

Un año de epidemia de COVID-19: Cuba y Uruguay en el contexto latinoamericano

One year of COVID-19 epidemic: Cuba and Uruguay in the Latin-American context

Luis Carlos Silva Ayçaguer^{1 *}

 <http://orcid.org/0000-0002-0734-0054>

Jacqueline Ponzo Gómez²

 <http://orcid.org/0000-0002-8329-7430>

¹Escuela Nacional de Salud Pública. La Habana, Cuba.

²Universidad de la República, Facultad de Medicina. Uruguay.

RESUMEN

Introducción: Transcurrido un año desde que la OMS declaró la diseminación del SARS-COV-2 como una pandemia, consideramos útil realizar un diagnóstico de la situación prevaleciente en la región latinoamericana.

Objetivos: Examinar el panorama epidemiológico prevaleciente a mediados del mes de marzo de 2021 en 16 países de la región y el desempeño en el tiempo en los dos países con mejores resultados.

Métodos: Con los datos de morbilidad y mortalidad, se realizó una comparación del desempeño relativo de los países considerados y se identificaron las dos naciones con mejores resultados. Para analizar cuantitativamente el derrotero seguido por el proceso epidémico en dichas naciones a lo largo de 2020, se usaron 5 indicadores: tasa de prevalencia de casos activos por millón de habitantes, tasa de incidencia acumulada en 7 días por 100 mil habitantes, tasa de positividad en 7 días, porcentaje de enfermos recuperados y tasa cruda de mortalidad por millón de habitantes.

Resultados: Se constató la posición cimera de Cuba en primer lugar, seguido de Uruguay según los indicadores de desempeño considerados. Aunque las cifras se mantienen dentro de márgenes aceptables, se puso de manifiesto el retroceso que

ambas naciones han experimentado en las primeras semanas de 2021, especialmente acusado en Uruguay.

Conclusiones: Cualquier caracterización de la situación está condenada a ser efímera por la naturaleza mutante de la epidemia; no obstante, el análisis permite identificar que los favorables rasgos sociodemográficos de ambas naciones, así como los de sus sistemas de salud aportan posibles explicaciones para los resultados obtenidos.

Palabras clave: COVID-19; América Latina; Uruguay; Cuba; infodemia

ABSTRACT

Introduction: One year after the WHO declared the spread of SARS-COV-2 as a pandemic, we consider it useful to approach a diagnosis of the prevailing situation in the Latin American region.

Objectives: To examine the prevailing epidemiological scenario in mid-March 2021 in 16 countries of the region, as well as performance over time in the two countries with best outcomes.

Methods: Using morbidity and mortality data, we made a comparison of the relative performance of the countries considered and the two nations with the best results were identified. To quantitatively analyze the course followed by the epidemic process in these nations from the outbreak of COVID-19 until the moment of the analysis, 5 indicators were used: prevalence rate of active cases per million inhabitants, cumulative incidence rate in 7 days per 100.000 inhabitants, positivity rate in 7 days, percentage of recovered patients and crude mortality rate per million inhabitants.

Results: The top position of Cuba was shown, followed by Uruguay, according to the performance indicators considered. Although the figures remain within acceptable margins, the setback that both nations have experienced in the first weeks of 2021 was revealed, especially marked in Uruguay.

Conclusions: Any characterization of the situation is condemned to be transitory due to the mutant nature of the epidemic. However, the examination of twelve complete months allowed to identify that the favorable socio-demographic characteristics of both nations, as well as those of their health systems, provide possible explanations for the results obtained.

Keywords: COVID-19; Latin America; Uruguay; Cuba; infodemic

INTRODUCCIÓN

Comenzando el año 2021, el mundo sigue viviendo un dramático proceso epidémico asociado a la enfermedad emergente, COVID-19, provocada por el nuevo coronavirus (SARS- CoV-2). Mucho se ha aprendido en el curso de 2020 acerca del comportamiento del virus, tanto en el organismo como en la sociedad. Hoy se cuenta con protocolos bien definidos y específicos para el de enfermos,^{1,2} con los cuales se ha conseguido mitigar el rastro de muertes que la diseminación del virus deja tras de sí y se hallan en distintas fases experimentales decenas de candidatos vacunales que pudieran llegar a ser efectivos y seguros para prevenir la infección.

La higiene personal –particularmente de manos–, el distanciamiento físico, la evitación de aglomeraciones en espacios cerrados y el uso de mascarillas, se identificaron prontamente como los recursos más eficaces para evitar el contagio.³ A nivel colectivo, se han adicionado medidas tales como cierre de fronteras y confinamientos. Se trata de medidas preventivas que, no sin polémicas diversas, se tornaron casi universalmente aceptadas desde comienzos del siglo xx, como puede apreciarse en estudios históricos.⁴ Así lo atestigua también un artículo asombrosamente vigente publicado en el periódico norteamericano *Douglas Island News* hace más de un siglo,⁵ con motivo de la epidemia de la mal llamada “gripe española”.

Actualmente la epidemia exhibe una dinámica agresiva y, según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), estamos lejos de arribar a una etapa endémica.⁶ Desde mayo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) había admitido esa posibilidad. Más recientemente sus autoridades han reiterado que, aún si se llegara a contar con una o más vacunas eficientes y seguras, es posible que la COVID-19 permanezca como enfermedad endémica en el mundo, tanto por la gran difusión que ha alcanzado –multiplica su capacidad de contar con reservorios humanos para el agente– como por su potencialidad para sobrevivir en reservorio animal.⁷

Los nuevos conocimientos se suceden a gran velocidad en medio de urgencias y consecuentes desafíos operativos para todos los países. La profusión de datos que procuran caracterizar la pandemia es notable. Identificar los que son verdaderamente valiosos, condensarlos y, sobre todo, traducirlos en posibles acciones comunitarias útiles para decisores y ciudadanos, entraña una apremiante necesidad.

EndCoronavirus es una de las coaliciones de científicos que se instaló a propósito de la pandemia.⁸ Radicada en el Instituto de Sistemas Complejos de Nueva Inglaterra (NECSI), administra una plataforma abierta donde comparte análisis y datos de todo el mundo. Instrumentos análogos han creado, entre otros, el Centro de Recursos de la Universidad de *John Hopkins*,⁹ la *Brown School of Public Health*¹⁰ y la Organización Mundial de la Salud.¹¹

Un recorrido por estos sitios permite una mirada panorámica de los datos sobre la COVID-19 a nivel global y los diferentes patrones a nivel nacional. La pandemia se ha expandido a lo largo de los meses con escasa o nula contención en algunos países (tales como Brasil, Estados Unidos o Reino Unido) y con tardíos y frecuentes recrudescimientos en muchos de los que habían llegado a conseguir escenarios promisoriamente favorables (es el caso de Alemania, Malasia o Belarús), aunque también se consigna la existencia de países que actualmente muestran síntomas de control efectivos (como Islandia, Nueva Zelanda o Singapur).

Espacios informativos de este tipo, sin embargo, suelen ofrecer caracterizaciones temporales, básicamente relacionadas con la distribución de la enfermedad, que no profundizan en el otro aspecto central que ocupa a la epidemiología: la determinación de la enfermedad o la salud.

En toda epidemia lo meramente médico alcanza una connotación hondamente social. La ciencia epidemiológica, especialmente su vertiente crítica, encuentra en este escenario el espacio propicio para desentrañar no solo la distribución de la enfermedad sino sus procesos de determinación, que reconocen la importancia del entramado social. En medios periodísticos o digitales no solo se suele secuestrar este análisis social del problema, sino que ocasionalmente se le banaliza o se le contamina de sensacionalismos, tergiversaciones y sesgos políticos.¹²

En este marco, la epidemiología está urgida de realizar aportes a partir de sus más importantes encomiendas: la identificación de patrones espaciales y temporales de la pandemia por una parte y, por otra, la evolución incierta y cambiante que la caracteriza. Al mismo tiempo, debe profundizar en el examen crítico de los resultados alcanzados en función de las acciones de respuesta desplegadas en diferentes contextos.

Ahora, tras 12 meses de contienda para contener la epidemia desde su arribo a América Latina, procede aproximarnos a un diagnóstico de la situación prevaleciente en la región, realizar un análisis del derrotero seguido por el proceso epidémico hasta llegar al punto en que nos encontramos y valorar aspectos relacionados con el modo en que ha sido tratada la epidemia por los medios. Sabemos que cualquier caracterización está condenada a ser efímera o provisional por concernir a un proceso mutante y en pleno desarrollo. No obstante, –aun siendo los resultados necesariamente provisionales– el presente análisis puede iluminarnos sobre los procesos de determinación en este fenómeno nuevo y cargado de incertidumbre. Se suma a esto el valor metodológico que se deriva del ejercicio consistente en ilustrar algunas vías de análisis que trasciendan la mera exposición fenomenológica en un período dado del proceso epidémico. Por todo lo planteado, nos proponemos examinar el panorama epidemiológico prevaleciente a mediados del mes de marzo de 2021 en 16 países de la región y el desempeño en el tiempo en los dos países con mejores resultados.

MÉTODOS

Se trata de un estudio descriptivo donde se realizó un examen de la realidad que prevalece en la mayoría de los países de Latinoamérica transcurrido un año desde la irrupción de la epidemia en la región. Se analizaron los resultados correspondientes a 16 países de Latinoamérica. Algunas naciones fueron excluidas debido a la dudosa confiabilidad de los datos que ofrecen. Esta se atribuye a la debilidad de los sistemas estadísticos (caso de Haití), ¹³ a que los datos oficiales no se ajustan a los estándares reclamados por los organismos internacionales (es el caso de Nicaragua) ^{14,15} o a que la validez de las cifras reportadas ha despertado no pocas suspicacias y cuestionamientos (caso de Venezuela ¹⁶) y de El Salvador. ^{17,18}

Si bien existen numerosos indicadores susceptibles de ser empleados en este empeño– vinculados con la prevención, los servicios de salud, la participación comunitaria y la vigilancia, entre otras áreas–, por su trascendencia desde el punto de vista socioepidemiológico y salubrista, nos hemos concentrado en dos esferas del problema: morbilidad y mortalidad.

Para ese análisis inicial se operó con respectivos indicadores clásicos de la epidemiología descriptiva: tasa de mortalidad (T_1), y tasa de incidencia acumulada de casos detectados (T_2), ambos por millón de habitantes. Tanto las definiciones de las tasas como de los datos empleados son los que figuran en el sitio <https://ourworldindata.org/coronavirus>

Llamemos T_{ij} a la i -ésima tasa ($i:1,2$) correspondiente al país j -ésimo ($j:1,\dots,16$), $\min(T_i)$ es el menor valor entre las tasas T_i de los 16 países considerados y $\max(T_i)$ al mayor valor de dichos valores. Se computó el riesgo relativo de morir y de enfermar para cada país en relación con el que exhibía menor

tasas.^A Es decir, se computó:

$$RR_{ij} = \frac{T_{ij}}{\min(T_i)}$$

Para establecer un orden entre los países sobre el impacto de la epidemia con base en dos indicadores que conciernen a dimensiones conceptualmente diferentes, se construyó un índice único de impacto. Primero se calculó un índice relativo de impacto para cada una de las tasas y para cada país, al que llamaremos "tasa relativa" (TR):

$$TR_{ij} = \frac{\max(T_i) - T_{ij}}{\max(T_i) - \min(T_i)}$$

donde, obviamente, TR_{ij} alcanza el valor máximo igual a 1 para el país con menor valor de T_i y el valor mínimo igual a 0 para el que tenga la T_i mayor. Finalmente, el índice $MPTR_j$ se computa para cada país a través de la media ponderada de las dos tasas relativas; la fórmula otorga más peso a la mortalidad que a la morbilidad (ponderaciones 0,6 y 0,4; respectivamente): $MPTR_j = (0,6)(TR_{1j}) + (0,4)(TR_{2j})$.

En un segundo momento, a partir de los resultados obtenidos, se consideraron los dos países con mejores indicadores hasta la fecha del análisis (10 de marzo de 2021), que resultaron ser Cuba y Uruguay. Se examinaron detalladamente sus resultados a lo largo de todo el período desde la irrupción de la epidemia. El énfasis se puso en el desenvolvimiento diario de los siguientes cinco indicadores.

1. Tasa de prevalencia de casos activos (TPCA) por millón de habitantes

$$TPCA = \frac{\text{Número de casos activos presentes en el día}}{\text{Tamaño poblacional}} 10^6$$

donde los casos activos en un día es el número de sujetos que han sido diagnosticados como enfermos hasta ese día, menos el total de fallecidos y de recuperados hasta entonces.

1. Tasa media de incidencia acumulada (IP7) en 7 días por 100 mil habitantes

Se trata del cálculo, para cada día, del promedio de casos nuevos detectados a lo largo de la semana previa, también conocido como índice P7 de Harvard.¹⁹

$$IP7 = \frac{\text{Número promedio de casos incidentes en los últimos 7 días}}{\text{Tamaño poblacional}} 10^5$$

1. Tasa de positividad para cada día y los seis días precedentes (TP7)

Ocasionalmente se emplean umbrales absolutos para monitorizar el curso de la epidemia. Uno de ellos, promovido por la OMS,²⁰ es el empleo de la llamada "tasa de positividad" en un lapso determinado por dos

momentos $MPTR_j$, $MPTR_j = (0,6)(TR_{1j}) + (0,4)(TR_{2j})$, definida como:

$$TP(t_1; t_2) = \frac{\text{Nº de positivos en el lapso } (t_1; t_2)}{\text{Nº de pruebas diagnósticas realizados en el lapso } (t_1; t_2)} 100\%$$

En este trabajo, se calculó la TP correspondiente a siete días consecutivos. Es decir, para cada día, el numerador es la suma de casos detectados ese

$$\text{TPCA} = \frac{\text{Número de casos activos presentes en el día}}{\text{Tamaño poblacional}} 10^6$$

día y los seis días

$$\text{IP7} = \frac{\text{Número promedio de casos incidentes en los últimos 7 días}}{\text{Tamaño poblacional}} 10^5$$

previos, y

donde el denominador es la suma de las pruebas realizadas en esos siete días. Para subrayar que ese es el lapso elegido, en lo sucesivo le llamaremos TP7.

1. Porcentaje de enfermos que se recuperaron (PR) hasta la fecha

$$PR = \frac{\text{Número de infectados que se recuperaron}}{\text{Número de casos diagnosticados como infectados}} 100\%$$

El criterio de recuperación no es el mismo en todos los países. En particular, así ocurre en Cuba y Uruguay: mientras que en Cuba siempre se ha considerado como criterio de recuperación la negativización del PCR (reacción en cadena de la polimerasa), en Uruguay, a partir del mes de octubre, se aplican criterios clínicos y evolutivos para conceder el alta sin que se exija un PCR negativo.

1. Tasa cruda de mortalidad (TCM) por millón de habitantes

$$TCM = \frac{\text{Número de fallecidos hasta la fecha}}{\text{Tamaño poblacional}} 10^6$$

Para todos estos cálculos se emplearon los partes oficiales diarios aportados por el Sistema Nacional de Emergencias de Uruguay^{21,22} y por el Ministerio de Salud Pública de Cuba²³. El artículo se basa, por tanto, enteramente en datos secundarios procedentes de sitios de público acceso. Consecuentemente, no concurren potenciales problemas éticos.

RESULTADOS

La situación en Latinoamérica

La [tabla](#) recoge datos relevantes de mortalidad y morbilidad por COVID-19 en los 16 países latinoamericanos incluidos en el estudio.

Como se observa, Cuba se toma como referencia a los efectos de calcular riesgos relativos (columnas 3 y 6). Ello se debe a que ocupa la mejor posición para ambos indicadores a mediados de marzo de 2021. En materia de mortalidad, le sigue Uruguay, aunque con una diferencia apreciable: una tasa cruda de mortalidad 6,2 veces más elevada, a su vez muy distante del resto. En la morbilidad, luego de Cuba, se ubican varios países con tasas similares.

Para el promedio ponderado de tasas relativas (columna 7), que condensa el impacto de la epidemia en materia de mortalidad y morbilidad, Cuba y Uruguay, por ese orden, ocupan los mejores lugares.

Tabla Morbilidad y mortalidad atribuible a COVID19 en 16 países de Latinoamérica. 11 de marzo de 2020 - 10 de marzo de 2021

Lugar	País	Total de fallecidos	Tasa cruda de mortalidad por millón de habitantes	Riesgo relativo de morir por COVID (RR1) *	Total de casos	Tasa de incidencia acumulada de casos por millón	Riesgo relativo de enfermar por COVID (RR2)**	Media de tasas estandarizadas (MTPR)
1	Cuba	357	31,5	1,0	58 379	5 154,1	1,0	1,000
2	Uruguay	678	195,2	6,2	66 484	19 139,1	3,7	0,858
3	Guatemala	6522	364,0	11,6	180 393	10 069,1	2,0	0,837
4	Rep. Dominicana	3198	294,8	9,4	244 168	22 508,3	4,4	0,799
5	Honduras	4301	434,2	13,8	175 442	17 713,2	3,4	0,768
6	Paraguay	3387	474,9	15,1	174 013	24 397,1	4,7	0,715
7	Costa Rica	2848	559,1	17,7	207 832	40 798,5	7,9	0,594
8	Ecuador	16 105	912,8	29,0	296 841	16 824,8	3,3	0,576
9	Bolivia	11 884	1.018,1	32,3	256 462	21 970,5	4,3	0,505
10	Chile	21 206	1.109,3	35,2	867 949	45 403,8	8,8	0,343
11	México	192 491	1.493,0	47,4	2 144 486	16 632,6	3,2	0,339
12	Colombia	60 773	1.194,4	37,9	2 285 960	44 925,9	8,7	0,311
13	Argentina	53 359	1.180,6	37,5	2 169 694	48 006,6	9,3	0,300
14	Brasil	270 656	1.273,3	40,4	11 202 305	52 702,0	10,2	0,237
15	Perú	48 163	1.460,7	46,3	1 380 023	41 854,6	8,1	0,218
16	Panamá	5957	1.380,6	43,8	346 301	80 259,5	15,6	0,046

*Riesgo relativo de morir por COVID19 (razón de tasas): Tasa de mortalidad por COVID19 en el país/Tasa de mortalidad por COVID19 en Cuba;

** Riesgo relativo de enfermar por COVID19 (razón de tasas): Tasa de incidencia) por COVID19 en el país/Tasa de incidencia por COVID19 en Cuba.

Fuente: Tabla elaborada a partir de datos procedentes del sitio <https://www.ourworldindata.org/coronavirus>

La evolución de la epidemia en Cuba y Uruguay

La comparación de Cuba y Uruguay resulta atractiva por tratarse de los dos países con mejores resultados, así como por su similitud en algunos rubros directa o indirectamente relacionados con la epidemia.

Son naciones relativamente aisladas –Uruguay por su latitud meridional y Cuba por la insularidad– y son países relativamente pequeños que tienen vecinos de grandes dimensiones (Brasil y Estados Unidos, respectivamente) con muy altos niveles de diseminación del SARS-CoV-2. Ambos poseen sistemas de salud y atención primaria de calidad. Cuba y Uruguay tienen las poblaciones más envejecidas de la región: las edades medianas son las más altas (43,1 y 35,6 años, respectivamente), también sus porcentajes de personas con más de 70 años (9,7 % y 10,4 %) son los mayores. Sus poblaciones tienen un nivel educacional alto en el contexto del América Latina, exhiben las tasas de mortalidad infantil más bajas del continente (4,7 fallecidos por cada mil nacidos vivos en Cuba y 7,0 en Uruguay) y tienen muy altas calificaciones para el Índice de Desarrollo Humano (IDH) que despliega el Programa de Naciones Unidas

para el Desarrollo (PNUD) dentro del contexto considerado (el valor para Uruguay es 0,817 y el de Cuba asciende a 0,783, según el Informe de 2019).²⁴

También se equiparan en la distribución equitativa del ingreso según el Coeficiente Gini (CG). En Uruguay es de 0,42. En Cuba, aunque la última medición conocida es de 1999 (CG 0,41), se estima que en años sucesivos se haya mantenido en el mismo nivel.²⁵ Con estos valores, Cuba y Uruguay ocupan los mejores lugares de América Latina y el Caribe para este relevante indicador.

Una diferencia notable radica en el sistema político. Cuba es un país socialista, en tanto que Uruguay está gobernado por una coalición de derecha y centro-derecha, aunque es sucesora de un frente de izquierda que gobernó durante 15 años y finalizó justo antes del inicio de la pandemia, el 1ero. de marzo de 2020.

Otra similitud, ya en el marco epidemiológico de la COVID-19, es el crecimiento sostenido que ambos países han presentado en el número de casos activos a lo largo del último trimestre, luego de varios meses de evolución muy favorable, hasta llegar a lo que pueden considerarse los peores momentos de la epidemia en uno y otro país.

Tanto los éxitos de Uruguay como los de Cuba en los primeros meses se han visto progresiva y seriamente comprometidos en el transcurso de 2021. En los primeros meses de este año, el número de casos activos en un mismo día se disparó y rompía los récords en ambas naciones: para Cuba, dicho número ascendió a 5800 (1 de febrero) mientras que para Uruguay llegaba a 9261 (11 de marzo). Solo a lo largo de sus 10 primeras semanas, en Uruguay se acumuló 74 % de todos los fallecidos y 72 % de la totalidad de casos diagnosticados. Para Cuba, estos datos son similarmente inquietantes (61 % de los muertos y 82 % de los casos).

La [figura 1](#) permite apreciar que, a poco de comenzar el año 2021, el examen de la evolución, analizada por separado para cualquiera de los dos países, muestra una tendencia epidémica que bien podría calificarse de “alarmante”. Las dos curvas allí reflejadas registran la dinámica creciente de la epidemia en ambos países. Se ha criticado que se establezcan juicios basados en números absolutos y no en tasas ²⁶; por ejemplo, suelen adelantarse afirmaciones tales como que en determinado país o región se ubica “el epicentro de la epidemia”, que son cuestionables por basarse en números de ese tipo (cantidad de casos acumulados o de muertos registrados) en lugar de emplearse las tasas correspondientes. Consecuentemente, para establecer una comparación adecuada entre las mencionadas evoluciones; se calcularon las tasas de casos activos por millón de habitantes. Se aprecia que la situación de Uruguay en este rubro el día 10 de marzo de 2021 era 6 veces más crítica que la de Cuba, según se deriva de las tasas mencionadas (que ascendieron a 2505,1 y 410,8 respectivamente).

Obsérvese ([Fig. 1](#)) que el crecimiento de la curva de TPCA para Cuba, cuando lo colocamos en un contexto que abarca los dos países, se torna mucho menos pronunciada. La similitud de las curvas expuestas es muy marcada en los primeros ocho meses de la epidemia. Se observa la ausencia de una “primera ola” concretada en una alta incidencia de casos nuevos, que afectó a los restantes países de la región durante 2020, pero no así a Cuba ni a Uruguay. Pero esa gran similitud, vigente durante los primeros meses, desaparece a lo largo del último semestre. Y la tendencia permite atisbar un crecimiento que pudiera ser galopante para las próximas semanas. Este patrón se repite cuando examinamos otros indicadores seleccionados.

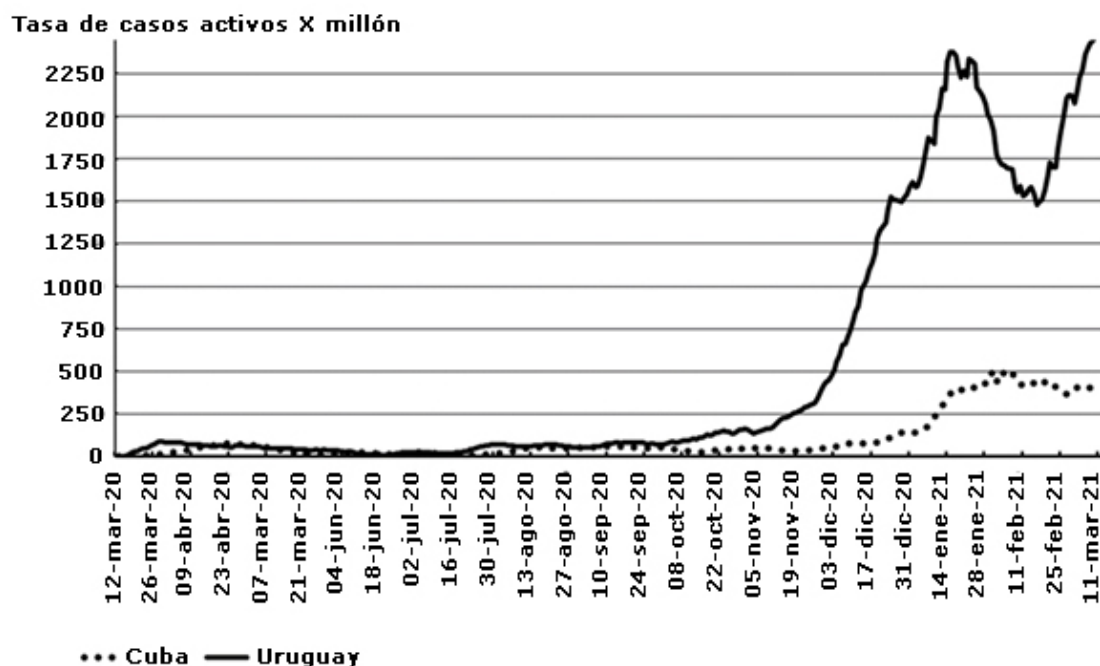


Fig. 1 Tasas de prevalencia de casos activos (infectados) por millón de habitantes. Cuba y Uruguay; 11 de marzo de 2020-10 de marzo de 2021.

En relación con el Índice IP7, que mide la situación inmediata anterior que se experimenta cada día en términos de casos nuevos, la similitud entre los dos países es notable hasta mediados de noviembre, cuando comienza un despegue acusado de los datos uruguayos ([Fig. 2](#)).

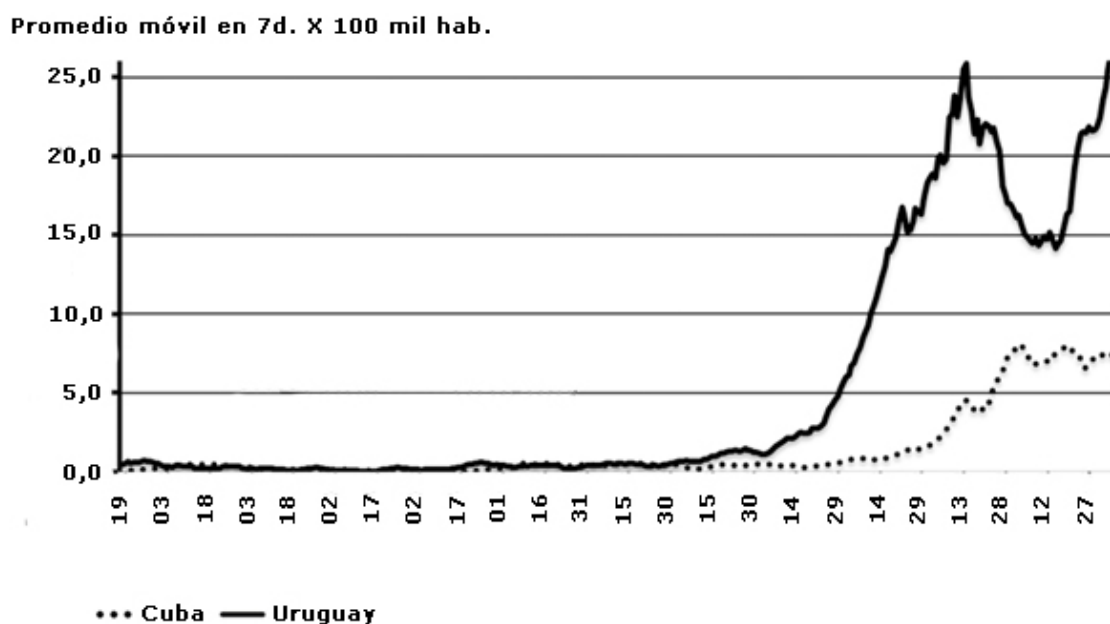


Fig. 2 Promedio móvil de casos acumulados en 7 días por 100 mil habitantes. Cuba y Uruguay; 11 de marzo de 2020-10 de marzo 2021.

Procede apuntar que, cuanto más reducido sea el número de pruebas realizadas, menos casos se detectarán. Consecuentemente, un país con una tasa menor de pruebas que otro, se vería "beneficiado" cuando los países se comparan usando indicadores que se incrementan al aumentar dicha tasa, como ocurre con la TPCA y el IP7. Este problema, sin embargo, no se presenta en nuestro análisis, ya que las tasas de pruebas realizadas por 1000 habitantes en Cuba y Uruguay en el período en que las diferencias fueron más acusadas son bastante similares: 100,6 y 135,7 respectivamente a lo largo de 2021.

Otro indicador analizado es la tasa de positividad en las pruebas diagnósticas realizadas durante 7 días sucesivos (TP7). Hasta mediados de noviembre, esta tasa fluctúa por debajo de 2 % para ambos países; a partir de entonces en los dos el índice crece. Sin embargo, mientras que en Cuba la TP7 se mantiene por debajo de 5 %, el umbral conceptualizado como máximo aceptable por la OMS,²⁷ en Uruguay fluctúa en torno a 10 % (Fig. 3).

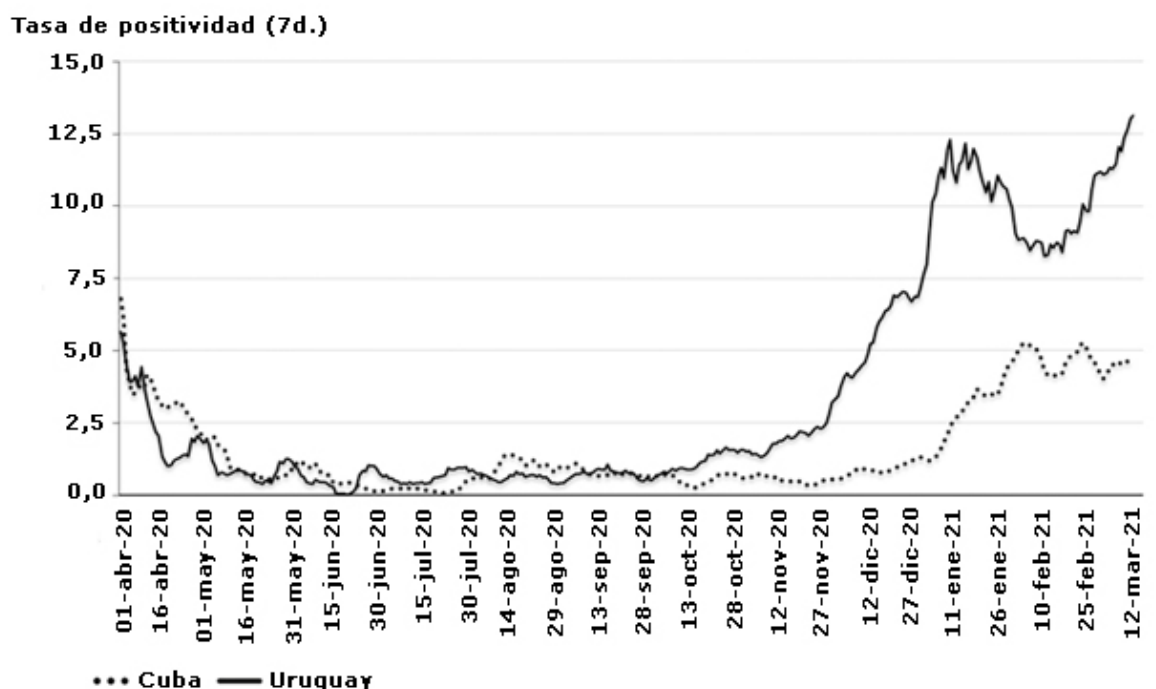


Fig. 3 Tasa de positividad móvil durante 7 días. Cuba y Uruguay; 11 de marzo de 2020-10 de marzo 2021.

Las tasas de recuperación de pacientes previamente diagnosticados como enfermos han sido altas y similares a lo largo de todo el período (Fig. 4). Cuba ha exhibido resultados mejores en esta materia durante buena parte del período, pero desde mediados de octubre, los porcentajes tienden a equipararse y se hallan a muy alto nivel.

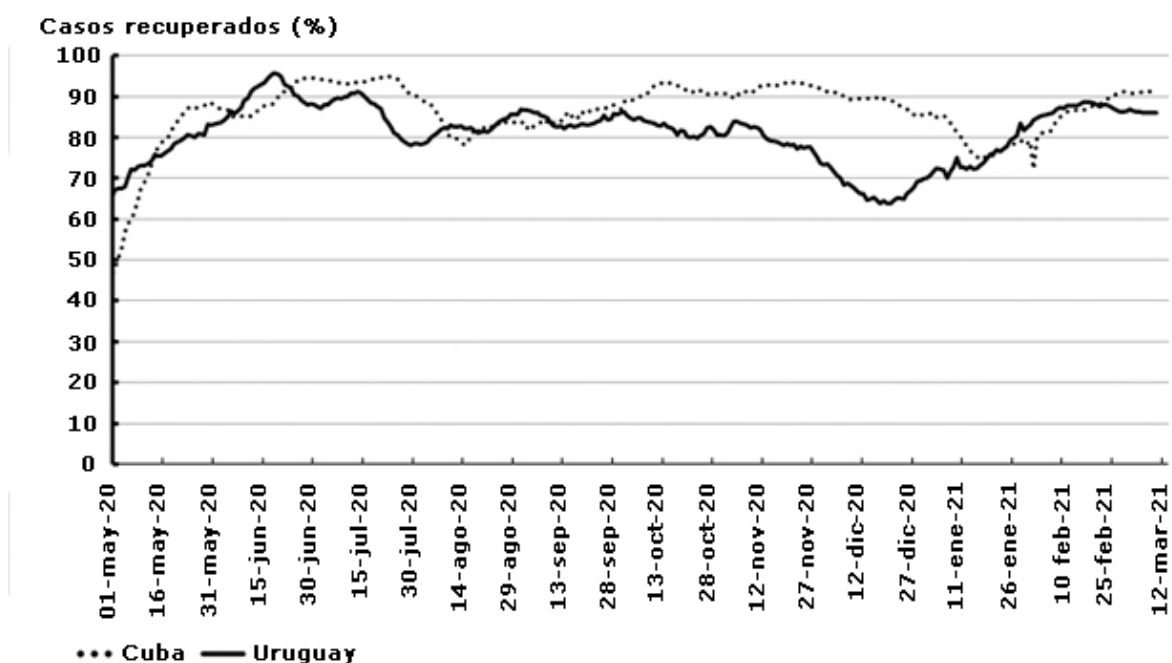


Fig. 4 Porcentaje de personas con diagnóstico de COVID-19 que se recuperaron. Cuba y Uruguay; 1º de mayo de 2020-10 de marzo 2021.

La mortalidad es a nuestro juicio el más importante de todos los indicadores por razones obvias. Nuevamente, luego de una notable similitud hasta la mitad del 2020, la tasa de Uruguay comienza a despegarse muy notablemente ([Fig. 5](#)), hasta llegar a la situación de hoy, 12 de marzo: Cuba ha lamentado 361 muertos y Uruguay 688, teniendo este último país una población 3 veces menor (3 461 734 vs 11 333 483 habitantes), lo cual produce una tasa de mortalidad por millón de habitantes más de 6 veces mayor en Uruguay, como ya se había hecho notar en la tabla.

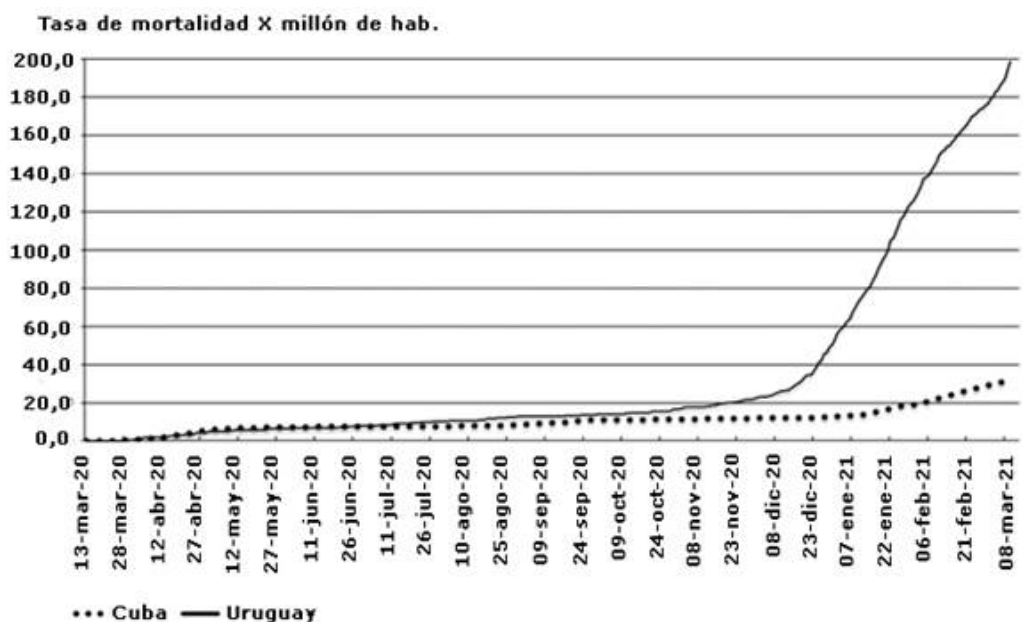


Fig. 5 Tasas crudas de mortalidad por millón de habitantes. Cuba y Uruguay; 11 de marzo de 2020-10 de febrero 2021.

Cabe subrayar, sin embargo, que en ambos países la mayoría de las muertes corresponden a sujetos que fallecieron “con” COVID, y no estrictamente “por” COVID en el sentido de que, en su mayoría, eran ancianos que en el momento del deceso padecían importantes comorbilidades tales como enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), dolencias cardiovasculares, diabetes, enfermedad renal crónica, cáncer y obesidad, entre otras enfermedades crónicas. La edad media de los fallecidos ha sido elevada y casi la misma en los dos países: aproximadamente 75 años. No se han producido decesos en edades pediátricas. A excepción de cuatro ciudadanos uruguayos y uno cubano, ninguno de los restantes 1044 fallecidos hasta la fecha tenía menos de 35 años.

El tratamiento de la epidemia en el espacio mediático

En el marco de la comparación entre Cuba y Uruguay que propone este estudio, la información que se ha brindado sobre la exhibe rasgos singulares. Por ejemplo, Cuba y Uruguay fueron los únicos países de la región que dieron acogida a un crucero internacional a poco del inicio de la pandemia. Cuando ya prevalecía a nivel mundial un estado de enorme zozobra ante una grave amenaza aún poco estudiada, el día 13 de marzo de 2020, el crucero tablacon numerosos pasajeros enfermos, daba tumbos por el Mar Caribe sin que país alguno accediera a recibirlo como solicitaba el gobierno británico. Solo Cuba asumió los enormes peligros que suponía recibir a los viajeros y facilitar su regreso por vía aérea a Londres. ²⁸⁾ “BBC Mundo” ignoró la noticia. Resulta difícil creer que, tratándose de un hecho de tan extraordinaria significación, la omisión haya sido fruto de la distracción. Un gesto similar del gobierno uruguayo, ocurrido un mes más tarde con el crucero australiano “Greg Mortimer”, fue motivo de los más laudatorios reconocimientos por parte de la propia agencia. ²⁹⁾

Como es bien conocido, el “virus” de la información tergiversada, tendenciosa o directamente inventada, la llamada “infodemia”, se hizo presente mundialmente desde que comenzó esta emergencia sanitaria. En efecto, la pandemia del nuevo coronavirus ha constituido una oportunidad no desaprovechada para construir relatos acordes a determinados intereses extracientíficos. A la promoción de ciertos estereotipos, se han sumado los esfuerzos por invisibilizar verdades que los cuestionen. Es decir, a la diseminación de información falsa en espacios noticiosos y redes, en ocasiones se adiciona el escamoteo deliberado de datos.

En este contexto informativo, se destaca la reiterada ausencia de Cuba cuando se citan referencias que dan cuenta de una buena gestión de la epidemia.

Durante un lapso prolongado se resaltó la situación de algunos países, como Uruguay, Costa Rica o Paraguay, que eran considerados “los” tres países que estaban “ganando” a la COVID-19, ³⁰⁾ a la vez que se omitía toda mención a Cuba, país que compartía ese sitio de privilegio en la epidemiología de la COVID en la región. La politización de los discursos complementa el sesgo informativo. A modo de ilustración, repárese en un texto difundido por la Cadena de Noticias (CNN) en el mes de mayo: “El éxito de Paraguay, Costa Rica y Uruguay en la lucha contra la pandemia parece contradecir la creencia generalizada de que las dictaduras son más exitosas que los gobiernos democráticos en el combate contra estas pandemias”. ³¹⁾ En algunos trabajos, incluso avanzado octubre, se exalta a Uruguay y Paraguay, pero se omite Cuba, como si no

existiera y como si no fuera, con distancia, el mejor posicionado de la región. Los análisis realizados –informan los autores– conducen a la conclusión de que: “A excepción de Uruguay y Paraguay, la mortalidad por COVID-19 en América Latina es muy alta” o “salvo Uruguay y Paraguay, a los países de Latinoamérica les ha ido bastante peor que a los países europeos y Estados Unidos”.³²

Recientemente, el 27 de enero de 2021, el Instituto Lowy de Sidney difundió un informe ³³ que refleja muy claramente las distorsiones que pueden anidar tanto en determinados análisis académicos como en su repercusión mediática. El estudio ubica a un centenar de países, entre los que no se halla Cuba, dentro de un *ranking* configurado a través de cierto índice, basado a su vez en seis indicadores que involucran (de manera muy confusa) casos, fallecidos y pruebas realizadas. A pesar de la opacidad de la metodología empleada para la construcción de dicho índice y de que no se da una explicación convincente para la exclusión de determinados de países, miles de medios periodísticos y digitales del mundo (*Google* arrojaba más de 300 mil entradas con esta información) comunicaron los resultados como si se tratara de un “barómetro” global que no mereciera objeción alguna. Por ejemplo, medios de prensa Uruguaya se basaron en él para proclamar que “Uruguay es el país mejor posicionado de todo el continente americano”³⁴ o “Uruguay es el mejor de América”.³⁵

DISCUSIÓN

Los resultados alimentan particularmente la discusión y la reflexión en torno a algunos hechos. Por una parte, tenemos el sitial favorable y compartido que mantienen Cuba y Uruguay en el contexto regional. Por otra, la similitud del desenvolvimiento de la epidemia en ambos países durante los primeros ocho meses, así como el distanciamiento de sus indicadores en el tramo final del período analizado, aunque manteniendo cierto paralelismo en sus tendencias.

Desde la cosmovisión latinoamericana, Cuba ha mantenido una posición cimera en su respuesta a la epidemia, aunque, como en cualquier otro enclave del planeta, se corre el riesgo de que la epidemia –que un día pareció totalmente arrinconada y ya no lo está en igual medida– se salga de control. Es lo que ha ocurrido de manera dramática en algunos sitios como Irlanda, donde solo en un mes se acumularon tantos casos como en los 9 meses anteriores, o en la República Checa donde se supera una y otra vez la crisis y poco después alcanza cifras récords. En América Latina, los países que parecían ir “por buen camino” (notablemente, Costa Rica y Paraguay), exhiben hoy indicadores varias decenas de veces más desventajosos, como revelan los datos en la tabla.

Las exaltaciones triunfalistas de la prensa, miradas retrospectivamente, sugieren que en esta materia procede mantener un perfil más cauteloso. La proclamación de determinadas conquistas como si fueran inamovibles, suelen generar excesos de confianza que, a la postre, pueden resultar contraproducentes.

La comprensión cabal de la dinámica de una epidemia como la de COVID-19 no se conseguirá hasta pasado un tiempo. Pero el análisis de lo acaecido a lo largo los primeros 12 meses conduce a establecer algunas explicaciones provisionales. Comprender los procesos que llevan al crecimiento actual de los problemas, tanto en Cuba como en Uruguay, resulta tan desafiante como explicar su favorable evolución de los primeros meses.

Los procesos que subyacen en la producción y reproducción de la epidemia son de distinta naturaleza e interactúan en una trama compleja. Aspectos estructurales tales como la organización y situación económica, las políticas aplicadas, el sistema de salud o la estructura demográfica, interactúan con aspectos que surgen de los modos y estilos de vida, profundamente arraigados en su dimensión social y cultural, pautados a su vez por categorías tales como clase social, género, generación o etnia. Descifrar cabalmente ese entramado y sus múltiples combinaciones, capaces de arrojar expresiones diversas de una epidemia ocasionada por un mismo virus, trasciende las posibilidades de este trabajo. Aun sabiendo que es posible que se abran más preguntas que respuestas, sin embargo, en adelante se examinan algunos de los rasgos mencionados y de las respuestas a la epidemia en cada país, que podrían contribuir a la comprensión de la evolución identificada.

Los aspectos demográficos, así como los indicadores de desarrollo humano reflejan varias similitudes entre Cuba y Uruguay que, si bien favorecen su situación epidemiológica ventajosa en el contexto regional, son insuficientes para explicar por sí solos ese éxito compartido. Por otra parte, como se ha visto, el curso de la epidemia exhibe patrones distintos. Consecuentemente, contemplamos dos grandes dimensiones en esta discusión: a) recursos y sistema de salud, b) soporte social y cultural de la respuesta a la pandemia.

Las fortalezas del sistema de salud de Cuba, es difícil dudarlo, han estado detrás de sus logros. Poseedora de un poderoso Sistema Nacional de Salud gratuito, de acceso y cobertura universales, totalmente público, Cuba cuenta con medio millar de policlínicos a lo largo y ancho de la nación, con 12 000 consultorios de médico y enfermera de la familia enclavados en la comunidad y con casi medio millón de trabajadores en el sector de la salud. Existe un enfermero por cada 133 habitantes (75 enfermeros por 10 000 habitantes) y un médico por cada 116 habitantes, lo que significa que la tasa se eleva a 87 galenos por 10 000 habitantes, la cifra más alta del mundo. Dispone, además, de una amplia red de instituciones de salud para la atención secundaria y terciaria, numerosos centros destinados a la vigilancia epidemiológica articulados con la atención primaria, así como prestigiosos centros de investigación higiénico-social, médica y biotecnológica. Adicionalmente, ha conseguido elaborar e implementar avanzados y flexibles protocolos de atención a los enfermos con acuerdo al mejor conocimiento existente.^{36,37,38}

También se destaca la capacidad de adaptación del sistema a los nuevos desafíos. En palabras de la Dra. *Carissa Etienne*, Directora General de la Organización Panamericana de la Salud: "Cuba amplió el sistema de salud sumamente fuerte que ya tenía, y expandió esta red con más trabajadores de la salud y estudiantes de medicina, e incorporaron herramientas digitales para mejorar el seguimiento de contactos y casos. Se valieron de un sistema de salud muy bien establecido que ya incluye nuevos elementos a partir de esta pandemia".³⁹ Cuba ha conseguido articular un accionar intersectorial, imprescindible para configurar respuestas a la vez ágiles y socialmente organizadas con vistas al desarrollo de actividades preventivas de los contagios y las muertes. Los cubanos han visto, día a día, cómo todos los ministerios, todas las fuentes informativas (no hay canales de radio o TV privados en el país) y todos los actores sociales se han movilizado en torno a un meditado Plan Nacional de Prevención y Control, para la defensa y el cuidado de la salud de la población amenazada por el SARS-COV-2.

Ya desde el siglo pasado, se señalaba que “cuando estamos ante un súbito evento desastroso, tal como un ciclón, un terremoto o inundaciones, se hacen patentes diversos rasgos de las sociedades afectadas. El estrés que causa pone a prueba la estabilidad y la cohesión sociales”.⁴⁰ Es consabido que el paso periódico de los huracanes por el Caribe y las zonas meridionales de México y Estados Unidos suele dejar una funesta estela de decesos, desconocida para los cubanos. No es un hecho fortuito: responde a capacidades de defensa vertebradas por el Estado y, sobre todo, secundadas de manera activa por la población. La diseminación de un virus altamente contagioso es más insidiosa que el impacto de un ciclón y encarna un desafío más duradero y complejo, pero la mencionada cohesión social ha sido vital también ante esta emergencia sanitaria.

Uruguay cuenta con el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). Su puesta en marcha a partir de 2008 permitió superar la fragmentación del sistema y optimizar su financiación, así como garantizar una cobertura de atención integral prácticamente universal. Con 44 prestadores de salud de carácter público y privado, la gestión de la financiación y la conducción del SNIS las ejerce el Estado.⁴¹ Sus organismos de gobierno cuentan con participación social de trabajadores y usuarios. Tres grandes ejes sustentaron la reforma sanitaria. Dos de ellos, el cambio en el modelo de gestión y de financiación, avanzaron y se consolidaron a lo largo de la primera década del sistema; pero el tercero, transformación del modelo de atención, ha sido lento, incompleto, y aún no está consolidado.

El primer nivel de atención y el trabajo en el ámbito comunitario carecen de desarrollo adecuado en muchas de las prestadoras del Sistema. Aunque se ha avanzado en infraestructura edilicia, la organización del trabajo en este ámbito no ha sido jerarquizada por las instituciones, es insuficiente la inclusión de especialistas en medicina familiar y comunitaria, existe déficit de enfermería y profesionales de salud mental y las remuneraciones no son atractivas. Tampoco existe carrera funcional a este nivel; es decir, no está previsto que estos profesionales puedan progresar ni institucional ni materialmente. Sobrevive la impronta hospitalocéntrica que el SNIS pretendía superar.

Un hecho acontecido al inicio de la epidemia en Uruguay ilustra claramente estos problemas: la mayoría de los servicios de salud del primer nivel de atención de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) en Montevideo, Canelones y otros departamentos del país fueron cerrados en el mes de marzo y su personal redistribuido para realizar consultas presenciales o telefónicas en otros espacios. La reacción de los profesionales, particularmente la de aquellos nucleados en la Sociedad Uruguaya de Medicina Familiar y Comunitaria (SUMEFAC), con respaldo del Sindicato Médico del Uruguay (SMU) y del Movimiento de Usuarios, logró revertir la situación y restablecer a los equipos de salud al seno de su comunidad.⁴²

Por otra parte, el trabajo del primer nivel de atención no se encuentra adecuadamente jerarquizado en los protocolos para encarar la epidemia, especialmente en lo relativo a vigilancia epidemiológica y sistema de información. En este crucial rubro, el contraste con Cuba es notable.

Uruguay mantiene un mecanismo de vigilancia centralizado. Para la epidemia COVID-19 se estableció un sistema de rastreadores que se vio rápidamente superado en su capacidad –aun cuando se duplicó en número– durante el mes de noviembre, cuando la diseminación del virus comenzó a crecer en forma acelerada.⁴³

No pretendemos sacar conclusiones con base en estas realidades, pero no debemos pasar por alto la "incapacidad" (o capacidad superada) del sistema de vigilancia epidemiológica centralizada de Uruguay, ni la insuficiente asignación de protagonismo al primer nivel de atención para el monitoreo de la epidemia. Ambas carencias, ausentes en Cuba, podrían explicar parcialmente el inferior control epidémico en Uruguay.

A grandes rasgos, cabe decir que en Uruguay no se han impuesto restricciones obligatorias de circulación, aunque se han establecido medidas –muy fuertes al inicio de la epidemia, más tenues en los últimos meses- para reducir la movilidad vinculada a la actividad laboral, estudiantil o recreativa (cierre de escuelas, estímulo al teletrabajo, suspensión de espectáculos públicos, aforo reducido en ómnibus interdepartamentales, y prohibición de aglomeraciones, entre otras). El uso de mascarilla facial se estableció con obligatoriedad para algunos ámbitos, ya avanzada la epidemia en 2020.

En términos generales, las limitaciones impuestas en Cuba, han sido similares, aunque ajustadas a esquemas flexibles en dependencia de las manifestaciones espaciales de la epidemia. La medida distintiva más importante acaso reside en el ingreso hospitalario de todos los infectados (incluyendo asintomáticos) y el aislamiento tanto de los contactos de los casos diagnosticados como de sospechosos identificados por el sistema de atención primaria. Inicialmente se establecieron rigurosas limitaciones a la entrada de viajeros al país, que se relajaron hacia septiembre. Sin embargo, debido a la acusada aparición de casos importados y de los contagios producidos por ellos, tales limitaciones volvieron a establecerse a finales del año. Esta evolución refleja cuán delicado es el equilibrio entre las medidas que favorecen la recuperación económica y las que obstaculizan la difusión del patógeno.

Procede destacar la participación de la ciencia y la comunidad académica en ambos países, así como el escenario colaborativo que se estableció precozmente.

Resulta verosímil que las favorables cifras que se registran en materia de mortalidad puedan atribuirse a la alta calidad de ambos sistemas y servicios de salud, así como a los protocolos de atención aplicados. También la muy baja letalidad en ambos países, transcurridos 12 meses desde los primeros casos (0,61 % en Cuba y 1,02 % en Uruguay), abona esa hipótesis.

La generación a nivel local de la tecnología para diagnóstico de COVID-19 permitió adecuada cobertura de este aspecto clave en la pandemia, con independencia del mercado internacional. La capacidad para realizar pruebas diagnósticas se fue incrementando progresivamente a lo largo de 2020, de manera ininterrumpida en Cuba y con algunas intermitencias en Uruguay, lo cual permitió garantizar el número de pruebas necesarias de acuerdo al estado epidémico. El incremento no proporcional del número de pruebas respecto del aumento acelerado de casos de diciembre-marzo se ha traducido en un crecimiento del porcentaje de positividad ([Fig. 4](#)) e induce a preguntarse si la capacidad ha sido superada por la necesidad y si ello constituye un punto crítico para el control de la epidemia en Uruguay en esta etapa.

Un resultado derivado de este contexto colaborativo y académico en Uruguay fue la conformación en abril de 2020 del Grupo Asesor Científico Honorario (GACH), colectivo de académicos, docentes e investigadores instalado a instancias del gobierno nacional como órgano consultivo, interlocutor para la toma de decisiones y análisis de las

medidas de gestión de la pandemia. Desde abril 2020 a la fecha, el GACH continúa funcionando.

Los retrocesos constatados en los dos países exigen un examen más profundo, que desborda el alcance del presente trabajo. No haber podido realizarlo constituye una limitación del trabajo, pero identificamos zonas que deben complementar el análisis en el futuro.

Por ejemplo, en todos los países se observa una circulación comunitaria del SARS-CoV-2. Pero está pendiente un examen del grado en que se ha involucrado a la comunidad organizada, con aproximaciones operativas que contemplen los rasgos de cada localidad. La participación del ámbito comunitario del sistema de salud y de la comunidad como tal en la gestión de la epidemia ha sido diferente en Cuba y Uruguay. Resulta legítimo pensar que la alta implicación social ha desempeñado un papel favorable en la buena evolución de la epidemia en Cuba, aunque esta conjetura reclama un escrutinio más incisivo.

En ambos enclaves resulta crucial el concurso más activo de las ciencias sociales, como reclamaba una reciente declaración,⁴⁴ avalada, entre otros, por la Asociación Española de Ciencias Políticas y de la Administración (AECPA). A pesar de las dificultades, la COVID-19 nos insta en todos los países de la región sin excepción, a ir más allá de las ciencias biomédicas en nuestra respuesta, tal y como ha recomendado recientemente la OMS.⁴⁵ La crisis convoca a salubristas y epidemiólogos, pero complementados con historiadores, virólogos, clínicos, filósofos, geógrafos, teólogos y científicos de las ciencias del comportamiento, entre otros, para entender y encarar el problema.

Las acciones deben apelar a la sabiduría de líderes comunitarios y no reducirse a la exigencia, a veces quimérica, del cumplimiento de normas de conducta que ignoren las singularidades de cada localidad, ni hacer descansar la prevención exclusivamente sobre el sistema de salud. El examen del devenir de la epidemia en Latinoamérica en general, y de Uruguay y Cuba en particular, así parecen aconsejarlo.

Dos moralejas fundamentales se derivan de este estudio. La primera y más importante es que con el SARS-CoV-2 no se puede “cantar victoria” festinadamente, ya que una situación muy favorable puede revertirse de manera abrupta. La segunda es que los análisis comparativos más fructuosos entre países o regiones exigen que se contemplen los entornos sociodemográficos y políticos (especialmente los tamaños poblacionales) en cuyo seno se desenvuelve la epidemia, así como precaverse de los sesgos informativos que pueden inducir los medios de prensa.

Diversos asuntos reclaman hoy y merecerán atención futura en cualquier territorio de nuestra región, incluyendo, desde luego, tanto a Cuba como a Uruguay. En el presente trabajo se ha ofrecido un modesto aporte en esta dirección, pero la pandemia ha abierto numerosas avenidas para el estudio en la actualidad y en épocas venideras.⁴⁶ Algunos ejemplos son: el impacto que ha tenido el desprecio por la ciencia a cargo de algunos estadistas que contradicen y socavaban con regularidad a los expertos que encabezan la respuesta a la COVID-19 en sus países, el grado en que la desigualdad ha catalizado la tragedia e, inversamente, el impacto que esta ha tenido en la profundización de las inequidades, tanto en materia racial y de género como entre clases sociales.

Finalmente se concluye que cualquier caracterización de la situación está condenada a ser efímera por la naturaleza mutante de la epidemia; no obstante, el análisis permite identificar que los favorables rasgos sociodemográficos de ambas naciones, así como los de sus sistemas de salud aportan posibles explicaciones para los resultados obtenidos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud Pública (Cuba). Nueva versión del protocolo de actuación nacional para la COVID-19. La Habana: Minsap; 2020 [acceso 28/02/2021]. Disponible en: <http://www.sld.cu/anuncio/2020/08/13/ministerio-de-salud-publica-nueva-version-del-protocolo-de-actuacion-nacional-par>
2. World Health Organization. COVID-19 clinical management: living guidance. Geneva: WHO; 2021 [acceso 01/03/2021]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/who-2019-ncov-clinical-2021-1>
3. Aleman A, Pintos J, Ponzo J, Salgado M, Botti H; Grupo Uruguayo interdisciplinario de Análisis de Datos de COVID-19 (Guiad-COVID-19). Nota 4: evidencia del impacto sobre la evolución de la epidemia de algunas medidas de control. Reportes Téc; 2020 [acceso 28/02/2021]. Disponible en: https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/26768/1/Nota_4_Impacto_Medidas_Control_GUIAD-Covid19.pdf
4. Spinney I. El jinete pálido. 1918: la epidemia que cambió el mundo. Barcelona: Crítica; 2018 [acceso 28/02/2021]. Disponible en: https://static0planetadelibroscommx.cdnstatics.com/libros_contenido_extra/38/37150_El_jinete_palido.pdf
5. Douglas Island News. Do's and dont's for influenza prevention. Impresa. Alaska: Douglas city; 1918 [acceso 28/02/2021]; 52. Disponible en: <https://www.newspapers.com/clip/47051883/douglas-island-news/> ,
6. Loewy MA. COVID-19: todavía estamos lejos de que la pandemia se vuelva endemia. Medscape Noticias Médicas. 13 de noviembre de 2020 [acceso 28/02/2021]. Disponible en: <http://www.espanol.medscape.com/verarticulo/5906179>
7. Ellyatt H. Coronavirus likely to become as "endemic" as the flu and a vaccine might not be able to stop it, top uk scientist says. EE. UU.: CNBC. 20 Octubre 2020 [acceso 28/02/2021]. Disponible en: <https://www.cnbc.com/2020/10/20/COVID-19-likely-to-become-as-endemic-as-flu.html>
8. Endcoronavirus. A multi-disciplinary effort to eliminate COVID-19. New England Complex Systems Institute: [Endcoronavirus.org](https://www.endcoronavirus.org/); 2020 [acceso 01/03/2021]. Disponible en: <https://www.endcoronavirus.org/>
9. Johns Hopkins Coronavirus Resource Center. Baltimore, Maryland: University Johns Hopkins; 2020 [acceso 01/03/2021]. Disponible en: <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>

10. Global Epidemics. Pandemics explained unlocking evidence for better decision making. [acceso 01/03/2021]. Disponible en: <https://www.globalepidemics.org/>
11. World Health Organization. Coronavirus disease situation dashboard. Who coronavirus disease (COVID-19) dashboard. Geneva: WHO; 2020 [acceso 19/10/2020];352. Disponible en: <https://www.newspapers.com/clip/47051883/douglas-island-news/>
12. Ramonet I. La pandemia y el sistema-mundo. Le Monde Diplomatique en español. 2020 [acceso 28/02/2021]. Disponible en: <https://mondiplo.com/la-pandemia-y-el-sistema-mundo>
13. Muñoz R. COVID-19 en América Latina: ¿qué revelan las cifras? ¿y qué no? Deutsche Welle. 2020 [acceso 28/02/2021]. Disponible en: <https://www.dw.com/es/COVID-19-en-am%c3%a9rica-latina-qu%c3%a9-revelan-las-cifras-y-qu%c3%a9-no/a-54257083>
14. CNN en español. Nuevas cifras oficiales de COVID-19 en Nicaragua distan de reporte del Observatorio Ciudadano sobre coronavirus. Nicaragua: Ministerio del Poder Ciudadano para la Salud; 2020 [acceso 28/02/2021]. Disponible en: <https://wtop.com/news/2020/06/nuevas-cifras-oficiales-de-covid-19-en-nicaragua-distan-de-reporte-del-observatorio-ciudadano-sobre-coronavirus/>
15. Hurtado J. Nicaragua y el Covid-19: entre la falta de información y un gobierno que anima a aglomerarse. América latina: Representación de France 24; 14 septiembre 2020 [acceso 28/02/2021]. Disponible en: <https://www.france24.com/es/20200914-nicaragua-seis-meses-pandemia-covid-19-falta-informacion>
16. Porzecansky R. Éxitos y fracasos en la gestión regional de la pandemia. Uruguay: El País. Digital. 29 de junio de 2020 [acceso 28/02/2021]; disponible en: 29 de junio de 2020 [acceso 28/02/2021]; disponible en: <https://www.elpais.com.uy/economia-y-mercado/exitos-fracasos-gestion-regional-pandemia.html>
17. Arévalo K. Alto subregistro y tendencia atípica en datos de COVID-19 en los primeros seis meses de la pandemia en el salvador. Noticias de El Salvador: elsalvador.com. Digital. 26 de septiembre de 2020 [acceso 28/02/2021]. Disponible en: <https://www.elsalvador.com/noticias/nacional/subregistro-cifras-atipicas-de-COVID-19-en-seis-meses-pandemia/757537/2020/>
18. Avelar L. Ministerio de salud ordenó ocultar información sobre pruebas COVID-19. Revista Factum digital. 8 de octubre de 2020 [acceso 28/02/2021]. Disponible en: <https://www.revistafactum.com/minsal-oculta-info-covid/>
19. Harvard Global Health Institute and Edmond J. Safra Center for Ethics. Key metrics for Covid suppression, a framework for policy makers and the public. EE. UU.: Harvard Global Health Institute; 2020 [acceso 27/12/2020]. Disponible en: https://globalepidemics.org/wp-content/uploads/2020/09/key_metrics_and_indicators_v5-1.pdf

20. Organización Mundial de la Salud. Criterios de salud pública para ajustar las medidas de salud pública y sociales en el contexto de la covid-19. Anexo de: consideraciones para aplicar y ajustar medidas de salud pública y sociales en el contexto de la Covid-19. Geneva: WHO; 2020 [acceso 28/12/2020]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/336990/who-2019-ncov-adjusting_ph_measures-2020.2-spa.pdf
21. Sistema Nacional de Emergencias. Información actualizada sobre coronavirus COVID-19 en Uruguay. Uruguay: Presidencia del Gobierno; 7 marzo de 2021 [acceso 28/02/2021]. Disponible en: <https://www.presidencia.gub.uy//comunicacion/comunicacionnoticias/reporte-covid-7-marzo>
22. Grupo Uruguayo interdisciplinario de Análisis de Datos de COVID-19 (Guiad-COVID-19). Uruguay: Grupo; 2020 [acceso 11/01/2021]. Disponible en: <https://guiad-covid.github.io/>
23. Ministerio de Salud Pública. Coronavirus en Cuba. La Habana: Ministerio de Salud Pública de Cuba; 2021 [acceso 02/03/2021]. Disponible en: <https://salud.msp.gov.cu/parte-de-cierre-del-dia-1-de-marzo-a-las-12-de-la-noche/>
24. Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe sobre desarrollo humano 2020. Panorama general. La próxima frontera el desarrollo humano y el antropoceno. Nueva York: PNUD; 2020 [acceso 02/03/2021]. Disponible en: http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_2020_overview_spanish.pdf
25. Monreal P. Desigualdad global: ¿dónde se ubica cuba? [blog de Pedro Monreal sobre Cuba]. Cuba: el estado como tal.com. 29 de abril de 2017 [acceso 28/02/2021]. disponible en: <https://elestadocomotal.com/2017/04/29/desigualdad-global-como-se-ubica-cuba/>
26. Pearce N, Vandenbroucke JP, Vanderweele TJ, Greenland S. Accurate statistics on COVID-19 are essential for policy guidance and decisions. Am J Public Health. 2020 [acceso 28/02/2021];110(7):949-51. Disponible en: <https://ajph.aphapublications.org/doi/full/10.2105/ajph.2020.305708>
27. Dowdy D, D'Souza G. COVID-19 testing: understanding the "percent positive". Questions and answers. Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. Baltimore, EE. UU: Universidad Johns Hopkins; 2020 [acceso 01/03/2021]. Disponible en: <https://www.jhsph.edu/COVID-19/articles/COVID-19-testing-understanding-the-percent-positive.html>
28. Ministerio de Relaciones Exteriores de Cuba. Redacción Digital. La Habana: Minrex; 2020. Cuba recibirá y brindará atención a viajeros con coronavirus del crucero británico MS Braemar. Granma.cu. Digital. 16 de marzo de 2020 [acceso 28/02/2021]. Disponible en: <http://www.granma.cu/Cuba-COVID-19/2020-03-16/minrex-Cuba-recibira-y-brindara-a-atencion-a-viajeros-con-coronavirus-del-crucero-britanico-ms-braemar>
29. BBC News Mundo. Redacción. La emocionante evacuación del crucero australiano con COVID-19 en Uruguay. Uruguay: Representación BBC News Mundo. Digital. 27 de

abril de 2020 [acceso 28/02/2021]. Disponible en: [Disponible en: https://www.bbc.com/mundo/noticias-52426722](https://www.bbc.com/mundo/noticias-52426722)

30. Oppenheimer A. Los 3 países de la región que le están ganando al COVID-19. Miami: El Nuevo Herald. Digital. 27 de mayo de 2020 [acceso 28/02/2021]. Disponible en: [Disponible en: https://www.elnuevoherald.com/opinion-es/opin-col-blogs/andres-oppenheimer-es/article243023531.html](https://www.elnuevoherald.com/opinion-es/opin-col-blogs/andres-oppenheimer-es/article243023531.html)

31. Montaner CA. Opinión. Coronavirus: Uruguay, el oasis de la pandemia en América del Sur. Uruguay: Representación CNN en español; 2020 [acceso 28/02/2021]. Disponible en: [Disponible en: https://cnnespanol.cnn.com/2020/05/22/opinion-coronavirus-Uruguay-el-oasis-de-la-pandemia-en-america-del-sur/](https://cnnespanol.cnn.com/2020/05/22/opinion-coronavirus-Uruguay-el-oasis-de-la-pandemia-en-america-del-sur/)

32. Berniel L, de la Mata D, Cabral G. Demografía y pandemia: qué revelan las muertes por COVID-19 en América Latina [blog]. Caf. Banco de Desarrollo de América Latina; 2020 [acceso 28/02/2021]. Disponible en: [Disponible en: https://www.caf.com/es/conocimiento/visiones/2020/10/demografia-y-pandemia/](https://www.caf.com/es/conocimiento/visiones/2020/10/demografia-y-pandemia/)

33. Leng A, Lemahieu H, Smith B. What impact has geography, political systems, population size, and economic development had on COVID-19 outcomes around the world? Covid Performance Index. Sydney: Lowy Institute; 2021.[acceso 28/02/2021]. Disponible en: [Disponible en: https://interactives.lowyinstitute.org/features/covid-performance/](https://interactives.lowyinstitute.org/features/covid-performance/)

34. El País. Instituto lowy: lista global sobre el manejo de la pandemia; ¿en qué lugar quedó Uruguay? Uruguay: El País. Digital; 28 de enero de 2021. <https://www.elpais.com.uy/informacion/salud/instituto-lowy-lista-global-manejo-pandemia-lugar-quedo-uruguay.html>

35. Instituto Lowy de Sydney. Índice lowy de gestión de pandemia: Uruguay 12o entre 99 países y es mejor de América. Uruguay: Montevideo Portal; 2021 [acceso 28/02/2021]. Disponible en: [Disponible en: https://www.montevideo.com.uy/noticias/indice-lowy-de-gestion-de-pandemia-Uruguay-12-entre-99-paises-y-es-mejor-de-america-uc776706](https://www.montevideo.com.uy/noticias/indice-lowy-de-gestion-de-pandemia-Uruguay-12-entre-99-paises-y-es-mejor-de-america-uc776706)

36. Silva LC. Cuba y las enseñanzas que dejan seis meses de enfrentamiento a la COVID-19. Escenarios pos-pandemia: reflexionando sobre casos del sur global y otros territorios. Florianópolis: Editora Cultura Académica; 2020.

37. Pérez L. Ampliación y reorganización de los servicios de salud y recursos humanos durante la pandemia. Andar la Salud. Boletín OPS en Cuba. 2020;24(2):17-9.

38. Del Pino T. Intervienen autoridades de la salud pública cubana en sesiones informativas de OPS y OMS. Andar la Salud. Bol OPS en Cuba. 2020;24(2):5-8.

39. Organización Panamericana de la Salud En Cuba. Gestión asistencial y de ciencia. Andar la Salud. Bol OPS en Cuba. 2020;24(2):8-9.

40. Porter D. Health, civilization, and the state: a history of public health from ancient to modern times. London, New York: Routledge; 1999.

41. Sistema Nacional Integrado de Salud. Normativa referente a su creación, funcionamiento y financiación. Ley 18.211. Uruguay: Gobierno de Uruguay. 2007 [acceso 18/08/2016]. Disponible en: <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp5504426.htm>
42. La Diaria. Médicos de familia y comunitarios solicitan la reapertura de 48 policlínicas de ASSE en el área metropolitana. Uruguay: La Diaria. Digital. 16 de abril de 2020 [acceso 02/03/2021]. Disponible en: <https://ladiaria.com.uy/politica/articulo/2020/4/medicos-de-familia-y-comunitarios-solicitan-la-reapertura-de-48-policlinicas-de-asse-en-el-area-metropolitana/>
43. Radio Sarandí 690 AM. Rafael Radi: si llegamos a la zona de 100 casos por día se empieza a complicar el partido. Montevideo: Informativo Sarandí; 2020 [acceso 28/02/2021]. Disponible en: <https://www.sarandi690.com.uy/2020/11/06/rafael-radi-si-llegamos-a-la-zona-de-100-casos-por-dia-se-empieza-a-complicar-el-partido/>
44. Asociación Española de Ciencias Políticas y de la Administración, Asociación de Antropología del Estado Español, Asociación Española de Geografía, Asociación Española de Investigación de la Comunicación, Federación Española de Sociología, Sociedad Española de Pedagogía. Las ciencias sociales y la gestión e investigación de la COVID-19. Comunicado ciencias sociales. COVID-19. España: Instituciones; 2020.
45. Kluge HHP. Statement rising COVID-19 fatigue and a pan-regional response. Geneva: WHO, Regional Office for Europe; 2020 [acceso 28/02/2021]. Disponible en: <https://www.euro.who.int/en/media-centre/sections/statements/2020/statement-rising-COVID-19-fatigue-and-a-pan-regional-response>
46. Freedland J. The magnifying glass: how COVID revealed the truth about our world. Londres: Representación del The Guardian. 2020 [acceso 28/02/2021]. Disponible en: <http://www.theguardian.com/world/2020/dec/11/covid-upturned-planet-freedland> Recibido: 16 de Febrero de 2021; Aprobado: 19 de Marzo de 2021

*Autor para la correspondencia: lcsilvaa@yahoo.com

Los autores declaran no tener conflicto de interés alguno.

Luis Carlos Silva Ayçaguer: conceptualización; manejo de datos; análisis formal; creación de la metodología; redacción del borrador original; redacción final *Jacqueline Ponzo Gómez*: conceptualización; revisión de datos; análisis teórico; aportes a la metodología; tratamiento de la bibliografía; revisión del borrador original y del resultado final.