyo a la política de que la COVID-19 debería ser la prioridad del Gobierno



Fuente: Bottan, Hoffman y Vera-Cossio (2020).

En este contexto, no es claro que las autoridades quieran o puedan esperar a tener todas las herramientas con las que, idealmente, querrían contar —pruebas de diagnóstico en cantidad suficiente, pruebas serológicas, recursos humanos y técnicos para el rastreo de contactos, incremento de capacidad hospitalaria— antes de tomar esta decisión de reapertura. De alguna manera, la pregunta no parece ser si se producirá la reapertura, sino exactamente cuándo y de qué manera. ¿Como hacerlo de manera inteligente, maximizando el impacto sobre los medios de vida y, al mismo tiempo, minimizando la pérdida de vidas?

Es claro que la solución no tiene por qué ser la misma a lo largo y a lo ancho de un país. Se puede comenzar en zonas rurales de menor densidad, donde la transmisión de la enfermedad es naturalmente menor y en regiones donde el número de casos o de muertes por la COVID-19 es limitado y la capacidad hospitalaria existente es suficiente como para contener posibles rebotes. También se pueden ir reabriendo sectores de la economía en forma diferencial, dependiendo tanto de su carácter crítico como del riesgo de infección que generan. La clave es montar sistemas de inteligencia epidemiológica que permitan aprender de la experiencia de apertura a medida que se avanza.

¿Qué pasa cuando se reabren las escuelas y las universidades? ¿Qué pasa cuando los trabajadores de ciertos sectores vuelven a sus trabajos? ¿Qué pasa cuando se reabren restaurantes, bares, teatros, cines y espectáculos deportivos? ¿Cuál es el impacto de cada una de estas decisiones sobre la transmisión de la enfermedad? Naturalmente, se debe asegurar que los aprendizajes de lo que se hace en distintas regiones y en distintos sectores se utilicen para ir ajustando las políticas a medida que se van revelando los resultados, en la línea de lo que Sabel y Zeitlin (2012) llaman la *gobernanza experimentalista* (ver Recuadro 1). Este proceso de ajuste permanente debe ser comprendido por la población en su conjunto, de manera que no se creen falsas expectativas. Por eso, la buena comunicación en tiempos de reapertura será crucial.

Para alimentar este proceso de toma de decisiones en tiempos de reapertura, será importante generar tanta información como sea posible, aumentando la capacidad de testeo y utilizando mecanismos alternativos para generar información temprana —por ejemplo, sobre los síntomas— tanto a través del uso de la tecnología como del involucramiento activo de organizaciones comunitarias. También se deben producir mecanismos centralizados de planificación y coordinación —en el centro del gobierno— para la toma rápida de decisiones con la información generada. Mientras tanto, se debe aprender tanto como se pueda de la experiencia de otros países que, en el calendario de la COVID-19, están más avanzados que los países de América Latina y el Caribe. Aquello que se puede aprender de otros países y la mejor forma de prepararse para la reapertura serán, precisamente, los temas que se cubrirán en las próximas secciones.



III. Lecciones de otros países

UNA MANERA DE ANTICIPAR QUÉ PUEDE PASAR EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE CONSISTE EN MIRAR HACIA LOS PAÍSES QUE HAN RECORRIDO MÁS TRECHO EN ESTA PANDEMIA. POR UN LADO, A LOS PAÍSES DE ASIA ORIENTAL, LOS PRIMEROS EN ENFRENTAR LA PANDEMIA Y QUE, EN ALGUNOS CASOS, YA HAN LOGRADO CONTENER SU AVANCE. POR OTRO, A EUROPA Y A ESTADOS UNIDOS, DONDE SE IMPUSIERON MEDIDAS DE AISLAMIENTO SOCIAL MÁS O MENOS RESTRINGIDAS Y QUE, O BIEN YA ESTÁN DESARROLLANDO PLANES PARA LA SALIDA, O YA ESTÁN RECORRIENDO LOS PRIMEROS PASOS EN EL RELAJAMIENTO DE DICHAS RESTRICCIONES. EN ESTE SENTIDO, COMO SE HA EXPLICADO EN EL APARTADO ANTERIOR, CONVIENE TENER PRESENTES LAS DIFERENCIAS ENTRE LA REALIDAD DE LOS PAÍSES DESARROLLADOS Y LA DE LOS DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE, UN ASPECTO FUNDAMENTAL A LA HORA DE ANALIZAR Y DETERMINAR LA OPORTUNIDAD Y LAS CONDICIONES PARA UNA SALIDA INTELIGENTE DE LAS MEDIDAS DE CONFINAMIENTO IMPUESTAS EN LA REGIÓN.






Lecciones de seis países de Asia oriental.

Una manera de inferir cómo puede ser el futuro tras el período de cuarentena es analizar la situación de los países de Asia que han recorrido más etapas en la contención de la pandemia. Salvando las distancias culturales, tecnológicas y políticas, las experiencias de China, Corea del Sur, Japón, Singapur y Taiwán, así como la del territorio de Hong Kong, aportan algunas lecciones importantes para el futuro de la región.

La importancia del uso masivo de pruebas y trazabilidad de contactos. Hong Kong, Taiwán, Singapur y Corea del Sur fueron capaces de mantener el número de casos bajo control sin imponer medidas de confinamiento obligatorio y sin cerrar los negocios o las escuelas. Lo lograron a partir del uso de una estrategia masiva de testeo a todas las personas sintomáticas y a todos sus contactos. Para ello, se valen de equipos humanos que entrevistan a todos aquellos cuyas pruebas hayan dado positivo con el objetivo de identificar a todas las personas con las que han estado en contacto cercano durante los catorce días anteriores. Tras identificar estos contactos, se procede a su aislamiento, con un monitoreo cercano para evitar el incumplimiento de la cuarentena. En Corea del Sur, los equipos encargados de este control son asistidos por una tecnología que facilita el seguimiento de la ubicación de las personas. Esto permite identificar a aquellas personas que estuvieron cerca de los pacientes con resultado positivo (a menos de dos metros durante más de media hora) y aislarlas. Esta tecnología fue clave para ayudar a los equipos humanos una vez que el número de contagios

aumentó rápidamente. En Singapur, sin embargo, donde no se contaba con un uso masivo de este tipo de tecnología, los equipos humanos se vieron sobrepasados cuando el número de casos empezó a aumentar.

No se puede bajar la guardia. Hasta hace apenas un mes, Hong Kong, Corea del Sur, Singapur y Taiwán se mencionaban como ejemplos en el manejo y contención de la pandemia, y sin necesidad de imponer restricciones. Pero, desde entonces, tanto Hong Kong como Singapur han sufrido una segunda oleada de casos. En el caso de Singapur, el número de casos registrados pasó de 266, el 17 de marzo de 2020, a más de 5.900 un mes más tarde. El contagio se originó por el regreso de trabajadores migrantes, quienes, en muchos casos, viven segregados en dormitorios con un alto grado de hacinamiento. Estas condiciones facilitaron una propagación muy rápida del virus. Para contener esta segunda oleada, Singapur se ha visto obligado a decretar condiciones de aislamiento social muy restrictivas. En el caso de Hong Kong, el aumento de los casos se dio por el regreso de residentes que trajeron el virus de Europa y de Estados Unidos. Otro país que también registró una segunda oleada de casos fue Japón. Después de una primera cuarentena de tres semanas, animados por la rápida caída de nuevos casos registrados, el gobernador de la isla de Hokkaido, en el norte del país, permitió la reapertura de los negocios. Esta medida coincidió con un período vacacional, en el que muchos turistas se desplazaron desde otras partes del país. En apenas tres semanas, el número de casos había vuelto subir de forma rápida, tras lo cual el gobernador de la isla se vio forzado a declarar el estado de emergencia por segunda vez.

Lecciones de seis países de Asia	
	Uso masivo de pruebas y trazabilidad de contactos
No se puede bajar la guardia 	
	Restricciones para viajar y cuarentena para los viajeros
Buenas prácticas individuales clave 	
	Seminormalidad

El uso de restricciones para viajar y de la cuarentena para los viajeros. En las experiencias mencionadas se pone de manifiesto la importancia de los viajeros como transmisores del virus, ya sea desde el exterior o en el interior de un país. En lugares como China y Corea del Sur, las autoridades han empezado a imponer pruebas de diagnóstico obligatorias y cuarentena a todos los viajeros, lo que puede ser particularmente relevante en un contexto de menores restricciones de aislamiento social.

Las buenas prácticas individuales son clave. La mayoría de los países de Asia oriental adoptaron, rápidamente, prácticas de comportamiento individual ante el virus aprendidas durante el brote de SARS, tales como el uso de máscaras, el lavado de manos o el distanciamiento social entre personas⁹.

⁹ El SARS coronavirus (SARS-CoV) fue identificado en el año 2003 (SARS-CoV). Apareció por primera vez en la provincia de Guangdong, en China, desde donde se extendió a 23 países, con más de 8000 casos registrados.

Seminormalidad después de la cuarentena. China impuso una cuarentena muy estricta a ciertos sectores de la población. Tras el levantamiento progresivo de dichas medidas a finales de marzo, la actividad económica aún dista de ser normal. Las personas continúan manteniendo el distanciamiento social. Y, aun cuando los negocios han reabierto (aunque otros muchos permanecen cerrados), la mayoría tiene baja demanda.

La reapertura de Europa y de Estados Unidos: primeros pasos

También se pueden aprender lecciones relevantes para América Latina y el Caribe a partir del análisis de un abanico de recomendaciones acerca de cómo organizar la reapertura provenientes de organizaciones internacionales, laboratorios de ideas (*think tanks*) y de los gobiernos de Europa y de Estados Unidos¹⁰.

Recientemente, varios países europeos como Alemania, Austria, Dinamarca o República Checa, han comenzado a levantar gradualmente las medidas de confinamiento y de distanciamiento social con distintos matices en el tipo de negocio que cumple con criterios de elegibilidad para abrir (metraje específico, aforo requerido, entre otros). En lo que respecta al acceso a la educación, se observan también variaciones. En algunos casos, se da preferencia a los estudiantes de primaria y de secundaria a punto de graduarse (Alemania); en otros, se da preferencia a niños de jardines de infancia y de la escuela primaria (Dinamarca). Se mantienen, en la mayoría de los casos, las recomendaciones de uso de mascarillas, especialmente, en espacios y medios de transporte públicos, así como las medidas de distanciamiento social.

¿En qué coinciden las propuestas y las prácticas de los países desarrollados? Si bien las propuestas y los planes de acción para flexibilizar las medidas de la cuarentena han sido desarrollados desde varios frentes distintos (planes oficiales de los gobiernos, propuestas de académicos, escenarios planteados por laboratorios de ideas, entre otros), existen aspectos en los que muchas de estas coinciden. En general, todas establecen condiciones epidemiológicas, herramientas e instrumentos útiles para la reapertura, consideraciones referentes a grupos poblacionales específicos y énfasis en buenas prácticas. Es importante resaltar estas similitudes, puesto que representan los pilares de las posibles estrategias de salida de la cuarentena en América Latina y el Caribe independientemente del sector, industria o país.

.....

¹⁰ Esta revisión incluyó los siguientes documentos: “[Actualización de la estrategia frente a la COVID-19](#)”, de la Organización Mundial de la Salud; “[Hoja de ruta europea para levantar las medidas de confinamiento adoptadas contra el coronavirus](#)”, elaborada por la Comisión Europea en cooperación con el presidente del Consejo Europeo; “[Guías para la apertura de América](#)”; “[National Coronavirus Response. A ROAD MAP TO REOPENING](#) del American Enterprise Institute”; Safra, E. J. (2020). “Mobilize and Transition”. Center for Ethics, Harvard University. Además, Amitabh Chandra *et al.* (2020). “[A Detailed Plan for Getting Americans Back to Work](#)”. *Harvard Business Review*. También se utilizó Smit *et al.* (2020). “[Safeguarding our lives and our livelihoods](#)” y Zeke, E. (2020). “[We can safely restart the economy in June](#)”.

CUADRO 3: Propuestas y prácticas de los países desarrollados

Condiciones epidemiológicas	Herramientas e instrumentos	Grupos poblaciones	Buenas prácticas
Reducción sostenida de casos positivos	Sistemas de información abiertos y armonizados	Aislamiento de individuos de alto riesgo con base en: <ul style="list-style-type: none"> ◀ La edad ◀ La condición médica previa 	Medidas de distanciamiento físico
Capacidad hospitalaria (camas en las unidades de cuidados intensivos)	Aplicaciones para seguimiento de contagios y síntomas	Identificar individuos con inmunidad	Uso de tapabocas Lavado de manos
Recursos apropiados (máscaras, desinfectantes, etc.)	Sistemas de trazabilidad de contactos para monitoreo y movilización de personas		Limitar aforo en espacios públicos, oficinas, restaurantes
Capacidad de testeo masivo: detección, seguimiento y aislamiento	Test para determinar los contagios e identificar individuos con inmunidad		Uso de plataformas virtuales para trámites, compras, educación, trabajo, etc.

Condiciones epidemiológicas y de salud pública. En todas las propuestas se mencionan las condiciones (o precondiciones, como se denominan en muchos de los documentos) epidemiológicas y de salud pública que se deben considerar al momento de decidir sobre la flexibilización de las políticas de aislamiento. Entre estas están:

- ◀ La reducción sostenida de casos positivos de COVID-19 por una determinada cantidad de días. Este último dato puede diferir entre una propuesta y otra. Sin embargo, el consenso se enfoca en que la cifra de contagio debe reducirse continuamente para poder avanzar a una siguiente etapa.
- ◀ El sistema hospitalario debe contar con la capacidad necesaria para atender a todos los pacientes contagiados que se encuentren en una condición grave, tomando el número de camas en las unidades de cuidados intensivos por cada 100.000 habitantes como indicador de qué tan preparado está el sistema de salud. También se menciona la imperatividad de contar con suficientes insumos médicos apropiados para poder atender a los pacientes con COVID-19 en el caso de que, una vez flexibilizadas las medidas, exista un rebrote.
- ◀ Es preciso que el Gobierno cuente con suficientes recursos para evaluar el contagio masivamente, realizar pruebas y hacer seguimiento de la red de contagio de cada individuo, dado que esto ha probado ser la principal herramienta para controlar la pandemia. Cuantas más pruebas se hagan, mayor es la posibilidad de identificar, aislar y dar tratamiento a las personas contagiadas.

Herramientas e instrumentos. Partiendo del último punto mencionado, es necesario que los gobiernos cuenten con las herramientas para poder evaluar una estrategia de salida del confinamiento. Los instrumentos incluyen:

- ◀ Información acertada, concreta y oportuna. Los gobiernos necesitan sistemas que permitan armonizar y comunicar la información para que se pueda maximizar su uso y tomar decisiones en tiempo real, considerando la situación actual de cada región, sector o estado.
- ◀ En la misma línea, se requiere disponer de mecanismos para no solo dar un seguimiento a los pacientes que han dado positivo en una prueba de diagnóstico de la COVID-19 y a su red de contactos, sino a las personas que tengan síntomas y que representan un riesgo potencial para los demás individuos. Estos sistemas pueden apoyarse en soluciones tecnológicas, como aplicaciones móviles, o limitar el monitoreo a métodos más rudimentarios, como llamadas por teléfono, entrevistas, entre otros.

Grupos poblacionales. Es preciso diferenciar entre varios grupos poblacionales con el propósito de salvaguardar la salud de las personas más vulnerables. En general, esta categorización se determina a partir de dos criterios: edad y condiciones médicas. Las personas con enfermedades o condiciones preexistentes, así como las que tienen un sistema inmunológico comprometido por su avanzada edad son más propensas a contraer el virus y a necesitar hospitalización. Si bien muchas propuestas difieren en términos de qué medidas aplicar a cada uno de estos grupos, todas coinciden en la necesidad de considerar sus diferencias para poder actuar en función de estas.

Por otro lado, las personas que ya se hayan recuperado del virus, así como las que comprueben su inmunidad —dando por hecho que, efectivamente, se compruebe que haber sido contagiado confiere inmunidad— deberán ser consideradas para retomar sus actividades laborales, especialmente, si estas incluyen atender o apoyar a las poblaciones más vulnerables.

Buenas prácticas. Finalmente, el análisis de las propuestas mencionadas arroja una serie de buenas prácticas comunes para mitigar el riesgo de contagio una vez que la economía empiece a flexibilizar las medidas de confinamiento:

- ◀ El distanciamiento físico es clave en todos los espacios en los que pueda existir contacto entre individuos. Esto incluye espacios públicos, supermercados, oficinas, obras de construcción, restaurantes, bares, gimnasios, entre otros.
- ◀ Con el propósito de establecer medidas que apoyen el mantenimiento de un distanciamiento físico adecuado, las propuestas también exponen la necesidad de limitar el aforo de personas en todos los ámbitos mencionados.
- ◀ En la misma línea, se deberán acatar normas comunes de higiene y prevención: uso de mascarillas, constante lavado o desinfección de manos, y minimizar el contacto de superficies y artículos.
- ◀ Por último, es recomendable que todos los servicios o interacciones que puedan llevarse a cabo de manera remota se apoyen en plataformas virtuales para funcionar en esta modalidad: teleatención, teletrabajo, teleeducación, telemedicina, trámites, compras, pagos, etcétera.

Áreas donde no hay consenso. A pesar de los muchos puntos de encuentro entre las distintas propuestas para salir paulatinamente del aislamiento, existen áreas donde estas (tanto las oficiales como las de los centros académicos) no ofrecen criterios explícitos. Se trata de áreas donde las normas políticas, culturales, sociales e institucionales de cada país dificultan la toma de decisiones y en las que existe un menor consenso sobre los criterios prácticos y funcionales para su establecimiento.

Grupos poblacionales. La primera está relacionada con los grupos poblacionales que podrían salir del aislamiento y, en su cara opuesta, aquellos que deberían permanecer confinados por un período más prolongado. Dentro de esta área, se pueden identificar los siguientes puntos de tensión:

- ◀ **Grupos de riesgo:** La mayoría de las propuestas recomiendan que las personas que pertenecen a grupos de riesgo permanezcan en aislamiento por un período más prolongado de tiempo. Generalmente, dentro de estos grupos se incluye a adultos mayores y a individuos con condiciones médicas preexistentes.
- ◀ **Adultos mayores.** Los datos de mortalidad por la COVID-19, claramente, indican que los adultos mayores tienen un riesgo más elevado de muerte al contraer el virus¹¹. Sin embargo, no existe una linealidad entre la edad y el riesgo de muerte por la COVID-19, ya que la existencia de condiciones médicas preexistentes también afecta dicha probabilidad y esta es más frecuente cuanto mayor es la edad del individuo. Estas son las razones por las que ninguna propuesta explicita cuál es la edad mínima que se debe tener para permanecer en aislamiento. En algunos países, se ha equiparado al adulto mayor con aquellas personas que están en edad jubilatoria (mayores de 60 o 65 años), pero este es un grupo extremadamente heterogéneo en rango de edad, condiciones preexistentes de salud y riesgo de muerte por la COVID-19.
- ◀ **Condiciones médicas preexistentes.** Las propuestas especifican que aquellas personas con condiciones médicas preexistentes deberían permanecer aisladas, pero no explicitan cuáles son estas condiciones médicas. Se da por supuesto que esto aplicaría a individuos con problemas cardiovasculares, diabetes, enfermedades respiratorias crónicas, hipertensión y cáncer, que son las patologías más prevalentes entre fallecidos por la COVID-19¹². Sin embargo, las investigaciones científicas sobre los factores de riesgo evolucionan diariamente. Por ejemplo, tener asma (enfermedad respiratoria crónica) era originalmente considerado un factor de alto riesgo, pero varios estudios recientes sugieren que no se encuentra entre las primeras diez comorbilidades¹³.

A pesar de que algunos factores conductuales, como fumar, aumentan considerablemente la vulnerabilidad ante la COVID-19¹⁴, ninguna propuesta ha explicitado si estos factores están incluidos dentro de la definición de grupos de riesgo. Datos de China y de Nueva York indican que el riesgo de muerte por COVID-19 es de entre 1,65 a 1,77 veces más alto para hombres que para mujeres, a pesar de que la tasa de contagio es similar¹⁵. Sin embargo, ninguna propuesta identifica el género como un factor en la definición de los grupos de riesgo como sí lo hacen con los adultos mayores.

11 Por ejemplo, la tasa de mortalidad por COVID-19 en Corea del Sur es del 1,8% entre individuos de 60 a 69 años, del 6,3% entre aquellos de 70 a 79 años y del 13% para los mayores de 80 años. En Italia, los mismos grupos etarios muestran tasas de mortalidad del 3,5%, 12,8% y 20,2%, respectivamente. Sin embargo, estos cálculos no permiten desagregar el porcentaje de los adultos mayores que contaban con condiciones preexistentes de salud. Para más información, consultar ["Coronavirus Pandemic: COVID-19"](#).

12 Para más información, consultar Roser M. *et al.* (2020). ["Coronavirus Pandemic: COVID-19"](#).

13 Para más información, consultar Hakim, D. (2020). ["Asthma Is Absent Among Top Covid-19 Risk Factors, Early Data Shows"](#).

14 Para más información, consultar Lenung J. M. *et al.* (2020). ["ACE-2 Expression in the Small Airway Epithelia of Smokers and COPD Patients: Implications for COVID-19"](#).

15 Para más información, consultar Rossman, J. (2020). ["Coronavirus: the puzzle of why the risk of death is greater for men and for the elderly"](#).

Niveles de contagio local/zonal. Muchas propuestas incorporan medidas de flexibilización o liberación del aislamiento en ciertas áreas del país donde no existen casos reportados de contagio o donde la tasa de contagio muestra una tendencia decreciente. Sin embargo, establecer medidas de esta naturaleza implica llegar a acuerdos internos con múltiples actores sobre la movilidad de las personas. Este enfoque geográfico sugiere que quienes residen en las localidades y zonas declaradas “libres” de la COVID-19 podrían movilizarse sin restricciones en su interior, pero que se debería limitar de una manera muy estricta el ingreso y la salida de personas de estas áreas, lo que crea, en la práctica, fronteras internas en los países. La capacidad de control y posibles cuestionamientos constitucionales hacen difícil la implementación práctica de este tipo de propuestas.

- ◀ **Inmunidad.** Algunas propuestas sugieren que se permita antes la salida de personas no susceptibles de contraer ni transmitir la enfermedad. Algunas, inclusive, hablan de otorgar certificados o pasaportes de inmunidad a la COVID-19, lo que permitiría la libre circulación y el regreso al trabajo para aquellos que los obtuvieran, como se ha debatido en países como Alemania, Italia o Chile. Aunque esta idea parece atractiva, otorgar certificados de inmunidad está plagado de dilemas médicos, éticos y prácticos. Primero, aún se desconoce si las personas que contraen la COVID-19 y se recuperan obtienen inmunidad de largo plazo¹⁶. Segundo, una medida de esta naturaleza requeriría de una capacidad masiva para realizar pruebas serológicas en laboratorios de alta confiabilidad. Tercero, la emisión de certificados de inmunidad podría incentivar a ciertos individuos a contraer la enfermedad solo por la posibilidad de conseguir el certificado o incentivar mercados negros de certificaciones. También puede abrir frentes legales por discriminación¹⁷.
- ◀ **Condiciones de convivencia.** En algunos casos, se considera la posibilidad de que los hogares multigeneracionales o donde reside un individuo con alto riesgo continúen con medidas estrictas de aislamiento. Esto implicaría que las personas más jóvenes o sin condiciones médicas que residen en esos hogares continúen confinadas. En otros casos, las condiciones de hacinamiento en un hogar indicarían mayores necesidades de flexibilización. Ambas situaciones requieren de información muy detallada de cada uno de los hogares, lo que raramente se encuentra a disposición de las autoridades que dictan y controlan estas medidas.
- ◀ **Turnos alternativos de trabajo.** Por último, algunas propuestas sugieren el uso de turnos alternativos de trabajo. Esto significa permitir el regreso al trabajo otorgando días y horarios para hacerlo. A pesar de lo atractivo de esta idea, existen muchas limitaciones prácticas, ya que implica no solo el establecimiento y cumplimiento estricto de turnos en cada lugar de trabajo, sino también la conformación de alguna entidad coordinadora para evitar que múltiples empresas y sectores utilicen franjas horarias similares y se generen aglomeraciones en espacios públicos.

Sectores económicos. La segunda área en la que no hay consenso se relaciona con los criterios de priorización para la reapertura de los distintos sectores económicos. Desde un punto de vista económico, existen diversas consideraciones para valorar la contribución estratégica de cada sector. Algunas propuestas indican la necesidad de reabrir primero aquellos sectores que tienen una mayor contribución relativa al PIB local o nacional. Otras sugieren priorizar aquellos que implican mano de obra y que pueden ayudar a una pronta recuperación del empleo. Adicionalmente, otras propuestas sugieren priorizar aquellos sectores en los que existe menor riesgo de contagio y que están altamente automatizados o tienen una gran capacidad de operar de manera virtual.

16 Para más información, consultar [“Can people get COVID-19 twice?”](#).

17 Para más información, consultar Greely, H. (2020). [“Covid-19 ‘immunity certificates’: practical and ethical conundrums”](#).

A pesar de esta diversidad de criterios para priorizar la reapertura de distintas actividades económicas que han sido declaradas “no esenciales”, al momento de dictar las medidas de aislamiento, en la práctica, se observa que muchas de las decisiones de reapertura que hasta ahora se han tomado no se han basado en criterios necesariamente objetivos. Al contrario, en muchas ocasiones, estas responden al grado de influencia de los gremios empresariales y sindicales y también a preferencias culturales y sociales no escritas. Por ejemplo, en algunos países ya se permitió la reapertura de locales comerciales de cierto tamaño, aunque tampoco existe un consenso sobre cuál es el espacio mínimo para limitar aforos y minimizar aglomeramientos (por ejemplo, en Austria es de 400 m², mientras que en Alemania es de 800 m²). En otros países, se reabrieron locales que brindan servicios personales, como son las peluquerías y barberías, pero no otro tipo de pequeños negocios¹⁸.

En conclusión, la mayoría de las propuestas para salir paulatinamente del aislamiento tienen en cuenta criterios y consideraciones estrictamente técnicas, pero también dejan poco explícitas estas zonas grises en las que hay menos consenso y en las que las pautas sociales, culturales y políticas suelen ser muy influyentes. En cualquier caso, cabe mencionar que, en América Latina y el Caribe, se detecta una menor presencia de propuestas de transición o de salida gradual, tanto oficiales como de centros de investigación, que ayuden a guiar los próximos pasos de los países de la región. Sin embargo, las que se observan (en países como Argentina, Barbados o Costa Rica) muestran medidas de salida gradual que se alinean con las buenas prácticas y recomendaciones mencionadas en los párrafos anteriores.

.....

¹⁸ Para más información, consultar la web del Foro Económico Mundial. [“These European countries are starting to lift their coronavirus lockdowns”](#).



.....

IV. ¿Qué hacer hoy y en los próximos meses para contener y manejar la pandemia?

La cuarentena tiene el objetivo de aplanar la curva, es decir, reducir la tasa de crecimiento del contagio hasta que el número de casos se encuentre por debajo del límite de lo que el sistema de salud puede manejar sin colapsar. Sin embargo, hay consenso sobre la insuficiencia de esta medida para acabar con el virus. Solo resulta útil para contenerlo en niveles manejables. Por ello, a menos que se use el tiempo de la cuarentena para cambiar las condiciones del país para enfrentar el virus, el número de casos puede volver a subir rápidamente tras la reanudación de las actividades. En este sentido, resulta indispensable, en el plazo inmediato y durante los próximos meses, invertir en la contención de la pandemia y asegurarse de que la reapertura ocurra en las mejores condiciones posibles. Esto requiere robustecer en mayor o menor grado, dependiendo de la situación de cada país, la coordinación y la gestión estratégica; mejorar los equipamientos y los protocolos (ajustados a países de ingreso medio) para tratar los casos más graves; proteger al personal de salud; expandir la inteligencia epidemiológica; incorporar tecnología; reforzar la comunicación y la participación de la comunidad, y facilitar el abastecimiento de insumos médicos clave.

Robustecer la coordinación y la gestión estratégica

La salida del confinamiento supone muchas decisiones y acciones complejas, que incluyen la definición de los criterios para la apertura de zonas y de actividades, y de estrategias de comunicación que involucren a la comunidad. También implica la capacidad para rastrear y controlar rebotes. Además, dado que estas funciones se encuentran a cargo de muchos sectores y niveles del gobierno, es imprescindible delinear una estrategia para remontar los silos operativos del sector público, además de lograr la participación de los ciudadanos y del sector privado¹⁹.

.....

¹⁹ Estos elementos están recogidos por las [“Recomendaciones para la gobernanza de riesgos críticos”](#), documento redactado por la OCDE en 2015, así como en el [“Marco de Sendai para la Reducción de Riesgos de Desastres 2015-2030”](#), redactado por la ONU en 2015.

La experiencia confirma la puesta en práctica de una estrategia de salida precisa y de una gestión estratégica basada en una estructura de gobernanza, arreglos de coordinación y seguimiento de la estrategia adoptada, información basada en evidencia, y una comunicación confiable.

Establecer una estructura de gobernanza. En la mayoría de los países, tanto dentro como fuera de la región, la gestión estratégica de la crisis de la COVID-19 está en manos del Centro de Gobierno (CDG). Liderados por la Oficina de la Presidencia, los CDG han sumado los sectores de Salud, Protección Social y Seguridad e Interior al núcleo de su estructura tradicional (que suele incluir a los ministerios de Hacienda y Planeación) para enfrentar la crisis. La organización del Centro de Gobierno para la gestión estratégica de la salida del confinamiento podría considerar una práctica que muestra buenos resultados: el uso de una estructura satelital, en la que se organizan equipos sectoriales y multisectoriales alrededor del CDG. Estos equipos están compuestos por autoridades y por expertos de los sectores cuyas actividades son las que deben volver a activarse: trabajo, producción, educación, entre otros²⁰. Los CDG tienen a su cargo la aprobación de la Estrategia de Salida Selectiva (ESS) del confinamiento, que define las condiciones epidemiológicas y los disparadores que habilitarán la salida de los sectores autorizados²¹, y ordena la preparación de planes operativos²²; la aprobación del marco regulatorio que sustenta la ESS, y la implementación de arreglos de coordinación horizontal (con sectores del gobierno nacional) y vertical (con gobiernos subnacionales) que definen los papeles, responsabilidades, protocolos y rutinas para la implementación de la ESS, así como para la generación de datos y de información, el monitoreo y las estrategias de comunicación.

Los equipos sectoriales (estructura satelital) y los gobiernos subnacionales tienen las funciones de acreditar el cumplimiento de las condiciones para iniciar las etapas de la ESS; liderar la implementación progresiva de esta estrategia; producir datos, reportes y análisis expertos que informen los criterios para el inicio de las etapas de la ESS, así como el monitoreo de su implementación; adaptar e implementar a nivel local las estrategias de comunicación, y establecer estrategias de participación de las comunidades en la promoción y en el seguimiento de las medidas de prevención del contagio.

Gestionar la coordinación. Una de las herramientas más usadas por los CDG para organizar la coordinación de las prioridades gubernamentales es la metodología de rutas de cumplimiento²³. Su uso permite establecer el orden, la oportunidad y los responsables de la ejecución de los procesos y de las acciones que establecen la estrategia de salida selectiva, así como los mecanismos para su seguimiento. Además, permite identificar y suprimir los obstáculos que afectan la puesta en práctica de la ESS, y apoya, al mismo tiempo, a los sectores y a los gobiernos subnacionales en su implementación.

.....

20 Este modelo de estructura satelital se puede observar en la organización del CDG frente a la COVID-19 de Corea del Sur (*Central Disaster Safety Countermeasures Headquarters*, liderado por el primer ministro), como también se observó en la organización adoptada por el Gobierno de Liberia al enfrentar la epidemia del ébola en 2014. Para más información, consultar el blog de [Building State Capability](#), que contiene varios estudios de caso que muestran el uso de este esquema

21 La selección de actividades económicas podría hacerse con base en datos sobre los sectores económicos (contribución al empleo y al PIB), características de las actividades (área de las instalaciones y otras condiciones que permiten implementar alternativas de distanciamiento social en la interacción con usuarios), entre otras.

22 La estrategia de salida selectiva debe responder a las siguientes preguntas: ¿cuáles son los criterios epidemiológicos y otros criterios relevantes para decidir la salida, aumentar, disminuir o suspender su ritmo?, ¿cuáles son los sectores prioritarios para la salida y cuáles presentan un riesgo más alto de rebrote?, ¿hay servicios que permanecerán cerrados y con base en qué criterios?, ¿se crearán servicios para apoyar a individuos y empresas durante el período de salida?

23 Diversos Gobiernos de América Latina y el Caribe han puesto en marcha, con el apoyo del BID, metodologías de rutas de cumplimiento a través de sus unidades de cumplimiento (*delivery units*) para impulsar las prioridades gubernamentales.

El Centro de Gobierno también debería incluir, en sus mecanismos de coordinación con los gobiernos subnacionales, normas para la alineación de programas y gastos subnacionales para la implementación de la EES, en particular, para aquellos vinculados a las transferencias donde el gobierno nacional tiene discrecionalidad; marco de incentivos fiscales para promover que los gobiernos subnacionales contribuyan con sus programas y recursos a las intervenciones de la ESS, y normas y modelos de flexibilidad regulatoria —que puedan adoptar los gobiernos subnacionales— para facilitar la reactivación de las empresas, lo que incluye el silencio administrativo positivo con fiscalización posterior, la renovación automática y la reducción de requisitos para las licencias, permisos y autorizaciones.

Gestionar los datos. Otra función de coordinación del Centro de Gobierno es el establecimiento de rutinas de producción de información que detallen la secuencia, periodicidad y responsabilidades (sectoriales y subnacionales) para la producción de información sobre las prioridades gubernamentales. En el caso de la implementación de las ESS, esto serviría para decidir el inicio de las etapas de la estrategia e incluir una potencial restitución de las restricciones si las condiciones empeoran a futuro, y preparar las evaluaciones sobre los impactos de su implementación (especialmente, epidemiológicos), lo que permitiría hacer los ajustes necesarios ágilmente (ver Recuadro 1)²⁴. Además, el CDG define los protocolos para el análisis de datos y para la inteligencia artificial que ordenan la producción sistemática y periódica de información sobre las tendencias conductuales de los ciudadanos que puedan servir para el diseño de intervenciones de economía del comportamiento, por ejemplo, para mejorar el cumplimiento de las medidas de distanciamiento social; y las percepciones ciudadanas que sean útiles para diseñar las estrategias de comunicación con los ciudadanos²⁵.

RECUADRO 1: Una perspectiva de gobernanza experimentalista para la salida de los confinamientos

Como se ha argumentado anteriormente, la salida del confinamiento es una decisión que deberá tomarse en el contexto de gran incertidumbre, respecto del impacto que las distintas medidas de flexibilización pueden tener sobre la recuperación de la economía, pero también sobre su impacto en la propagación de la enfermedad. Además, es claro que, al interior de un mismo país, las realidades regionales pueden ser muy diferentes. La política óptima para una zona rural de baja densidad, con pocos casos confirmados, puede ser muy diferente de la correspondiente a una zona altamente poblada con cantidad sustancial de infectados. Las diferentes regiones, además, pueden tener distintas idiosincrasias socioeconómicas y culturales, con lo cual soluciones de talla única (*one size fits all*) pueden resultar inadecuadas. Este contexto de alta incertidumbre, por un lado, y de problemas comunes bajo realidades diferentes, por otro, es precisamente del tipo en el que se vuelve relevante el concepto de gobernanza experimentalista de Sabel y Zeitlin (2012), que, de acuerdo con estos autores, es “una máquina de aprender de la diversidad”.

¿En qué consiste la gobernanza experimentalista? Es un proceso recursivo en el que se van estableciendo objetivos provisionales, que se van revisando con base en el aprendizaje que surge de la aplicación de diferentes enfoques para la resolución de un mismo problema en distintos contextos. Es particularmente relevante en casos donde hay distintos niveles de gobierno involucrados en la toma de decisiones, o cuando hay uno principal, y varios agentes que participan en ámbitos locales en la provisión de un mismo servicio.

24 La información debería contener datos georreferenciados, registros administrativos y encuestas representativas periódicas que incluyan síntomas, pruebas, contagios, atenciones y altas en centros de salud, así como el despliegue de la apertura.

25 “[Ebola: A behavior-driven Crisis](#)” describe el uso de estrategias de cambio conductual utilizadas en la epidemia de ébola en Liberia. En estas se utilizaron encuestas y mensajes mediante SMS, radio, televisión y panfletos, así como también se entrenó a los líderes de las comunidades. Esto produjo cambios positivos en el comportamiento de los individuos.

Consta de cuatro elementos clave. Primero, los objetivos generales que se busca alcanzar, y las métricas para medir el logro de estos objetivos, se establecen de manera provisoria, posiblemente de forma conjunta entre actores locales y centrales, en consulta con diferentes grupos de interés (stakeholders) relevantes. En el contexto de la salida de la pandemia, el objetivo general podría ser un retorno gradual pero seguro a la normalidad; las métricas podrían ser el crecimiento del número de personas con síntomas, la tasa de contagio, o el ratio entre el número de infectados críticos y la capacidad hospitalaria local para atenderlos; y los stakeholders incluirían a actores clave de la comunidad médica y científica y, particularmente en países como los de América Latina y el Caribe, a organizaciones comunitarias locales con vínculos cercanos a la población.

Segundo, las autoridades locales, que conocen en detalle las circunstancias de sus jurisdicciones, tienen discreción para perseguir estos objetivos de la manera que mejor les parezca. Pero, tercero, como condición de esta autonomía, deben informar de manera transparente exactamente qué están haciendo y por qué, y cuáles son los resultados obtenidos en términos de las métricas acordadas, u otros indicadores relevantes. Deben estar sujetos al escrutinio de sus pares y a la comparación de sus resultados con los de otros que tomaron decisiones diferentes para alcanzar los mismos objetivos, de manera que haya un aprendizaje conjunto. Si los resultados no son buenos, las autoridades locales deben mostrar cómo van ajustando sus decisiones con base en lo que se aprende de la experiencia de los demás. Y cuarto, los propios objetivos y métricas de medición se revisan de forma periódica y se ajustan si es necesario. El ciclo se repite de manera recurrente²⁶.

En este esquema, el nivel central, además de ir fijando los objetivos y las métricas de medición y de monitorear los resultados del nivel local, pone a disposición recursos clave —pruebas de diagnóstico para poder medir los resultados, equipos y tecnologías de rastreo para el control de la pandemia, protocolos para la reapertura segura de empresas, etcétera— y se convierte en el centro de operaciones (hub) en el que se comparte la información sobre qué funciona y qué no.

La gobernanza experimentalista difiere marcadamente de otros estilos de gobernanza más jerárquicos, que pueden resultar más indicados en situaciones donde la incertidumbre sobre los objetivos de la política, y la mejor manera de alcanzar esos objetivos, es baja. En ese caso, puede tener sentido que el principal (o el nivel central) dé instrucciones muy precisas al agente (o al gobierno local) sobre lo que debe hacer y cómo debe hacerlo. En un mundo incierto y cambiante, las prescripciones fijas por parte de las autoridades centrales se vuelven rápidamente obsoletas. Y, si bien la autoridad central puede ir ajustando sus políticas, no tiene el beneficio de “la máquina de aprender de la diversidad” que brinda la gobernanza experimentalista.

En la gobernanza experimentalista, en cambio, se parte del supuesto de que las mejores formas de cumplir con los objetivos, y a veces los objetivos mismos, no se conocen bien de antemano y se van descubriendo a medida que se avanza en este proceso iterativo de aprendizaje y ajuste. En el contexto de la reapertura tras el confinamiento, ¿cuál es la mejor manera de ir abriendo la economía? ¿Deben los gobiernos abrir las escuelas para permitir que los padres vuelvan a trabajar? ¿O dejar las escuelas cerradas, pero abrir bares y restaurantes? ¿Qué curso de acción tiene menor impacto en la tasa de contagio? ¿Cuál protege mejor a los adultos mayores? ¿Cuál tiene más impacto en la reactivación del empleo? Habrá que ir descubriéndolo.

¿Deben los gobiernos de la región adoptar el modelo de gobernanza experimentalista de Sabel y Zeitlin? No necesariamente. Es posible que haya distintos modelos —algunos más centralizados, otros más descentralizados— que puedan funcionar en contextos distintos. Pero, independientemente del modelo que se elija, este debe incluir mecanismos profundos de aprendizaje, que además deben informar las decisiones de política pública sobre la reapertura. Así, los distintos países podrán adoptar distintos modelos. Pero, considerando lo que está en juego, ningún país se puede dar el lujo de no aprender.

²⁶ Un método relacionado de aprendizaje, también basado en conocimiento local, experimentación, iteración y ajuste de las políticas es el Problem Driven Iterative Adaptation de Andrews, Pritchett y Woolcock (2012).

Gestionar la comunicación. El Centro de Gobierno dirige la estrategia de comunicación con los ciudadanos. El objetivo es dar continuidad, coherencia, transparencia y credibilidad a los mensajes del gobierno (que deben estar basados en datos, ser uniformes, regulares y sistemáticos)²⁷. La comunicación debe incluir información sobre la evolución de la COVID-19 y la estrategia de salida selectiva, las acciones del gobierno, y la contribución esperada de las personas y de las comunidades. Debe tener en cuenta el contexto geográfico y cultural, y las percepciones y sensibilidades de los grupos de población más vulnerables.

Los planes operativos deben contemplar la identificación de las poblaciones vulnerables y de alto riesgo. Así, el diseño de los planes de respuesta dirigidos a estas poblaciones debe incorporar a la sociedad civil y a organizaciones que los representen.

Qué mejorar para tratar los casos más graves

En lo inmediato, los países deben invertir en aumentar la infraestructura, el equipamiento y los suministros requeridos para tratar la ola de casos graves y críticos por la COVID-19. Al momento de relajar las restricciones, el número de casos seguramente aumentará y los hospitales de la región necesitarán todos los insumos imprescindibles para atender nuevos aumentos en la demanda. Debido a las características de la COVID-19, esto significa, principalmente, tener camas de cuidados intensivos y respiradores, espacios físicos organizados para el aislamiento de pacientes infectados, equipamiento e insumos para las pruebas de diagnóstico, de protección personal (por ejemplo, mascarillas) y medicamentos específicos.

Ampliar la capacidad del sistema de salud para tratar los casos graves en entornos de bajos recursos requiere ingenio y experimentación. En este sentido, los países están probando innovar en la fabricación de equipos de protección personal (reorganizando a fabricantes de otras industrias para producir máscaras, batas y gafas de plástico) y en la descontaminación y reutilización de equipos. Por ejemplo, la producción local de alcohol y de jabón para la higiene es un recurso de baja tecnología y de gran importancia tanto para uso hospitalario como no hospitalario. También se ha innovado en cuanto a las modificaciones físicas de los espacios, como el uso de carpas en estacionamientos y estadios deportivos o la reasignación de salas y la instalación de láminas de plástico. Los países están experimentando también con el manejo de ventiladores como un recurso conjunto que puede enviarse a áreas con altas concentraciones de casos (Stein, 2020), con el uso de equipos anestesiológicos cuando los respiradores no están disponibles²⁸, capacitando y reasignando al personal médico o reclutando a personas para que realicen tareas rutinarias a efectos de permitir que el personal altamente capacitado se concentre en los casos más graves. También están experimentando con nuevos protocolos para tratar a aquellos pacientes que no requieren equipos sofisticados²⁹. Todas estas innovaciones ocurren en un contexto de emergencia que impide evaluar adecuadamente su efectividad.

Proteger al personal de salud

Aumentar la capacidad del sistema de salud no será suficiente a menos que se cuente con una fuerza laboral adecuada. Proteger a los trabajadores del sector requiere capacitación, equipos de protección y modificaciones físicas de la infraestructura hospitalaria. Los exper-

27 Corea del Sur ha puesto en marcha medidas de transparencia en la información sobre el desarrollo de los casos de contagio, de manera que los ciudadanos sepan qué lugares evitar. Para más información, consultar "[Coronavirus Disease-19, Republic of Korea](#)".

28 Esto se menciona solo como un ejemplo de la literatura médica en la que se ve que los médicos enfrentan dilemas éticos con respecto a los tratamientos y deben adaptar instrumentos que no son los ideales para atender a sus pacientes. Para más información, consultar Aranda, F. et al. (2020). "[Recomendaciones para el manejo de pacientes con COVID-19 con indicación terapéutica de ventilación mecánica que eventualmente son conectados a máquinas de anestesia](#)".

29 Como ejemplo, hay médicos que están promoviendo el uso de *proning*, que significa poner los pacientes acostados boca abajo, lo cual parecería reducir las posibilidades de requerir respiradores. Para más información, consultar Gattinoni, L. et al. "[Covid-19 Does Not Lead to a 'Typical' Acute Respiratory Distress Syndrome](#)".

tos señalan que el personal médico capacitado para trabajar con enfermedades infecciosas tiene menores probabilidades de infectarse de la COVID-19 que el personal reasignado para tratar estos casos, lo que indica el papel crucial de un buen entrenamiento.

A lo largo de la crisis, los trabajadores del sistema de salud tienen un mayor riesgo de infección y estrés relacionado con la pandemia que la mayoría de los otros sectores. Por eso, las medidas adoptadas para proteger a los trabajadores en la primera etapa de la pandemia serán necesarias indefinidamente. Esto incluye, como mínimo, proporcionar a todo el personal médico la capacitación adecuada; contar con suficientes equipos de protección personal; establecer horarios que les permitan descansar y recuperarse; acceder a productos higiénicos como jabón, alcohol y desinfectantes, y contar con un lugar de trabajo limpio, ordenado y bien administrado. Si el personal sanitario muestra síntomas de infección, debe tener prioridad para las pruebas y para el tratamiento con el fin de evitar el contagio.

Además, los trabajadores de salud que están en la primera línea de lucha contra la pandemia deben contar con herramientas de protección para su salud mental (ver Recuadro 2). Los profesionales de la salud están lidiando con los mismos cambios sociales y estresores emocionales que enfrentan el resto de las personas, pero, al mismo tiempo, están expuestos a un mayor riesgo de infección, cargas de trabajo pesadas, numerosos dilemas morales y un entorno de práctica que evoluciona rápidamente y que difiere mucho de los demás sectores (Gold, 2020).

Otro aspecto para tener en cuenta es que el personal sanitario está conformado, mayoritariamente, por mujeres. En América Latina y el Caribe, el 55% de los médicos y el 80% de los enfermeros es personal femenino. Esto significa que las mujeres están más expuestas a los riesgos de infección y al costo emocional por el estrés del trabajo. Adicionalmente, las mujeres del sector salud enfrentan desafíos adicionales por los roles de género: en sus hogares, suelen enfrentar una mayor carga del trabajo doméstico y de cuidado de niños y de adultos mayores, los cuales se han incrementado en el contexto de la crisis sanitaria, por lo que se suma un elemento adicional de estrés.

RECUADRO 2: Salud mental del personal sanitario

Los estudios realizados durante la epidemia de SARS muestran que la cuarentena tuvo un efecto grave en la salud mental de los trabajadores de la salud, quienes experimentaron trastornos de estrés agudo, depresión, abuso de alcohol y síntomas de estrés postraumático, incluso tres años después de la epidemia (Brooks *et al.*, 2020; Chen *et al.*, 2013). La investigación preliminar sobre el coronavirus en China muestra altas tasas de trastornos de la salud mental, que incluyen la depresión, la ansiedad, el insomnio y la angustia. Estas tasas son mucho más altas en el personal de enfermería, mujeres y trabajadores en la primera línea de atención (Lai *et al.*, 2020).

Los enfoques efectivos para apoyar al equipo de salud deben focalizarse en sus fuentes específicas de ansiedad y miedo: acceso al equipo de protección personal adecuado; estar expuesto a la COVID-19 en el trabajo y llevar la infección a su familia; no tener acceso rápido a las pruebas en caso de desarrollar síntomas de COVID-19 y el miedo concomitante a propagar la infección en el trabajo; incertidumbre sobre si su organización respaldará o atenderá sus necesidades personales y familiares si desarrollan la infección; acceso a cuidado infantil durante el aumento de las horas de trabajo y el cierre de escuelas; apoyo a sus necesidades personales y familiares a medida que aumentan las horas de trabajo y las demandas (alimentación, hidratación, alojamiento, transporte); poder proporcionar atención médica competente si el individuo desempeña su función en una nueva área (por ejemplo, personal de enfermería que, procediendo de otras áreas, pasa a trabajar en la unidad de cuidados intensivos); y la falta de acceso a información y comunicación actualizadas (Shanafelt *et al.*, 2020).

Las intervenciones para proteger la salud mental de estos trabajadores deben ser integrales y multifacéticas (Adams *et al.*, 2020). Deben incluir las herramientas para apoyar a las organizaciones de salud en la prestación de estos servicios. En este sentido, a partir de las experiencias actuales, surge una mayor orientación a la puesta en práctica de medidas preventivas (reducción del estrés, atención plena y materiales educativos), medidas en el momento (líneas directas, apoyo en caso de crisis) y tratamiento (telepsiquiatría para terapia y medicación si es necesario) (Zhang *et al.*, 2020).

RECUADRO 3: Guías de la Organización Mundial de la Salud acerca de temas cubiertos en esta nota

Tema	Guía
Vigilancia COVID -19	https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/surveillance-and-case-definitions
Laboratorios nacionales	https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/laboratory-guidance
Servicios de salud esenciales	https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/maintaining-essential-health-services-and-systems
Trabajadores de salud	https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/health-workers https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/who-rights-roles-respon-hw-covid-19.pdf?sfvrsn=bcabd401_0
Infección, prevención y control	https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/infection-prevention-and-control
Preparativos críticos y acciones de respuesta ante la COVID-19	https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/critical-preparedness-readiness-and-response-actions-for-COVID-19
Coordinación nacional y planeamiento	https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/country-readiness
Comunicación de riesgos e involucramiento de la comunidad	https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/risk-communication-and-community-engagement
Gestión segura de cadáveres	https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331538/WHO-COVID-19-LPC_DBMgmt-2020.1-eng.pdf

Expandir la inteligencia epidemiológica: más información y análisis para guiar políticas públicas.

Como se ha indicado anteriormente, los sistemas para encontrar, hacer pruebas, tratar y aislar casos infectados han sido la base para abordar todas las epidemias durante más de cien años y son la base del éxito de una serie de países de Asia oriental para contener la pandemia de la COVID-19. Convencionalmente, se llevan a cabo por equipos de personas organizadas en una red de inteligencia epidemiológica y no requieren de tecnología sofisticada. Es imprescindible reconocer que organizarse para hacer estas tareas es la base para cualquier sistema de vigilancia y control de la enfermedad. Por tanto, expandir esta capacidad, destinando más personas capacitadas para realizar esta función, es clave para poder hacer el seguimiento de los contactos de todos los casos confirmados.

Por otra parte, existen instrumentos para el diagnóstico y monitoreo de la COVID-19, pero, por varias razones, no se están utilizando como se necesitaría. El diagnóstico es la información más importante para la toma de decisiones, tanto para el tratamiento de individuos como para las políticas públicas. A nivel de los individuos, el diagnóstico es clave para la gestión de pacientes una vez se enferman y para la cuarentena de personas que tuvieron contacto con la persona infectada. A nivel social, los resultados de los diagnósticos le dan al gobierno la información que se requiere para tomar decisiones sobre políticas de clausuras y distanciamiento social. En este momento, los esfuerzos de los países se centran en realizar pruebas diagnósticas PCR molecular para detectar la presencia del virus e identificar si una persona está infectada. El uso de estas pruebas ha ido aumentando, pero resulta todavía insuficiente. Igualmente, el acceso a las pruebas de anticuerpos ha ido aumentando también, pero su número dista de ser suficiente. Por ello, aumentar la capacidad de diagnóstico es una prioridad clave en las próximas semanas. Será necesario, para esto, incrementar la capacidad de producción interna y procurarse de insumos y de pruebas en mercados internacionales (ver también al respecto el último apartado de esta sección). Asimismo, recoger evidencia sobre la incidencia del virus en la población levantada de modo aleatorio permitiría tener mejores datos sobre quién ya ha sido infectado y la mortalidad real del virus en la región.

En ausencia de pruebas suficientes, cabe también plantearse el uso de métodos complementarios para facilitar el diagnóstico y de nuevas herramientas para el rastreo y la recopilación de datos. Esto puede incluir el chequeo y rastreo sintomático (*screening*) en casos de fiebre, tos, dificultades en la respiración, así como preguntas sobre la probabilidad de haber estado en contacto con personas infectadas. Además, se pueden considerar nuevas herramientas para automatizar el rastreo, como se han puesto ya en uso en algunos países de Asia y se detalla en mayor profundidad en la siguiente subsección.

Incorporar tecnología para el día después

La pandemia ha puesto de manifiesto el papel de las herramientas digitales y el potencial de la transformación digital para detectar, prevenir, responder y recuperarse de emergencias de salud pública. La tecnología puede facilitar gran parte del trabajo necesario, tanto para controlar la pandemia como para apoyar las decisiones para la salida del confinamiento. Sin embargo, es importante que la opción tecnológica esté supeditada al esquema de servicios de salud del país. Demasiada confianza en las capacidades tecnológicas podría llevar a tomar decisiones mal informadas respecto al desarrollo, financiamiento y posterior despliegue de soluciones no comprobadas que puedan generar consecuencias no deseables en la sociedad³⁰.

.....

30 Uno de los casos más polémicos es el de la compañía Theranos, que aseguraba que había diseñado un dispositivo doméstico para hacer un análisis con una sola gota de sangre y sin agujas. Aunque la mayoría de las empresas pasan por tres ciclos de creación de prototipos antes de salir al mercado con un producto, esta compañía tomó pedidos basados en un primer modelo no probado. Gracias al entusiasmo generado por la tecnología, Theranos alcanzó los 9000 millones de dólares de valoración antes de lanzar su producto al mercado. Después de varias investigaciones, la compañía y su fundadora fueron demandadas por el riesgo médico al que la empresa había expuesto a los pacientes.

En pocos meses, la pandemia ha impulsado una gran variedad de innovaciones tecnológicas para enfrentar la crisis. Entre las herramientas para realizar inteligencia epidemiológica existen cuatro subgrupos:

Evaluación e identificación de casos. En este subgrupo se encuentran las aplicaciones de autodiagnóstico o de información que, si bien no tienen la precisión de una prueba tradicional, pueden ayudar a identificar los casos más claros y evitar que estos saturen los sistemas de salud. Muchos países tienen centros telefónicos para gestionar este proceso que podrían centralizar estos esfuerzos con soluciones multicanal para poder gestionar los flujos de pacientes. Esto también es clave para identificar casos potenciales en puertos de entrada en las fronteras internacionales y nacionales.

Vigilancia basada en eventos. Estos son sistemas que pueden ayudar a la identificación de casos y al rastreo de contactos. Es importante notar que este tipo de aplicaciones sirven como un apoyo y no como remplazo de los métodos tradicionales basados en sistemas de vigilancia existentes y entrevistas. Existen varias soluciones gratuitas, como Go.Data (de la Organización Mundial de la Salud), para optimizar este proceso y evitar retrasos con el uso de papel. Del mismo modo, una vez que la pandemia se encuentra en la etapa de transmisión comunitaria, es importante para los países monitorear la COVID-19 a través de sistemas existentes de vigilancia para la infección respiratoria aguda severa (SARI, por sus siglas en inglés) y enfermedades similares a la gripe (ILI, por sus siglas en inglés)³¹.

Las aplicaciones de rastreo de contactos funcionan usando GPS o *bluetooth* para mantener un registro local en el celular de cada individuo de los lugares que una persona visita (GPS) o de los contactos significativos que tiene (midiendo si un teléfono celular estuvo a menos de dos metros de otro al menos por treinta minutos). La principal diferencia entre ambas tecnologías es el nivel de precisión, ya que la tecnología *bluetooth* es mucho más precisa que el GPS. Un ejemplo de la aplicación del GPS es la herramienta que Israel lanzó el 22 de marzo (Hamagen). En cuanto al uso de la tecnología *bluetooth*, un ejemplo es el de Singapur, que lanzó TraceTogether el 20 de marzo. Esta alternativa permite que no haya un control central que reciba todos los datos y, por ende, se protege la privacidad individual. A pesar de que el *bluetooth* es una tecnología superior, existen muchos factores que pueden distorsionar sus mediciones, incluyendo en qué lugar del cuerpo se tiene el celular o las barreras entre un teléfono y otro. Recientemente, Apple y Google han trabajado juntos en una plataforma de rastreo de contactos que también utiliza la tecnología *bluetooth* y que haría que el sistema esté disponible para millones de usuarios en todo el mundo.

Estas aplicaciones presentan algunas restricciones importantes. Un factor esencial para su efectividad es que el país tenga altos niveles de adopción de telefonía inteligente para funcionar, así como que este realice un elevado número de pruebas para poder saber con certeza quiénes tienen el virus, en primer lugar. Más allá de la tecnología, el principal desafío para el despliegue de estas aplicaciones son los límites de privacidad³². Por todo ello, todavía es intensa la discusión sobre su factibilidad, utilidad y adopción.

Monitoreo de casos. Este subgrupo incluye la tecnología para hacer un seguimiento y monitoreo de la aparición de síntomas en aquellos casos con sospecha de contagio y que se encuentran en cuarentena. Sin embargo, para hacer este tipo de seguimiento, se necesita, previamente, una forma de registrar estos casos y derivarlos a quien debe llevar a cabo el monitoreo. Así, la tecnología de seguimiento puede consistir, simplemente, en llamadas telefónicas. También se han utilizado soluciones basadas en la triangulación de antenas y del GPS para monitorear el cumplimiento de la cuarentena. Estas herramientas, si bien son útiles para determinar si se rompen las medidas de aislamiento, pueden presentar algunos problemas de precisión y, en los países donde se pusieron en práctica, fueron complementadas por personas que monitoreaban los casos de cuarentena o por tecnología más invasiva, como el uso de brazaletes electrónicos.

31 La OMS tiene guías disponibles para esto en su página web. "[Coronavirus disease \(COVID-19\) technical guidance: Surveillance and case definitions](#)".

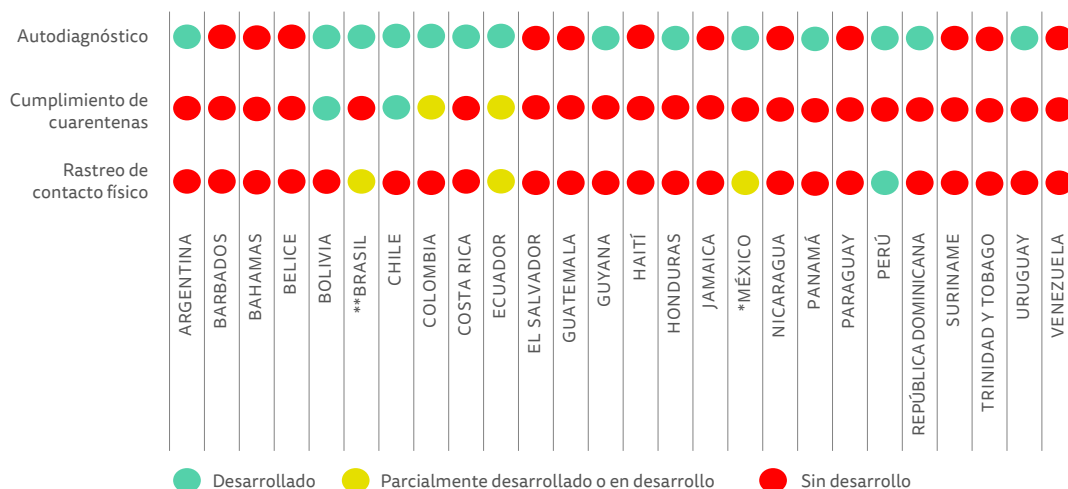
32 El acceso a datos de la ubicación de los individuos depende de la regulación vigente en cada país o en cada región. Ver el [caso de EE.UU.](#)

Monitoreo a nivel poblacional. Se han visto muchas aplicaciones que usan datos agregados y anonimizados para monitorear la movilidad de la población, a partir de los patrones de movimiento de los celulares, como Google Mobility Maps, con el objetivo de determinar si en ciertas áreas geográficas se están respetando las recomendaciones de aislamiento social.

En América Latina y el Caribe, la mayoría de los países empezaron por desarrollar *chatbots* o sistemas de autodiagnóstico para apoyar a los ciudadanos y recibir información sobre sus síntomas. El principal argumento a favor de esta tecnología es que permite el monitoreo temprano de rebrotes en un contexto de poca capacidad de testeo (mientras se descongestionan las líneas de emergencia y los puestos sanitarios). Se ha encontrado, sin embargo, que esta herramienta puede dar resultados heterogéneos y diferentes *chatbots* dan resultados distintos ante síntomas similares.

Otras tecnologías que se están adoptando en la región son aquellas que permiten seguir el cumplimiento de la cuarentena a partir de datos agregados de los teléfonos celulares o de la información del tráfico, a través del monitoreo de la frecuencia con la que un teléfono cambia la antena de celular con la cual se conecta. Estas tecnologías envían alertas cuando una persona rompe la cuarentena y, en algunos casos, hay elevadas multas para los infractores. Más recientemente, en varios países se ha empezado a hablar de las aplicaciones que permiten rastrear los contactos físicos. El efecto esperado es poder identificar a un enfermo y a todos aquellos que han estado en contacto con él para, así, aislarlos preventivamente.

FIGURA 10. Mapeo de tecnologías que son desarrolladas en América Latina y el Caribe (a fecha de 1 de mayo de 2020)



*Solo en el estado de Jalisco

**Solo en el estado de Sta. Catarina

Varias de las decisiones necesarias tienen que ver más con la manera en que se articulan los algoritmos a las decisiones de salud pública que con especificidades técnicas.

Fuente: elaboración propia a partir de la información de cada país.

Las experiencias de emergencias pasadas y de los países que ya han empezado su proceso de transición dejan varios aprendizajes importantes acerca del uso de las tecnologías descritas en esta sección. Primero, demuestran que el potencial tecnológico es mayor siempre y cuando exista un ecosistema interoperable que permita actuar con la información derivada de dichas herramientas. Segundo, se necesita siempre de humanos en el proceso de calibración y análisis de la información, y, también, en la revisión de los casos más complicados. Tercero, es preciso contar con altos niveles de adopción de estas tecnologías. El umbral esperado indica que, para que una solución tenga impacto, más del 60% de la población debe hacer uso de esta. Por último, es fundamental evaluar la calidad de los datos que se están empleando para contener o informar sobre los efectos de la COVID-19. La ausencia de suficientes datos

de calidad puede afectar negativamente la credibilidad y la confianza hacia la tecnología y sus promotores que, en este caso, son los Gobiernos. Por último, es preciso indicar que las herramientas de telemedicina para el manejo de la salud de la ciudadanía también se han visto fortalecidas y ampliadas gracias a las medidas de confinamiento.

En resumen, las tecnologías pueden acelerar y multiplicar los esfuerzos de las personas y de las instituciones responsables de monitorear e interpretar los datos sobre la pandemia, pero no pueden sustituirlos. Por ejemplo, pueden ayudar a rastrear, alertar y aislar a las personas que pueden haber estado expuestas a la infección, y así aumentar enormemente la velocidad con la que se los puede contactar, reduciendo el riesgo de exposición y contagio de los individuos encargados de esto. Sin embargo, las personas aún son imprescindibles para interpretar resultados, comunicar a la comunidad y hacer cumplir las reglas de la cuarentena y del aislamiento. También es imprescindible contar con el suficiente número de pruebas para identificar los casos de contagio.

RECUADRO 4: El uso de la tecnología de rastreo para contener la pandemia en algunos países asiáticos

El caso de Corea del Sur es objeto de estudio debido a su éxito a la hora de controlar el avance de la pandemia. El Gobierno ha utilizado diferentes tecnologías para prevenir y controlar el contagio, pero la base de su éxito ha sido la capacidad de abordar el testeado de la COVID-19 de forma masiva, en conjunto con una capacidad de seguimiento riguroso de los infectados y de aquellos que están en cuarentena a través del rastreo, vía GPS, para identificar quiénes están incumpliendo su aislamiento.

Varios países asiáticos están recurriendo al uso de pulseras rastreadoras de alta tecnología para complementar las aplicaciones de celulares en el monitoreo de casos positivos. En el caso de Corea del Sur, el uso de esta herramienta surgió por el hecho de que algunas personas dejaban el celular en su casa para no generar alertas. Si bien la aplicación es opcional, la pulsera es obligatoria. Asimismo, en Hong Kong, más de 20.000 viajeros que llegaron al país recibieron pulseras que el Gobierno había adquirido para monitorear el movimiento de las personas en la cuarentena. Otros están usando datos agregados de teléfonos celulares o información del tráfico para verificar que las personas practiquen el distanciamiento social.

Los países pueden complementar los métodos de rastreo con tecnologías tradicionales como reemplazar las fichas en papel con sistemas de vigilancia de salud pública. Esencialmente, sería un formulario web para recopilar casos que se usa en otras enfermedades como el VIH y la tuberculosis, entre otros. También se usan centros telefónicos para contactar con los casos identificados y luego ingresarlos a un sistema. El proceso toma tiempo, pero ha demostrado ser exitoso en diversos contextos. Por ejemplo, China juntó 1.875 equipos de cinco personas para la tarea de entrevistar y comunicarse con personas que habían tenido contacto con cada caso confirmado, con lo que lograron encontrar el 85% de los casos (Bingqin y Sen, 2020).

Reforzar la comunicación y la participación de la comunidad apoyándose en las ciencias conductuales

La comunicación y la participación de la comunidad son esenciales para reducir la transmisión de la infección y facilitar todas las otras medidas sanitarias. Los mensajes claros y coherentes de las autoridades infunden confianza, generan solidaridad y movilizan a los individuos y a las comunidades para adherirse a las medidas requeridas para desacelerar la propagación de la COVID-19.

El levantamiento progresivo de las medidas de confinamiento ocurrirá en un contexto que no es ideal para prevenir futuros contagios: los testeos son todavía escasos, la infraestructura del sector de salud es inadecuada, las condiciones económicas de los países y de los individuos son complejas, y muchos muestran cansancio por estar encerrados (en muchos

casos en condiciones de hacinamiento) y sin capacidad de generar ingresos. Mientras se desarrollan vacunas y tratamientos efectivos contra el virus, el éxito de esta etapa requerirá que se mantenga la adherencia a las recomendaciones de higiene personal y distancia física que ya se vienen poniendo en práctica³³.

La sociedad ha tenido un período de práctica para convertir estas recomendaciones en hábitos y algunos de ellos serán nuevos modelos mentales que se transferirán a la nueva normalidad. Los gobiernos pueden hacer uso de esta [guía práctica](#) para consolidar estas conductas utilizando las herramientas de la economía del comportamiento, de manera que no se abandonen a medida que las personas vuelvan a sus trabajos y los estudiantes, a sus lugares de estudio. Sin embargo, con la reapertura de las economías, deberán comunicarse nuevos lineamientos a fin de detener el contagio. Entre ellos:

- ◀ usar más intensivamente implementos de limpieza en lugares comunes/públicos;
- ◀ cumplir los límites de capacidad en fábricas, estadios, restaurantes, transporte público, etcétera;
- ◀ trabajar remotamente, por turnos o con horarios desfasados;
- ◀ adoptar nuevas tecnologías para facilitar la identificación de casos de COVID-19;
- ◀ compartir información privada (síntomas, contactos) relevante para que las autoridades puedan informar sus decisiones de política.

Para cumplir con estas y otras recomendaciones, los ciudadanos tendrán la difícil tarea de superar profundos sesgos de comportamiento y barreras que guían sus decisiones, las cuales, lamentablemente, se acentúan en condiciones de estrés, cansancio e incertidumbre (Kahneman y Tversky, 2020). A continuación, se presentan ejemplos de comunicaciones informadas por las ciencias del comportamiento para promover estos lineamientos³⁴:

CUADRO 4: Ejemplos de comunicaciones informadas para promover ciertos comportamientos luego del confinamiento

Nuevos lineamientos posconfinamiento	Diseño conductual
Usar implementos de limpieza en lugares comunes/públicos	Colocar gel desinfectante en las puertas del transporte público y agregar un mensaje prominente para que el usuario lo recuerde: “Desinfectar antes de entrar #NoOlvidesElCoronavirus”
Cumplir los límites de capacidad en fábricas, estadios, restaurantes, transporte público, etc.	Campañas de mensajes de texto o llamadas telefónicas destinadas a empresarios, en las que se utilice el principio de confianza para recordar los lineamientos y las consecuencias de romperlos: “[Nombre], no te arriesgues a perder tu negocio. Asegúrate de que tus clientes se mantengan a dos metros de distancia”.

33 Estas medidas son lavarse las manos durante veinte segundos y con frecuencia; mantener la distancia física entre personas; utilizar máscaras, tapabocas y otros elementos que reduzcan la transmisión del virus; mantener limpias las superficies que uno toca; toser en el codo y aislarse cuando exista la posibilidad de que la persona haya adquirido el virus.

34 Para una guía completa de acciones para prevenir contagios utilizando las herramientas de la economía del comportamiento, consultar [La economía del comportamiento puede ayudar a combatir el coronavirus](#).

<p>Trabajar remotamente de ser posible</p>	<p>Las empresas pueden ofrecer microincentivos para alentar a los trabajadores a que trabajen desde sus casas. Por ejemplo, un concurso en el que el premio sea un vale para Netflix o para una librería en línea, o una donación a la organización benéfica preferida del trabajador.</p>
<p>Adoptar nuevas tecnologías o la comunicación para facilitar la identificación de casos positivos por la COVID-19</p>	<p>Campañas de comunicación masiva en las que el Gobierno y las empresas se comprometan a usar la información claramente (por ejemplo, sobre los síntomas) para objetivos de salud pública, contrarrestando la idea de que la información puede utilizarse en contra del individuo.</p> <p>Las buenas prácticas de economía del comportamiento sugieren la conveniencia de no mencionar la posibilidad de un mal uso de los datos en estos mensajes, ni siquiera para contradecirla. Su sola mención puede reforzar la creencia de su veracidad, a pesar de que el objetivo sea el opuesto.</p> <p>Se puede hacer un anuncio publicitario con celebridades usando estas tecnologías/aplicaciones para transmitir el mensaje de que ese es un comportamiento social deseado y aceptado.</p> <p>Se pueden viralizar mensajes con las siguientes etiquetas #MisDatos-SalvanVidas, #MisDatosContraLaCOVID-19.</p> <p>Los mensajes personalizados por WhatsApp pueden incrementar la percepción de confianza al aumentar la cercanía entre el emisor y el receptor del mensaje. Por ejemplo:</p> <p>“Hola, [nombre del receptor], te llama [nombre del emisor], voluntario de [organización]. ¿Sabías que la tecnología salva vidas? Para poder salir de esta crisis, necesitamos tu participación”.</p>

Por supuesto, los mensajes y los diseños conductuales solo pueden ser útiles en el contexto adecuado. Para reducir el contagio, es necesario que se acompañen con inversiones (por ejemplo, un aumento en la disponibilidad de transporte público o de elementos de limpieza), con regulaciones (días y horarios diferenciados de atención) y con la variación de precios y tarifas de acuerdo con diversos factores (importes que cambian en función de la carga de transporte o salarios más altos para aquellos dispuestos a trabajar a deshoras a fin de alinear los comportamientos con las necesidades de la lucha contra la pandemia).

Asimismo, las tecnologías (por ejemplo, las aplicaciones que utilizan inteligencia artificial para determinar la existencia del virus a partir de los síntomas o las que utilizan *bluetooth* para rastrear contactos) tienen que brindar información precisa para generar hábitos. Las tasas altas de falsos positivos (que indican una alta probabilidad de infección donde no la hay o contactos con infectados que no han existido) erosionan la confianza en estas aplicaciones y, por lo tanto, su utilización.

La comunicación durante la salida del aislamiento será una cuestión compleja. La información y los mensajes irán cambiando en el tiempo, algunos se transformarán en obsoletos y será importante evitar anclar a la sociedad en información desactualizada, incompleta o falsa. Se debe comunicar de manera clara no solo lo que se sabe del tema, sino también aquello sobre lo que hay incertidumbre, como el tiempo que tomará el desarrollo de una vacuna o el impacto del clima sobre el contagio. Hacerlo permite rectificar la información a medida que se aprende, sin perder la confianza del público (Lewandowsky *et al.*, 2012).

En los lugares donde se prolongue la cuarentena o donde sea necesario volver a instaurarla, es posible que aumente la tensión social. Aquellas diferencias que pueden surgir entre las regiones o los segmentos de la población introducen una capa extra de complejidad, dado que se requieren mensajes distintos para diferentes poblaciones. La clave es que las campañas se mantengan, pero se vayan adaptando a las circunstancias cambiantes, a medida que se filtran las buenas y las malas noticias sobre la enfermedad, y cambian las percepciones de riesgo de las personas. De la misma manera que las empresas adaptan sus anuncios a las nuevas tendencias de moda y los políticos reforman sus anuncios para adaptarlos a la opinión pública, en la lucha contra la pandemia, las autoridades deben estar atentas a las creencias y percepciones, y modificar, en consecuencia, la información, el mensaje y la forma de comunicación (Martínez Villarreal *et al.*, 2020).

Por último, la comunicación y el diseño de acciones preventivas y de respuesta deben tener en cuenta el contexto geográfico y cultural de las diferentes poblaciones, como, por ejemplo, los pueblos indígenas, para los que se requieren estrategias que respondan a su realidad. También se debe incluir atención específica para las poblaciones con necesidades específicas, por ejemplo, las personas con discapacidad, que tienen necesidades de asistencia particulares que pueden verse alteradas por las medidas de confinamiento y distancia social. No solo es importante diseñar estrategias que respondan a las necesidades y a la realidad de estos colectivos, sino también campañas y estrategias idóneas y efectivas para comunicarlas. La participación de los líderes de las sociedades civiles de estos grupos en el diseño de estas estrategias es clave no solo para que estas sean pertinentes, sino también para que los diferentes grupos las adopten y se apropien de ellas. Es importante tener en cuenta las percepciones y sensibilidades de estos y asegurar un trabajo a través de las redes comunitarias apropiadas.

Facilitar el abastecimiento de insumos médicos clave

El comercio exterior representa un canal crítico para lograr el aprovisionamiento de equipos e insumos médicos. De acuerdo con la Organización Mundial del Comercio (OMC), solo en el año 2019 se comercializaron en el mundo 597.000 millones de dólares en insumos y productos médicos. A medida que la pandemia se ha ido expandiendo, se han generado fracturas en el comercio internacional y, como consecuencia de ello, los países de la región se encuentran hoy ante el enorme desafío de abastecerse de los insumos médicos necesarios para enfrentar la pandemia y reducir los riesgos durante la reapertura.

Esto último se debe, por un lado, a un aumento acelerado de la demanda internacional de estos equipos e insumos médicos que ha generado una escasez en el mercado internacional. Asimismo, los países han impuesto restricciones a las exportaciones y otras barreras de carácter regulatorio que limitan la oferta de estos bienes a nivel global. Esto afecta de manera particular a América Latina y el Caribe, ya que la región tiene una alta dependencia del mercado internacional porque importa cerca del 70% de sus insumos y equipos médicos de Estados Unidos, China y Europa (INTAL-BID, 2020). Estos, a su vez, junto con otros 88 países (incluidos al menos ocho de la región: Argentina, Brasil, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Honduras y Paraguay) (INTAL-BID, 2020), han impuesto en las últimas semanas algún tipo de medida restrictiva a las exportaciones de equipos y productos médicos como respiradores, mascarillas, desinfectantes y medicinas, entre otros (ITC, 2020). Si bien estas medidas se anuncian como temporales y quedan cobijadas bajo las reglas del comercio internacional por tratarse de situaciones de escasez médica en los territorios nacionales, generan enormes distorsiones en el mercado internacional que afectan de manera más profunda a los países pobres y vulnerables, y que, además, tienden a generar una cultura de represalias en un momento en el que la cooperación internacional, regional y multilateral es más necesaria que nunca.

En relación con las pruebas de diagnóstico, los países de América Latina y el Caribe no son, en su gran mayoría, productores ni cuentan con la tecnología especializada o con los derechos de las patentes necesarios para producirlos internamente, con lo cual dependen, al menos a corto plazo, del abastecimiento que los países productores decidan darles. Si bien a



la fecha solo India y China³⁵ han impuesto restricciones a su exportación, la demanda nacional de estos productos en Estados Unidos, Europa, China y Corea del Sur, principales países productores de las pruebas diagnósticas, hacen que la oferta de estos bienes en el mercado internacional se encuentre altamente restringida, impidiendo que los países de la región puedan expandir su capacidad de testear masivamente a la población, lo que mitigaría los riesgos de la reapertura.

Si bien es cierto que varios países de la región han adoptado medidas para eliminar o reducir los aranceles de insumos médicos críticos, así como otras medidas de facilitación comercial, las limitantes descritas anteriormente y las barreras adicionales que persisten en la región, tanto de carácter arancelario como no arancelario, afectan el suministro de bienes esenciales para tratar la pandemia. Por ejemplo, en muchos casos, las regulaciones sanitarias nacionales no permiten el reconocimiento de certificaciones de calidad de otros mercados como el europeo y los procedimientos para conseguir certificaciones de calidad sanitaria nacionales tienden a ser engorrosos y lentos.

Para hacer frente a esta situación, se presentan, a continuación, algunas recomendaciones de política pública en materia de comercio exterior e integración, cuyos objetivos son mantener el suministro de insumos clave para atender la pandemia y organizar la reapertura de la economía:

Fortalecer y profundizar las iniciativas de integración regional (Mercosur, Alianza del Pacífico, SICA, CAN, CARICOM, PROSUR) y los acercamientos entre estos bloques comerciales para adoptar decisiones colectivas y coordinadas, en particular, para alcanzar acuerdos de cooperación para fortalecer las cadenas regionales de insumos médicos y alimentos; realizar compras públicas conjuntas de insumos médicos en el marco de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), especialmente, para insumos de diagnóstico y para el personal de salud; avanzar en acuerdos de reconocimiento de certificaciones de calidad, tanto a nivel regional como global, y promover acuerdos con los países desarrollados para acceder a los derechos de patentes de pruebas de diagnóstico, medicinas y otros bienes que les permitan desarrollar una producción local y regional de estos bienes.

Continuar eliminando tanto las barreras arancelarias como las no arancelarias a la importación de productos, insumos, servicios médicos y del sector agropecuario para fortalecer los sistemas de salud y asegurar el abastecimiento de las cadenas productivas³⁶.

Eliminar las restricciones a las exportaciones de productos, insumos y servicios médicos que no sean absolutamente esenciales, y reducir su temporalidad.

Implementar medidas de facilitación comercial para agilizar el despacho de mercancías y asegurar controles seguros y eficientes de las autoridades nacionales en los pasos fronterizos. Se destacan la aceleración de la implementación de las Ventanillas Únicas de Comercio Exterior (VUCE); la mejora de la gestión coordinada de fronteras; el aumento y la priorización de la certificación de empresas importadoras, exportadores, agentes aduaneros, almacenistas y demás operadores económicos bajo los programas del Operador Económico Autorizado (OEA) para promover procesos de control seguros y expeditos; y la puesta en marcha de protocolos de seguridad sanitaria del personal que participa en las operaciones de comercio exterior, así como el desarrollo de planes de contingencia con las aduanas y las demás entidades de la administración pública involucradas en la gestión del comercio exterior.

Estimular la producción local. Mas allá de facilitar la importación de insumos esenciales para lidiar con la pandemia, mucho pueden hacer los países para desarrollar la producción de estos insumos en la región en muy poco tiempo. Hay muchas historias de éxito en la re-

35 Recientemente, China prohibió la exportación de aquellos test que no estén autorizados para venderse en el mercado nacional, afectando la oferta y disponibilidad inmediata de estas pruebas a nivel global.

36 Los aranceles de América Latina y el Caribe están muy por encima del promedio mundial, variando entre el 5% y el 15%. Las barreras no arancelarias llegan a alcanzar el 90% de estos rubros. Estas medidas ayudarían a reducir los costos de estos productos que son fundamentales para el manejo de crisis así.

gión que muestran el camino que se debe seguir. Un elemento común en la mayoría de los casos exitosos es la capacidad de articulación entre diferentes actores, tanto públicos como privados, que hasta ahora no siempre han trabajado de manera coordinada. Por el lado público, esto involucra a las autoridades de Salud y de Ciencia, Tecnología e Innovación. Por el lado privado, a actores de la comunidad de *startup* y la comunidad científica, que pueden generar prototipos y otras soluciones necesarias para combatir el virus, así como a empresas manufactureras con la capacidad de producir las en escala. También incluye a la comunidad médica, tanto pública como privada. En lugar de hacer una larga lista del tipo de iniciativas políticas, de desarrollo productivo, de emprendimiento y científico-tecnológicas que se podrían generar para resolver el problema de la falta de insumos, se elige presentar algunos ejemplos que ilustran lo que se puede lograr (ver recuadros 5 y 6).

RECUADRO 5: Un respiro para Chile

Como en casi todo el mundo, en Chile había una gran preocupación con el déficit de respiradores mecánicos para atender el punto más alto de la pandemia. En un contexto donde los países productores frenaron las exportaciones, diferentes grupos comenzaron a desarrollar respiradores usando diseños liberados o diseños propios. Ahora bien, ¿cómo asegurarse de que los respiradores cumplen con los requisitos de los usuarios y de los médicos de cuidados intensivos? ¿Cómo asegurarse de que los usuarios tienen acceso a los diferentes prototipos para elegir las mejores soluciones? ¿Cómo asegurarse de que puedan producirse en Chile a escala suficiente?

En este contexto, el BID, junto con el Ministerio de Ciencia y Tecnología y la SOFOFA (la federación gremial empresaria más importante de Chile) convocaron a Social Lab, una institución especializada en plataformas para concursos de innovación. Juntos lanzaron un desafío: producir respiradores mecánicos en Chile en un lapso muy breve. Una semana después, habían recibido treinta y cinco propuestas con distintos grados de avance.

Se conformó un grupo de evaluadores y mentores integrado por médicos intensivistas, ingenieros con experiencia en el desarrollo de equipos y especialistas en manufactura, con la idea de evaluar las propuestas de acuerdo con tres criterios: su viabilidad médica (¿cumplen con los requisitos de los médicos intensivistas?), ingenieril (¿se pueden producir con partes y piezas disponibles en el territorio chileno?) y manufacturera (¿puede la industria desarrollarlos en grandes cantidades de forma económica al modificar sus procesos de producción?). Tras una ronda de retroalimentación para los equipos donde los evaluadores plantearon la necesidad de ajustes, se ordenaron las propuestas usando, además, una serie de requisitos identificados por la Sociedad Chilena de Medicina Intensiva. Tres semanas después del llamado a concurso, las primeras cinco propuestas ya se encontraban en ensayos clínicos. Tanto la Corporación de Fomento de la Producción (CORFO), que se sumó al esfuerzo, como la SOFOFA, disponen de recursos para financiar el escalamiento de los respiradores que superen esta etapa.

RECUADRO 6: Insumos y equipos de pruebas de diagnóstico en Uruguay

Uruguay es otro ejemplo excelente de la articulación entre el sector público, el privado y la comunidad científica y médica para generar soluciones a los problemas que plantea el manejo de la pandemia. Como muchos otros países de la región, Uruguay no contaba con pruebas de diagnóstico en cantidad suficiente. Ante la dificultad de importarlas, el 18 de marzo, la Agencia Nacional de Investigación e Innovación (ANII), con apoyo del BID, lanzó un llamado para el diseño y la producción de 10.000 kits de diagnóstico PCR de la COVID-19 en el país, en plazos muy ambiciosos. Se formó un consorcio entre la Universidad de la República (UDELAR), el Instituto Pasteur de Montevideo y la empresa biotecnológica ATGen, y, para el 27 de marzo, ya habían firmado un acuerdo con el Ministerio de Salud Pública (MSP).

Dado un método de laboratorio para detectar la COVID-19 (que, en este caso, también se desarrolló en Uruguay), un kit contiene el conjunto de reactivos que se requiere para realizar esa prueba, además de las instrucciones necesarias para llevarla a cabo. Al estandarizar los procesos de testeo, el uso de estos equipos permite ampliar la red de laboratorios capacitados para realizar las pruebas. El 30 de abril, apenas un mes desde la firma del acuerdo, los participantes del consorcio entregaron los primeros 10.000 kits al Ministerio de Salud, lo que puso a Uruguay entre los países líderes en capacidad de testeo per cápita en la región. A la fecha de publicación de este documento, ya había recursos del FOCEM (Fondo para la Convergencia Estructural del Mercosur) para financiar 50.000 kits más.

Por supuesto, la capacidad de testeo no depende solo de la disponibilidad de kits y de equipos de PCR. Por ejemplo, las muestras tomadas para la prueba deben trasladarse en un medio de transporte viral, que es un medio líquido que permite que la muestra se mantenga estable y llegue en perfecto estado al laboratorio para que el equipo de PCR pueda detectar el virus en caso de que esté presente. Este medio de transporte viral era importado y no se conseguía. En respuesta a este problema, la Facultad de Química de la UDELAR desarrolló el medio de transporte viral, que se fabrica en un laboratorio uruguayo de biotecnología: Aravanlabs. Este ya ha establecido convenios para exportar a Argentina, a Brasil y a Chile. Uruguay también está avanzando en el desarrollo de sus propios hisopos, que, por ahora, se han producido en impresoras 3D, en consulta con la Sociedad de Otorrinolaringología del Uruguay, pero se explora la posibilidad de producirlos a inyección para poder masificar la producción.

Estos no son ejemplos aislados. Existen iniciativas similares en otros países de la región, como Argentina, Brasil o Colombia. En todos los casos exitosos, la articulación entre el sector público y el privado, la comunidad científica, los emprendedores y las firmas que pueden escalar estas soluciones ha sido crucial. Estos ejemplos demuestran, además, la importancia de invertir en ciencia, tecnología e innovación, en desarrollar un ecosistema emprendedor y contar con políticas de desarrollo productivo adecuadas, de manera de poder dar rápida respuesta a problemas en situaciones de crisis como la actual.³⁷

³⁷ Para un tratamiento más completo del papel de las políticas de desarrollo productivo, ciencia y tecnología y emprendimiento en el contexto del Covid-19, consultar "Respuestas al covid-19 desde la ciencia, la innovación y el desarrollo productivo".



.....

V. Gestionar ámbitos clave para prevenir el contagio

Son muy grandes los desafíos asociados, por un lado, a aplanar la curva —lo que reduciría la tasa de crecimiento de los contagios y muertes— y, por el otro, a minimizar los riesgos que implica bajar la guardia con salidas selectivas que permitan el despliegue de la vida cotidiana y de la economía.

En este sentido, uno de los mayores retos es enfrentar varios frentes al mismo tiempo y con limitaciones de los recursos de todo tipo, con el riesgo de que, al dejar ciertas ventanas parcialmente abiertas, se facilite la expansión del contagio y se vuelva a disparar la curva. Es decir, el esfuerzo de todo un país podría verse minado por algunas falencias específicas.

Entre estos potenciales frentes, se destacan tres ámbitos clave por la importancia que cobran en las vidas de las personas y por el grado de interacción social que suponen. Estos son el transporte público, los centros educativos y el trabajo. Es por ello por lo que, al tiempo que se hacen esfuerzos por contener y manejar la pandemia, será esencial no cejar en la necesidad de lograr, por un lado, transportar a las personas de forma segura, resolviendo las formas de desplazamiento de estas hacia los trabajos esenciales y hacia aquellas actividades que se encuentren abiertas; por otro, gestionar la apertura gradual y segura de los centros educativos de forma que los niños y los jóvenes puedan continuar con su educación y sus padres puedan salir a trabajar y, por último, generar condiciones lo más seguras posibles para que se minimicen los riesgos de contagio en los ámbitos laborales.

Transportar a las personas de forma segura durante la pandemia

En una región donde un gran número de personas no tiene vehículo particular, es imprescindible tomar medidas para asegurar que la población se pueda movilizar sin incurrir en el riesgo de contagio. En ausencia de las precauciones adecuadas, el transporte presenta un alto riesgo para la propagación del virus entre sus trabajadores y usuarios. Un estudio reciente, por ejemplo, muestra el papel preponderante que tuvo el transporte público en el contagio del coronavirus en la ciudad de Nueva York (Harris, 2020).

En este sentido, las autoridades tienen el desafío de definir y monitorear estrictos protocolos de salud para minimizar este riesgo, así como el de tener en cuenta algunas consideraciones estratégicas para la salida selectiva del confinamiento. En lo que refiere a las medidas de seguridad para la reducción de riesgos de contagio en el transporte público, se destaca:

Proteger a los trabajadores del transporte público. Una de las tareas principales consiste en capacitar a los conductores de la flota automotora, buses, taxis y servicios de movilidad compartida, hacerles la prueba de la COVID-19 y dotarlos de equipos de protección personal. También se recomienda la instalación de dispositivos para aislar al conductor de los pasajeros, así como la desinfección de las unidades de transporte con la mayor frecuencia posible y la esterilización diaria de las estaciones y terminales.

Evitar la congestión en los accesos. Se deberá controlar el acceso a los sistemas, mediante la reducción de aglomeraciones y de la cantidad de pasajeros de pie, el armado de filas con mayor espaciamiento y el establecimiento de puntos aleatorios de control de temperatura a los pasajeros, aunque, en algunos casos, como los corredores troncales, los mismos puntos de control se convierten en riesgosos. En estos casos, se deben ampliar los controles al acceso de los corredores, ubicando puntos de control primario en las calles de acceso a este para evitar el congestionamiento en los andenes, las ciclorrutas y las vías para automóviles particulares en dichos corredores. También, se debe disminuir la formación de aglomeraciones en las entradas de las estaciones y terminales.

Evitar la congestión en los trenes y en los autobuses. Otra forma de cumplir con las medidas de distanciamiento social y evitar la congestión en los sistemas de transporte consiste en mantener una oferta generosa de estos. Del lado de la demanda, se deben desalentar los puntos altos de utilización del transporte trabajando con los generadores de viajes para que operen con un horario flexible y mejoren la oferta disponible en los horarios de menor uso. Esta gestión de la demanda se debe hacer de manera proactiva con los gremios de cada industria o servicio y las grandes empresas. Además, debe estar coordinada con los distintos niveles del gobierno nacional y subnacional (ciudades, estados, provincias, departamentos). También contribuye a este objetivo promover el cambio modal, incentivando las caminatas, el uso de bicicletas y la habilitación de carriles de infraestructura vial para modos sostenibles de transporte individual. Al igual que para el transporte público, estos modos también deben tener controles de espaciamiento cuando se trate de corredores de alta demanda en las ciudades.

Los controles de espaciamiento, temperatura y limpieza podrán beneficiarse del desarrollo de aplicaciones tecnológicas especializadas para monitorear cada punto de aglomeración potencial en la cadena de transporte. Los costos de monitoreo son altos y la tecnología puede aportar mucho a la sostenibilidad de estas medidas en un sector que, aun desde antes de la pandemia, ya sufría un problema de sostenibilidad financiera y que, con la situación, se ha agravado de manera sustancial.

Gestionar la apertura de los centros de educación

La reapertura de los centros de educación enfrenta grandes desafíos. Por un lado, hay evidencia que indica que los niños podrían ser superpropagadores, aunque suelen ser asintomáticos³⁸. Además, es esencial considerar que los niños tienen dificultades para mantener el distanciamiento social y que, como se describe más adelante, muchos viven con adultos mayores en sus hogares. Por otro lado, mantener las escuelas cerradas reduce las posibilidades de los padres de regresar al trabajo. El calendario escolar es otra variable importante para considerar. Para los doce países de la región cuyos sistemas operan entre septiembre y junio, la irrupción

.....
38 Sin embargo, otros estudios aparecidos en abril sugieren que hay mucho menor grado de infección en los niños de lo que originalmente se creía. Para más información, consultar Lavezzo, E. *et al.* (2020).

["Suppression of COVID-19 outbreak in the municipality of Vo, Italy"](#) y Gudbjartsson, D. F. (2020). ["Spread of SARS-CoV-2 in the Icelandic Population"](#).

de la pandemia operó sobre el final del calendario, mientras que, en los dieciséis que operan entre marzo y diciembre, las clases apenas se habían iniciado. Por ello, ante la reapertura de las escuelas, se deben tomar en cuenta aquellas condiciones intrínsecas al ámbito escolar, además de sus repercusiones en otros ámbitos de la economía y de la sociedad.

Existen tres factores asociados al ámbito escolar para considerar en cuanto a la reapertura segura de los centros educativos, una vez que se suavicen las medidas de distanciamiento social: los aspectos sanitarios; los criterios de agrupamiento de los estudiantes y docentes; y las estrategias pedagógicas y de apoyo al aprendizaje.

Aspectos sanitarios

Asegurar una infraestructura educativa adecuada. Es preciso contar con un mapeo rápido de las necesidades de infraestructura básicas para verificar sus condiciones de operabilidad luego del cierre, como roturas, carencias por posibles hurtos, estado de ventilación y provisión de agua potable. Esto derivará, además de en una limpieza y desinfección profunda, en reparaciones rápidas para garantizar las condiciones sanitarias, mejorando el abastecimiento de agua potable, la disponibilidad de baños e implementando espacios para el lavado de manos en la entrada de las escuelas.

Establecer nuevos protocolos de higiene y seguridad. Una vez reabiertos, los centros de educación deben incorporar en su operación nuevos elementos de higiene personal y productos de limpieza. Además, se deberá redefinir el modo de operación de los centros: su capacidad a partir de nuevos índices de estudiantes por aula, la disponibilidad de baños y aulas, el uso de áreas comunes, las rutinas de preparación y entrega de la alimentación escolar y la definición de los protocolos de limpieza. Todo esto debe ir acompañado por la capacitación del personal docente y administrativo sobre los protocolos de limpieza, salubridad, apoyo psicosocial a las familias y distanciamiento social, y la entrega de información a los estudiantes y a sus familias sobre los nuevos protocolos de prevención para la COVID-19.

Prevenir riesgos durante la movilidad. El transporte escolar es un tema clave, así como las medidas preventivas que garanticen su utilización para minimizar riesgos. La frecuencia y condiciones de su uso también impactarán en el acceso de los estudiantes a los centros de educación. Se deben aplicar, también, las medidas generales ya descritas relacionadas con la movilidad.

Monitorear la salud del personal y de los estudiantes. La coordinación con las autoridades locales de salud debe ser permanente y, para ello, debe establecerse un comité de emergencia que asegure un vínculo ágil. Inicialmente, será central la identificación de los estudiantes y del personal afectado por la COVID-19 o con factores de riesgo, y evaluar medidas especiales para reducir su exposición, previendo sus replazos temporales. Asimismo, deberán definirse estrategias para monitorear la condición de salud de los estudiantes, docentes y personal administrativo, y para revisar la temperatura antes de ingresar al centro educativo, con protocolos de derivación rápida a los sistemas de salud de los posibles casos positivos. Para ello deberán preverse equipos que incluyan termómetros, mascarillas, paquetes de primeros auxilios, entre otros.

Criterios de asistencia y reagrupamiento de estudiantes

La reapertura debe realizarse de forma progresiva, con una baja densidad de estudiantes en el período inicial. Fuera de la región, China abrió algunos centros de educación con esquemas progresivos de incorporación de estudiantes (Patranobis, 2020). Dinamarca y Noruega planean reabrirlos progresivamente para estudiantes de primero a quinto grado, en el primer caso, y de nivel inicial en el segundo³⁹. Alemania reduce las medidas de distanciamiento social y va hacia la reapertura de centros educativos, comenzando por los alumnos mayores o aquellos que deben rendir exámenes. España decidió concluir el ciclo escolar y reabrir los centros en septiembre. Uruguay abrió progresivamente las escuelas rurales según sus con-

39 Para más información, consultar "[W.H.O. Failed to Tell Syrian Kurds of Their First Coronavirus Death: Live Coverage](#)".

diciones sanitarias, así como la edad y el lugar de residencia de los docentes. Los criterios son diversos y varios los temas para considerar.

Gradualidad por nivel educativo. El ciclo inicial y la primaria representan la parte mayoritaria de la matrícula total (56%) y es el grupo que requiere mayor apoyo familiar para la educación a distancia. Una apertura gradual en este ciclo permitiría a los padres reintegrarse al mercado laboral a la par que sus hijos regresan a las escuelas. Sin embargo, los más pequeños son considerados superpropagadores y tienen, además, las mayores dificultades para mantener el distanciamiento social. Los estudiantes de secundaria y terciaria, a su vez, son los que tienen más riesgo de abandono escolar, aunque son los que disponen de mayor capacidad y autonomía para continuar con la educación a distancia.

Gradualidad por zona geográfica. Un mapeo debe identificar zonas seguras por las que se puede iniciar la reapertura. Por ejemplo, zonas rurales, libres de casos de COVID-19, de baja densidad, con disponibilidad constante de agua potable y que requieran poca movilidad en el transporte público. También pueden priorizarse las zonas con mayores dificultades para proveer educación a distancia (sin conexión a internet o sin electricidad) y que cumplan con las condiciones antes descritas. Asimismo, las estrategias de reapertura deben ser especialmente cuidadosas con los centros de educación situados en zonas periurbanas con altas densidades poblacionales y condiciones sanitarias precarias.

Gradualidad en la densidad estudiantil. Todo indica que la recuperación de las actividades presenciales será gradual y que se combinarán estrategias de educación a distancia con jornadas escolares presenciales más cortas, a fin de que se garantice cierto distanciamiento social y se eviten aglomeraciones. Al principio pueden considerarse días y horarios específicos por años o ciclos de estudiantes a lo largo de la semana, reservando una parte del tiempo para la limpieza profunda de los centros de educación.

Criterios educativos, pedagógicos y de apoyo al aprendizaje

Los logros de los estudiantes no solo no alcanzarán lo esperado, sino que serán muy heterogéneos según la solución aplicada⁴⁰, trayectoria educativa anterior y las brechas de aprendizajes preexistentes entre los distintos grupos socioeconómicos. Esto acentuará las desigualdades en el aprendizaje y en la conclusión de ciclos por quintil de ingreso⁴¹. Por eso, serán necesarias acciones que traten de reducir estas brechas, como el diagnóstico académico; las estrategias diferenciadas para la adaptación y priorización del currículo, el calendario y el horario escolar según el contexto de cada región; la nivelación y aceleración de aprendizajes mediante el desarrollo de recursos análogos y en línea; las modalidades flexibles para las tres áreas base (lengua, matemáticas y ciencias) en todos los niveles; revisar los regímenes de promoción y progresión de este año, y gestionar un previsible aumento en la demanda de las familias por educación pública, dado el golpe de la crisis sobre las finanzas familiares. Se puede establecer un programa de tutorías con materiales de instrucción para tutores y estudiantes. Esto puede lograrse mediante la reorganización de la planta docente en los centros educativos o en los distritos, o con la creación de un programa de voluntarios con docentes en formación o jubilados para apoyar a grupos de estudiantes que lo requieran. El apoyo a los docentes con programas de formación en línea y modalidades mixtas de educación presencial y a distancia será fundamental. Se puede hacer foco en la detección de dificultades y problemas de aprendizaje, manejo de aula e intervención para la nivelación del aprendizaje.

Por último, a la hora de considerar las implicaciones de la apertura de centros educativos durante la pandemia sobre el resto de la economía y de la sociedad, será clave tener en cuenta que, como se ha mencionado anteriormente, un alto porcentaje de niños en la región viven con adultos mayores. Por lo tanto, aquellas estrategias en las que los niños reciban prioridad para poder asistir a la escuela con el objetivo de mitigar crecientes brechas de aprendizaje o

40 Salvo las soluciones digitales, el resto de las alternativas de continuidad educativa tienen escasos mecanismos de acompañamiento y monitoreo.

41 El 51% de los estudiantes del quintil 5 concluye la educación secundaria con los aprendizajes mínimos y el 14% no la concluye, comparado con el 7% y el 56% de los de quintil 1, respectivamente (Ramírez y Viteri, 2020).

facilitar el regreso al trabajo de los padres, pueden exponer a un alto porcentaje de adultos mayores al virus. En la región, en promedio, una de cada diez familias con niños menores de 14 años vive con un adulto mayor de 60 años. Estas cifras son muy parecidas entre el campo y la ciudad, y varían desde el 4,4% en Uruguay hasta casi el 15% en Honduras. Igualmente, casi una de cada 10 familias con chicos de más de 14 años vive con adultos de más de 60 años, con cifras que van desde el 6,2% en Uruguay hasta casi el 14% en Honduras. Por eso, se aconseja apoyar a estas familias para que continúen la educación de forma remota u organicen un lugar de residencia seguro para los adultos mayores.

En la región, una de cada 10 familias con hijos menores de 14 años o con hijos de entre 14 y 24 años vive al menos con un adulto mayor de 60 años

CUADRO 5: Porcentaje de niños que viven con adultos mayores en América Latina y el Caribe

País	Porcentaje de hogares con niños de hasta 14 años que viven con adultos mayores de 60 años o más	Porcentaje de hogares con niños de 14 a 24 años que viven con adultos mayores de 60 años o más
Bolivia	5,8%	6,8%
Brasil	5,1%	6,4%
Chile	7,9%	9,4%
Colombia	8,5%	7,9%
Costa Rica	6,7%	8,0%
R. Dominicana	7,7%	7,4%
Ecuador	9,1%	9,0%
Guatemala	11,9%	12,3%
Guyana	10,0%	10,0%
Honduras	15,1%	13,7%
México	8,8%	8,1%
Panamá	10,1%	10,0%
Perú	11,7%	11,0%
Paraguay	11,0%	10,4%
El Salvador	10,9%	12,6%
Uruguay	4,4%	6,2%
Promedio regional	9,6%	9,6%

Fuente: elaboración propia a partir de las encuestas de hogares de la región.

Definir lineamientos para la realización segura de actividades en los ámbitos laborales

Los países deberán definir una serie de lineamientos para la realización segura de actividades llevadas a cabo en diferentes ámbitos laborales en el contexto de la pandemia, sean estos públicos o privados, cerrados o abiertos, tanto en los actuales momentos de distanciamiento social como en un proceso gradual de apertura selectiva.

Dependiendo de la ubicación donde se da la actividad económica, estos lineamientos podrán estar definidos en tres apartados: teletrabajo, trabajo en oficinas o ambientes similares, y trabajo fuera de las oficinas (trabajo de campo).

A modo de guía, en el Anexo 2 se incluye una selección de medidas basadas en buenas prácticas identificadas por instituciones como la Organización Mundial de la Salud, la Organización Internacional del Trabajo y la Organización Mundial de Aduanas, entre otras, así como también medidas implementadas en varios países dentro y fuera de la región.

Expandir el teletrabajo. En la medida en que la mayoría de los países de la región aún se encuentren en una etapa ascendente de la curva de contagio, la primera recomendación es la de maximizar el trabajo remoto o teletrabajo, ya que este reduce sustantivamente los riesgos de contagio y la demanda sobre el transporte público. Asimismo, la necesidad de frenar el contagio, mientras no exista una vacuna o un tratamiento efectivo, obliga a continuar con la práctica de teletrabajo durante la próxima etapa de apertura selectiva, en los casos en los que sea posible hacerlo.

Establecer medidas para lograr el trabajo seguro en oficinas o ámbitos cerrados. Para el desarrollo de actividades que se realicen, principalmente, en ámbitos cerrados, tales como oficinas, supermercados o plantas procesadoras, entre otros, será esencial incluir consideraciones de higiene y salud que eviten el contagio durante su realización. Algunas, por ejemplo, implicarán limitar las interacciones entre personal, el aforo en salas, la distancia entre trabajadores y los protocolos de desinfección, entre otros. Para una lista detallada de los lineamientos, ver el Anexo 1.

Establecer medidas para el trabajo seguro en ámbitos abiertos. Para aquellas ocupaciones cuyas labores se ejercen, fundamentalmente, fuera de oficinas, tales como trabajos de campo relacionados con el agua, saneamiento, desechos sólidos, energía, campamentos mineros o petroleros, fincas y granjas agrícolas, así como en instalaciones y sistemas de operación de servicios, será necesario adoptar también una serie de prácticas⁴², como, por ejemplo, priorizar actividades en sitios de menor aglomeración, reestructurar turnos de entrada y salida, implantar protocolos de seguridad e higiene, y aumentar el número de instalaciones relacionadas con estos.

.....

42 Nótese que, dadas las especificidades de muchas de las actividades relacionadas con los sectores de agua y energía, agroalimentario, construcción de infraestructura y turismo, estas serán consideradas de forma particular para cada sector en el Anexo 2.



.....

VI. Asegurar la continuidad de las actividades esenciales durante el confinamiento y en la etapa de salida selectiva

Además de la adopción de los lineamientos especificados en la sección anterior en relación con las prácticas de higiene y seguridad en el trabajo para reducir el contagio, es menester tener en cuenta una serie de consideraciones adicionales para asegurar la continuidad de las actividades esenciales, tales como la Administración Pública, la seguridad alimentaria, los servicios de agua y energía, la construcción de infraestructuras, el transporte de carga, y para recuperar las actividades relacionadas con el turismo durante las etapas de confinamiento y salida selectiva.

61

Asegurar la continuidad de los servicios de la Administración Pública a través del Gobierno digital

La Administración Pública es la principal responsable del diseño, implementación y monitoreo de políticas públicas, de asegurar la continuidad de los servicios públicos, incluyendo aquellos orientados a las poblaciones más vulnerables en el contexto de la pandemia, y de avanzar hacia la reactivación económica.

La Administración Pública es uno de los principales empleadores en los países de la región: en promedio, es fuente del 12% del empleo total en América Latina y el Caribe, con un intervalo que va entre el 3% y el 25%, según el país (BID-OCDE, 2020). Por este motivo, tiene

un papel fundamental como referencia para el resto del mercado laboral y goza de un peso específico propio para reactivar la economía. Por otro lado, este alto volumen de personas y el habitual escaso espacio físico en las oficinas públicas también puede representar un riesgo potencial para el incremento de contagios. Por eso, la salida del confinamiento de esta fuerza laboral debe ser gradual y tomando todas las medidas necesarias para potenciar su papel de proveedor de los servicios públicos y reactivador de la economía, a la vez que se minimizan los riesgos como foco de contagio.

La estrategia de salida selectiva del confinamiento de la Administración Pública pasa por su capacidad para continuar ejerciendo la mayoría de sus funciones a través del teletrabajo y de la provisión de servicios en línea. Esto significa la posibilidad de gestionar digitalmente procesos de recepción, envío, revisión, aprobación y firma de documentos tanto internos (interacción al interior de la Administración Pública) como externos (interacción con ciudadanos y empresas).

Si bien es cierto que muchos países de América Latina y el Caribe no cuentan con las plataformas o servicios comunes que han permitido a otros países adaptarse al teletrabajo sin tener que sacrificar la prestación de servicios públicos, es posible trabajar en tres ámbitos prioritarios para migrar rápidamente los servicios clave al entorno virtual o reducir la necesidad de que los funcionarios tengan que trasladarse a sus oficinas para realizar procesos aún basados en papel.

Implementar un gestor de procesos digitales. El objetivo de este sistema es poder diseñar y llevar a cabo un proceso o un trámite (interno o para individuos y empresas) de manera digital, de forma que, tanto los solicitantes del servicio como los funcionarios públicos que lo procesan puedan hacerlo de manera remota y sin la necesidad de interactuar físicamente o desplazándose a su oficina. Un ejemplo de esta plataforma es DigiGov, un gestor de procesos basado en código abierto y que puede implementarse en un entorno de nube, por lo que los países no necesitan contar con un alto nivel de infraestructura tecnológica. La puesta en práctica de una herramienta de este tipo puede llevar pocos días y, potencialmente, puede ahorrar traslados y situaciones con alto riesgo de contagio para ciudadanos y funcionarios públicos.

Complementar con herramientas de apoyo para las estrategias multicanal. Este tipo de herramientas está dirigido a segmentos de la población con difícil acceso a herramientas digitales:

- ◀ **Soporte para atención presencial.** A fin de evitar las aglomeraciones en espacios públicos, la existencia de un sistema de gestión de citas, así como la digitalización de los trámites (usando, por ejemplo, el gestor de procesos digitales ya mencionado) pueden ayudar.
- ◀ **Soporte para la atención telefónica.** La implementación de sistemas de respuesta interactiva de voz (IVR) o centros de atención al cliente (*call centers*) con operadores telefónicos pueden ayudar a descongestionar los espacios públicos y apoyar en la gestión de servicios sin la necesidad de desplazamiento físico.

Reducción de brechas en habilitadores digitales. Las herramientas descritas anteriormente, si bien podrían ser implementadas con relativa rapidez, requieren de elementos habilitadores que también deben considerarse. Los gobiernos de la región deben asegurar desde ahora estos elementos. Los principales habilitantes son:

- ◀ **Servicios tecnológicos.** El país debería contar con una infraestructura y con servicios transversales para la tramitación en línea (centros de datos con conectividad redundante, servicio de identificación digital, firma digital, registro de trámites, pasarela de pagos, etcétera). Además, aquellos países que ya tengan sistemas de gestión de trámites deberán asegurarse de que sea posible realizarlos completamente en línea.
- ◀ **Institucionalidad.** Más allá del Centro de Gobierno, el país debe tener la capacidad institucional para implementar, migrar o mantener los servicios digitales. Asimismo, debe

contar con una estrategia de ciberseguridad para garantizar la disponibilidad del servicio y la integridad y seguridad de las transacciones que se generen. Finalmente, será esencial contar con funcionarios entrenados y capacitados para realizar estos trámites de forma digital.

- ◀ **Marco legal y regulatorio.** Para poder realizar tramitaciones en la nube, es necesaria una legislación relacionada con la validez de la identificación y de la firma digital. En algunos casos, y de manera excepcional, podría contemplarse la aceptación de una identificación con doble factor de autenticación como manifestación de voluntad (cuando no haya firma digital con certificados o cuando los ciudadanos no tengan una firma avanzada). Dependiendo de la solución que se implemente, una legislación específica sobre la realización de procesos fuera del territorio nacional o el reconocimiento de certificados de firma digital emitidos en el extranjero podrían ser necesarios. Finalmente, también hay que revisar la legislación existente en materia de protección de datos y las medidas de mitigación de cualquier posible vulneración que pueda ocurrir durante este período. Para aquellos procesos y trámites que serán brindados en línea, se debe asegurar que exista la normativa que permita realizarlos de forma remota, especialmente, aquellos que estén reproduciendo procesos existentes y que tradicionalmente se hacían en papel y de forma física.
- ◀ **Conectividad.** Es importante conocer el estado del acceso a servicios de conectividad de las oficinas públicas y de los funcionarios en sus hogares para poder planear la estrategia de salida. De ser el caso, se deberían considerar medidas para apoyar una mayor y mejor conectividad para los funcionarios para que puedan realizar sus funciones de manera remota. Asimismo, será preciso buscar soluciones de conectividad para los grupos sociales vulnerables, a los que se debe llegar con urgencia con medidas de apoyo sanitario y económico.

Finalmente, es recomendable considerar las siguientes medidas relacionadas con los funcionarios públicos⁴³:

- ◀ Delegar en las máximas autoridades de cada institución la preparación de planes para el retorno gradual a las oficinas, que consideren los niveles de contagio geográfico, riesgo diferencial de grupos de individuos y otros factores específicos de cada institución;
- ◀ Priorizar, inicialmente, el trabajo presencial solamente de aquellos empleados a cargo de políticas, trámites y servicios que se consideren prioritarios, y luego ir expandiéndolo en el tiempo de acuerdo con los resultados.

Garantizar la seguridad alimentaria

El aislamiento por el coronavirus ocurre en un momento donde muchos de los productores agrícolas de la región ya habían sembrado, por lo que la producción agrícola no ha sufrido hasta ahora mayores impactos. Sin embargo, la disponibilidad futura de alimentos depende de la liquidez de los productores, que se ve afectada en muchos casos. Por ejemplo, en algunos países, no se está vendiendo toda la producción, ya sea por falta de demanda o por problemas de transporte. Además, el empleo rural no agrícola ha caído por las medidas de confinamiento, así como por la caída de las remesas procedentes del exterior. Por lo tanto, existe la posibilidad de que haya una reducción en la oferta de alimentos en el mediano plazo como consecuencia de las medidas actuales.

Para atender los desafíos que los países están comenzando a enfrentar en el ámbito de la seguridad alimentaria, para mantener la disponibilidad, el acceso, la utilización y la estabilidad de los alimentos, se deberían tener en cuenta las siguientes recomendaciones de política pública:

.....

43 Estas medidas complementan las de carácter general para el trabajo en oficinas que se presentan en el Anexo 1.

Asegurar el transporte y distribución de alimentos aplicando las buenas prácticas de bioseguridad ya mencionadas en las subsecciones sobre comercio y transporte. Sin embargo, es necesario prestar atención al aumento de costos que esto representa, así como a la capacidad que tienen los Gobiernos de monitorear el cumplimiento de estas medidas.

Reducir al máximo la presencia de personas de áreas urbanas (que han sido más afectadas por el coronavirus) en las zonas rurales para que los productores no se vean contagiados. Idealmente, los países deberían generar zonas libres de COVID-19 en municipios rurales que no hayan sido afectados. Para ello, se necesita aislar estas zonas y testear periódicamente a la mayoría de sus habitantes. En otras palabras, se debe establecer un cerco sanitario en el sector rural y proteger a los agricultores como activos estratégicos de la economía.

Identificar circuitos cortos para que productores de un territorio abastezcan a consumidores del mismo territorio. Esto permitiría que no llegaran productos o personas de otros territorios y, además, garantizaría la oferta y el consumo de alimentos localmente.

Proveer liquidez antes de la siembra para mantener estable la producción y la oferta futura de alimentos.

Mantener estándares de inocuidad alimentaria vigentes previos a la pandemia para disminuir la probabilidad de emergencia de un brote relacionado con enfermedades transmitidas por alimentos (ETA). Esto podría generar una carga adicional al sistema de salud a nivel nacional (por ejemplo, epidemias de cólera).

En el Anexo 2 se detallan algunas recomendaciones específicas para las distintas etapas de la cadena de valor.

Asegurar los servicios de agua y de energía

Este sector es uno de los que, pese a sus fuertes desafíos, se ha mantenido funcionando desde el inicio de la pandemia y los lineamientos que se presentan son para su consideración de cara al avance hacia la fase de apertura selectiva de la economía.

Si bien la pandemia de la COVID-19 ha afectado a todas las actividades económicas, los servicios de agua y de energía fueron afectados especialmente, no solo por la obligación y la necesidad de mantener la prestación del servicio de manera confiable y segura, sino, además, por la reducción esperada de sus ingresos debido, principalmente, al diferimiento del pago de la factura por parte de los usuarios más vulnerables y a la reducción significativa en la demanda de energía, especialmente, por parte de la actividad industrial y comercial (el consumo domiciliario aumentó, pero no compensa la caída de ingresos). Si bien estos servicios no pararon durante fase inicial de la pandemia, para la siguiente etapa, se deberán tener en cuenta las siguientes consideraciones estratégicas:

Pago electrónico. Durante la primera fase de la pandemia, muchas empresas habilitaron sistemas electrónicos para el pago de las facturas. En muchos países, se ordenó el pago diferido de las facturas o se suspendió el corte del servicio por falta de pago para la población más vulnerable. En otros, simplemente, se suspendió el cobro a los usuarios de menores ingresos o se suspendió la lectura de contadores in situ. De cara a la siguiente fase, es necesario comenzar la mejora y modernización de los sistemas comerciales (lectura, facturación y pago) con el objeto de lograr la digitalización completa de estos sistemas. Para ello, las empresas previamente deben revisar el estado actual de sus sistemas comerciales, establecer las necesidades de hardware y software, y estimar los costos y plazos de implementación.

Reactivación del mantenimiento. Durante la fase inicial, se suspendieron o se redujeron varias actividades de mantenimiento predictivo, preventivo e, incluso, correctivo. En la siguiente fase, las empresas deberán iniciar la preparación del conjunto de actividades que son necesarias para retomar el mantenimiento de toda la infraestructura para alcanzar los niveles técnicos adecuados. Para ello, se requiere que las empresas preparen las especificaciones técnicas, las órdenes de compra y la identificación de proveedores para la inmediata adquisición masiva de repuestos, equipos, herramientas y materiales. También, durante la

emergencia, muchos fabricantes y proveedores de equipamiento (nacionales y extranjeros) redujeron su producción y, por lo tanto, es necesario que las empresas del sector actualicen la lista de proveedores para sustituir sus habituales suministradores ante eventuales retrasos o cancelaciones de pedidos. En la medida en que se tengan repuestos, herramientas y materiales, se deberán adelantar los trabajos de mantenimiento, empezando por las áreas más críticas.

Planificación. Durante esta etapa de transición, también será importante analizar los posibles cambios en el perfil de la demanda en el mediano plazo, tales como un mayor consumo de los clientes residenciales y una menor demanda del sector productivo. En el sector productivo, es posible que se registren diferencias según el segmento de actividad. Así, por ejemplo, algunas actividades como el turismo, el transporte aéreo y el entretenimiento podrán tardar en su recuperación, mientras que otras registrarán un incremento en su actividad, como, por ejemplo, los supermercados. Estas variaciones en el consumo obligan a una revisión de los planes de inversión en esta fase.

Planeamiento financiero. Sin duda, las proyecciones de los estados financieros de las empresas estarán también afectadas por la emergencia. En esta etapa de transición, será necesaria una revisión detallada de los supuestos utilizados, en particular, de los ingresos esperados; las cuentas por cobrar; los gastos de funcionamiento; los niveles de deuda existentes antes de la emergencia, los esperados por deudas adquiridas durante la primera fase y por nuevos endeudamientos para salir de la crisis, y los nuevos planes de inversión que surjan para llegar a la fase de reapertura.

Mantener la continuidad de la construcción de infraestructuras

Las medidas de la cuarentena han llevado a una disminución drástica del ritmo de las obras públicas y, en algunos casos, a su cierre. Esto ha impactado directa y negativamente en el empleo y en la economía, debido al gran peso que la infraestructura tiene sobre el gasto público. Según la CEPAL (2018), el sector de la construcción representa más del 6% del PIB de América Latina y el Caribe, y, según la OIT (2018), hay un total de 263 millones de trabajadores, de los cuales unos 140 millones (53%) no tienen un contrato formal. El 7,4% de la fuerza laboral de la región está ocupada en el sector de la construcción, de la cual el 4% son mujeres. Esto quiere decir que, aproximadamente, 19,5 millones de hogares están en riesgo de sentir los efectos de la falta de ingresos producto de la parálisis del sector de la construcción.

Los países de América Latina y el Caribe se enfrentan a la presión de mantener abiertas o de reabrir las obras de infraestructura en un entorno donde la pandemia no está controlada, persisten las restricciones de confinamiento en algunos sectores de la población y hay limitaciones a la movilidad tanto a nivel nacional como internacional. De hecho, de los veintiséis países de América Latina y el Caribe que forman parte del BID, el 31% no cerró la construcción de las obras de infraestructura pública por motivo de la COVID-19 (Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica, Jamaica, México, Nicaragua y Paraguay). A partir del 13 de abril, Uruguay y Colombia la reactivaron. Debido a que la pandemia aún no está controlada, se requiere de medidas especiales para proteger a la fuerza laboral que está activa, que es de 8,7 millones, aproximadamente, así como para apoyar a las empresas de la cadena productiva del sector de la construcción para que no desaparezcan.

Además del estricto cumplimiento de protocolos de salud para minimizar los contagios de los trabajadores y de la población en general, hay algunas consideraciones estratégicas que los países deben tener en cuenta:

Impactos en plazos y costos de los proyectos. La interrupción de las obras o las restricciones dentro de las cuales se ejecutan las que aún continúan abiertas exigirán un reajuste de las actividades constructivas, calendarios y progresos de obra, y la puesta en marcha de estrategias para mitigar los impactos en los plazos y en los costos.

Cadena de pagos y protección del empleo. Surge la necesidad de proteger la cadena de pagos y las cadenas de abastecimiento de la industria (constructoras, consultorías, canteras y minería, equipos, suministros, servicios, etcétera) para que mantengan a los trabajadores en nómina y escapen a la liquidación.

Intercambio de experiencias. Como se trata de una problemática nueva y desconocida, los países pueden tener más preguntas que respuestas acerca de cómo enfrentar el reto. Por este motivo, hay que construir colectivamente las estrategias para el retorno seguro de los trabajadores a las obras, a partir de las experiencias de los países de la región que no las cerraron y de los que las han abierto recientemente. Además, se debe tener en cuenta lo que está pasando y lo que se está haciendo en otras partes del mundo. En el Anexo 2 pueden encontrarse lineamientos específicos para el desarrollo de actividades de construcción durante la pandemia.

Asegurar la continuidad del transporte de carga

Los sistemas de transporte son esenciales para garantizar el suministro de medicamentos, equipamientos de salud y alimentos durante la pandemia. De hecho, un proceso clave para poder encontrar tales productos en supermercados y tiendas en línea es el transporte por carretera. Conscientes de las cadenas de suministro para el abastecimiento de los productos esenciales de alimentación, limpieza y salud, los gobiernos han exceptuado al transporte de carga de la prohibición a la circulación.

En lo que se refiere al transporte de carga y su logística, se destacan las siguientes políticas y medidas para su continuidad:

Asegurar la coordinación regional. Es importante crear comités regionales de coordinación logística que articulen de forma permanente las acciones emprendidas por los países. Esta coordinación es clave para establecer los lineamientos y las normativas regionales de articulación del comercio que aseguren la circulación del transporte de carga de larga distancia y urbano, con el propósito de reducir al máximo posible la cuarentena para los tripulantes de naves y transportistas de carga por carretera, y los tiempos de demora en los pasos de frontera.

Digitalización de trámites. Acelerar la simplificación y digitalización de trámites y de la normativa sectorial para la coordinación horaria (tanto de la circulación como de la carga y descarga) ayudará a cumplir con las medidas de distanciamiento social.

Proteger a los trabajadores de carga. Implementar procesos simplificados e infraestructura de control para la verificación del transporte de carga de productos esenciales, incluyendo medidas de desinfección del vehículo y control sanitario del transportista. Para los transportistas de larga distancia, también es importante asegurar áreas de descanso y aseo por el cierre de gasolineras, hoteles y restaurantes durante la cuarentena.

Garantizar el funcionamiento adecuado de los pasos de frontera

Mantener un adecuado funcionamiento de los pasos de frontera terrestres, en puertos y aeropuertos es sumamente importante para garantizar que las cadenas de suministro sigan funcionando, evitar así el colapso del sistema comercial y mantener los niveles de producción nacionales en sectores críticos de la economía. En ese sentido, resulta fundamental que las aduanas coordinen sus esfuerzos de forma eficiente con las demás entidades que realizan una gestión fronteriza operando bajo el modelo de gestión coordinada de fronteras. Asimismo, resulta esencial que se adopten y se fortalezcan los protocolos sanitarios necesarios para llevar a cabo una labor de control y de facilitación del comercio de forma ágil y segura. De forma específica, se destacan las siguientes medidas:

Procesos simplificados, digitales y tecnología de punta. Resulta fundamental simplificar los procesos de flujo de carga, disponer de tecnología de punta para inspecciones no intrusivas que faciliten los envíos de material médico sin menoscabar la función de control aduanero, disponer de sistemas automatizados y medios de pago en línea, y apoyarse en empresas confiables como los OEA (con certificado de Operador Económico Autorizado) para la importación de materiales críticos y para el transporte y distribución de estos.

Protección, capacitación y coordinación. Es clave capacitar y dotar de equipamiento médico de protección personal a los profesionales aduaneros en los puertos, aeropuertos y pasos de frontera para agilizar la entrada de mercancías, protegiendo su salud y evitando que estos puntos sean un foco de expansión de la pandemia. En cuanto a los protocolos sanitarios, se sugiere que estos sean, además, suscritos y adoptados siguiendo estándares comunes entre países limítrofes e incluyan la dotación de equipos de protección personal y medidas para garantizar el distanciamiento social por parte de transportistas, despachantes, comerciantes de la zona y otros agentes.

Manejo de pasajeros. En relación con el manejo de flujo de pasajeros en las fronteras, se recomienda igualmente simplificar los procesos para evitar aglomeraciones, establecer puntos de control de temperatura, así como implementar un protocolo continuo de desinfección de escáneres de maletas de la población migrante de la zona.

Recuperar el turismo

Si bien se puede argumentar que el turismo no es una actividad esencial, la crisis propiciada por esta pandemia ha sido devastadora para este sector. Según las estimaciones de la Organización Mundial del Turismo⁴⁴, las llegadas de turistas internacionales caerán un 30% en 2020 en relación con el año anterior. Asimismo, el turismo interno también está recibiendo un fuerte impacto luego de la implementación de medidas de aislamiento en la región.

El contexto actual, en constante evolución, no permite hacer proyecciones para entender cómo y cuándo se daría la recuperación de la demanda de los servicios que brinda este sector. Esto se debe a que la reactivación de la demanda por turismo no solo dependerá de la reapertura de las fronteras y la flexibilidad de ciertas medidas de aislamiento, sino que también dependerá de un aumento en la sensación de seguridad a la hora de viajar por parte del potencial turista, entre otros aspectos.

Es importante destacar que la paralización casi completa de la actividad turística implica el cierre de empresas y la pérdida de empleos, factores que cambiarán el tejido empresarial disponible en los destinos turísticos. Por lo tanto, de la misma forma que es importante generar las condiciones para que el sector se prepare para una salida selectiva del aislamiento y pueda volver a operar paulatinamente de manera segura, también es necesario pensar estratégicamente en su reactivación, incluyendo actuaciones de mediano y largo plazo, así como una planificación para futuras crisis.

Para ello, además de aplicar los lineamientos establecidos en la sección anterior para evitar el contagio durante el desarrollo de actividades, es posible establecer una serie de lineamientos para la operación del transporte aéreo, el marítimo, el alquiler de automóviles, la operación de hoteles y alojamientos, la operación de lugares turísticos y la gestión de la demanda, los cuales están descritos en el Anexo 2.

44 Para más información, consultar la presentación [“COVID-19 - a global insight on travel and tourism impacts”](#).



Conclusiones

La posibilidad de aprender de las experiencias, exitosas o no, de los países que han recorrido más trecho en el control y manejo de la pandemia da una ventaja considerable a América Latina y el Caribe a la hora de enfrentar esta crisis y sentar las condiciones para una salida lo más segura posible del confinamiento. Prácticamente, en todos los frentes, la región encuentra una fuente generosa de conocimientos para asimilar y sumar a los ya desarrollados con sus propios recursos. Así, el análisis detallado del manejo de la pandemia en distintos países, sumado al profundo conocimiento que el BID tiene de América Latina y el Caribe, subrayan la necesidad de robustecer la coordinación y la gestión estratégica para articular los diferentes estamentos y niveles de gobierno, sectores económicos y agentes sociales; invertir en mejorar la infraestructura, equipamientos y suministros de salud, y facilitar su abastecimiento; proteger la salud física y mental de todo el personal sanitario que se encuentra en la primera línea de batalla contra el virus; expandir la inteligencia epidemiológica y realizar más pruebas de diagnóstico, tanto a las personas sintomáticas como a sus contactos, así como potenciar el seguimiento a los contactos de los casos registrados, aislando aquellos que den resultados positivos de COVID-19. Para ello, será clave incorporar tecnología que permita acelerar este proceso y, de esta manera, reducir el número de contagios, sin olvidar que el control de la pandemia requerirá, igualmente, un cambio de comportamiento de las personas, lo que a su vez hará necesarias estrategias de comunicación eficaces que pueden beneficiarse de las lecciones de la economía conductual.

Además de mantener el número de casos registrados en un nivel manejable, en la reapertura, será imprescindible asegurar que la vuelta a la actividad no suponga nuevas fuentes de contagio. En este sentido, tres ámbitos serán de especial interés por su centralidad en nuestras vidas y por el grado de proximidad e intercambio con otros humanos que suponen: el transporte público, la escuela y el trabajo. En todos ellos, se deberán garantizar nuevos protocolos de funcionamiento que reduzcan el contacto humano y aseguren un bajo nivel de contagio. Asimismo, la apertura selectiva va a requerir que los gobiernos tomen decisiones acerca de qué sectores y actividades volverán, progresivamente, a operar, y el repaso internacional indica que no hay recetas para esto. Los distintos países han priorizado sectores diferentes, en función de su importancia estratégica, la concentración de personas que implica su normal desempeño o su nivel de influencia en las decisiones políticas. En cada uno de estos sectores, incluyendo la Administración Pública como un ente clave para el normal funcionamiento de un país, se requerirá asegurar que las actividades se realizan de forma segura y se mantiene la operación aun en los períodos complejos actuales y en los que se avecinan. En la Administración Pública, por ejemplo, esto obligará a acelerar, en lo posible, el uso de trámites digitales.

Los países de América Latina y el Caribe se manejan con fuertes restricciones fiscales. Por ello, se deberá cuidar no solamente la eficacia, sino también la eficiencia con que se utilizan los recursos públicos. Lograr este equilibrio entre lo urgente, lo necesario y lo posible se presenta como otro desafío para considerar.

Por otra parte, si bien las experiencias internacionales son extremadamente útiles para que los Gobiernos de América Latina y el Caribe tomen las decisiones estratégicas de cuándo y en qué condiciones se debe poner en marcha la reapertura selectiva, también se deben considerar debidamente las particularidades de la región, como se hace hincapié en este documento. Entre las principales características que afectarán, necesariamente, la toma de estas decisiones en la región, se encuentran, por un lado, la estructura etaria, un rasgo positivo, ya que hay una mayor proporción de jóvenes, y, por otro, una mayor prevalencia de enfermedades crónicas, una menor capacidad hospitalaria y de realizar pruebas masivas (y también de los gobiernos a la hora de proteger el empleo y los ingresos de los más afectados), así como una mayor proporción de la población en el sector informal.

En las próximas semanas y meses, los países de la región deberán estar dispuestos a experimentar, aprender y ajustar rápidamente sus decisiones en función de lo aprendido. En este contexto de gran dificultad, el BID buscará seguir siendo un transmisor y acelerador de dicho aprendizaje.

.....

APÉNDICE

ANEXO 1: Lineamientos para la continuidad de las actividades de manera segura

Lineamientos generales para el ámbito del trabajo. Se definen lineamientos para tres ámbitos diferenciados:

1.1 Teletrabajo

1. Desarrollar planes de teletrabajo por los siguientes tres a seis meses.
2. Definir las personas y las funciones que pueden o deben trabajar en remoto.
3. Crear incentivos y métricas de trabajo por producto para las actividades que pueden ser remotas.
4. Desarrollar protocolos de trabajo.
5. Contar con el ancho de banda para el desarrollo adecuado de las actividades del teletrabajo.
6. Disponer de un espacio dedicado al teletrabajo.
7. Capacitar al personal en el cuidado ante enfermedades infectocontagiosas, tanto en su hogar como en el espacio seleccionado para trabajar y para sus actividades externas. Aspectos para considerar: gestión del tiempo, uso de las tecnologías de información, conciliación entre el trabajo y la familia, entre otros.
8. Promover reuniones a distancia: para su desarrollo, se deben emplear herramientas de videoconferencia, entre las que se pueden mencionar Zoom, Skype, Teams, Hangout, Webex y WhatsApp.
9. Garantizar la coordinación de actividades y tareas. En este ámbito, existen múltiples herramientas, tales como los calendarios compartidos y los gestores de actividades específicos, como Trello, Slack y otros.
10. Facilitar la gestión de archivos. Hay múltiples tareas, desde la generación colectiva de documentos (usando herramientas como Google Docs) hasta el almacenamiento compartido (Dropbox, Google Drive, iCloud).



1.2 Trabajo en oficinas o ámbitos cerrados

Se destacan las siguientes consideraciones:

1. Confirmar la alineación y resolver la coherencia y continuidad de los protocolos de flexibilidad laboral y salubridad en el espacio de trabajo de acuerdo con la legislación laboral vigente y los esquemas de aseguramiento de riesgos laborales.
2. Registrar las entradas y salidas de personal de manera escalonada con distanciamiento preventivo de, al menos, dos metros. Se recomienda el uso de un sistema con tarjeta en vez de huellas digitales, en cuyo caso debe contarse con un dispositivo de desinfección, después de las entradas y las salidas, con señal de lavado o desinfección de manos obligatorios.
3. Capacitar al personal en el cuidado ante enfermedades infectocontagiosas.
4. Limitar la interacción del personal de oficinas con el personal que visita o trabaja en sitios externos.
5. Establecer el distanciamiento (dos metros) en el lugar de trabajo y en las áreas comunes, entre otros, y suprimir las reuniones de más de quince personas.
6. Sustener temperaturas de los espacios de oficina entre 23 y 26 °C.
7. Establecer protocolos de ventilación diarios y, en la medida de lo posible, después de cada reunión (entre cinco y diez minutos antes de la siguiente utilización de cualquier espacio común).
8. Desinfectar lugares comunes de trabajo y disponer de estaciones y equipos de higiene.
9. Establecer un protocolo de registro, seguimiento y trazabilidad de personas con síntomas e infectadas.
10. Realizar tomas aleatorias de temperatura al personal.
11. Segregar por etapas las salidas selectivas, por grupos poblacionales de menor exposición al riesgo (menores de 40 años y sin precedentes médicos, por ejemplo).
12. Obligar al uso permanente de mascarillas en zonas comunes.
13. Establecer canales de comunicación con las autoridades sanitarias.
14. Priorizar el transporte del personal en vehículos de baja ocupación.

A estas consideraciones, se suman las medidas preventivas después de la actividad laboral para evitar el contagio a familiares y a otras personas relacionadas con el trabajador, particularmente, en cuanto a la higiene, tales como el uso de máscaras protectoras, desinfección, lavado de manos y limpieza corporal antes del contacto familiar.

1.3 Trabajo en ámbitos abiertos

Se sugiere tener en cuenta las siguientes consideraciones:

1. Rotar el personal, reduciendo el personal operativo al mínimo viable.
2. Ejercer únicamente labores de mantenimiento correctivo de los servicios, cuando sea viable.
3. Priorizar las actividades en sitios de menor aglomeración.
4. Reestructurar los turnos de trabajo y definir rutas de entrada, salida y circulación del personal en las instalaciones con el fin de limitar el contacto entre las personas de los diferentes turnos.

5. Registrar entradas y salidas del personal de manera escalonada con distanciamiento preventivo de, al menos, dos metros. Se recomienda el uso de un sistema con tarjeta en vez de huellas digitales, en cuyo caso debe contarse con un dispositivo de desinfección después de las entradas y las salidas, con una indicación de lavado o desinfección de manos obligatorios.
6. Poner en marcha protocolos de entrada, salida, distanciamiento y circulación del personal en las instalaciones, con el objetivo de limitar el contacto de las personas en el lugar de trabajo.
7. Implementar protocolos estrictos de higiene y dotar de equipamientos de seguridad, particularmente, mascarillas y guantes, a todos los operadores de servicios.
8. Aumentar el número de instalaciones de higiene y desinfección con soluciones que eliminen el riesgo de contagio en todos los sitios de trabajo.
9. Lavar los uniformes y equipos a temperaturas no inferiores a 60 °C.
10. Exigir el uso obligatorio de mascarillas en lugares comunes.
11. Dotar de equipos de protección personal a las cuadrillas de inspección, mantenimiento, supervisión y trabajo que involucren el desplazamiento del personal.
12. Disponer de soluciones de desinfección en los vehículos.
13. Dotar de equipos de medición de temperatura y realizar tomas de temperatura aleatorias a los trabajadores en campo.
14. Definir protocolos de seguimiento y trazabilidad de aquellas personas con sospecha o confirmación de contagio.
15. Reforzar la indumentaria de protección, la seguridad sanitaria y los esquemas de transporte para el desplazamiento al trabajo.
16. Redefinir y comunicar los procedimientos para la recepción de insumos de los proveedores y entrega de productos a los clientes.
17. Implementar, en los pliegos de licitación, requerimientos de dotación de equipos de protección para aquellas personas que trabajan en sitios externos.
18. Extender las excepciones de restricción de movilidad a los proveedores de materiales, equipos y servicios.
19. Definir protocolos de comunicación con los usuarios o comunidades cercanas a la operación de los servicios.
20. Evitar al máximo la interacción entre el personal de campo y las comunidades del entorno.
21. Incentivar pagos digitales para reducir el contacto con agentes externos.
22. Garantizar la disponibilidad o el acceso a un equipo de salud médico para monitorear diariamente los síntomas del personal e identificar casos los con sintomatología de riesgo.
23. Establecer horarios alternados de servicio a la población o en zonas de alto riesgo.

Cada uno de estos lineamientos generales aplica a distintos sectores y a distintas etapas de la cadena de valor. En el siguiente anexo se exponen recomendaciones específicas para sectores económicos concretos.

ANEXO 2: Lineamientos específicos para algunos sectores

En esta sección se presentan lineamientos estratégicos y específicos (verticales) para sectores puntuales de la economía, seleccionados por su importancia y urgencia en la lucha contra la pandemia y que, en muchos casos, continúan funcionando, así como para aquellos cuya reapertura selectiva está prevista una vez que la crisis sanitaria esté bajo un mayor control.

2.1 Sector agroalimentario

Para garantizar que el sistema agroalimentario continúe funcionando sin interrupciones, se presentan las siguientes recomendaciones específicas para las distintas etapas de la cadena de valor.

En fincas y granjas:

1. Separar a los trabajadores para que no entren en contacto al efectuar trabajos de cosecha y de pesaje.
2. Ampliar los horarios de cosecha y organizar a los trabajadores por turnos.
3. Preparar las instalaciones habitacionales para los trabajadores de forma tal que permitan el distanciamiento social.
4. Requerir el lavado de manos con agua y jabón de forma frecuente, asegurando la provisión de jabón y prohibiendo compartir toallas.
5. Limpiar y desinfectar áreas comunes.
6. En caso de que los trabajadores deban trasladarse a las fincas, proporcionar transporte por turnos.

En la gestión de bodegas y transporte de productos agrícolas y alimentarios

1. Segmentar las actividades de las bodegas, separando las áreas que están en contacto con el entorno externo (por ejemplo, la recepción de mercancías y el envío) del resto de las áreas (por ejemplo, almacenamiento, selección y cumplimiento de pedidos).
2. Usar máscaras protectoras adecuadas y guantes desechables.
3. Colocar elementos de separación (por ejemplo, cintas y barreras divisorias) para separar a las personas que entregan de las que reciben productos o documentos.
4. Limitar el número de conductores que pueden ingresar a una bodega y marcar áreas de espera para garantizar el distanciamiento.
5. Dentro de lo posible, organizar al personal en turnos separados y no modificables.
6. Verificar la temperatura corporal de los trabajadores al comienzo de cada turno.
7. Prohibir el intercambio de herramientas durante los turnos y desinfectar tanto las áreas de trabajo como las herramientas en cada turno.
8. Requerir el lavado de manos con productos antibacterianos antes y después de cada turno, además de cuando se realice un cambio de actividad y después de cada contacto, poniendo a disposición los dispensadores correspondientes.
9. Evitar cualquier actividad innecesaria en un plazo inmediato (por ejemplo, verificaciones de inventario, limpieza realizada por personal externo, proyectos no esenciales, reuniones de actualización del personal), a menos que estas actividades estén dirigidas a manejar la emergencia en curso.

En plantas procesadoras o productoras de alimentos

1. Tomar la temperatura y evaluar si hay síntomas en los empleados antes del inicio del trabajo.
2. Utilizar mascarilla y guantes.
3. Desinfectar y limpiar todos los espacios y equipamientos de trabajo.
4. Identificar e implementar los cambios operativos para aumentar el distanciamiento entre los empleados, reconociendo que en algunas plantas no será posible.
5. Mantener prácticas de higiene efectivas, como el lavado frecuente de manos con agua y jabón.

En mercados mayoristas y minoristas de ventas de productos agrícolas

1. Limitar el número de consumidores que ingresan a los mercados.
2. Requerir el uso de guantes y de mascarillas en todos los comerciantes, así como una vestimenta adecuada.
3. Crear zonas de lavado de los productos para garantizar la inocuidad de los alimentos.
4. Supervisar y regular de manera estricta los mercados mayoristas y minoristas de productos frescos.
5. Rediseñar espacios físicos de mercados mayoristas y minoristas para mejorar la circulación y las prácticas de salud e higiene.

En supermercados y tiendas de venta de alimentos

1. Tomar la temperatura y evaluar la presencia de síntomas en los empleados antes del inicio del trabajo.
2. Utilizar mascarillas y guantes.
3. Desinfectar y limpiar todos los espacios y equipamientos de trabajo (desinfectar frecuentemente carritos, picaportes y superficies que tocan repetidamente tanto los empleados como los clientes). Limpiar y desinfectar los pisos y los mostradores.
4. Enfatizar la importancia del lavado frecuente y efectivo de las manos, utilizando jabón o desinfectante de manos, particularmente, antes de tocar comida sin envoltorios o preparar comida.
5. Ayudar a que los clientes mantengan el distanciamiento social y no operar secciones de autoservicios de comida, en las que se requiere el uso común de utensilios.
6. Flexibilizar regulaciones para facilitar la distribución de alimentos, que pueden eliminarse cuando se avance en la contención de la pandemia.

2.2. Construcción de infraestructuras

Como consideraciones específicas para la continuidad y seguridad del sector de construcción de infraestructuras se pueden resaltar las siguientes:

1. Desarrollar esquemas de citas y programación virtual de la mayor porción posible de servicios que puedan prestarse de forma remota.
2. Implementar dispositivos (cámaras, sensores de temperatura, sensores de conteo de personas que ingresan o salen de un área) que permitan el monitoreo continuo y remoto del cumplimiento de las medidas sanitarias de protección de los trabajadores.

3. Dividir de cuadrillas de trabajo por plantas y limitar grupos fijos de cuadrillas de quince personas como máximo.
4. Asegurar la existencia de instalaciones de higiene segregadas por planta y por sexo.
5. Proveer instrucciones sobre cómo fabricar equipos de protección personal de emergencia ante la escasez de insumos básicos.
6. Priorizar los pagos y la comunicación por canales digitales con los proveedores de materiales y servicios.
7. Reducir los equipos de interventoría, arquitectura, entre otros, y con visitas escalonadas.

2.3 Turismo

Enfocadas en la oferta (negocios y empresas)

Además de las recomendaciones generales relacionadas con el teletrabajo y el trabajo en oficinas, que se aplican a muchas de las empresas del sector y sus empleados, las siguientes actuaciones específicas en cada etapa de la cadena de valor serán relevantes:

Transporte aéreo

1. Aplicar las recomendaciones de la sección anterior para la operación segura de aeropuertos, aeronaves y para cuidar la salud del personal (tripulación y trabajadores en los aeropuertos).
2. Seguir las guías del Consejo Internacional de Aeropuertos (AIC) y de la Asociación Internacional de Transporte Aéreo (IATA).
3. Realizar mediciones de temperatura a los pasajeros.
4. Ampliar el espaciamiento de los puestos de atención en las zonas de *check-in* para permitir el distanciamiento entre los pasajeros.
5. Modificar prácticas de *check-in* y de embarque para evitar la necesidad de que el personal entre en contacto con las tarjetas de embarque, a través del uso del *check-in* electrónico y escáneres portátiles, por ejemplo.

Transporte marítimo de naturaleza turística

1. Realizar pruebas (*screening*) de pasajeros antes de su embarque.
2. Proveer información general a los pasajeros sobre la COVID-19, así como las medidas preventivas de la embarcación.
3. Solicitar información de contacto a todos los pasajeros y miembros de la tripulación antes de desembarcar, y mantenerla a bordo al menos durante un mes posterior al desembarco.
4. Capacitar a la tripulación para mejorar su capacidad de reconocer signos y síntomas de la COVID-19, así como sobre los procedimientos que se deben seguir en caso de que un pasajero o miembro de la tripulación muestre síntomas.
5. Limpiar y desinfectar toda la embarcación con frecuencia, especialmente, durante el recambio de pasajeros.

Transporte terrestre grupal e individual (vehículos de alquiler)

1. Ampliar las medidas de higiene de los vehículos después de cada alquiler o viaje, utilizando productos recomendados por las organizaciones de salud y con especial atención al interior del vehículo y a aquellos puntos que exigen más contacto por parte de los clientes y usuarios.
2. Higienizar los transportes de lanzadera (*shuttle*) y camionetas (*van*) con productos recomendados.
3. Disminuir el número máximo de personas permitido en cada viaje de buses y vehículos de lanzadera.
4. Utilizar terminales de autorregistro (*self check-in*) o quioscos para la retirada y devolución de vehículos, disminuyendo cualquier contacto personal.

Hoteles y alojamientos turísticos

1. Ampliar las medidas de limpieza e higiene de las habitaciones y áreas de uso común, siguiendo las recomendaciones de las autoridades sanitarias.
2. Adoptar un uso rotativo de las habitaciones, limitando el acceso a las habitaciones utilizadas en las veinticuatro horas previas. Una recomendación similar puede extenderse a las casas de alquiler temporal.
3. Entrenar, capacitar y equipar a los trabajadores con el propósito de que estén protegidos y preparados para identificar y manejar los casos de contaminación.
4. Requerir el uso de equipamientos básicos de protección (máscaras, por ejemplo) entre el personal.
5. Establecer protocolos sobre cómo tratar los casos de clientes que presenten síntomas.
6. Ampliar el uso de tecnologías en la atención al cliente, como el autorregistro, el registro en línea (*check-in online*), etcétera.
7. Restringir las zonas de circulación de personas en las propiedades, cerrando o ajustando los horarios de funcionamiento y acceso a áreas comunes como gimnasios, centros de negocios, piscinas, etcétera.
8. Evitar el uso de bufés en restaurantes, optando por las opciones a la carta y, preferentemente, servidas en la habitación.
9. Incluir señalización para recordar tanto a los empleados como a los clientes la necesidad de lavarse frecuentemente las manos con agua y jabón.
10. Adoptar protocolos para la realización de pruebas (*screening*) de clientes antes de su registro, siguiendo las indicaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para sectores correlatos.
11. Mantener las ventanas y las puertas abiertas lo máximo posible.
12. Establecer buenas prácticas para el uso de ascensores y limitar su uso siempre que sea posible, incentivando la utilización de las escaleras.
13. Eliminar de las superficies cualquier decoración o elemento de tejido que no sean esenciales y dificulten la higienización.
14. Adecuar los contratos de prestación de servicios a las necesidades de cancelación por motivos relacionados con nuevas olas de la pandemia.

Atracciones turísticas

1. Ampliar las medidas de limpieza e higiene de los espacios, siguiendo las recomendaciones de las autoridades sanitarias.
2. Incentivar el uso de máscaras por parte de los visitantes.
3. Controlar la entrada de visitantes, estableciendo limitaciones de ingreso que permitan un uso seguro de los espacios, evitando aglomeraciones.
4. Medir la temperatura de los visitantes en el momento de entrada al recinto.
5. Establecer planes de reapertura gradual, comunicando al público visitante sobre las restricciones para evitar aglomeraciones, a fin de impedir una demanda excesiva. Se debe tener especial cuidado con el uso de promociones y entradas gratis, que incentivan las visitas en el momento de la reapertura.
6. Mantener la circulación de aire natural siempre que sea posible.
7. En un primer momento, priorizar la reapertura de espacios al aire libre, como, por ejemplo, parques naturales.
8. Adecuar los servicios de restaurantes, si existen, a las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud.

Agencias de guías turísticas y servicios similares

1. Ampliar las medidas de limpieza e higienización de espacios físicos, vehículos y equipos, siguiendo las recomendaciones de las autoridades sanitarias. En este sentido, resulta importante que los protocolos incluyan la limpieza luego de cada uso de los equipos, vehículos, etcétera.
2. Utilización de equipamientos de protección individual por parte de los guías.
3. Priorizar grupos pequeños de clientes en cada tour.

Enfocadas en la demanda (consumidores)

1. Reforzar la comunicación sobre la necesidad de consultar las restricciones de viajes y circulación impuestas por cada país, provincia o ciudad antes de viajar.
2. Reforzar, junto con el público de los viajeros, la necesidad de seguir las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) relacionadas con la higiene personal, el distanciamiento, la etiqueta al toser y los cuidados con los alimentos.
3. Reforzar, junto con el público en general, la necesidad de atención a las condiciones de cancelación y alteraciones de las compras de viajes y servicios relacionados.
4. Establecer estrategias de comunicación claras con el público sobre cuándo es seguro volver a viajar, siguiendo las directrices establecidas por la OMS y por los Ministerios de Salud de cada país.
5. Controlar el número de entrada de personas no residentes en destinos de veraneo cercanos a las grandes ciudades, respetando la capacidad de carga enmarcada por la estructura de salud local.



Bibliografía

- Adams, J. G. y Walls, R. M. (2020). [Supporting the Health Care Workforce During the COVID-19 Global Epidemic](#). *JAMA*, 323(15), pp. 1439-1440.
- Alaimo, V., Bosch, M., Kaplan, D., Pagés, C. y Ripani, L. (2015). [Empleos para crecer](#). Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo.
- Altamirano Montoya, Á., Azurra Herrera, O. y González, S. (2020). [¿Cómo impactará la COVID-19 al empleo?](#) Washington, DC: BID.
- Andrews, M., Pritchett, L. y Woolcock, M. (2012). [Escaping Capability Traps through Problem-Driven Iterative Adaptation \(PDIA\)](#). *Working Paper* 299.
- Aranda, F., Aliste, J., Altermatt, F., Álvarez, J. P., Bernucci, F., Bruhn, A. et al. (2020). [Recomendaciones para el manejo de pacientes con COVID-19 con indicación terapéutica de ventilación mecánica que eventualmente son conectados a máquinas de anestesia](#). *Guía Clínica*, 3(49).
- Banco Interamericano de Desarrollo (s. f.). [Sociometro-BID](#).
- Banco Interamericano de Desarrollo. (2020). [Página Informativa sobre COVID-19 \(Coronavirus\)](#).
- Banco Interamericano de Desarrollo. (2020). [¿Cómo te afecta el coronavirus?](#)
- Banco Interamericano de Desarrollo-INTAL. (2020). [Impacto del COVID-19 en el comercio exterior, las inversiones y la integración en América Latina y el Caribe](#). Número 2.
- Banco Mundial. (s. f.). [Prevalencia de la diabetes \(% de la población de 20 a 70 años\)](#).
- Bingqin, L. y Sen, G. (2020). [China Experiences in Addressing COVID-19](#). [Webinar de Red Criteria y BID].
- Brandon, S. (2020). [These European countries are starting to lift their coronavirus lockdowns](#). World Economic Forum.
- Brooks, S., Webster, R. Smith, L., Woodland, L. et al. (2020). [The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence](#). *The Lancet*, 395(10227), pp. 912-920.

- Central Disaster Management Headquarter (2020). [Coronavirus Disease-19, Republic of Korea.](#)
- Chandra, A., Fishman, M., Melton, D. (2020). [A Detailed Plan for Getting Americans Back to Work.](#) *Harvard Business Review.*
- Chen, K. Y., Yang, C. M., Lien, C. H., Chiou, H. Y., Lin, M. R., Chang, H. R. y Chiu, W. T. (2013). [Burnout, job satisfaction, and medical malpractice among physicians.](#) *International journal of medical sciences*, 10(11), pp. 1471-1478.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2018). [Estudio Económico de América Latina y el Caribe 2018. Evolución de la inversión en América Latina y el Caribe: hechos estilizados, determinantes y desafíos de política.](#) Santiago: ONU-CEPAL.
- Comisión Europea. (2002). [Hoja de ruta europea para levantar las medidas de confinamiento adoptadas contra el coronavirus.](#)
- [COVID-19 Response Pandemic Resilience Roadmap.](#) (2020). Edmond J. Safra. Center for Ethics, Harvard University.
- Eske, J. (2020). [Can people get COVID-19 twice?](#) *Medical News Today.*
- Fang, H., Wang, L. y Yang, Y. (2020). [Human Mobility Restrictions and the Spread of the Novel Coronavirus \(2019-nCoV\) in China.](#) *NBER Working Paper N.o 26906.*
- Ferguson, N., Laydon, D., Nedjati Gilani, G., Imai, N., Ainslie, K., Baguelin, M. et al. (2020). [Report 9: Impact of non-pharmaceutical interventions \(NPIs\) to reduce COVID19 mortality and healthcare demand.](#)
- Gattinoni, L., Coppola, S., Cressoni, M., Busana, M., Rossi, S y Chiumello, D. (2020). [Covid-19 Does Not Lead to a 'Typical' Acute Respiratory Distress Syndrome.](#) *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine.*
- Gold, J. (2020). [The Covid-19 crisis too few are talking about: health care workers' mental health.](#) *Stat.*
- Google LLC. (2020). [Google COVID-19 Community Mobility Reports.](#)
- Gottlieb, S. (2020). [National Coronavirus Response. A ROAD MAP TO REOPENING del American Enterprise Institute.](#)
- Greely, H. (2020). [Covid-19 'immunity certificates': practical and ethical conundrums.](#) *Stat.*
- Gudbjartsson, D. F., Helgason, A., Jonsson, H., Magnusson, O. et al. (2020). [Spread of SARS-CoV-2 in the Icelandic Population.](#) *The New England Journal of Medicine.*
- Hakim, D. (2020). [Asthma Is Absent Among Top Covid-19 Risk Factors, Early Data Shows.](#) *The New York Times.*
- Harris, J. E. (2020). [The Subways Seeded the Massive Coronavirus Epidemic in New York City.](#) Department of Economics, Massachusetts Institute of Technology.
- Health Communication Capacity Collaborative. (s. f.). [Ebola: A behavior-driven Crisis.](#)
- International Trade Center. (2020). [COVID-19 Temporary Trade Measures.](#)
- Kahneman, D., y Tversky, A. (1974). [Judgment under Uncertainty: Heuristics and Biases.](#) *American Association for the Advancement of Science.*

- Lai, J., Ma, S., Wang, Y., et al. (2020). [Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019](#). *JAMA Netw Open*, 3(3).
- Lavezzo, E., Franchin, E., Ciavarella, C., Cuomo-Dannenburg, G. et al. (2020). [Suppression of COVID-19 outbreak in the municipality of Vo, Italy](#). *Medrxiv*.
- Lenung J. M., Yang, C. X., Tam, A., Shaipanich, T., Hackett, T. L., Singhera, G. K., Dorscheid, D. R. y Sin, D. (2020). [ACE-2 Expression in the Small Airway Epithelia of Smokers and COPD Patients: Implications for COVID-19](#). *European Respiratory Journal*, 55(5).
- Lewandowsky, S., Ulrich, K. H., Ecker, C. M., Seifert, N. S., Cook, J. (2012). [Misinformation and Its Correction: Continued Influence and Successful Debiasing](#). *Psychological Science in the Public Interest Journal*.
- Martínez Villarreal, D., Rojas Méndez, A. M. y Scartascini, C. (2020). [La economía del comportamiento puede ayudar a combatir el coronavirus](#). Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo.
- Opertti, F. y Mesquita Moreira, M. (2020). [Impacto del coronavirus en el comercio y la integración: ¿qué hacer?](#) *Más allá de las fronteras* [blog del BID].
- Organización de las Naciones Unidas. [Marco de Sendai para la Reducción de Riesgos de Desastres 2015-2030](#). Ginebra: ONU.
- Organización Internacional del Trabajo. (2018). [Panorama Laboral 2018 América Latina y el Caribe](#). Lima: OIT.
- Organización Mundial de la Salud. (2020). [Actualización de la estrategia frente a la COVID-19](#). Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2020). [Coronavirus disease \(COVID-19\) technical guidance: Surveillance and case definitions](#). Ginebra: OMS.
- Organización Mundial del Turismo. (2020). [COVID-19 - a global insight on travel and tourism impacts](#). UNWTO & Data Partners.
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. (2014). [Recommendation of the Council on the Governance of Critical Risks](#). París: OCDE.
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. (2020). [Hospital beds \(indicator\)](#).
- Patranobis, S. (2020). [Covid-19: Students in China's virus centre Wuhan return to school](#).
- Pineda, E., y Pessino, C. (2020). [Política y gestión fiscal durante la pandemia y la post-pandemia en América Latina y el Caribe](#). Recaudando bienestar [Blog de la División de Gestión Fiscal del BID].
- Ramírez, M. J. y Viteri, A. (2020). [El embudo de la exclusión educativa en Mesoamérica](#). Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo.
- Roser, M., Ritchie, H., Ortiz-Ospina, E. y Hassell, J. (2020). [Coronavirus Pandemic: COVID-19](#).
- Rossman, J. (2020). [Coronavirus: the puzzle of why the risk of death is greater for men and for the elderly](#). *The Conversation*.
- Sabel, C. F. y Zeitlin, J. (2012). ["Experimentalist governance"](#). En *The Oxford handbook of governance*.

- Sarpong, E. (2019). [IPP Program Journey: PDIA is a Journey about How to Engage. Building Satete Capability](#) [blog].
- Shanafelt, T., Ripp, J. y Trockel, M. (2020). [Understanding and Addressing Sources of Anxiety Among Health Care Professionals During the COVID-19 Pandemic](#). *JAMA*.
- Smit, S., Hirt, M., Buehler, K., Lund, S., Greenberg, E. y Govindarajan, A. (2020). [Safeguarding our lives and our livelihoods](#). McKinsey & Company.
- Stein, E. (2020). [A Sharing Economy for Mechanical Ventilators](#). *Ideas matter* [blog del Departamento de investigación del BID].
- Stein, E. (2020). [Coronavirus: la lógica de los tests serológicos](#). *Ideas que cuentan* [blog del Departamento de Investigación del BID].
- Stein, E. y Valencia, C. (2020). [Daily COVID-19 Deaths in Latin America per million inhabitants, rolling 7 day average](#).
- Stein, E. y Valencia, C. (2020). [Daily COVID-19 Deaths in Selected Developed Countries per million inhabitants, rolling 7 day average](#).
- [W.H.O. Failed to Tell Syrian Kurds of Their First Coronavirus Death: Live Coverage](#). (2020). *The New York Times*.
- [Work for America](#). (2020).
- World Trade Organization. (2020). [WTO issues new report on worldwide trade in COVID-19 medical products](#).
- Zeke, E. (28 de marzo de 2020). [We can safely restart the economy in June](#). *The New York Times*.
- Zhang, J., Wu, W., Zhao, X., & Zhang, W. (2020). [Recommended psychological crisis intervention response to the 2019 novel coronavirus pneumonia outbreak in China: a model of West China Hospital](#). *Precision Clinical Medicine*.

