



**INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE
ECONOMIA, SOCIEDADE E POLÍTICA
(ILAESP)**

**ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA E
POLÍTICAS PÚBLICAS**

CUANDO LA CRISIS DESBORDA
LA GESTIÓN DE LA COVID-19 EN PARAGUAY

ALDO ISAAC FERNÁNDEZ FRANCO

Foz do Iguaçu

2022



**INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE
ECONOMIA, SOCIEDADE E POLÍTICA
(ILAESP)**

**ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA E
POLÍTICAS PÚBLICAS**

CUANDO LA CRISIS DESBORDA
LA GESTIÓN DE LA COVID-19 EN PARAGUAY

ALDO ISAAC FERNÁNDEZ FRANCO

Trabajo de Conclusión de Curso presentado al Instituto Latino-Americano de Economía, Sociedad y Política de la Universidad Federal de la Integración Latino-Americana, como requisito parcial a la obtención del título de Bacharel en Administración Pública y Políticas Públicas.

Orientador: Prof. Dr. Juan Agulló Fernández.

Foz do Iguaçu

2022

ALDO ISAAC FERNÁNDEZ FRANCO

CUANDO LA CRISIS DESBORDA
LA GESTIÓN DE LA COVID-19 EN PARAGUAY

Trabajo de Conclusión de Curso presentado al Instituto Latino-Americano de Economía, Sociedad y Política de la Universidad Federal de la Integración Latino-Americana, como requisito parcial a la obtención del título de Bacharel en Administración Pública y Políticas Públicas.

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Prof. Dr. Juan Agulló Fernández
UNILA

Prof. Dr. Amilton José Moretto
UNILA

Prof. Dr. Marcelo Setaro
UDELAR

Foz do Iguaçu, 24 de agosto de 2022.

TERMO DE SUBMISSÃO DE TRABALHOS ACADÊMICOS

Nome completo do autor/a: _____

Curso: _____

Documento de identificação (RG, CPF, Passaporte, etc.): _____

E – mail: _____ Fone: _____

Tipo de Documento

(.....) graduação

(.....) artigo

(.....) especialização

(.....) trabalho de conclusão de curso

(.....) mestrado

(.....) monografia

(.....) doutorado

(.....) dissertação

(.....) tese

(.....) CD/DVD – obras audiovisuais

(.....) _____

Título do trabalho acadêmico: _____

Nome do orientador: _____ Data da Defesa: ____/____/____

Licença não-exclusiva de Distribuição

O referido autor:

a) Declara que o documento entregue é seu trabalho original, e que o detém o direito de conceder os direitos contidos nesta licença. Declara também que a entrega do documento não infringe, tanto quanto lhe é possível saber, os direitos de qualquer outra pessoa ou entidade.

b) Se o documento entregue contém material do qual não detém os direitos de autor, declara que obteve autorização do detentor dos direitos de autor para conceder à UNILA – Universidade Federal da Integração Latino-Americana os direitos requeridos por esta licença, e que esse material cujos direitos são de terceiros está claramente identificado e reconhecido no texto ou conteúdo do documento entregue.

Se o documento entregue é baseado em trabalho financiado ou apoiado por outra instituição que não a Universidade Federal da Integração Latino-Americana, declara que cumpriu quaisquer obrigações exigidas pelo respectivo contrato ou acordo.

Na qualidade de titular dos direitos do conteúdo supracitado, o autor autoriza a Biblioteca Latino-Americana – BIUNILA a disponibilizar a obra, gratuitamente e de acordo com a licença pública *Creative Commons Licença 3.0 Unported*.

Foz do Iguaçu, ____ de _____ de _____.

Assinatura do Responsável pela doação

Recebido por: _____ em: ____/____/____

Dedicado a mis padres, por siempre incentivar mi formación profesional y por inculcarme valores que me han hecho crecer como persona.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco en primer lugar a toda mi familia, y aún más a mis padres Vilma y Faustino, este objetivo cumplido es gracias a ustedes, pues siempre estuvieron ahí para aconsejarme y apoyar cada uno de mis planes, definitivamente son ejemplos a seguir.

A mis hermanos, por ayudarme en este largo camino con cada una de las cosas que me proponía hacer, especialmente a mi hermano Sebastián por ayudarme con mis trabajos académicos y escuchar todas mis ideas, pero por sobre todo a mi hermano mayor Fidel y su esposa Noelia que fueron como mis segundos padres, y a toda su familia, espero alguna vez poder retribuirles todos los favores, y muchas gracias por hacerme parte de sus vidas.

A mi orientador Juan Agulló Fernández, por guiarme en todo el proceso, teniendo mucha paciencia y dándome los mejores consejos para poder elaborar un trabajo de calidad, muchas gracias por su esfuerzo brindado y por hacer parte de esta gran etapa en mi vida académica.

A los integrantes de la banca, Prof. Amilton y Prof. Marcelo, por ser excelentes profesionales que han brindado su tiempo en formar parte del desarrollo y conclusión de este tramo tan importante para mí.

A los profesionales y expertos que colaboraron en mi investigación, por su tiempo dedicado en compartir conmigo sus conocimientos y observaciones para poder ejecutar mi pesquisa.

A mi segunda familia, mis hermanos Hugo y Oscar, por esos días de desvelo en que me ayudaron a plasmar de una mejor manera las ideas de esta investigación. A los hermanos que me dio la vida, Martín, Carlos, José, Osva, por estar siempre presentes, nos esperan grandes cosas.

A mis compañeros de curso, Camilo, Fabiana y Ramón, hicieron más amenas las horas en la universidad. A Bianca y Eli por aclarar cada una de mis dudas sobre la pesquisa y ser excelentes compañeras de estudio. Y a Melanys (rubia) gracias por ser una colega y amiga incondicional. Les deseo todo el éxito del mundo.

En fin, agradezco a todas las personas que conocí en algún momento, por ser parte de la historia de mi extraordinaria y ordinaria vida, “*gracias... totales*”.

*EL "NO" YA LO TIENES ASEGURADO, CON O SIN INTENTARLO,
ENTONCES, TIENES MUCHO QUE GANAR SI LO INTENTAS.*

JAVIER HERNÁNDEZ

FERNÁNDEZ F., Aldo Isaac. **Cuando la Crisis Desborda:** la gestión de la Covid-19 en Paraguay. 2022. 161 páginas. Trabajo de Conclusión de Curso (Graduación en Administración Pública y Políticas Públicas) – Universidad Federal de la Integración Latino-Americana, Foz de Iguazú, 2022.

RESUMEN

La pandemia ha representado un verdadero desafío para los diferentes gobiernos a nivel mundial, puesto que ha sido una situación para la que ningún país se encontraba preparado. Los Estados fueron adoptando diversas posiciones e implementando un sinnúmero de medidas durante la emergencia sanitaria, con la finalidad de contrarrestar la propagación del virus y disminuir las consecuencias ocasionadas por la Covid-19. En este sentido, una buena gestión del Gobierno es de vital importancia en estos tiempos de crisis a causa del coronavirus. Paraguay fue considerado como un caso de éxito en los primeros meses de la pandemia, siendo que presentaba bajas tasas de morbilidad y mortalidad por COVID. Sin embargo, al cumplirse un año del primer caso positivo registrado en el país la situación se agravó, llevando a la saturación del sistema sanitario por los elevados picos de contagio. En este aspecto, las campañas de vacunación han constituido una de las principales maneras de frenar la transmisión del virus y disminuir las consecuencias tanto sanitarias como socioeconómicas en este contexto de emergencia. De este modo, el objetivo de esta investigación consiste en analizar cuáles son los elementos que han podido incidir en la ineficiente gestión de la COVID-19 en Paraguay. Para ello fue realizado una pesquisa bibliográfica, tomando a Uruguay como modelo de contraste, ya que el mismo fue considerado un caso de suceso en la gestión de la Covid-19, con la finalidad de comprender de una mejor forma el caso paraguayo. De esta manera, se realizó una pesquisa sobre el sistema sanitario del Paraguay, las principales medidas adoptadas durante la pandemia y los principales factores que pudieron influir en la gestión de la misma, siendo la campaña de vacunación uno de los ejes principales y equiparándolo con el Estado uruguayo.

Palabras Claves: Covid-19. Gestión del Gobierno. Campaña de Vacunación. Paraguay. Uruguay.

FERNÁNDEZ F., Aldo Isaac. **When the Crisis Overflows:** the management of Covid-19 in Paraguay. 2022. 161 pages. Final Course Paper (Graduation in Public Administration and Public Policy) – Federal University of Latin American Integration, Foz do Iguacu, 2022.

ABSTRACT

The pandemic has represented a real challenge for the different governments worldwide, since it has been a situation for which no country was prepared. The States were adopting various positions and implementing endless measures during the health emergency, in order to counteract the spread of the virus and reduce the consequences caused by Covid-19. In this sense, good government management is of vital importance in these times of crisis due to the coronavirus. Paraguay was considered a success story in the first months of the pandemic, as it had low rates of morbidity and mortality from COVID. However, one year after the first positive case registered in the country, the situation worsened, leading to the saturation of the health system due to the high peaks of contagion. In this regard, vaccination campaigns have been one of the main ways to stop the transmission of the virus and reduce both the health and socioeconomic consequences in this emergency context. Thus, the objective of this research is to analyze what are the elements that have been able to influence the inefficient management of COVID-19 in Paraguay. For this, bibliographical research was carried out, taking Uruguay as a contrast model, since it was considered a success case in the management of Covid-19, in order to better understand the Paraguayan case. In this way, research was carried out on the Paraguayan health system, the main measures adopted during the pandemic and the main factors that could influence its management, with the vaccination campaign being one of the main axes and equating it with the Uruguayan state.

Keywords: Covid-19. Government management. Vaccination Campaign. Paraguay. Uruguay.

FERNÁNDEZ F., Aldo Isaac. **Quando a Crise Desborda:** a gestão da Covid-19 no Paraguai. 2022. 161 páginas. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Administração Pública e Políticas Públicas) – Universidade Federal da Integração Latino-Americana, Foz do Iguaçu, 2022.

RESUMO

A pandemia representou um verdadeiro desafio para os diferentes governos em todo o mundo, pois era uma situação para a qual nenhum país estava preparado. Os Estados foram adotando várias posições e implementando medidas intermináveis durante a emergência sanitária, a fim de contrariar a propagação do vírus e reduzir as consequências causadas pela Covid-19. Nesse sentido, uma boa gestão governamental é de vital importância nestes tempos de crise devido ao coronavírus. O Paraguai foi considerado um caso de sucesso nos primeiros meses da pandemia, pois apresentava baixas taxas de morbidade e mortalidade por COVID. No entanto, um ano após o primeiro caso positivo registado no país, a situação agravou-se, levando à saturação do sistema de saúde devido aos elevados picos de contágio. Neste sentido, as campanhas de vacinação têm sido uma das principais formas de travar a transmissão do vírus e reduzir as consequências sanitárias e socioeconómicas neste contexto de emergência. Assim, o objetivo desta pesquisa é analisar quais são os elementos que foram capazes de influenciar a gestão ineficiente da COVID-19 no Paraguai. Para isso, foi realizada uma pesquisa bibliográfica, tomando o Uruguai como modelo de contraste, uma vez que foi considerado um caso de sucesso na gestão da Covid-19, a fim de compreender melhor o caso paraguaio. Dessa forma, foi realizada uma pesquisa sobre o sistema de saúde paraguaio, as principais medidas adotadas durante a pandemia e os principais fatores que podem influenciar sua gestão, sendo a campanha de vacinação um dos principais eixos e equiparando-a ao estado uruguaio.

Palavras-chave: Covid-19. Gestão do Governo. Campanha de Vacinação. Paraguai. Uruguai.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Fases de la aplicación de la Teoría Fundamentada	29
Figura 2 – Total de casos confirmados de COVID-19 en Paraguay (marzo a diciembre del 2020)	31
Figura 3 – Casos confirmados de Covid-19 en Paraguay (marzo de 2020 a diciembre de 2021)	31
Figura 4 – Subsectores del sistema de Salud (RIISS. Paraguay – 2019)	33
Figura 5 – Financiamiento de los subsectores de Salud	35
Figura 6 – Clasificación de los Establecimientos de Sanitarios – Paraguay	36
Figura 7 – Inversión en Salud Percápita (en USD) y Porcentaje de Gasto de Bolsillo.....	38
Figura 8 – Gasto real en salud pública y tasas de crecimiento anual – Paraguay	39
Figura 9 – Crecimiento de la Cantidad de Camas disponibles	44
Figura 10 – Resumen de las Fases de la Cuarentena Inteligente	48
Figura 11 – Esfuerzo fiscal de las medidas anunciadas para enfrentar la pandemia de COVID-19, en porcentaje del PIB (América Latina, 17 países)	51
Figura 12 – Dosis por cada 100 habitantes al 07 de mayo de 2021	54
Figura 13 – Cantidad de dosis recibidas por el Mecanismo COVAX en América Latina (hasta junio de 2021)	56
Figura 14 – Dosis administradas por cada 100 personas en América Latina (hasta abril de 2022)	58
Figura 15 – Porcentaje de la Población Vacunada contra la Covid-19 en América Latina (hasta abril de 2022)	59
Figura 16 – Etapas y Grupos prioritarios de la Vacunación contra la Covid-19 – Paraguay	63
Figura 17 – Porcentaje de población con mayor riesgo de COVID-19 grave debido a condiciones subyacentes, por grupos de edad y sexo. Paraguay	64
Figura 18 – Línea de Tiempo de la vacunación contra la COVID en Paraguay	65
Figura 19 – Área de acción de la CNV y las CRV – Paraguay	67
Figura 20 – Casos Confirmados de Covid-19. Uruguay 2020 (al 30/11/2020)	89
Figura 21 – Casos diarios de Coronavirus en Uruguay	90
Figura 22 – Nuevos casos confirmados de Covid-19 (Uruguay)	91
Figura 23 – Total de Casos acumulados confirmados de Covid-19 en Paraguay y Uruguay.....	91
Figura 24 – Total de muertes acumuladas confirmadas por Covid-19	

en Paraguay y Uruguay	92
Figura 25 – Composición del Sistema Nacional Integrado de Salud – Uruguay	94
Figura 26 – Conformación del Seguro Nacional de Salud en Uruguay	95
Figura 27 – Funciones de Rectoría (MSP) y nuevas herramientas institucionales (JUNASA)	96
Figura 28 – Diagrama del Sistema de Salud – Uruguay	97
Figura 29 – Razón de camas Hospitalarias por cada 1.000 habitantes	100
Figura 30 – Disponibilidad de camas UCI por cada 100.000 habitantes	100
Figura 31 – Densidad de Médicos y Enfermeras en países de Sudamérica	101
Figura 32 – Gasto en Salud Per Cápita (en USD) de América Latina	102
Figura 33 – Porcentaje de Gasto Público y Privado en salud del PBI en los países de América Latina	103
Figura 34 – Gasto Total en Salud (GTS) y GTS Per Cápita en millones de pesos constantes de 2019 – Uruguay	104
Figura 35 – Porcentaje de la población en situación de pobreza - 2019 y 2020	112
Figura 36 – Escala (montos nominales en pesos uruguayos) del Impuesto Emergencia Sanitaria Covid-19	114
Figura 37 – Porcentaje de Vacunados por Franja Etaria- Uruguay 2022	125

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribución de los Fondos Covid-19 por el MSPBS	43
Gráfico 2 – Porcentaje del Inventario de la Red de Frío 2020 – Paraguay	61
Gráfico 3 – Dosis Donadas a Paraguay	80
Gráfico 4 – Cantidad de dosis recibidas por laboratorio – Paraguay	80
Gráfico 5 – Total de dosis adquiridas por Uruguay	120

LISTA DE CUADROS

Cuadro 1 – Miembros del panel expertos seleccionados	27
Cuadro 2 – Grupos prioritarios en conformidad a la disponibilidad de dosis	62-63
Cuadro 3 – Prestamos realizados por el Gobierno Uruguayo	109-110

LISTA DE ABREVIATURAS Y SIGLAS

ACEPAR	Aceros del Paraguay S.A
ALUR	Alcoholes del Uruguay S.A
ANDE	Administración Nacional de Electricidad
ANII	Agencia Nacional de Investigación e Innovación
ANR	Asociación Nacional Republicana
APS	Atención Primaria de Salud
ASSE	Administración de los Servicios de Salud del Estado
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
BM	Banco Mundial
BPS	Banco de Previsión Social
BROU	Banco República Oriental del Uruguay
BSE	Banco de Seguros del Estado
CAES	Centros de Atención de Especialidades
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CESC	Comisión Especial de Supervisión de Compras Covid-19
CM	Camas de Cuidados Moderados
CNAV	Comisión Nacional Asesora de Vacunaciones
CND	Corporación Nacional para el Desarrollo
CNS	Cuentas Nacionales en Salud
CNV / PAI	Centro Nacional de Vacunas
COPACO	Compañía Paraguaya de Comunicaciones S.A
CRV	Centros Regionales de Vacunas
DGVS	Dirección General de Vigilancia en Salud
DINAVISA	Dirección Nacional de Vigilancia Sanitaria
DNCP	Dirección Nacional de Contrataciones Públicas
DUCSA	Distribuidora Uruguaya de Combustibles S.A
ELEPEM	Establecimientos de Larga Estadía para Personas Mayores
EN	Endeudamiento Neto
EPHC	Encuesta Permanente de Hogares Continua
ESSAP	Empresa de Servicios Sanitarios del Paraguay S.A

FNR	Fondo Nacional de Recursos
FONASA	Fondo Nacional de Salud
GACH	Grupo Asesor Científico Honorario
GAVI	THE VACCINE ALLIANCE
IAMC	Instituciones de Asistencia Médica Colectiva
IASS	Impuesto a la Asistencia de la Seguridad Social
ICUDU	Cuesta Duarte Instituto de Investigación y Formación del PIT-CNT
IICS	Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud
IMAE	Institutos de Medicina Altamente Especializada
INAU	Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay
INERAM	Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y del Ambiente
IPS	Instituto de Previsión Social
JUNASA	Junta Nacional de Salud
LATU	Laboratorio Tecnológico del Uruguay
LCSP	Laboratorio Central de Salud Pública
MEC	Ministerio de Educación y Ciencia
MEF	Ministerio de Economía y Finanzas
MIDES	Ministerio de Desarrollo Social
MIPYMES	Micro, Pequeñas y Medianas Empresas
MIRA	Motor Integral de Riesgos y Afectaciones
MOPC	Ministerio de Obras Públicas y Comunicaciones
MSP	Ministerio de Salud Pública (Uruguay)
MSPBS	Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (Paraguay)
MTSS	Ministerio de Trabajo y Seguridad Social
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAI	Programa Ampliado de Inmunizaciones
PIB	Producto Interno Bruto
PNA	Primer Nivel de Atención
PNV	Programa Nacional de Vacunaciones

PRP	Presidencia de la República del Paraguay
RIISS	Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud
RRHH	Recursos Humanos
RS	Región Sanitaria
RUCAF	Registro Único de Cobertura de Asistencia Formal
SEN	Secretaría de Emergencia Nacional
SENACSA	Servicio Nacional de Calidad y Salud Animal
SII	Serum Institute of India
SINAE	Sistema Nacional de Emergencias
SNIS	Sistema Nacional Integrado de Salud
SNS	Seguro Nacional de Salud
SS	Superintendencia de Salud
TUS	Tarjeta Uruguay Social
UCI	Unidades de Cuidados Intensivos
UDELAR	Universidad de la República
UNA	Universidad Nacional de Asunción
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
USF	Unidades de Salud Familiar
UTI	Unidades de Terapia Intensiva

SUMARIO

1 INTRODUCCIÓN.....	17
1.1 MARCO TEÓRICO.....	22
1.2 METODOLOGÍA.....	24
1.3 TEORÍA FUNDAMENTADA (GROUND THEORY).....	26
2 LA GESTIÓN DE LA COVID-19 EN PARAGUAY	30
2.1 EL SISTEMA DE SALUD PARAGUAYO ANTES DE LA COVID-19.....	32
2.2 RECURSOS E INFRAESTRUCTURA DISPONIBLE (PRE-PANDEMIA).....	36
2.3 EJECUCIÓN DEL PLAN DE CONTINGENCIA CONTRA LA COVID-19.....	39
2.3.1 La Declaración del “Estado de Emergencia - Ley N.º 6.524”.....	42
2.3.2 Plan de Levantamiento Gradual del Aislamiento Preventivo General “Cuarentena Inteligente”.....	47
2.3.3 Otras Disposiciones Tomadas.....	49
3 LA GESTIÓN DE LA VACUNACIÓN EN PARAGUAY	52
3.1 DEPENDENCIAS ESTATALES ENCARGADAS DE LA VACUNACIÓN Y LEYES QUE LAS AMPARAN.....	59
3.2 CAPACIDAD DE ALMACENAMIENTO DE VACUNAS ANTERIOR A LA LLEGADA DE LA COVID.....	60
3.3 PLAN NACIONAL DE VACUNACIÓN CONTRA LA COVID-19.....	61
3.4 RECURSOS DESTINADOS A LA CAMPAÑA DE VACUNACIÓN.....	68
3.5 DEFICIENCIAS Y VIRTUDES DE LA CAMPAÑA DE VACUNACIÓN.....	70
3.5.1 Gestión Interna.....	73
3.5.1.1 <i>El Bajo Desembolso de Dinero por las Dosis</i>	73
3.5.1.2 <i>Los Errores Administrativos y su Relación con la Corrupción</i>	76
3.5.2 Gestión Externa.....	78
3.5.2.1 <i>Las Donaciones de Vacunas</i>	78
3.5.2.2 <i>Los Conflictos Geopolíticos</i>	81
4 LA GOBERNABILIDAD Y LA CRISIS POLÍTICA EN PANDEMIA.....	84
5 ANÁLISIS COMPARADO: LA GESTIÓN DE LA COVID-19 Y DE LA VACUNACIÓN EN URUGUAY	88
5.1 EL SISTEMA DE SALUD URUGUAYO ANTES DE LA COVID-19.....	92
5.2 INSTRUMENTOS DE ACCIÓN DEL SNIS (PRE-COVID).....	98
5.3 EJECUCIÓN DEL PLAN DE CONTINGENCIA CONTRA LA COVID-19.....	104
5.3.1 Recursos Destinados al Enfrentamiento de la Covid-19.....	108
5.3.2 Otras Disposiciones.....	110
5.3.3 Fondo Solidario Covid-19.....	113
5.4 LA CAMPAÑA DE INMUNIZACIÓN EN URUGUAY.....	116
5.4.1 Los Recursos Destinados a la Campaña de Vacunación.....	118
5.4.2 Inicio del Proceso de Inmunización.....	121
6 CONSIDERACIONES FINALES.....	127
REFERENCIAS	132

1 INTRODUCCIÓN

Desde su descubrimiento, el virus del SARS-CoV-2 ha representado un desafío para los diversos países del mundo, ya que el ser humano no se encontraba preparado para hacer frente a un acontecimiento de esta magnitud y el Paraguay no fue la excepción. La pandemia causada por la enfermedad de la COVID-19 ha sido una situación fuera de lo común a nivel mundial y cuyas consecuencias han afectado a todos los sectores de la sociedad.

A lo largo de los últimos dos años fue necesario establecer una amplia gama de medidas sanitarias para resguardar la salud de las personas, evitando el contacto entre individuos y promoviendo el distanciamiento social con la finalidad de frenar el contagio causado por el virus. Arreaza, López & Toledo (2021), sustentan que, desde un primer momento, la emergencia sanitaria demostró que el método más efectivo para enfrentar esta crisis era la prohibición de la circulación de las personas, lo que a su vez representaba un efecto negativo para la economía.

Es en este sentido, que una gestión eficiente por parte del Estado es imprescindible, con el objetivo de enfrentar de la mejor manera esta circunstancia desfavorable. La gestión pública puede ser entendida como la utilización eficiente de los recursos disponibles en el Estado, con la finalidad de cubrir las necesidades de la población por medio de la implementación de políticas públicas. De esta manera, según Secchi (2013) apud Secchi (2020), una política pública es un plan formulado con la finalidad de otorgar una resolución a un problema público, es decir, atender aquello que la sociedad percibe como algo desfavorable para alcanzar una “situación ideal”.

[...]las políticas públicas y la gestión son dos caras de una misma moneda: la decisión pública. La primera cara corresponde a la política pública (plan, programa, proyecto), lo que está en el escrito, el “deber ser” para atender un problema público. La segunda cara concierne a la “gestión”, o sea a la operativización y puesta en marcha de las decisiones públicas. Dos caras interdependientes que deben pensarse integralmente para lograr cumplir con los propósitos trazados en la acción pública (MUÑOZ, 2020, p. 98).

Dentro de este contexto de la pandemia de la Covid-19, en el continente americano y a nivel mundial, fueron Paraguay y Uruguay los modelos destacados en su manera de controlar el avance del virus, con bajos niveles de transmisión al igual que con mínimos porcentajes de mortalidad a causa del coronavirus. Durante casi todo el año de 2020 ambos países pudieron contener los contagios en su población desplegando varias estrategias y colocando a prueba la capacidad de dirección de estos gobiernos en situaciones de crisis.

El Paraguay confirmó el 7 de marzo de 2020 su primer caso de Covid-19 y tan solo 3 días después ya comenzó a tomar medidas para mitigar el contagio, constituyéndolo como el primer país en decretar la cuarentena obligatoria. Además, se suspendieron las actividades escolares en forma presencial, y se procedió cierre total de las fronteras con la finalidad de dar soporte al precario sistema de salud del país, que en caso de un contagio masivo colapsaría y no tendría posibilidad de dar abasto a la población. A su vez, Uruguay constató los primeros indicios de COVID en el país el 13 de marzo del mismo año y con ello se estableció la emergencia sanitaria, que prohibía las aglomeraciones de personas, siendo que también las fronteras fueron clausuradas y las clases presenciales suspendidas. Sin embargo, lo más resaltante fue que el país no implementó ningún tipo de cuarentena obligatoria, sino más bien apeló a la reflexión social dándole a la población la libertad de decidir responsablemente sobre las consecuencias que podría ocasionar la expansión del virus en el territorio, lo cual destaca indicios de una alta gobernanza por parte del Gobierno uruguayo.

En ambas naciones se presentó un incremento exponencial de los contagios a finales del 2020, teniendo como punto de inflexión el mes de marzo del siguiente año en donde comenzó una expansión masiva del virus que seguiría hasta alcanzar sus picos más elevados por junio de 2021. Paraguay pasó de ser un caso excepcional en la región, el cual registraba pocos contagios y se constituía como un ejemplo a seguir, a tener más de 1.000 contagios por día, llegando al 100% de ocupación de las camas de cuidados intensivos tanto en el sector público como privado. Esto llevó al desplome del sistema sanitario paraguayo que se vio afectada por su precarización, hecho que se debe a las gestiones de los gobiernos anteriores, así también la medida de aislamiento fue imposible de sostenerse y menos en un país donde la informalidad laboral está a la orden del día y la pobreza presenta altos niveles.

De esta manera, los problemas que ya existían antes de la emergencia sanitaria se vieron expuestos y reforzados como consecuencia de la Covid-19, y la frágil gobernabilidad que se sostenía a duras penas sucumbió a causa de la incapacidad de respuesta por parte de las autoridades, que no podían atender las necesidades básicas de salud que clamaba su población. Todo esto ocasionó que los ciudadanos se manifestaran como consecuencia de la ineficiente gestión realizada por el Gobierno paraguayo para enfrentar la crisis. Villanueva (2006) afirma que la “ingobernabilidad” deriva directamente de la impericia del Estado en gobernar, llevando al gobierno a ser superado por las expectativas de la sociedad, siendo que estas últimas al no ser satisfechas aumentan la desconfianza de la población y llevan a las crisis sociales. De acuerdo con Marcello (2010, p. 5) “[...] la falta de eficacia de determinados gobiernos [...]ha

desembocado en la deslegitimación de los mismos; y concomitantemente, en la pérdida de confianza en el sistema democrático”.

La pandemia trató a todos por igual y no dio tregua a sistemas de salud deteriorados, que sufrieron aún más las acometidas de la enfermedad. De este modo, con la sanidad sin poder cubrir las demandas de la sociedad, el acceso a las vacunas contra la Covid-19 era la única opción para hacer frente al coronavirus. Siendo así, las campañas de vacunación, que tienen el objetivo de lograr una inmunidad de rebaño en las personas, posibilitan la oportunidad de combatir el virus. Sin embargo, y llevando en cuenta el contexto “uno de los principales retos a los que se enfrenta la humanidad tras el inicio de la pandemia de la COVID-19 es el acceso universal, equitativo y rápido a las vacunas” (SAIZ, 2021, p. 1). Esto conlleva a que una gestión eficiente de la propia campaña de vacunación sea de vital importancia para brindar a la ciudadanía, de la forma más adecuada posible, una solución ante tanta incertidumbre.

Las dosis contra la COVID fueron altamente demandadas por todos los países a nivel mundial, puesto que todos querían atender las demandas de sus habitantes y parar las muertes a causa del virus. Esta gran demanda ocasionó una “lucha” entre los gobiernos por la adquisición de las vacunas, ya que la producción no llegaba a satisfacer los requerimientos del mercado. Las grandes potencias mundiales acapararon en su gran mayoría el stock de los biológicos producidos contra el coronavirus y la competencia era desigual, por el hecho de que aquellos países de renta más altas ofrecían mejores condiciones de pago a los laboratorios productores. Según Saiz (2021), este “nacionalismo de vacunas” en donde se realizan acuerdos bilaterales entre los Estados de mayor renta y las farmacéuticas, retrasan los procesos de vacunación haciéndolos más tardados. En este escenario de disparidades, el mecanismo COVAX fue uno de los métodos de acceso a las vacunas que se presentaba como la solución para la distribución igualitaria de las dosis, sobre todo para los países de menor capacidad económica. De igual manera, en este contexto de escases de vacunas, las naciones productoras del biológico aprovecharon el momento para ampliar su presencia y fortalecer sus vínculos con varios países a través de la “diplomacia de vacunas”. De acuerdo con Saiz (2021, p. 14) “en términos geopolíticos, el “nacionalismo de vacunas” mostrado sobre todo por los países de renta alta, puede acabar siendo capitalizado en términos de prestigio e influencia por parte de Rusia y China a través de su “diplomacia de vacunas”.

La campaña de vacunación contra la COVID en Paraguay se vio afectada por diversos factores. Uno de los principales motivos que influyeron en la eficacia del plan de vacunación está relacionado con la adquisición tardía en las dosis. Sin embargo, como ya fue mencionado

anteriormente, el gobierno paraguayo poco podía hacer frente a las economías de los países más desarrollados. No obstante, también existieron errores administrativos y conflictos geopolíticos que terminaron por dañar aún más el plan de inmunización.

Llevando en cuenta estas circunstancias, el presente trabajo de investigación tiene como objetivo principal analizar cuáles son los elementos que han podido incidir en la ineficiente gestión de la Covid-19 en Paraguay, teniendo como uno de los puntos primordiales la campaña de vacunación en el país, con la finalidad de demostrar los hechos que pudieron jugar un papel determinante en el proceso de inmunización paraguayo.

Con la visión de alcanzar tanto el objetivo general como los objetivos específicos de la investigación, el material fue dividido en seis (6) capítulos. El primero de ellos se encarga de brindar una introducción sobre el tema en cuestión, trayendo consigo pequeñas premisas que serán abordadas a lo largo del trabajo, además de colocar en la mesa la importancia de las campañas de vacunación como forma de combatir la Covid-19. A su vez, dentro del mismo apartado se aborda el marco teórico, trayendo consigo los conceptos que guiaron el trabajo de investigación. Por su parte, también se presenta la metodología aplicada en la pesquisa y se describe el proceso de la teoría fundamentada como herramienta utilizada en el trabajo.

En el segundo capítulo se aborda la gestión de la pandemia en Paraguay, describiendo las diversas medidas que fueron implementadas con tal de mitigar el avance del coronavirus. Se presenta la estructuración y recursos disponibles con los que contaba el sistema de salud paraguayo antes del ingreso de la COVID en el país, y posteriormente de qué manera fue fortalecida la sanidad pública. A su vez, se brindan datos sobre las diferentes normativas instituidas para ayudar en el combate a la crisis sanitaria, como la “declaración del Estado de Emergencia” y la “Cuarentena Inteligente”, así como otras disposiciones de carácter económico.

El tercer capítulo detalla tanto la planeación como la ejecución de la campaña de vacunación desarrollada en Paraguay. En esta sección se proveen datos de los avances de la inmunización en diversos países de la región, con el objetivo de entender la situación en la que se encuentra el plan de vacunación paraguayo. Del mismo modo se dan a conocer los órganos responsables de llevar a cabo la aplicación de las dosis en la población, así como los recursos con los que se cuenta y las estrategias aplicadas que sirvieron para poner en marcha dicho plan (como la estructuración de la vacunación en franjas etarias). A su vez, se describen los recursos destinados exclusivamente a la implementación de la campaña de vacunación, como el dinero

invertido en la adquisición de las dosis y para el fortalecimiento de la red de frío. Por último, se presentan las deficiencias y virtudes del plan de inmunización, dando especial énfasis a los diversos factores que terminaron por entorpecer el avance de las aplicaciones de los biológicos, siendo estos: los conflictos geopolíticos; los errores administrativos y su relación con la corrupción; y el bajo desembolso por las dosis; siendo que también se ahonda en las donaciones de vacunas realizadas por otros Estados al Paraguay, que representa tanto un punto positivo, pues ayudaron al inicio de la vacunación y a su vez otro negativo, por el hecho de dejar a la vista las incapacidades de los organismos paraguayos para adquirir sus propias dosis.

A su vez, el cuarto capítulo se encuentra específicamente destinado a la gobernabilidad y su relación con el estallido de la crisis política en Paraguay. Son detalladas ciertas ideas como la internalización de los diversos sectores de la sociedad en la toma de decisiones (gobernanza) y como esto implica una mejor capacidad de conducción por parte del gobierno (gobernabilidad). De igual manera, se aborda las crisis políticas y sociales que estuvieron presentes en pleno tiempo de aislamiento en el Paraguay y como estas manifestaciones son el reflejo de la incapacidad de gobernar del Estado ocasionando una pérdida de legitimidad en el Gobierno paraguayo por parte de la población, demostrando la falta de preparación para hacer frente a este tipo de crisis sanitarias.

En el quinto capítulo, se realiza una comparación de la gestión de la Covid-19 en Uruguay al igual que de la ejecución de su plan de inmunización con el Paraguay, esto se lleva a cabo por el hecho de que ambos gobiernos fueron reconocidos en un primer momento como modelos eficientes de afrontar la pandemia a nivel mundial, además de los dos países tienen cierto parecido demográfico. Con la finalidad de distinguir las principales diferencias se realizan diversas confrontaciones de datos entre dichos Estados como: el porcentaje de vacunados, la totalidad de muertes causadas por el coronavirus, las diferencias de los sistemas sanitarios, la cantidad de médicos disponibles para dar respuesta a las necesidades de la población, los recursos desembolsados para adquirir las dosis entre otros. De esta manera, se puede comprender ciertos puntos determinantes que marcaron la diferencia en ambos territorios y que jugaron un papel primordial en el combate a la Covid-19.

En el sexto y último capítulo, se presentan las consideraciones finales, con el propósito de extraer las conclusiones del trabajo de investigación que atiendan a los objetivos fijados en un principio y se dé una respuesta a los cuestionamientos que guiaron el desarrollo de esta pesquisa.

1.1 MARCO TEÓRICO

En esta sección se presentan los conceptos primordiales que guiaron el trabajo de pesquisa. En este sentido, se abordan en un primer momento la salud pública, así como la gestión pública y la eficiencia. Posteriormente se hace necesario abarcar la gobernabilidad y la gobernanza, para de esta manera poder analizar cómo se gestionó la pandemia de la Covid-19 en Paraguay.

En primer lugar, se puede sustentar que “la salud pública tiene por meta alcanzar para la comunidad el más alto nivel de bienestar físico, mental y social, así como la longevidad, de acuerdo con los conocimientos y recursos disponibles en determinado tiempo y lugar” LAFILOSOFÍA... (2014, p. 147). Según Terris (1994) apud Rojas, Mesa y Basulto (2018, p. 98) salud pública es “la ciencia y el arte de prevenir las dolencias, prolongar la vida y fomentar la salud física y mental, mediante esfuerzos organizados de la comunidad, que le asegura a cada miembro de la comunidad un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud”. Sin embargo, la concepción más amplia es aquella realizada por Winslow, en donde define a la salud pública como:

[...] el arte y la ciencia de prevenir las dolencias y discapacidades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia física y mental, por medio del esfuerzo organizado de la comunidad para el saneamiento del ambiente, el control de las enfermedades, la educación de los individuos, la organización de los servicios médicos para el diagnóstico temprano y el tratamiento preventivo de las enfermedades, y del desarrollo de un mecanismo social que asegure a cada uno un nivel de vida adecuado para la conservación de la salud, organizando estos beneficios de tal modo que cada ciudadano se encuentre en condiciones de gozar de su derecho natural a la salud y a la longevidad (WINSLOW, apud PÉREZ; GONZÁLEZ, 2000, p. 92).

Por otro lado, la gestión pública puede ser entendida como la manera en la que el Estado utiliza y maneja los recursos a su disposición con el propósito de brindar una situación de bienestar a sus habitantes. De esta manera Rozas, Villanes y Ramos (2009, pp. 14 -15) afirman que: “La Gestión pública se ocupa de la utilización de los medios adecuados para alcanzar un fin colectivo”. Por su parte, en conformidad con Hood (2005) apud Thompson (2008), la gestión pública se refiere a las circunstancias en las que se ponen en práctica acciones para mejorar una condición intrincada. Por último, Chiara y Di Virgilio (2009) apud Galinelli & Migliore (2015, p. 18) sustentan que la gestión pública puede ser entendida como “[...] la articuladora de los recursos humanos, financieros, técnicos, organizacionales y políticos para la producción de bienes de consumo individual o colectivo que satisfagan las demandas de la sociedad”.

Por su parte, cuando se hace referencia a la eficiencia, según Raffo y Ruiz (2005) apud Contreras et al. (2016), se alude al nexo existente entre los medios utilizados y los resultados obtenidos. De acuerdo con Fernández-Rios y Sánchez (1997) apud Rojas, Jaimes y Valencia (2018, p. 3) la eficiencia es la “expresión que mide la capacidad o cualidad de la actuación de un sistema o sujeto económico para lograr el cumplimiento de un objetivo determinado, minimizando el empleo de recursos”. De este modo, “La eficiencia significa la utilización de los recursos de la sociedad de manera más adecuada posible para satisfacer las necesidades y los deseos de los individuos” (SAMUELSON; NORDHAUS, 2002 apud ROJAS; MESA; BASULTO, 2018, p. 103).

A su vez, para alcanzar una eficiente gestión de los recursos públicos, es necesaria una efectiva conducción por parte del Gobierno. Villanueva (2006), sustenta que el Estado es el único responsable de dirigir a la sociedad, por medio de su capacidad de gobernar, esto es a lo que el autor denomina “governabilidad”. Por otra parte, de acuerdo con Jiménez Cabrera (2003) apud Marcello (2010, p. 7), la gobernabilidad es “[...] el equilibrio entre el nivel de las demandas sociales y la capacidad del sistema político para responder de manera legítima y eficaz”. De hecho, según Camou (2001) apud Santiago y Velasco (2012), se puede llegar a una crisis de la gobernabilidad en el momento en que se rompe este equilibrio, como consecuencia del aumento de las demandas de la sociedad, en contraposición a la incapacidad del Estado para brindar soluciones a dichas necesidades. En el mismo orden de ideas, autores como Guillermo O’Donnell y Adam Przeworski consideran que la gobernabilidad es:

[...]aquél estado de un país que, por un lado, evitaba la regresión autoritaria y, por otro, permitía avanzar, expandir y aprovechar las oportunidades sociales, económicas y políticas. Así pues, implícito a la gobernabilidad estaba la mejora del desempeño económico-social reforzado y generador de la mejora de lo político (O’DONNELL, 1979; PRZEWORSKI, 1988 APUD PRATS, 2003, p. 241).

En este sentido, de acuerdo con Prats (2003), en los documentos elaborados por los autores citados arriba se puede notar la existencia de una doble concepción sobre el significado de la gobernabilidad. De esta manera, la gobernabilidad puede ser entendida “como ausencia de ingovernabilidad o estabilidad política o gobernabilidad para realizar políticas que satisfagan las necesidades de la ciudadanía” (PRATS, 2003, p. 241).

Por último, Según Villanueva (2006), la gobernanza es otro de los elementos que permite a los Estados aumentar su gobernabilidad, puesto que la gobernanza consiste en incluir a otros autores dentro de la competencia misma de gobernar a la sociedad, haciéndolos parte de la toma de decisiones. Complementando lo anterior, Gault, Cetina & Soto (2014), sustentan que

la gobernanza permite instaurar una igualdad entre los diversos integrantes de la sociedad (Estado, organizaciones privadas y sociedad civil) en cuanto al peso de su participación en el proceso decisional.

Gobernanza es la realización de relaciones políticas entre diversos actores involucrados en el proceso de decidir, ejecutar y evaluar decisiones sobre asuntos de interés público, proceso que puede ser caracterizado como un juego de poder, en el cual competencia y cooperación coexisten como reglas posibles; y que incluye instituciones tanto formales como informales. La forma e interacción entre los diversos actores refleja la calidad del sistema y afecta a cada uno de sus componentes; así como al sistema como totalidad (WHITTINGHAM MUNÉVAR, 2010, p. 222).

1.2 METODOLOGÍA

Esta investigación es de tipo exploratoria y con un enfoque cualitativo. De acuerdo con Gil (2002), la pesquisa exploratoria es aquella que busca otorgar un mejor conocimiento y cercanía referente al problema, con la finalidad de construir ideas concretas o confirmar intuiciones. Por otro lado, conforme a Sampieri, Collado y Lucio (2014), la investigación cualitativa es la que se direcciona a entender los hechos o fenómenos, examinándolos desde el punto de vista de las personas envueltas. “El enfoque cualitativo es recomendable cuando el tema del estudio ha sido poco explorado o no se ha hecho investigación al respecto en ningún grupo social específico” (MARSHALL, 2011; PREISSLE, 2008 apud SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2014, p. 358).

Este trabajo toma la forma de una pesquisa bibliográfica, con la finalidad de encontrar las informaciones requeridas para brindarle mayor solidez a la investigación. La investigación bibliográfica es aquella desarrollada a partir de materiales ya desarrollados por otros autores, abordando el asunto o materia de interés de nuestro estudio, por lo cual, consiste en una técnica de recolección secundaria de datos. Conforme a Marconi & Lakatos (2003), la revisión bibliográfica, posibilita el acercamiento directo del investigador con aquello que ya fue dicho, escrito o filmado sobre un tema específico. De acuerdo a lo sustentado por Gil (2002, p. 44) “La pesquisa bibliográfica es desenvuelta con base en material ya elaborado, constituido principalmente de libros y artículos científicos. [...] Buena parte de los estudios exploratorios puede ser definida como pesquisas bibliográficas”.

La principal ventaja de la pesquisa bibliográfica reside en el hecho de permitir al investigador la cobertura de una gama de fenómenos mucho más amplia de la que aquel que podría pesquisar directamente. Esa ventaja se torna particularmente importante cuando el problema de pesquisa requiere datos muy dispersos por el espacio (GIL, 2002, p. 45).

En este estudio se emplearon dos técnicas o herramientas para complementar aún más el trabajo de investigación, siendo estas el método comparativo y la teoría fundamentada también conocida como “Ground Theory”. Como fue analizada la eficiencia de la gestión de la Covid-19 en Paraguay, se tomó a Uruguay como punto de equiparación, puesto que este último fue considerado como un modelo exitoso a nivel mundial, cuyos pasos deberían de ser replicados en cuanto a la administración de la emergencia sanitaria. De este modo, el método comparativo fue utilizado solamente para dimensionar y entender de una mejor manera el caso paraguayo. Según Fideli (1998) apud Tonon (2011, p. 2) “el método comparativo es un método para confrontar dos o varias propiedades enunciadas en dos o más objetos, en un momento preciso o en un arco de tiempo más o menos amplio”. En conformidad con Sartori (1984) apud Tonon (2001), este procedimiento tiene como finalidad indagar las semejanzas y diferencias de dos o más casos, y como afirma Nohlen (2020, p. 1) “es aplicado para llegar a generalizaciones empíricas y a la comprobación de hipótesis”.

A su vez, la teoría fundamentada (TF) posibilitó la disponibilidad de un panel de expertos que, por medio de sus opiniones otorgadas a través de dar respuesta a unos cuestionarios implementados, brinden determinada información que será utilizada para tratar de alcanzar una explicación a la problemática analizada en el trabajo de investigación. De acuerdo con Hernández y Caudillo (2010), el uso de la teoría fundamentada se adapta a pesquisas en donde el investigador posee la intención de desarrollar una teoría sobre el problema de estudio; “es una metodología de análisis unida a la recogida de datos, que utiliza un conjunto de métodos, sistemáticamente aplicados, para generar una teoría inductiva sobre un área sustantiva” (GLASER, 1992 apud CARRERA, 2014, p. 192). En este sentido, Quezada (2014, p. 170) afirma que el empleo de la teoría fundamentada se da “[...] especialmente en el análisis de datos cualitativos con el propósito de teorizar respecto de los fenómenos sociales investigados”.

[...] la TF se caracteriza por la generación o surgimiento de una teoría a partir de la información proporcionada por los propios sujetos sociales, que viven o están relacionados estrechamente con la problemática estudiada, a través de lo cual se intenta explicar los fenómenos o procesos sociales analizados en una investigación (RODRÍGUEZ GÓMEZ et al., 1999; CHARMAZ, 2000; STRAUSS Y CORBIN, 2002; TRINIDAD et al., 2006; ANDRÉU et al., 2007 apud QUEZADA, 2014, p 152).

Por otra parte, como técnica para la corroboración de las opiniones otorgadas por los expertos, fue utilizado el análisis de contenido. El análisis de contenido fue implementado en el trabajo con la finalidad de codificar la información obtenida por medio de la teoría fundamentada, y así poder tener una mejor visión de las ideas mayormente mencionadas en las

respuestas otorgadas por los profesionales, con el propósito de comprobar la existencia o no de consenso en las mismas.

En la investigación se optó por utilizar el análisis de contenido tanto cualitativo, así como cuantitativo. Para Bardín (2011, p. 146) lo que diferencia al análisis cualitativo del cuantitativo “es el hecho de la inferencia [...]ser fundada en la presencia del índice (tema, palabra, personaje, etc,!) e no sobre la frecuencia de su aparición, en cada comunicación individual”. Este análisis “es válido, sobre todo en la elaboración de las deducciones específicas sobre un acontecimiento o una variable de inferencia precisa [...]Puede funcionar sobre *corpus* reducidos y establecer categorías más discriminantes” (BARDÍN, 2011, p. 145). Por otra parte, en conformidad con Bardín (2011), lo que determina al análisis de contenido cuantitativo es la “frecuencia” con la que podemos notar ciertos elementos del enunciado, siendo que estos son analizados de forma mayormente estadística. En este sentido Flick (2013) sustenta que en el método cuantitativo lo que se busca es examinar con que constancia (frecuencia) son nombradas o referidas algunas ideas u opiniones, dentro de los textos indagados.

1.3 TEORÍA FUNDAMENTADA (GROUND THEORY)

La teoría fundamentada fue la técnica aplicada para la recolección de las opiniones de profesionales que sirvieron para comprender el fenómeno estudiado en este trabajo de investigación. La misma fue estructurada en cuatro etapas primordiales: selección del panel de expertos (muestreo teórico); elaboración del cuestionario y rondas de preguntas a ser aplicadas; el análisis de las respuestas obtenidas (codificación teórica); y la interpretación de las opiniones para la realización de conclusiones.

Para la selección de los expertos (muestreo teórico) fue aplicado lo sustentado por Carrera (2014), en donde los miembros son elegidos en conformidad a la capacidad de cada uno de los participantes para otorgar al investigador los conocimientos que posee sobre el tema a ser abordado y que sirvan a la generación de una nueva teoría. Hernández y Caudillo (2010, p. 33) sustentan que “El muestreo teórico puede considerarse como una guía para seleccionar una muestra de personas, eventos, incidentes, sitios, documentos o situaciones que teóricamente es relevante, y que por esa razón será incluida en el análisis”.

De esta manera en un primer momento fueron propuestos siete (7) especialistas de diferentes nacionalidades (Paraguay, Uruguay, Brasil y México), así como también de diversas

áreas de actuación (salud pública, administración pública, economía, etc.) para contar con perspectivas más variadas al desarrollar la pesquisa, que según afirma Powell (2003) apud Marques y Freitas (2018, p. 7) “grupos heterogéneos producen tendencialmente soluciones de mayor calidad y aceptación”. No obstante, no todos los expertos pudieron participar en la investigación, siendo que uno de ellos sugirió que otro profesional tome su lugar puesto que consideraba que aportaría más a la pesquisa, ya que este método permite que los sujetos sean escogidos “[...]dependiendo de las expectativas que nos generan de aportación de nuevas ideas en relación con la teoría que estemos desarrollando en función del estado en el que ésta se encuentre en ese momento preciso” (CARRERA, 2014, p. 194).

De este modo, el panel de especialistas quedó finalmente conformado por 6 miembros siendo estos:

Cuadro 1 – Miembros del panel expertos seleccionados.

<i>Cantidad</i>	<i>Nacionalidad</i>	<i>Área de actuación/Experiencia</i>
1	Paraguaya	Salud Pública
1	Paraguaya	Sociología
1	Brasileña	Economía
1	Brasileña	Administración Pública / Gobernanza
1	Uruguaya	Políticas Públicas/ Salud Pública
1	Mexicana	Planeación Estratégica / Gobernanza

Fuente: Elaboración propia.

Una vez conformado el equipo de expertos se pasó a la segunda etapa, la cual consistía en la elaboración del cuestionario a ser aplicado al grupo de profesionales. En un primer momento fue desarrollado un cuestionario con preguntas abiertas, solicitando opiniones relacionadas con la Covid-19, esto se realiza de acuerdo con Powell (2003) apud Marques y Freitas (2018), con la intención de evitar direccionar las respuestas del comité a través de la subjetividad del investigador. En este sentido fueron realizados ocho (8) cuestionamientos referentes a: el sistema de salud pública, la gobernanza y gobernabilidad, la gestión de la Covid-19, la eficiencia del mecanismo COVAX, las relaciones internacionales y la geopolítica entre otros.

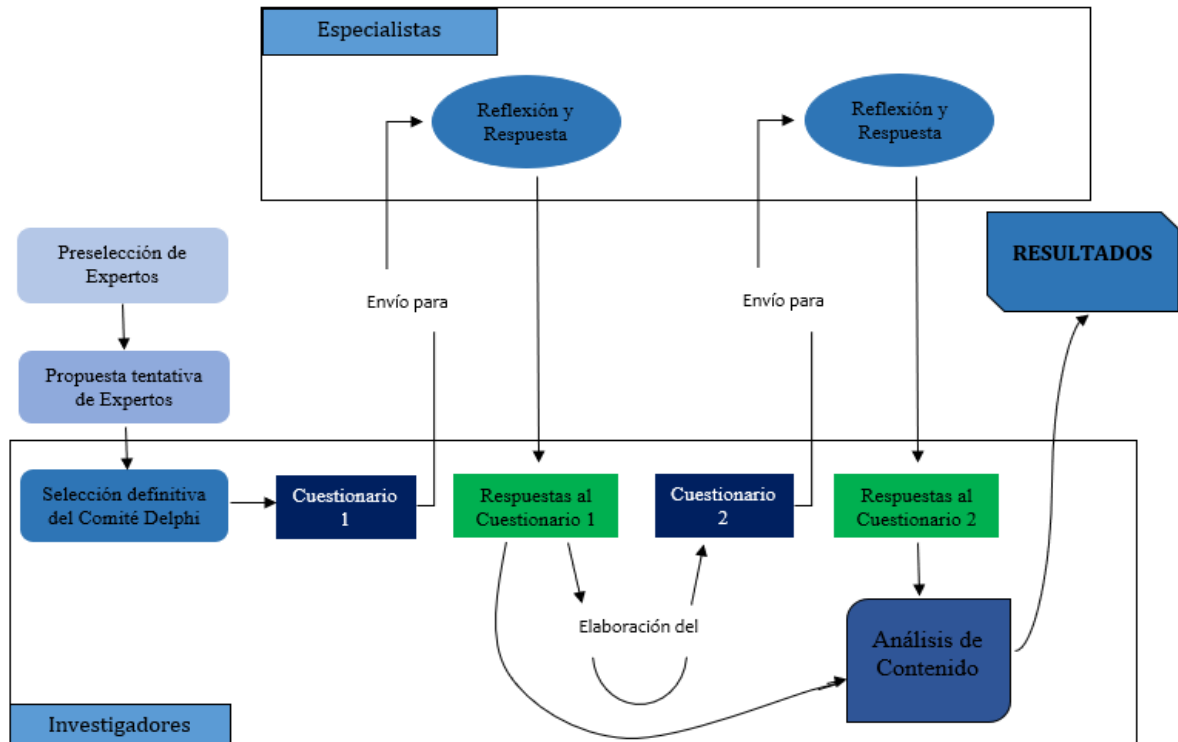
El cuestionario fue enviado por medio de correos electrónicos a todos los expertos seleccionados para la investigación. Los expertos tuvieron como tiempo para la devolución de las respuestas 10 días (desde el 4 al 15 de marzo), siendo utilizado el mismo medio (correo electrónico) para el recibimiento de las informaciones. Durante el desarrollo de esta etapa uno de los miembros solicitó el aplazamiento de la fecha de entrega por diversos motivos personales, por lo que se llegó al acuerdo de otorgarle otros 10 días para el envío de sus perspectivas.

Luego del análisis de las respuestas recibidas por parte de los especialistas, fue elaborado un segundo cuestionario más estructurado y cerrado con seis (6) nuevas interrogantes, teniendo como base los resultados de la primera ronda de preguntas y abordando directamente determinados fenómenos de la investigación. En conformidad con Kayo & Securato (1997) apud Marques y Freitas (2018), por lo general los trabajos de indagación presentan entre dos y cuatro vueltas de preguntas, esto porque los miembros no suelen alterar significativamente sus puntos de vistas en las posteriores ruedas de cuestiones y por el tiempo limitado de los participantes; esto es lo que se conoce como “saturación teórica”, es decir, el momento en que las informaciones resultan repetitivas y no se presentan mayores cambios en los datos.

La tercera etapa es conformada por el análisis de las informaciones que los expertos brindaron sobre las consultas realizadas, esta fase se encuentra estrechamente relacionada con la anterior, ya que como fue mencionado, para la formulación de la nueva ronda de preguntas se lleva en consideración los resultados del cuestionario anteriormente aplicado. Para la exploración de los datos fue utilizada la técnica de análisis de contenido. Es durante esta etapa que se desarrolla la codificación teórica, que en conformidad con Flick (2004) apud Hernández & Caudillo (2010, p. 23) “este tipo de codificación es precisamente el que se realiza cuando se busca que el análisis e interpretación de los datos nos lleven a construir una teoría”; la misma se caracteriza por el método comparativo constante que según Quezada (2014), consiste en la elaboración teórica de manera sistemática, a través de la búsqueda y comparación constante de la información (incidentes) y mediante el análisis de las discrepancias y semejanzas de dichos datos.

En la cuarta y última etapa, se extraen las conclusiones en base a las respuestas dadas por los profesionales, lo cual es la finalidad primordial de la teoría fundamentada y consiste en el desarrollo de una *teoría formal* a partir de la información encontrada en la investigación.

Figura 1 – Fases de la aplicación de la Teoría Fundamentada.



Fuente: Elaboración propia en base a García & Lena (2018) y Marques & Freitas (2018).

2 LA GESTIÓN DE LA COVID-19 EN PARAGUAY

La nueva pandemia que ha azotado al mundo representó un desafío para todos los gobiernos, los cuales han ido desplegando una gama de medidas con la finalidad de contrarrestar el avance de los contagios y disminuir los efectos negativos de la covid-19. Las decisiones adoptadas luchan por establecer un equilibrio entre la protección de la ciudadanía — al impedir picos más altos de contagios y muertes—, y lidiar en evitar el desplome de la economía. Según la OMS (2020) apud Fernández (2021), los diferentes gobiernos han tenido que adaptarse a un contexto desconocido en donde no existe una única manera de gestionar la crisis sanitaria, siendo que cada país estableció la mejor estrategia posible para contener los contagios de Covid-19 y a la vez reducir al mínimo los impactos socioeconómicos.

El primer caso de COVID-19 en Paraguay fue registrado el 07 de marzo de 2020 — previo a la confirmación del mismo, el Paraguay ya había establecido un “Plan de Respuesta Nacional al Eventual Ingreso del Coronavirus (COVID-19)” —, y con ello, unos tres días más tarde con el segundo caso positivo de la enfermedad, se comenzaron a tomar medidas para tratar de evitar el contagio masivo. La medida más resaltante fue el cierre parcial y temporal de las fronteras a través del Decreto N.º 3458, además de ser el primer país de la región en declarar la cuarentena obligatoria por medio de la Resolución S.G. N.º 90/2020.

Para hacer frente a los desafíos a la crisis generada por la pandemia, el Paraguay, al igual que la mayoría de los países, se vio obligado a diseñar e implementar una variada gama de respuestas, desplegando un amplio abanico de medidas que van desde las restricciones de libertades, estableciendo cuarentenas y medidas de aislamiento social; a la necesidad de disponer de importantes recursos financieros para afrontar la pandemia, tanto para el fortalecimiento de la capacidad de respuesta del sistema público de salud, como para las consecuencias económicas para la población que se vio y se ve afectada económicamente (GAETE, 2021, p. 99).

Cabe destacar la postura “preventiva” con la que se enfocan las decisiones adoptadas por el gobierno paraguayo y el ministerio de salud, ya que teniendo de ejemplo a potencias mundiales cuyos sistemas de salud colapsaron a causa de la pandemia, el frágil y desgastado servicio sanitario del país no soportaría un contagio masivo. De acuerdo con la OPS (2021, p. 6) “Entre estas medidas, la de confinamiento ha sido la más efectiva para retrasar el avance de la pandemia en Paraguay, pero a su vez ésta ha impactado en el ámbito socioeconómico individual y colectivo”.

En Paraguay, las decisiones adoptadas de manera temprana lograron cumplir su propósito y frenaron el contagio durante los primeros meses desde que el virus había ingresado al territorio. No es a partir de julio que se puede notar un incremento de los casos confirmados

(Figura 2). Esto coincide con las épocas de invierno y a la vez encaja con la etapa de mayor flexibilidad en las disposiciones de confinamiento de acuerdo con la implementación de la “cuarentena inteligente”. El aumento de casos provocó que en algunos departamentos se vuelvan a implementar nuevamente medidas más rigurosas, causando el descontento de la ciudadanía, que con el transcurrir del tiempo por la falta de alimentos y el crecimiento del desempleo, hicieron caso omiso a las restricciones.

Esos resultados hasta finales de junio posicionaron a Paraguay como uno de los países de la región de las Américas con los menores números de contagios y de fallecidos por la COVID-19. Su tasa de letalidad fue la más baja en América del Sur, con 2 fallecidos por millón de habitantes, inclusive menor a la de Uruguay con 8 fallecidos por millón de habitantes (OPS, 2020, p. 18).

Figura 2 – Total de casos confirmados de COVID-19 en Paraguay (marzo a diciembre del 2020).

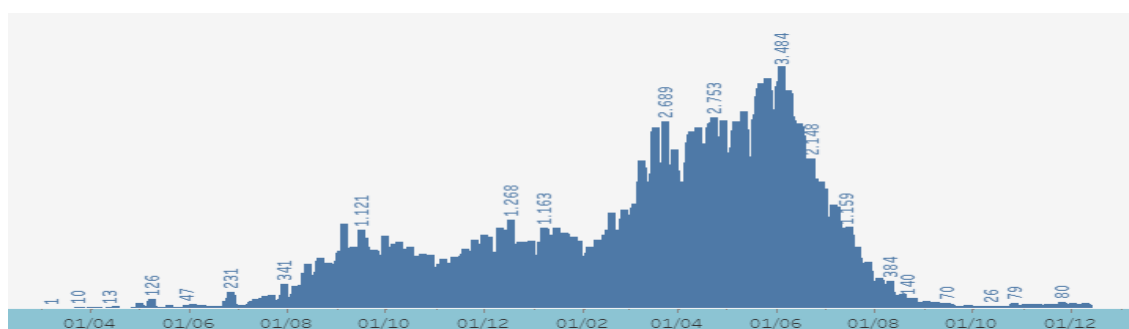


Fuente: OPS, 2021, p. 10.

Nota: Elaborado en base a los Reportes del MSPBS hasta el 13 de diciembre de 2020.

Las festividades de final de año también contribuyeron al aumento de los casos como se hace visible en el primer mes del 2021 (Figura 3); sin embargo, no es hasta marzo que los casos aumentan radicalmente, coincidiendo una vez más con las épocas de descenso de temperatura en el país. Entre marzo y julio de 2021 es donde se constatan los picos más altos de contagios, llegando a 3.484 casos en un solo día, este incremento masivo de casos confirmados de Covid-19 llevaron al colapso del sistema sanitario.

Figura 3 – Casos confirmados de Covid-19 en Paraguay (marzo de 2020 a diciembre de 2021).



Fuente: Reportes del MSPBS¹.

¹ Datos correspondientes hasta diciembre de 2021. Información disponible en: <https://www.mspps.gov.py/reporte-covid19.html>. Acceso en: 14 de diciembre de 2021.

Con las personas muriendo en los pasillos, la falta de insumos y los supuestos hechos de enriquecimiento ilícito, un estallido social era inevitable. De acuerdo con Garcé (2020, p. 38) “[...]no tiene sentido esperar que la población obedezca a las autoridades cuando, simplemente, no confía en ellas”. Las manifestaciones ocurrieron en plena pandemia a causa del descontento provocado por las medidas restrictivas, que no fueron aprovechadas por las autoridades para fortalecer la sanidad del país y por qué corrían rumores de hechos de corrupción y sobrefacturación con el dinero del préstamo, que debía ser destinado al enfrentamiento de la pandemia (1.600 millones de dólares, aumentando la deuda pública en un 30%). Además, esto era acompañado por la falta de medicamentos de primera necesidad (midazolam entre otros, que son requeridos para el tratamiento de los pacientes con Covid-19) en los hospitales y que son indispensables para poder combatir a la enfermedad².

[...]en el contexto de democracias que ya venían sufriendo procesos de erosión, la ciudadanía encontró pocas buenas razones para quedarse en casa y sostener el distanciamiento físico. Ninguna política pública puede tener éxito en un contexto de crisis de legitimidad. No hay forma de prevenir la expansión de una pandemia si la ciudadanía no confía en las autoridades (GARCE, 2020, p. 34).

Otro motivo de mayor relevancia fue la falta de vacunas, siendo el Paraguay uno de los países con menor tasa de vacunaciones contra la COVID. El país no realizó las negociaciones necesarias para comenzar a tiempo con la vacunación desperdiciando de esta manera las condiciones favorables que había generado durante los primeros meses de menor contagio.

Hasta el momento de realizar esta investigación, en Paraguay se han reportado un total de 647.950 casos positivos de personas que contrajeron la Covid-19 y de los cuales se han confirmado el deceso de 18.664 individuos a lo largo de esta pandemia. Cabe resaltar que actualmente se encuentran activos un poco más de 4.600 casos³.

2.1 EL SISTEMA DE SALUD PARAGUAYO ANTES DE LA COVID-19

El Sistema de Salud del Paraguay fue creado a través de la Ley N.º 1.032/96 y está reglamentada por el Decreto N.º 21.376/1998; de acuerdo con en el Art. 4º de dicha ley: se

² De acuerdo con un informe de la Dirección Nacional de Contrataciones Públicas (DNCP), el MSPBS no llamó a licitación para la adquisición de atracurio durante todo el año pasado, en pleno contexto de emergencia sanitaria. Información disponible en: <https://www.decidamos.org.py/2021/noticia/la-corrupcion-es-el-virus-que-nos-mata-en-paraguay/> <Acceso en: 15 de diciembre de 2021>.

³ Datos actualizados en 12 de junio de 2022. Información disponible en: <<https://www.mspbs.gov.py/reporte-covid19.html>>. Acceso en: 12 de junio de 2022.

establece la oferta de servicios de salud de los subsectores públicos, privados o mixtos, al igual que aquellos servicios sanitarios ofertados por las universidades y los seguros de salud.

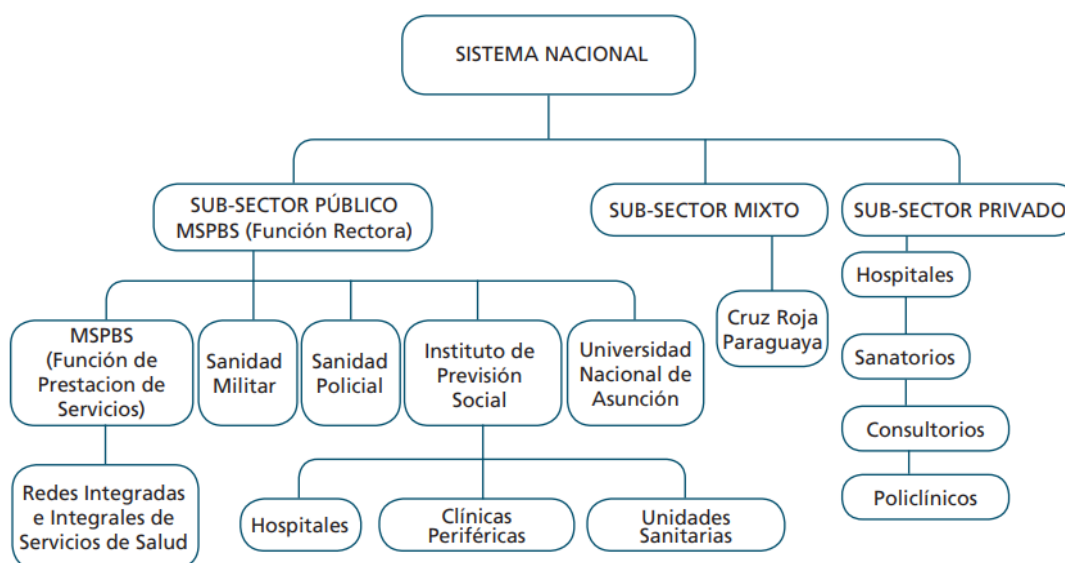
La Ley N.º 836/80 del Código Sanitario establece lo siguiente: **Art. 3.º** - El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, que en adelante se denominará el Ministerio, es la más alta dependencia del Estado competente en materia de salud y aspectos fundamentales del bienestar social. [...] **Art. 7.º** - Los planes, programas y actividades de salud y bienestar social, a cargo de las instituciones públicas y privadas, serán aprobados y controlados por el Ministerio que debe orientarlos de acuerdo con la política de salud y bienestar social de la Nación (PARAGUAY, 1980).

La principal característica que define al sistema de salud paraguayo es su segmentación, ya que existen diversos tipos de financiación y diferentes maneras de afiliación al mismo, al igual que se dejan a la vista una variada y fragmentada gama de ofertas de servicios por parte de los subsistemas (público y privado) que lo componen.

El subsistema público se encuentra compuesto por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS) —el cual es el encargado de la Rectoría del Sistema Nacional de Salud—; el Instituto de Previsión Social (IPS); la sanidad responsable de las Fuerzas Públicas (Hospital Militar y Hospital de Policía); la Universidad Nacional de Asunción (UNA) y aquellos servicios asistenciales correspondientes a empresas descentralizadas como Itaipú Binacional y Yacyretá. Por otra parte, el subsistema privado está conformado por las entidades con fines de lucro, otras sin fines de lucro y las mixtas, además de las aseguradoras privadas.

En la última década la política de salud se focalizó principalmente en el fortalecimiento del primer nivel de atención. A pesar de esto, aún persisten desafíos para garantizar el derecho a la salud de todos sus habitantes, principalmente de las poblaciones más vulnerables (OPS, 2021, p. 13).

Figura 4 – Subsectores del sistema de Salud (RIISS. Paraguay – 2019)



Fuente: MSPBS, 2019, p. 27.

Nota: Adaptado de la Ley N.º 1.032/1996. Paraguay, 2019.

Esta división genera una desigualdad en el acceso a la sanidad por parte de la población, ya que gran parte de los centros de salud se encuentran concentrados en las áreas urbanas del territorio nacional. De la misma manera existen diferencias en la calidad de los servicios brindados por parte de los proveedores, así como en la cantidad de la cartera de prestaciones a las que pueden acceder las personas, dependiendo de que subsistema sea beneficiario.

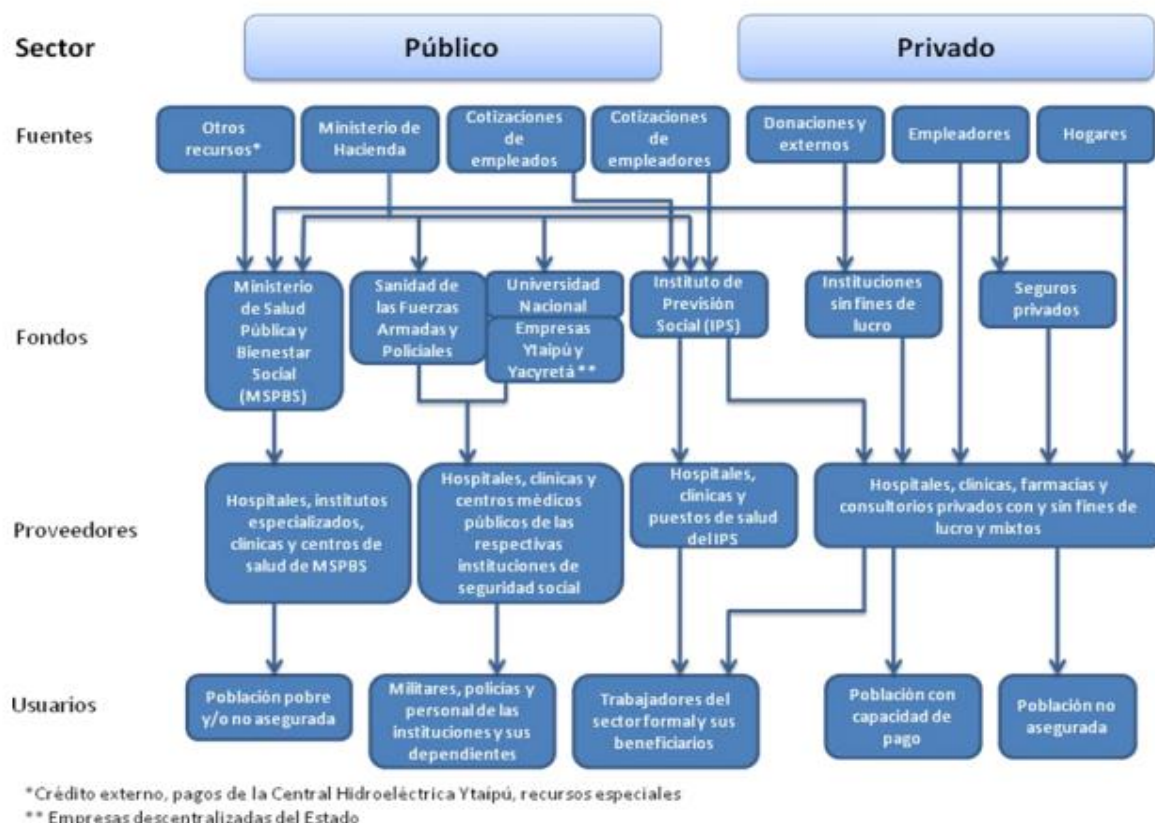
El propio método de financiación cuenta con grandes disparidades, lo que puede llegar a explicar la formación de estas brechas. En suma, “se estima que alrededor del 73% de la población no cuenta con ningún tipo de seguro médico, esta población es atendida por el MSPBS. Se estima un 30% de exclusión social en salud” (MSPBS, 2019, p. 36.)

A continuación, se pueden visualizar las diversas formas de subvención:

- El MSPBS: es financiado netamente por los fondos público y brinda atención principalmente a los individuos que no poseen seguro social ni privado.
- El IPS: ofrece sus servicios a las personas que se encuentran integradas al empleo formal, ya que los fondos tienen su origen del aporte de los salarios de los trabajadores, de la contribución patronal y también una parte es subsidiada por el Estado.
- Hospitales Militares y Policiales: atiende principalmente a los policías y militares y se encuentran subvencionados por el Presupuesto General de Gastos de la Nación a través del Ministerio del Interior, la Policía Nacional y el Ministerio de Defensa.
- La UNA: también es financiada por el Presupuesto General de la Nación y es la encargada de prestar atención primordialmente a la población de escasos recursos o aquellas que no se encuentran aseguradas.
- Las empresas hidroeléctricas Itaipú y Yacuyretá: brindan atención ambulatoria en sus propias instalaciones a sus funcionarios, ex empleados y sus familiares y como en los casos anteriores sus recursos provienen del Estado.
- Las instituciones lucrativas del sector privado: son entidades que conceden servicios con la finalidad de lucrar a través de dichas prestaciones, se encuentran financiadas por medio de pagos de bolsillo y primas de seguros privados.
- Las instituciones no lucrativas: ofrecen servicios de salud sin visar la obtención de algún beneficio, recaban su financiación mediante donaciones y recursos propios.
- Entidades mixtas: cuentan con los dos tipos de financiación resaltados anteriormente, un ejemplo de este caso es la Cruz Roja Paraguaya, que percibe donaciones de un organismo privado, además de contar con el apoyo del MSPBS.

Estos subsistemas funcionan con diferentes modalidades de financiamiento, dan cobertura a distintos grupos poblacionales según su condición de empleo, posición social o simplemente según su capacidad de pago. [...] Los servicios que proveen son variados y cada grupo poblacional recibe diferentes beneficios y con calidad diferente, los cuales se producen a través de procesos que no son homogéneos (FERNÁNDEZ, 2021, p. 22).

Figura 5 – Financiamiento de los subsectores de Salud.



Fuente: ALUM; BEJARANO, 2011, p. 14.

El MSPBS es el organismo responsable de ejercer la Rectoría del Sistema Nacional de Salud, dicha competencia es compartida con la Superintendencia de Salud (SS), conforme a lo establecido en los artículos 31° y 33° de la Ley N.º 1.032/1996 y que se encuentra reglamentada de acuerdo al Decreto N.º 20.553/1998.

La SS se crea en 1996 para apoyar al Consejo Nacional de Salud en la tarea de alcanzar la máxima eficiencia en la asignación y utilización de los recursos y servicios destinados a la atención de la Salud. Esta tarea la desarrolla a través de actividades de supervisión, auditoría y control técnico de las entidades prestadoras de servicios de salud (ALUM; BEJARANO, 2011, pp. 20-21).

Otro organismo importante y más aún en contextos de pandemia es la Dirección General de Vigilancia en Salud (DGVS), anteriormente llamada Dirección General de Epidemiología, la cual fue estructurada conforme a la Resolución S.G. N.º 148/93. La DGVS tiene la misión de “desarrollar los procesos de vigilancia, control e investigación en salud colectiva para preservarla y reducir los riesgos de enfermar asociados a los determinantes de salud” (DGVS,

2015, p. 11). De acuerdo con Alum & Bejarano (2011), es de responsabilidad de la misma, la vigilancia, la prevención y el control de las enfermedades transmisibles y no transmisibles, así como también las que son propagadas por vectores.

La organización del Sistema de Salud de Paraguay se fundamenta en un modelo de atención estructurado en redes “integrales e integradas” de servicios sanitarios. Dicha organización constituye un esfuerzo de más de una década, a través de la integración de las Unidades de Salud Familiar (USF), las cuales tienen la finalidad de aumentar el acceso y cobertura del primer nivel de atención sanitaria, objetivando a responder a las demandas en cuestiones de salud de las personas, familias y comunidades en todo el territorio paraguayo. En este sentido, Alum & Bejarano (2011), sustentan que las USF consisten en la medida primordial que visa reducir la exclusión social en salud. En la figura 6, se puede comprender de una mejor manera la organización de la red de los servicios sanitarios del sistema de salud en Paraguay.

Figura 6 – Clasificación de los Establecimientos de Sanitarios - Paraguay.

Instancias	Complejidad	Nivel de Atención	Correspondencia operativa	Área de Cobertura
Atención Individual, Familiar y Comunitaria	Baja Complejidad	Primer Nivel	USF Estándar (USF-E) USF Satélite (USF-S) USF Móvil (USF-M) USF Comunitaria Indígena	Territorios Sociales
	Baja Complejidad	Primer Nivel	USF Ampliada (USF-A)	
Atención Hospitalaria	Mediana Complejidad	Segundo Nivel	CAES	Distrital
	Mediana Complejidad	Segundo Nivel	Hospital Básico/Distrital	Distrital e Interdistrital
	Alta complejidad	Tercer Nivel	Hospitales Generales	Regional
	Alta complejidad	Tercer y Cuarto Nivel	Hospitales Especializados Institutos Otros (Hospital Central del IPS)	Departamental o Nacional

Fuente: MSPBS, 2019, p. 46.

Nota: Elaborado por los Equipos Técnicos de Actualización del Manual de Organización de los Servicios en el marco de la RIISS.

2.2 RECURSOS E INFRAESTRUCTURA DISPONIBLE (PRE-PANDEMIA)

Como ya fue mencionado, el MSPBS cumple con las funciones de rectoría, provisión y financiamiento del Sistema Nacional de Salud del Paraguay, correspondientes al subsector público. “El sector público, representado por el MSPBS, el IPS, la Universidad Nacional

(Hospital de Clínicas), y las Sanidades Policial y Militar, contribuyen a una cobertura estimada del 95%” (MSPBS, 2019, p. 35).

De acuerdo con el “Manual de Organización de los Servicios de Salud” del MSPBS (2019), dicho órgano presta servicios sanitarios mediante 1.410 establecimientos de salud y un total de 6.500 camas. Tiene a disposición 804 unidades de salud de la familia (USF), 377 puestos de salud, y 104 centros de salud. Asimismo, cuenta con 2 Centros de Atención de Especialidades (CAES), 12 hospitales especializados, 20 hospitales generales (17 de los cuales se encuentran localizados en las cabeceras departamentales y 4 hospitales generales dependientes de la XVIII Región Sanitaria, Asunción), 7 hospitales materno infantiles, 33 hospitales distritales (que se encuentran ubicados en las respectivas cabeceras distritales), 105 hospitales básicos de baja complejidad y 43 dispensarios.

Las Unidades de Salud de la Familia (USF) son la puerta de entrada al sistema de salud de las personas, familias y sus comunidades (en promedio a aproximadamente a 3.500 personas cada una). A partir de ella se estructura la atención especializada, la urgente, la hospitalaria y las complementarias (farmacéutica, diagnóstica, vigilancia de salud y rehabilitación), conectadas a través del sistema de regulación médica, comunicación y transporte (PAREDES, 2020, p. 82).

Del mismo modo, según el MSPBS (2019), el IPS cubre las necesidades sanitarias de alrededor del 19,4% de la población a través de 120 establecimientos sanitarios y 2.087 camas disponibles. Dichos recursos se encuentran distribuidos en centros, clínicas periféricas y unidades sanitarias y están articulados al MSPBS por medio de convenios y acuerdos de cooperación.

[...]hay brechas importantes en la disponibilidad de camas y su distribución en el interior del país. El promedio nacional de camas en Paraguay es de 1,3/ 1.000 habitantes, indicador por debajo del promedio de Latinoamérica y del Caribe (2/100.000 habitantes). Para el año 2019, del total de camas disponibles en servicios del MSPBS y la Previsión Social, (5.784), solo el 3,6 % se encontraban en la Región Occidental. Otro dato importante es que, solo el 41,4% de las camas de Unidades de Terapia Intensiva (UTI), se encontraban en el sector público del sistema de salud (OPS, 2021, p. 14).

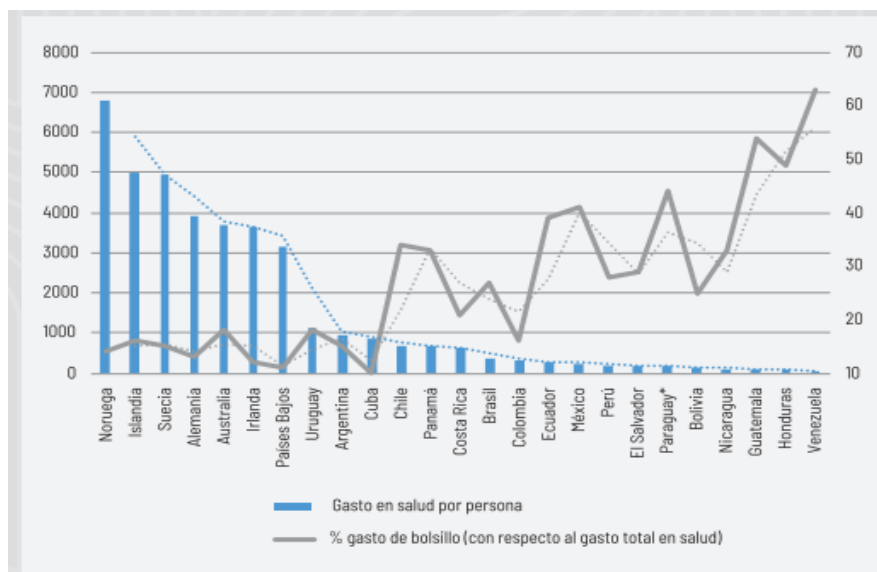
En cuanto a los recursos humanos, la pandemia se presenta en una situación desfavorable para el Paraguay, ya que de acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud - OPS (2020), es uno de los últimos países del ranking en cuanto a disponibilidad de médicos por habitantes, siendo la cifra exacta de 2,4 médicos por cada 10.000 habitantes, en contraste con la media de América Latina de 20,3 médicos por cada 10.000 habitantes. Del mismo modo, existe una situación similar de carencia con respecto al personal de enfermería en el territorio paraguayo, ya que también según la OPS (2020), solo existen 4 enfermeras por cada 10.000 habitantes, siendo que el promedio de América latina se encuentra en un total de 21,8

enfermeras por cada 10.000 habitantes, presentando una brecha abismal en la cantidad de recursos humanos y demostrando una vez más la fragilidad del sistema de salud paraguayo.

Las diferencias y desigualdades también se observan en la disponibilidad de recursos para la atención de la salud y su distribución, principalmente los trabajadores de salud que representan el recurso más valioso de un sistema de salud para implementar cualquier política de salud. Según el Panorama de la Salud en América Latina y el Caribe, publicado a principios del año 2020, en Paraguay había un médico /1.000 habitantes y 1.7 enfermeras /1.000 habitantes (según el último dato disponible). Estos indicadores se encuentran muy por debajo del promedio de los países de América Latina y el Caribe (2 /1.000 habitantes y 2,8/1000 habitantes) (OPS, 2021, p. 14).

Otro aspecto importante de resaltar es referente a la inversión del Estado en el área de la salud; de acuerdo con Serafini (2020), el Paraguay se ubica entre los países que destinan menos recursos a la sanidad pública y en contrapartida posee uno de los mayores gastos de bolsillo, esto puede ser apreciado con mayor detalle en la figura 7. Según el MSPBS (2019), para el 2014, casi la mitad (49,3%) del total de gastos en salud en Paraguay pertenecen a pagos de bolsillo, promediando un gasto de 54,5 USD. En conformidad con la OPS (2020), el desembolso público del Paraguay en el sector sanitario solo representa el 4,2% del Producto Interno Bruto (PIB), siendo que en realidad lo más recomendado es un gasto público en torno al PIB del 6%; esto con el objeto de proporcionar el derecho y la capacidad de acceder a los servicios de sanidad a la población. En este sentido, se puede afirmar que las personas son excluidas de su derecho a la salud, ya que el acceso al mismo depende en gran parte de la capacidad de pago individual o familiar, quedando evidenciada las limitaciones que posee el sistema de salud del país, hasta en su capacidad de otorgar accesibilidad a prestaciones sanitarias de calidad a las personas que se sitúan en los grupos de mayor vulnerabilidad.

Figura 7 – Inversión en Salud Percápita (en USD) y Porcentaje de Gasto de Bolsillo.



Fuente: SERAFINI, 2020, p. 7.

Hasta el 2018, la inversión en salud era de 1.815.640.132.336 de guaraníes (casi 277 millones USD), y a pesar de que dicha cifra pareciera ser alta, el gasto del Estado paraguayo en la sanidad pública presenta un estancamiento, quedando a la vista la falta de prioridad estatal en dicho sector, lo cual puede ser observado con más detalle en la figura 8. Este paulatino crecimiento del presupuesto en salud, ha llevado al Paraguay a ocupar los últimos lugares en relación a los demás Estados latinoamericanos en dicha área.

Figura 8 – Gasto real en salud pública y tasas de crecimiento anual - Paraguay.

Años	Gasto real en salud (total) Guaranies	Crecimiento anual (%)	Gasto real en salud por persona. Guaranies	Crecimiento anual (%)
2003	367.443.015.130		65.809	
2004	368.567.410.766	0,3	64.867	-1,4
2005	527.109.171.791	43,0	91.199	40,6
2006	628.978.580.750	19,3	107.018	17,3
2007	671.023.519.472	6,7	112.311	4,9
2008	600.898.246.773	-10,5	98.966	-11,9
2009	895.601.444.651	49,0	145.183	46,7
2010	979.786.274.543	9,4	156.369	7,7
2011	1.153.970.214.069	17,8	181.348	16,0
2012	1.415.245.822.162	22,6	219.043	20,8
2013	1.323.046.787.154	-6,5	201.714	-7,9
2014	1.576.211.562.844	19,1	236.767	17,4
2015	1.665.695.843.730	5,7	246.560	4,1
2016	1.705.228.956.319	2,4	248.774	0,9
2017	1.728.522.365.295	1,4	248.578	-0,1
2018	1.815.640.132.336	5,0	257.429	3,6

Fuente: Ministerio de Hacienda. Plataforma BOOST (http://168.90.176.79:8080/gastos_anual/). DGEEC. Proyecciones de población. BCP. Anexo Estadístico. apud SERAFINI, 2020, p. 9.

2.3 EJECUCIÓN DEL PLAN DE CONTINGENCIA CONTRA LA COVID-19

Como pudo ser observado en el apartado anterior, Paraguay posee un sistema de salud muy fragmentado y segmentado, el mismo cuenta con un historial de flaquezas en cuanto a la atención de las necesidades de la población, teniendo debilidades desde la infraestructura disponible, pasando por los recursos humanos faltantes, hasta la baja disponibilidad del presupuesto destinado al área de salud pública. No obstante, es importante resaltar que el Paraguay fue uno de los países que mejor manejo la pandemia en sus inicios.

En base a la Alerta Epidemiológica N.º 1/2020, —la cual fue emitida por la DGVS sobre el “Nuevo Coronavirus (2019-nCoV)”—, se recomendaba el establecimiento de medidas

preventivas y urgentes a la Administración vigente por la propagación en varios países del virus mencionado anteriormente. Por tal motivo, fue elaborado el “Plan de Respuesta Nacional al Eventual Ingreso del Coronavirus”, teniendo por objetivo la prevención, preparación y disminución del impacto negativo (morbilidad y mortalidad) de las afecciones respiratorias (incluido el Coronavirus); en el estaban establecidas las estrategias y directrices as ser aplicadas para la vigilancia, el seguimiento y control de los diversos tipos de casos (sospechosos, positivos, contacto), en dada situación de que la enfermedad ingresara al país; el mismo estaba direccionado a la mitigación de las posibles afectaciones que podría causar a la ciudadanía, la nueva enfermedad conocida como Covid-19. La coordinación, control y monitoreo del plan frente al ingreso del virus en el territorio, sería responsabilidad del “Centro de Operaciones de Emergencia” del MSPBS, que fue conformado por la Resolución S.G. N.º 76 del 28 de febrero de 2020, modificada por la Resolución N.º 121 del 26 de marzo de 2020, una vez ya se habían confirmado los primeros casos de Covid.19 en el Paraguay.

Al ser detectados los casos iniciales de Covid-19 en el Paraguay, se implementaron diversas medidas con la finalidad de evitar la propagación del virus. Dichas decisiones fueron tomadas e implementadas con el fin de evitar la circulación del virus y cuidar el desgastado sistema de salud que presentaba la nación. Una de las medidas más resaltantes fue la “disposición de la cuarentena obligatoria”, siendo el Paraguay el primer país de la región en implementar dicha norma sanitaria de aislamiento y constituyéndose como uno de los factores que ayudó a la baja propagación del virus en los primeros meses.

De este modo, fue el MSPBS quien a través del Decreto N.º 3.442 del 9 de marzo de 2020 estableció “la implementación de acciones preventivas ante el riesgo de expansión del Coronavirus”, el cual se ajustaba a las recomendaciones de especialistas en el área de la salud, pues existía la posibilidad de que la cantidad de pacientes afectados saturen la poca estructura sanitaria con la que se contaba. La misma fue complementada con el Decreto N.º 3.456 a través de la cual “se declara Estado de Emergencia Sanitaria en todo el territorio nacional para el control del cumplimiento de las Medidas Sanitarias dispuestas en la Implementación de las Acciones Preventivas ante el Riesgo de Expansión del Coronavirus (covid-19)”.

Otro documento complementario fue la Resolución S.G. N.º 90 del 10 de marzo del 2020 del MSPBS, la cual contenía las primeras medidas a ser adoptadas para frenar la transmisión del virus SarS-CoV-2, responsable de la enfermedad de la Covid-19. Entre las principales medidas se destacan:

- La suspensión de todas las actividades escolares (esto fue llevado a cabo en coordinación con el Ministerio de Educación y Ciencia (MEC) y las instituciones formativas).
- La prohibición de espectáculos y acontecimientos públicos o privados de asistencia masiva (conciertos, reuniones políticas, actividades religiosas, etc.).
- La interrupción de cualquier actividad en sitios cerrados (cines, casinos, bares, etc.).

Dichos mandatos establecían el inicio de la cuarentena temporal o parcial (comenzando a regir desde el 11 al 25 de marzo), de acuerdo al Art. 2º de la anteriormente citada Resolución S.G. 90/2020: “Las medidas dispuestas [...]serán por el término de quince días, computados desde el día de la fecha, pudiendo ser extendido en caso de ser necesario”. (MSPBS, 2020).

Del mismo modo, también caben resaltar otras disposiciones adoptadas en el marco de la prevención y mitigación de la Covid-19:

- El cierre parcial y temporal de las fronteras conforme a lo dispuesto en el Decreto N.º 3.458 del 16 de marzo de 2020.
- La prohibición del desembarque de extranjeros acorde al Decreto N.º 3.465 del 17 de marzo de 2020, condicionando la entrada tan solo por razones humanitarias mediante previo cumplimiento de cuarentena obligatoria o aislamiento.
- La implementación del “toque de queda nocturno” de acuerdo a la Resolución S.G. N.º 99 del 17 de marzo de 2020, la cual disponía la limitación de las actividades no esenciales desde las 20:00 hasta las 04:00, dicho control preventivo fue realizado con el acompañamiento de las fuerzas policiales con la finalidad de constatar el cumplimiento del mismo.

A pesar de todas las disposiciones adoptadas, el contagio se extendió por el territorio paraguay (constatando la existencia de una transmisión comunitaria), aunque en baja proporción; siendo que para frenar la propagación del virus, el Gobierno decidió endurecer las medidas sanitarias, por lo que se implementó la cuarentena total o aislamiento preventivo general (44 días) conforme al Decreto N.º 3.478 del 20 de marzo de 2020. De acuerdo con la misma, el libre desplazamiento quedó completamente prohibido —a excepción de los trabajadores de la salud y casos de necesidad como la adquisición de alimentos y medicamentos—, a pesar del largo periodo la cuarentena se prolongó hasta el 3 de mayo. De la misma manera, las fronteras que anteriormente permanecían cerradas temporalmente, restringieron de manera contundente el acceso de extranjeros al país quedando totalmente

cerrados los aeropuertos, puertos y pasos terrestres; esta medida solo regía hasta el 28 de marzo, pero al igual que la cuarentena terminó por extenderse⁴. Cabe destacar que tales decisiones se tomaron con tan solo 27 casos positivos confirmados, resaltando una vez más la precaución que las autoridades tenían por un posible colapso del sistema de salud que ya había dejado precedente en otros países del mundo. En este sentido, en conformidad con Mazzoleni (2021, p. 4) “la responsabilidad del organismo rector de la salud en Paraguay adquirió dimensiones históricas e inéditas, excediendo su ámbito tradicional y aproximándose a la concepción amplia y global de la salud pública”.

2.3.1 La Declaración del “Estado de Emergencia - Ley N.º 6.524”

Ante toda la situación generada por el nuevo virus y con la declaración de “Pandemia” por la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Estado paraguayo establece el “estado de emergencia” a través de la Ley N.º 6.524 del 26 de marzo del 2020, dicha normativa dispone medidas de carácter administrativo, fiscal y financiero. La misma se encuentra reglamentada según las normas y procedimientos contemplados en el Decreto N.º 3.506 del 31 de marzo de 2020.

En el Art. 33º de la mencionada ley, se aprobó la contratación de un préstamo por el valor de 1.600 millones de dólares, con el objetivo de utilizar tal cantidad de dinero en la financiación de las medidas de emergencia y para mitigar los potenciales efectos económicos a causa de la Covid-19. De acuerdo con Gaete (2021), en un primer momento se redireccionó 514 millones de dólares al MSPBS, es decir un 32% del total del empréstito; pero debido a varios inconvenientes en la ejecución de tales recursos el monto final que quedó a disposición del Ministerio de Salud fue de 459 millones de dólares (Fondo Covid-19), los cuales sirvieron para el fortalecimiento del sistema sanitario⁵.

El fortalecimiento del sistema de salud fue financiado en su mayor parte con los recursos que dispuso del MSPBS durante el año 2020 que ascendía a un total de Gs. 8,6 billones (UD\$ 1.239 millones), compuesto de (a) los previstos en su presupuesto regular (sin fondos COVID), que alcanzaba a Gs. 6,1 billones (UD\$ 880 millones), y (b) fondos adicionales provenientes del préstamo aprobado por la Ley N.º 6524

⁴ Quedando fuera de esta disposición la adquisición de mercaderías y productos necesarios para la subsistencia y la manutención del comercio. Información disponible en: <<https://www.mre.gov.py/index.php/noticias-de-embajadas-y-consulados/el-gobierno-dispuso-el-cierre-total-de-fronteras-hasta-el-28-de-marzo-por-la-emergencia-sanitari>> <<https://www.efe.com/efe/america/politica/paraguay-cierra-fronteras-por-el-covid-19-y-solo-permitira-ingreso-de-mercancias/20000035-4203559>> Acceso en: 30 de diciembre de 2021.

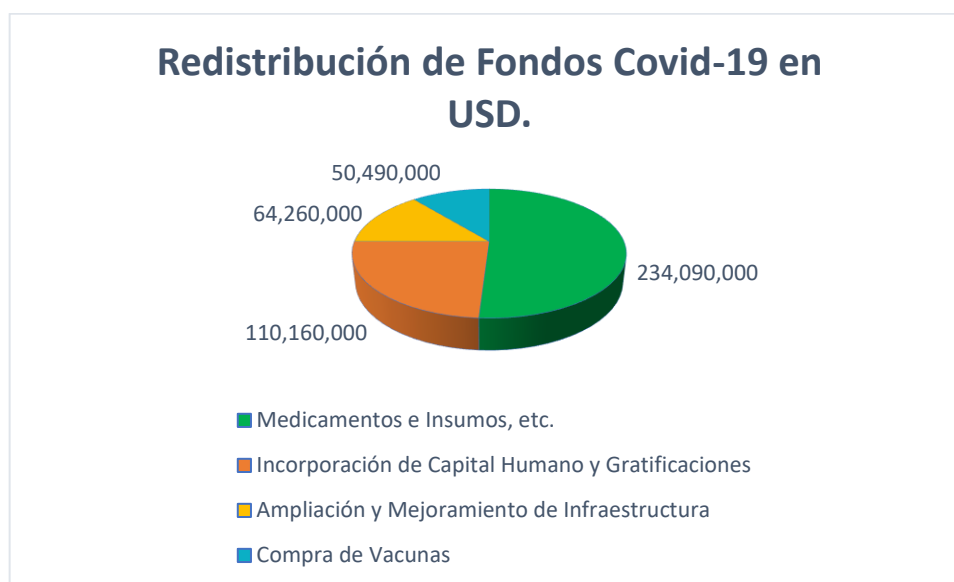
⁵ Este monto varía de acuerdo a la fuente, la OIT por ejemplo señala que fueron 416 millones USD, mientras que otros sitios sustentan que fueron 422 millones USD.

(fondos COVID) que ascendía a Gs. 3,1 billones (UD\$ 459 millones) (GAETE, 2021, p. 102).

La planificación de la distribución de los recursos obtenidos a través del préstamo por parte del MSPBS, se puede apreciar más detalladamente en el gráfico 1, quedando de la siguiente manera:

- La adquisición de medicamentos e insumos, ambulancias, reactivos, así como la tercerización de procesamientos de muestras y Unidades de Terapia Intensiva (UTI) e Internación fue beneficiada con el 51% de los recursos.
- Un 24% fue utilizado para la adhesión de recursos humanos que ayuden en la contingencia, al igual que gratificaciones para el personal de blanco.
- Para la ampliación y mejoramiento de las instalaciones e infraestructuras del sistema de salud (hospitales, pabellones de contingencia, Laboratorio Central del MSPBS, etc.) fue destinado un 14% del dinero, dichas refacciones y mejoramientos de los establecimientos se realizaron por medio de un convenio entre el MSPBS y el Ministerio de Obras Públicas y Comunicaciones (MOPC).
- Por último, un 11% fue asignado a la compra de vacunas y la logística necesaria para la refrigeración de las dosis.

Gráfico 1 – Distribución de los Fondos Covid-19 por el MSPBS.



Fuente: Elaboración Propia basado en los datos de GAETE, 2021, pp. 102-103.

Asimismo, el sistema nacional de salud fue auxiliado por medio de diversas fuentes de recursos complementarios al MSPBS. De entre las fuentes de recursos extra presupuestarios se destacan: los fondos de las entidades binacionales ITAIPU y YACYRETÁ, las donaciones de gobiernos aliados y de la cooperación internacional, así como de empresas del sector privado.

Gaete (2021, p. 103) sustenta que la gran variedad “[...]de fuentes de recursos permitieron entregar en forma física al MSPBS insumos, medicamentos, equipos biomédicos, mobiliarios, e inclusive mejoramiento de infraestructura de servicios de salud”.

El MSPBS utilizó el tiempo obtenido a través de las cuarentenas y demás medidas sanitarias aplicadas de manera anticipada, durante la prevención y contención de la propagación de la Covid-19, para fortalecer el sistema de salud tan frágil que ostentaban y el cual se vería saturado ante una pandemia, si no se hacían reformas en el mismo. Para diciembre de 2020, se aumentó al doble la cantidad de camas de terapia intensiva disponible, pasando de 308 en agosto de 2019 para más de 600 de acuerdo con la figura 9. Según la Presidencia de la República del Paraguay (PRP, 2021), en conformidad al tercer informe oficial de gestión, actualmente se cuenta con un total de 764 camas para pacientes críticos, incluyendo camas UTI y de reanimación, lo que supone una inversión de 85.400.000.000 Gs (poco más de 12 millones USD).

Hasta el año pasado, de los 1.388 establecimientos de salud del MSPyBS disponibles en el país, sólo el 15,9% disponía de salas de internación (221 unidades). En diciembre del 2019, el MSPyBS contaba con 5.784 camas, y sólo un 5,3% de camas operativas (304 camas) para terapia intensiva. Asimismo, hasta marzo de 2020, se contaba con un total de 110 médicos terapeutas disponibles para hacer frente a la epidemia de la COVID-19 (OPS, 2020, p. 15).

Figura 9 – Crecimiento de la Cantidad de Camas disponibles.



Fuente: PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA DEL PARAGUAY (PRP), 2021, p. 2.

De igual manera, la incorporación de nuevos especialistas al sistema sanitario fue un factor de gran importancia, ya que se necesitaban de bastantes recursos humanos para satisfacer las necesidades de la sociedad y brindar las atenciones necesarias que ayuden a evitar la saturación a causa de la pandemia. En conformidad con la OPS (2020), a finales del mes de junio del 2020 fueron contratados 2443 servidores, que fueron distribuidos en diferentes hospitales y centros de salud. Del mismo modo, de acuerdo a Gaete (2021), basado en un

informe de marzo de 2021 del Ministerio de Hacienda, la cantidad de nuevos contratados escaló a 7.000, de los cuales 509 especialistas fueron directamente designados para cuidados intensivos, con la finalidad de reforzar la atención hospitalaria.

Los establecimientos también sufrieron algunas reestructuraciones, con ampliaciones y nuevas obras para aumentar la capacidad de atención del sistema de salud paraguayo. Conforme al informe de gestión de la PRP (2021), en total se entregaron 15 pabellones de contingencia con 305 camas y una inversión total de 108.450.000.000 de Gs (15,7 millones USD). Además, cabe resaltar el convenio firmado entre el MSPBS y la Administración Nacional de Electricidad (ANDE) con Aceros del Paraguay S.A. (ACEPAR), para la provisión diaria de 6.000 litros de oxígeno, los mismos serán distribuidos entre los hospitales que precisen de dicho recurso y el cual es de gran demanda para la atención de los cuadros más graves de coronavirus.

Otra adquisición importante realizada fue la de los equipos e insumos a ser utilizados diariamente por el personal de blanco, tales elementos representan una inversión de 114.330.157.743 de Gs (16,6 millones USD). En conformidad a lo dispuesto en el “Tercer Informe Oficial de Gestión del 2021”, fueron compradas: mascarillas quirúrgicas, tapabocas N95, batas quirúrgicas, gorros quirúrgicos, trajes de protección, cubrecalzados, guantes, protectores faciales y protectores oculares.

[...]el MSPBS fortaleció de manera importante la infraestructura en salud durante todo el año 2020, produciéndose un aumento acelerado y extraordinario de servicios de alto complejidad y alto costo, como fue el incremento de la cantidad de camas y sus equipamientos correspondientes en las unidades de terapias intensivas (UTIs), así como la construcción de pabellones de contingencia en diferentes hospitales que incrementaron de manera importante la cantidad de camas para internación de pacientes respiratorios, la incorporación de nuevos recursos humanos asistenciales para apoyar la contingencia, y la adquisición de medicamentos, insumos, reactivos y equipamientos biomédicos (GAETE, 2021, p. 100).

Del mismo modo, otro factor importante para el combate al coronavirus son los testeos, que sirven para saber la cantidad de casos activos en el país. El Laboratorio Central de Salud Pública (LCSP), que hace parte del Viceministerio de Rectoría y Vigilancia de Salud del MSPBS fue establecido como el órgano central de referencia para poner en práctica el diagnóstico de los casos de Covid-19. De acuerdo con la OPS (2020), el protocolo implementado en el LCSP para el PCR de los diagnósticos de Covid-19 es el Protocolo Alemán, el cual se encuentra aprobado por la OMS. No obstante, debido a la centralización —en un primer momento, de las pruebas en el LCSP para detectar los casos de Covid-19 positivos— se dio una saturación y demora en la entrega de los resultados.

En este sentido, con el objetivo de fortalecer la capacidad de testeos y pruebas de COVID, se llevaron a cabo alianzas con el Laboratorio de Bioseguridad del Servicio Nacional de Calidad y Salud Animal (SENACSA), El Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud (IICS) de la UNA, además de laboratorios privados certificados con anterioridad. De este modo, según la PRP (2021), actualmente se cuenta con 14 laboratorios de biología molecular habilitados para procesar las muestras de Covid-19, los mismos fueron dotados de insumos (reactivos) y sus recursos humanos fueron capacitados para atender la gran demanda de dichas muestras, provenientes de todos los rincones del territorio paraguayo.

Se ha logrado escalar de las 30 muestras diarias iniciales a más de 9.500 que se toman y procesan en la actualidad. En este sentido, se cuenta con más de 160 servicios de salud con capacidad de toma y procesamiento de muestras, además de la habilitación de 10 puestos fijos externos a los establecimientos de salud. Hasta el momento, han sido procesadas más de 1.377.200 muestras para la identificación del virus Covid-19 (PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA DEL PARAGUAY, 2021, p. 7)

Es así, que conforme a Gaete (2021), si se hubiera seguido con las mismas condiciones en las que se encontraba el sistema nacional de salud paraguayo y no se realizaban las adecuaciones mencionadas en el sector sanitario, el mismo habría colapsado mucho antes de marzo de 2021; pues desde dicha fecha y hasta finales de septiembre se presentaron los picos más altos de la enfermedad, que sobrepasaron la capacidad de atención de los sectores tanto públicos como privados, resultando en una ocupación del 100% de las camas UTI.

En este contexto de reformas del sistema sanitario, Sandoval, De Freitas, Ferreira, Boehn y De Michele (2020) apud Olmedo & Campuzano (2020), sustentan que el gobierno debe de otorgar mayor facilidad en el acceso a la información sobre las medidas implementadas y las adquisiciones hechas en el transcurso de la crisis sanitaria, al igual que afirman que se tienen que publicar los recursos que son direccionados al sistema de salud y la manutención de sus servicios, ya que los hechos de corrupción son más frecuentes en situaciones de emergencia.

[...]debido a la emergencia sanitaria enfrentada por el virus del COVID-19 los gobiernos deben gestionar el presupuesto del sistema de salud para enfrentar la crisis; situación que conlleva a la malversación de dichos fondos y corrupción donde la gestión gubernamental es débil (KHASHANI; KOSHIMA; MFOMBOUOT; SINGH, 2020 apud OLMEDO; CAMPUZANO, 2020, p. 48).

Para el control de los recursos destinados a la emergencia sanitaria instituida en la Ley N.º 6.524/2020 se creó la “Comisión Bicameral del Congreso” a través del Decreto N.º 3.342, con el objetivo de salvaguardar la transparencia en la utilización del dinero adquirido por la Ley mencionada anteriormente. Además, visando a reforzar las medidas de control, el Poder Ejecutivo estableció una Comisión Especial de Supervisión de Compras Covid-19 (CESC). Dicho órgano tiene la función de servir de apoyo al MSPBS y a las demás entidades que presten

servicios sanitarios de carácter público, en la supervisión, control y seguimiento de los procedimientos de adquisición de insumos y servicios de vital importancia para la contención de la Covid-19; aparte de brindar los conocimientos en el estudio de la admisibilidad de las operaciones de compras requeridas a través de la vía de excepción por los organismos del Estado, revocados a causa de la urgencia derivada por la pandemia.

2.3.2 Plan de Levantamiento Gradual del Aislamiento Preventivo General “Cuarentena Inteligente”

Otra de las medidas decisivas, que sirvieron tanto como para reducir el avance del coronavirus, así como también para permitir al MSPBS continuar fortaleciendo el sistema de salud, fue la implementación de la denominada “Cuarentena Inteligente”. La misma consistía en un aislamiento general, pero con la reactivación de determinados sectores dependiendo de las fases (F1, F2, F3, F4) y la situación epidemiológica en la que se encontraba el Departamento en cuestión, es decir, dependiendo de la cantidad de casos de Covid-19 se avanza o retrocede de etapa, liberando más actividades sociales mientras más fases sean superadas.

[...]el Gobierno del Paraguay, a través del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, ha desplegado de forma progresiva y gradual, la llamada “cuarentena inteligente”, con la respectiva implementación de los protocolos para la vuelta segura al trabajo, en aras de organizar la reactivación de las actividades laborales y productivas y asegurar el regreso al trabajo en condiciones seguras y saludables (OIT, 2020a, p. 21).

La Cuarentena Inteligente tuvo su inicio el 4 de mayo con la “Primera Fase” a través del Decreto N.º 3.576 del 03 mayo de 2020. Esta disposición permitió el acceso a fábricas en general, la construcción de obras públicas, así como, obras civiles —que se encuentran realizando solamente la edificación de los cimientos y la estructura—, la prestación de servicios teniendo solamente permitido un máximo de 3 personas, además se permitieron las actividades físicas individuales y las de servicio a domicilio (delivery). La “Fase 2” fue instituida con el Decreto N.º 3.619 del 24 de mayo de 2020, y tiene su inicio el 25 de mayo del mismo año —pasados los primeros 21 días—; con esta nueva etapa se habilitaron los eventos deportivos y culturales sin público, la apertura de puestos comerciales de hasta 800m², el personal reducido en las oficinas corporativas y el sector de construcción en general. La “Fase 3” fue establecida por el Decreto N.º 3.706 del 14 de junio de 2020, y tuvo comienzo un día después (el 15 de junio) permitiendo la apertura de tiendas comerciales mayores a los 800m² (pero sin habilitar las áreas de juegos o patio de comidas) y los complejos deportivos, academias y gimnasios. Por

último, la “Cuarta Fase” fue implantada en conformidad al Decreto N.º 3.835 del 18 de julio de 2020, dicha disposición comenzó el 20 de julio del respectivo año, y la misma posibilitaba la reapertura de restaurantes, hospedajes, bares y eventos, etc.

Cabe resaltar que la secuencia de la “Cuarentena Inteligente” que fue prevista en un inicio, no pudo ser mantenida, ya que a causa del incremento de los contagios la misma se extendió hasta el 4 de octubre de 2020. Los departamentos más afectados por el avance y retroceso de las etapas del aislamiento fueron: Asunción, Central y Alto Paraná, hecho que ocasionó el estallido de manifestaciones ciudadanas con altercados entre civiles y fuerzas armadas en el este del país⁶.

Figura 10 – Resumen de las Fases de la Cuarentena Inteligente.

Fase 1 4 mayo	Fase 2 25 de mayo	Fase 3 15 de junio	Fase 4 Sin fecha de inicio
INDUSTRIAS ● Fábricas en general ● Talleres mecánicos ● Construcción: obras públicas; obras civiles en primera etapa de cimiento y estructura	TIENDAS COMERCIALES HASTA 800 m² ● Todo tipo de comercio excepto aquellos que estén aglomerados en centros comerciales y compartan espacios comunes (no podrán abrir aún los paseos comerciales, centros comerciales tipo shopping o galerías)	TIENDAS COMERCIALES CON MÁS DE 800 m² ● Sin patio de comidas ● Sin salas de juegos u otras áreas de esparcimiento ● Solo modalidad delivery	BARES
PRESTADORES DE SERVICIOS Hasta 3 personas ● Masajistas, peluqueros ● Manicuro, pedicuro, servicio doméstico, jardinero, plomero, carpintero, pintor, electricista ● Abogados, contadores, asesores	OFICINAS CORPORATIVAS ● Por grupos y turnos escalonados	COMPLEJOS DEPORTIVOS ● Gimnasios ● Academias ● Polideportivos ● Sin espectadores	RESTAURANTES
DELIVERY Y SERVICIOS DE COBRANZAS ● Todo tipo de bien o producto que pueda ser entregado o cobrado al consumidor	CONSTRUCCIÓN ● Obras civiles en general	Evaluación de medidas 2 de julio	EVENTOS
ACTIVIDAD FÍSICA INDIVIDUAL ● Caminatas, etc.	DEPORTES PROFESIONALES ● Sin espectadores	Todo lugar que requiera el ingreso de personas deberá: ● Proveer mecanismo para lavado de mano o higienización al ingreso/salida del recinto ● Exigir el uso obligatorio de mascarilla o tapaboca ● Distanciamiento físico ● Se recomienda control de temperatura	HOSPEDAJES EN GENERAL
Evaluación de medidas 21 de mayo	EVENTOS CULTURALES ● Sin espectadores		OTROS SECTORES
	Evaluación de medidas 11 de junio		Sin fecha de evaluación

Fuente: Elaborado por ABC Color, 2020⁷.

A partir del 5 de octubre de 2020 comienza la denominada “Nueva Normalidad” o “Modo Covid de Vivir” en donde la mayor cantidad de actividades se encuentran liberadas,

⁶ Los motivos por los que ocurrieron las manifestaciones fueron principalmente para criticar la gestión del Gobierno en cuanto al fortalecimiento de los hospitales públicos con los equipos necesarios para hacer frente a la pandemia, puesto que la misma fue demorada. De igual manera, las personas resaltaban su preocupación por la inactividad laboral que ocasionaba el retroceso en las fases de la Cuarentena Inteligente, puesto que afectaba directamente a la economía de la región. Información disponible en: <<https://www.abc.com.py/este/2020/07/29/se-diseminan-protestas-en-cde-contra-retroceso-de-cuarentena/>>. Acceso en: 22 de marzo de 2022.

⁷ Información Disponible en: <https://www.abc.com.py/nacionales/2020/04/29/distanciamiento-social-y-tapabocas-esenciales-en-la-fase-1-de-la-cuarentena-inteligente/> <Acceso en: 10 de enero de 2022>.

pero siempre preservando los cuidados sanitarios de prevención. Con estas disposiciones reabren las fronteras terrestres y se vuelven a reactivar los vuelos internacionales. Del mismo modo, el 20 de diciembre se dictamina la Ley N.º 6.655, la cual establece “la obligatoriedad del uso temporal de mascarillas higiénicas [...] para acudir a lugares públicos y privados” (PARAGUAY, 2020).

2.3.3 Otras Disposiciones Tomadas

Además de la salud, también otros sectores se vieron afectados a causa de la pandemia, principalmente el sector laboral fue uno de los más perjudicados, poniendo a prueba las decisiones de los diferentes gobiernos por la contraposición que generaba el coronavirus entre mantener la estabilidad económica o disminuir los casos de la Covid-19. El gobierno de la República del Paraguay prefirió centrarse en la previsión del colapso de la salud, tomando medidas drásticas para evitar el contagio masivo y dar un soporte al frágil sistema sanitario, por lo que el confinamiento fue su mejor aliado. A causa de tales disposiciones la actividad económica fue severamente afectada, resintiéndose especialmente en los sectores de transporte, comercio, hoteles y restaurantes, entre otros.

De acuerdo con la Organización Internacional del Trabajo (OIT, 2020a), la principal característica del mercado laboral paraguayo es la informalidad, siendo que hasta 2019 el 69,6% de la población ocupada se encontraba trabajando de manera informal, y de estos el 40,9% eran trabajadores por cuenta propia. En este sentido, en conformidad con la Encuesta Permanente de Hogares Continua (EPHC) citada por la OIT (2020a), la ocupación disminuyó, afectando aproximadamente a 160.000 personas. Según la OIT (2020a, p. 10), “salvo por el sector comercio y el sector enseñanza, todos los sectores observan una caída de más del 40% en el número de altas en empleo”. No obstante, luego de la República Oriental del Uruguay; Paraguay es “[...] el país con menor impacto de la crisis en la tasa de ocupación” (OIT 2020c; apud OIT, 2020a, p. 8).

Como ya fue mencionado, se realizó un préstamo de 1.600 millones de dólares apoyándose en la Ley N.º 6.524, con la finalidad de mitigar y reducir los efectos de la pandemia de la COVID-19, fortaleciendo el sistema sanitario, amparando el empleo y previniendo los cortes en las cadenas de pago. El dinero destinado a reforzar el sistema público de salud ya fue desglosado, el restante de recursos fue distribuido de la siguiente manera:

- Para el Funcionamiento del Estado (pago de salario a médicos, docentes, policías y militares, adultos mayores y Tekoporã⁸) fue destinada la exorbitante suma de 538 millones de dólares. Lo cual fue fuertemente criticado por la prensa.
- A Protección Social fue distribuida la suma de 472 millones USD, para ser utilizados en programas como Pytyvõ⁹ y Ñangareko¹⁰, así como a las ollas populares, subsidio de artistas y Empleo Formal (IPS).
- Con el objetivo de exonerar pagos de servicios públicos como ANDE y ESSAP, fueron empleados 107 millones de dólares.
- Al pago de intereses de la deuda pública se destinaron 77 millones USD.
- A las MIPYMES se adjudicaron tan solo 61 millones de dólares, siendo este uno de los sectores más afectados por la pandemia.
- Por último, para fortalecer la Terapia Intensiva del Sector Privado fueron utilizados 12 millones de USD, además de los pagos al personal del IPS con 8 millones de dólares y unos 15 millones destinados al MOPC.

Aparte de estos recursos, también se planteó ejecutar una suma de 2.500 millones de dólares a través del Plan de Recuperación Económica “Ñapu’ã Paraguay”¹¹, en donde se dispuso un nuevo préstamo de 350 millones de dólares. La OIT (2020a), afirma que el Paraguay ha hecho un gran esfuerzo fiscal —solamente tomando en cuenta los 1.600 millones USD, sin tener en consideración los nuevos planes de recuperación económica— para encarar las consecuencias causadas por la Covid-19, en relación a los demás países de la región.

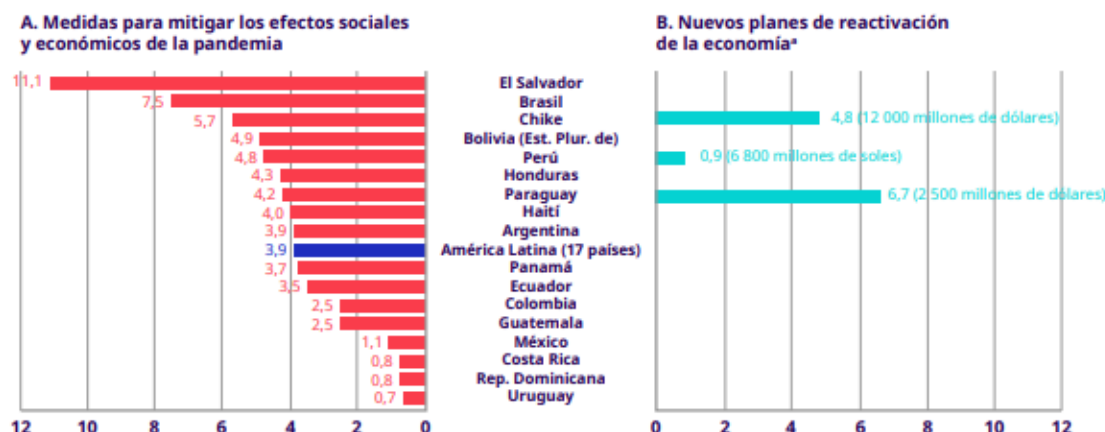
⁸ Tekoporã (palabra en guaraní que traducida al español significa “Vida Buena”), “es un programa social implementado por el Ministerio de Desarrollo Social orientado a la protección y promoción de las familias en situación de pobreza y vulnerabilidad”. Información disponible en: <https://www.mds.gov.py/index.php/programas/tekopora#:~:text=Es%20un%20programa%20social%20implementado,situaci%C3%B3n%20de%20pobreza%20y%20vulnerabilidad>. <Acceso en: 11 de enero de 2022>.

⁹ Pytyvõ (palabra en guaraní que traducida al español significa “Ayuda”), como su nombre lo indica es una “ayuda económica temporal dirigida a trabajadores afectados en sus ingresos por la Covid-19”. Esta iba dirigida principalmente a trabajadores informales o personas dependientes de Micro, Pequeñas y Medianas Empresas (MIPYMES). Solamente constaba de dos desembolsos de Gs. 548.210. Información Disponible en: <https://www.abc.com.py/nacionales/2020/04/08/todo-lo-que-necesita-saber-para-acceder-al-subsidio-pytyvo/> <Acceso en: 11 de enero de 2022>.

¹⁰ Ñangareko (palabra en guaraní que traducida al español significa “Cuidar”) es un programa ejecutado por la secretaria de Emergencia Nacional (SEN) dirigida a la población de escasos recursos y que no son beneficiarios de otros subsidios (trabajadores informales, sin RUC ni seguros social). Información Disponible en: <https://www.sen.gov.py/index.php/acciones/nangareko> <Acceso en: 11 de enero de 2022>.

¹¹ Ñapu’ã Paraguay (termino en guaraní que traducido al español significa “Levantemos al Paraguay”), es un plan que consta de reformas diseñadas para avanzar hacia una transformación del Estado paraguayo, información disponible en: <https://www.stp.gov.py/v1/gobierno-presento-plan-de-recuperacion-economica-napua-paraguay/> <Acceso en: 12 de enero de 2022>.

Figura 11 – Esfuerzo fiscal de las medidas anunciadas para enfrentar la pandemia de COVID-19, en porcentaje del PIB (América Latina, 17 países).



Fuente: CEPAL, 2020 apud OIT, 2020a, p. 14.

De esta manera, se puede notar el énfasis en las medidas subsidiarias a través de los diversos programas como Tekoporã, Ñangareko y Pytyvõ (o también el denominado Pytyvõ 2.0), los cuales están destinados a diversos sectores de la población, siendo estos los trabajadores en situación de informalidad y la población de escasos recursos principalmente. También se han destinados subsidios a los trabajadores formales que a causa de la pandemia tuvieron sus contratos suspendidos o se encontraban en reposo o aislamiento por la Covid-19 (subsidio IPS), los cuales están amparados mediante el Art. 46° de la Ley de Emergencia Sanitaria N.º 6.524/2020, teniendo como beneficiarios a 173.841 asegurados por un importe de 84.602.660 USD. Del mismo modo, se otorgaron subsidios a artistas gestores culturales o individuos cuya labor está directamente relacionada a las expresiones artísticas o culturales, en conformidad a la Ley 6.584/2020, realizando un total de 9.169 pagos lo que comprendió una suma de 5.026.000.000 Gs (alrededor de 730 mil dólares). Por otra parte, los “Subsidios Frontera” (destinados a los trabajadores que actúan en las zonas fronterizas) instituido por la Ley N.º 6.720/2021, fue destinado a más de 20.000 personas. Además, entre los meses de julio y septiembre fue exonerado el pago del 100% de energía eléctrica de los clientes cuyo consumo no debía exceder los 500 kWh, favoreciendo a 1.315.000 usuarios a través de una inversión de 333.282.034.669 Gs (48,4 millones USD). Todos los datos y son mencionados en el tercer informe oficial del del presidente Mario Abdo Benítez al Congreso y a la Nación del 2021.

Estas son algunas de las medidas sociales y económicas más resaltantes desarrolladas con la finalidad de confrontar las consecuencias ocasionadas por la pandemia a los diferentes sectores de la población paraguaya. Sin embargo, existieron varios problemas que involucraron a dichas ayudas económicas y que terminaron por demostrar las inconsistencias de las

decisiones tomadas. En primer lugar, los subsidios otorgados son del 25% del valor del salario mínimo, el cual en el 2020 era de 2.192.839 Gs y equivalentes a 355 USD, lo que nos arroja la suma de tan solo 548,209 Gs o 88,74 USD—a excepción del subsidio IPS que otorgaba la suma del 50% del salario mínimo—, y los mismos fueron desembolsados por unos pocos meses (3 o 4 dependiendo del programa). Esto nos da entender la realidad que tuvieron que atravesar las personas, que a causa de la pandemia perdieron sus fuentes de trabajo y debieron de conformarse con un subsidio que no alcanza para mucho, cambiando drásticamente su manera de vivir, debiendo de adaptarse a una nueva situación económica como consecuencia de la Covid-19. Siguiendo con la misma temática, además del bajo valor de los subsidios, también hubo una gran queja por parte de los beneficiarios de los pagos de “Pytyvõ 2.0”. Dicho mal entendido ocurrió por la finalidad o consecuencia que traía consigo recibir tal dinero, y es que, los adjudicados —principalmente trabajadores informales— quedaban automáticamente registrados como contribuyentes, siendo que la manera de evitar ese hecho, era no utilizar la suma percibida.

De acuerdo con Gaete (2021), son tres las principales fuentes que proveyeron los recursos para tratar de contrarrestar las consecuencias ocasionadas por la Covid-19 y llevar a cabo la implementación de diversos programas en diferentes áreas como parte de la contingencia a esta pandemia, dichas fuentes de recursos proceden de: a) la reasignación o repriorización de las partidas del presupuesto general de la nación; b) el uso de los fondos de reserva y/o contingencia, y por último y más importante de todos; c) la captación de préstamos y emisiones de deuda pública. El endeudamiento a pesar de ser la forma menos recomendada, para adquirir los medios necesarios que posibiliten hacer frente al coronavirus, generan una liquidez inmediata, teniendo a disposición grandes cantidades de dinero que pueden ser direccionadas a la ejecución de las políticas necesarias para confrontar la crisis.

En países de menores ingresos y menor presión tributaria, con sistemas de salud débiles, como lo es Paraguay, para responder a la pandemia y mantener el fortalecimiento del sistema de salud realizado hasta el momento, aún es necesario recurrir y depender de las fuentes de financiamiento menos recomendadas para la sostenibilidad: el endeudamiento, las donaciones y la cooperación internacional (GAETE, 2021, p. 107).

3 LA GESTIÓN DE LA VACUNACIÓN EN PARAGUAY

Además de las medidas adoptadas anteriormente, que tienen la finalidad de prevenir el contagio masivo, la vacunación es otra de las formas con las que se cuenta para disminuir la

propagación del virus. El objetivo principal de los programas de vacunación contra la Covid-19 es lograr una inmunidad de rebaño, que de acuerdo a la OMS se alcanza una vez se hayan aplicado las dosis a un 60% entre 70% de la población del país¹². De acuerdo con Casas & Mena (2021, p. 500), “[...]se calcula que se necesita tener entre un 60-72% de población inmunizada para llegar a conseguir este «escudo» poblacional”. No obstante, existen varios desafíos que los países enfrentan a la hora de la adquisición de los inmunizantes.

Una de las esperanzas que tenemos actualmente es poder disponer de vacunas seguras y efectivas para administrar a la población. Con estas vacunas se pretende conseguir la inmunidad colectiva que permita romper la cadena de transmisión (CASAS; MENA, 2021, p.500).

Uno de los factores primordiales que influyó en la compra de vacunas contra la COVID fue la “capacidad de adquisición” de los países, es decir, aquellos gobiernos de mayor renta se adjudicaron mayores cantidades de dosis, dejando a las naciones de menor renta sin la posibilidad de poder negociar por las mismas. Esto según Saiz (2021), afecta la equidad a la hora de querer adquirir los inmunizantes, ya que existe un exceso en la demanda de las vacunas contra el coronavirus que es mucho mayor que la cantidad de dosis ofertadas. “Uno de los principales retos a los que se enfrenta la humanidad tras el inicio de la pandemia de la COVID-19 es el acceso universal, equitativo y rápido a las vacunas” (SAIZ, 2021, p.1); por otro lado, aparte de los inconvenientes en la adquisición Saiz (2021, p.11) afirma que “[...] hay que sumarle los obstáculos logísticos y de distribución, pues comenzar a inocular sin la certeza de contar con una segunda dosis podría resultar inútil”.

[...]es sabida la escasez de vacunas en la mayor parte de los países y cómo las grandes potencias las acaparan: aproximadamente el 10% de las naciones concentra el 90% de las dosis. Al reparto inequitativo se suma la producción limitada y concentrada en pocos fabricantes de vacunas (GAIANO, et al., 2021 p.57).

La desigualdad en la distribución retrasó de manera drástica el comienzo de las vacunaciones en los diferentes países y regiones del mundo. Por un lado, se podía ver como las potencias mundiales como Estados Unidos, Canadá, Reino Unido, Japón, etc., pagaban mayores cantidades a las farmacéuticas con tal de ser los primeros en recibir las dosis que aún se encontraban en vías de desarrollo¹³. Según Saiz (2021), tal disparidad en la obtención de las

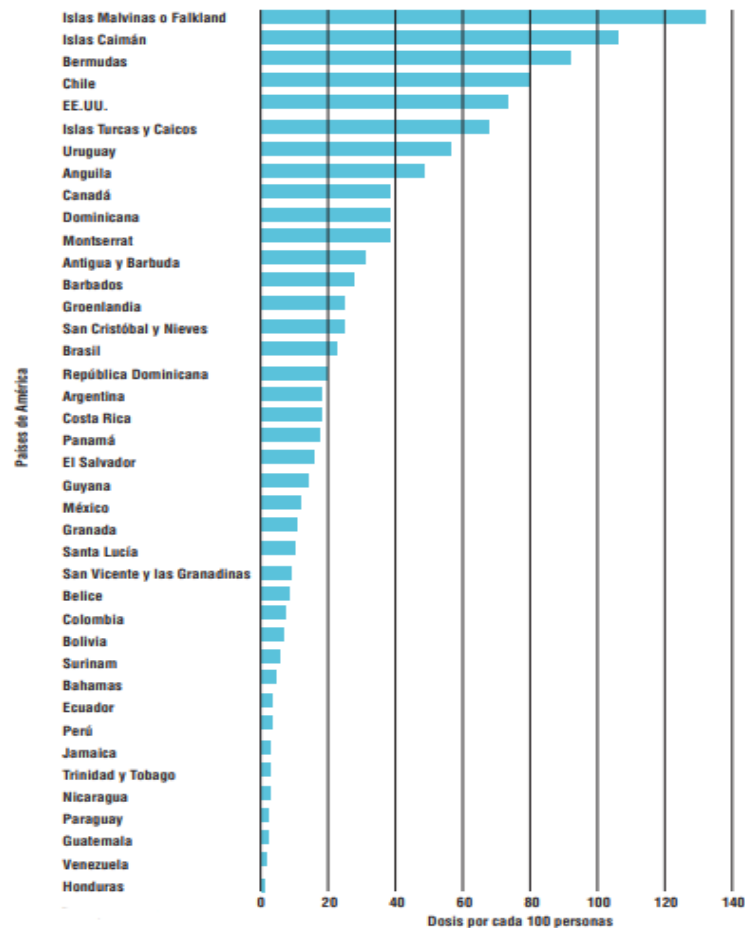
¹² “Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la inmunidad colectiva es un concepto utilizado en el ámbito de la vacunación a través de la cual se puede proteger a una población contra, por ejemplo, el Covid-19, siempre y cuando se alcance un determinado umbral de vacunación en las personas” (Redacción Médica, 2020). Información disponible en: <<https://www.redaccionmedica.com/recursos-salud/faqs-covid19/que-porcentaje-poblacion-debe-vacunarse-para-inmunidad-rebano-covid>>. Acceso en: 21 de enero de 2022.

¹³ Ciertos países adquirían cantidades mucho mayores a las necesarias, Canadá por ejemplo fue una de las naciones que realizó contratos con las empresas productoras para adjudicarse dosis por 5 veces su población.

vacunas podría ocasionar que la recuperación tanto de las economías como de las diversas regiones del mundo se desarrolle de manera más lenta y por ende muy dispareja entre las mismas.

Hasta inicios de mayo de 2021, el contexto de la región latinoamericana había sido bastante diferente en los diversos territorios, en cuanto a la vacunación se refiere, esto puede ser mayormente apreciado en la figura 12; en la misma se detallan la cantidad de vacunas aplicadas por cada 100 personas. Entre las naciones vecinas con mayores aplicaciones para esas fechas resaltaban Chile (80) y Uruguay (56,8), mientras que algunos de los países con menor cantidad de dosis suministradas eran: Honduras (0,6), Venezuela (0,9) y Paraguay (2,0), entre otros.

Figura 12 – Dosis por cada 100 habitantes al 07 de mayo de 2021.



Fuente: BBC apud PINZÓN, 2021a, p. 32.

Como se puede notar en el cuadro, Paraguay era uno de los países con menores dosis contra la Covid-19 aplicadas por cada 100 personas. Esto sumado a las debilidades en el sistema

Información disponible en: <https://www.clarin.com/mundo/canada-compra-vacunas-coronavirus-veces-poblacion_0_kQip9z2Po.html>. Acceso en: 21 de enero de 2022.

de salud tratadas con anterioridad generaban una situación desconcertante. Según Pinzón (2021a), por aquellas fechas el panorama sobre la vacunación en América Latina se presentaba bastante alarmante, ya que varios países de la región tenían un muy bajo nivel de inmunización; el autor sostenía que esto podía deberse a que los territorios con baja densidad de población y con pocos contagios y muertes, no representaban una prioridad.

Los países con menor capacidad adquisitiva se apoyaron en un primer momento en el mecanismo “COVAX” como método de adquisición de los biológicos, la cual consiste en una iniciativa a nivel mundial, con la finalidad de aumentar la velocidad de los procesos de desarrollo, producción y distribución igualitaria de las dosis de vacunas contra la Covid-19¹⁴. “El propósito de COVAX es maximizar la posibilidad de desarrollar vacunas con éxito y fabricarlas en la cantidad necesaria para garantizar que todos los países tengan acceso a ellas” (SAIZ, 2021, p. 4). Dicha plataforma buscaba brindar dosis al menos a un 20% de la población mundial, visando a suministrar 2.000 millones de vacunas hasta finales de 2021—de las cuales al menos 1.300 millones se encontraban destinadas a los países de menores recursos—, mediante acuerdos de distribución firmados con Pfizer/BioNTech, Oxford/AstraZeneca y Serum Institute of India (SII), entre otras. No obstante, surgieron varias falencias que terminaron por afectar la ejecución del ambicioso proyecto.

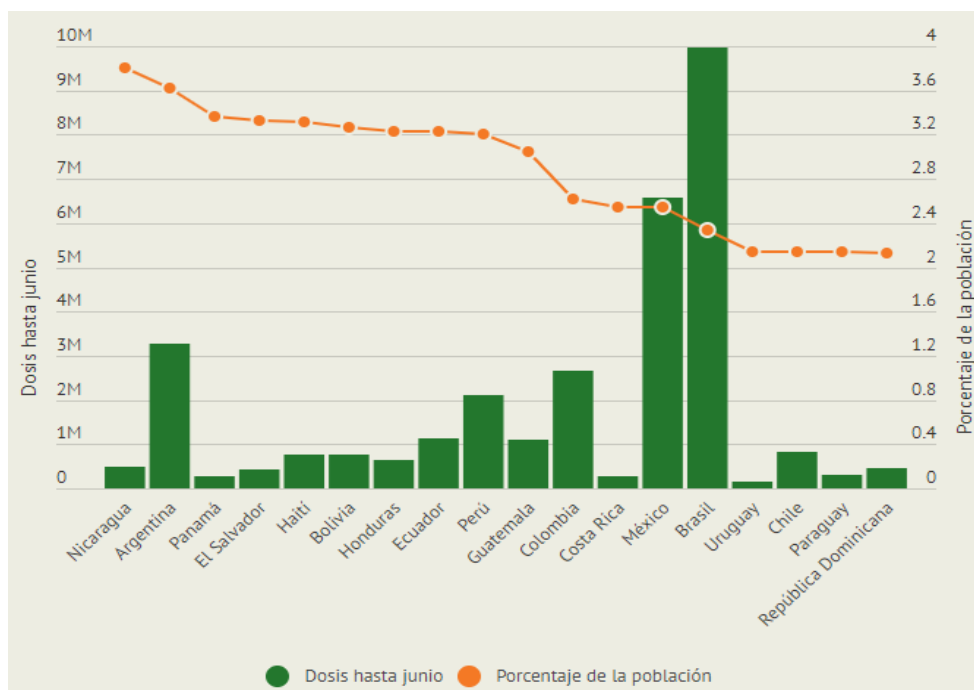
Como se viene comentando, en el inicio de 2021 se vislumbra un acceso desigual a las vacunas en el que los países de renta alta hacen uso de su posición económica ventajosa para asegurarse las dosis mediante acuerdos bilaterales con las compañías farmacéuticas. La proliferación de este tipo de compromisos pone en riesgo las iniciativas multilaterales como COVAX y, con ello, la posibilidad de un acceso universal y equitativo a las vacunas en un periodo corto de tiempo (CHALKIDOU et al., 2020 apud SAIZ, 2021, p.5).

Paraguay fue uno de los beneficiarios de COVAX, al igual que la mayoría de los países de América Latina. Sin embargo, se presentaron fallas en la iniciativa que afectaron no solamente al Paraguay, sino a los demás Estados de la región que también forman parte del proyecto. La falta de fondos fue uno de los principales problemas del mecanismo, aparte de las dificultades en los procesos de producción y distribución (debido a factores como la prohibición de exportación impuestas al Instituto de Suero de India), o el hasta el propio aumento de la demanda de los países de mayor renta, a causa del surgimiento de la variante “Delta” que derivó

¹⁴ La plataforma Covax está codirigida por la Alianza Gavi para las Vacunas (Gavi), la Coalición para la Promoción de Innovaciones en pro de la Preparación ante Epidemias (CEPI) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) que afirma que su objetivo es "garantizar un acceso justo y equitativo a las vacunas para todos los países del mundo", Información disponible en: <<https://www.redaccionmedica.com/recursos-salud/faqs-covid19/que-es-el-mecanismo-covax>> <<https://www.bbc.com/mundo/noticias-55820032>>. Acceso en: 22 de enero de 2022.

en una aplicación de refuerzo (tercera dosis), dejando de lado las necesidades de los países de menos ingreso¹⁵.

Figura 13 – Cantidad de dosis recibidas por el Mecanismo COVAX en América Latina (hasta junio de 2021).



Fuente: AS/COA, 2021¹⁶.

El mecanismo COVAX debía proporcionar suficientes vacunas para ser aplicadas al menos a 2,5% de la población en cada país. En cambio, conforme puede ser observado en la figura 13, no todos los países pudieron llegar a dicha cifra. El Paraguay fue uno de los países afectados debido a su “buena situación epidemiológica”—en comparación a los demás países de la región—; pese a ser una de las primeras naciones en contribuir con fondos para el mecanismo (desde octubre de 2020), acordando la compra de 4 millones de dosis. Como “consecuencia” de controlar de buena manera la epidemia en un primer momento y tener contagios relativamente “bajos” en contraste a las demás naciones, Paraguay solo recibió hasta marzo de 2021 la suma de 4.000 mil vacunas y se encontraba a la espera de 36.000 unidades

¹⁵ “Las autoridades del programa global respaldado por la OMS anticiparon que no podrán cumplir con la meta de entregar este año 2.000 millones de dosis de vacunas contra el Covid-19 a países en desarrollo. Debido a problemas de logística y complicaciones en la fabricación, estiman alcanzar el 70% del objetivo inicial. Las diversas organizaciones patrocinadoras del programa pidieron a los países más abastecidos que compartan sus vacunas en lugar de aplicar una tercera dosis” (France 24, 2021). Información disponible en: <<https://www.france24.com/es/europa/20210909-covax-reduce-objetivo-entrega-vacunas-problemas-logisticos>>. Acceso en: 22 de enero de 2022.

¹⁶ De hecho, actualmente aún no se cumple con la totalidad de las dosis acordadas, siendo entregadas un poco más de 2 millones de vacunas al Gobierno paraguayo. Los datos de la fueron actualizados hasta el 22 de enero de 2022. Información disponible en: <<https://www.as-coa.org/articulos/que-es-covax-y-que-significa-para-america-latina>>. Acceso en: 22 de enero de 2022.

más por parte del mecanismo (que posteriormente fueron recibidas el 19 de marzo); mientras, el país estaba atravesando por sus picos más altos de contagio desde el inicio de la pandemia y se encontraba con el sistema sanitario colapsado, lo que generó un fuerte rechazo hacia la iniciativa por parte del presidente de la república. No fue hasta finales de julio de 2021 que COVAX entregó al país alrededor de 305.000 dosis, pero a pesar de ello se encontraba lejos de las 4 (cuatro) millones de vacunas acordadas inicialmente, hecho que generó aún más críticas por parte de los mandatarios del país, aludiendo a que “el mecanismo COVAX no funcionó” (INDEPENDENT, 2021).

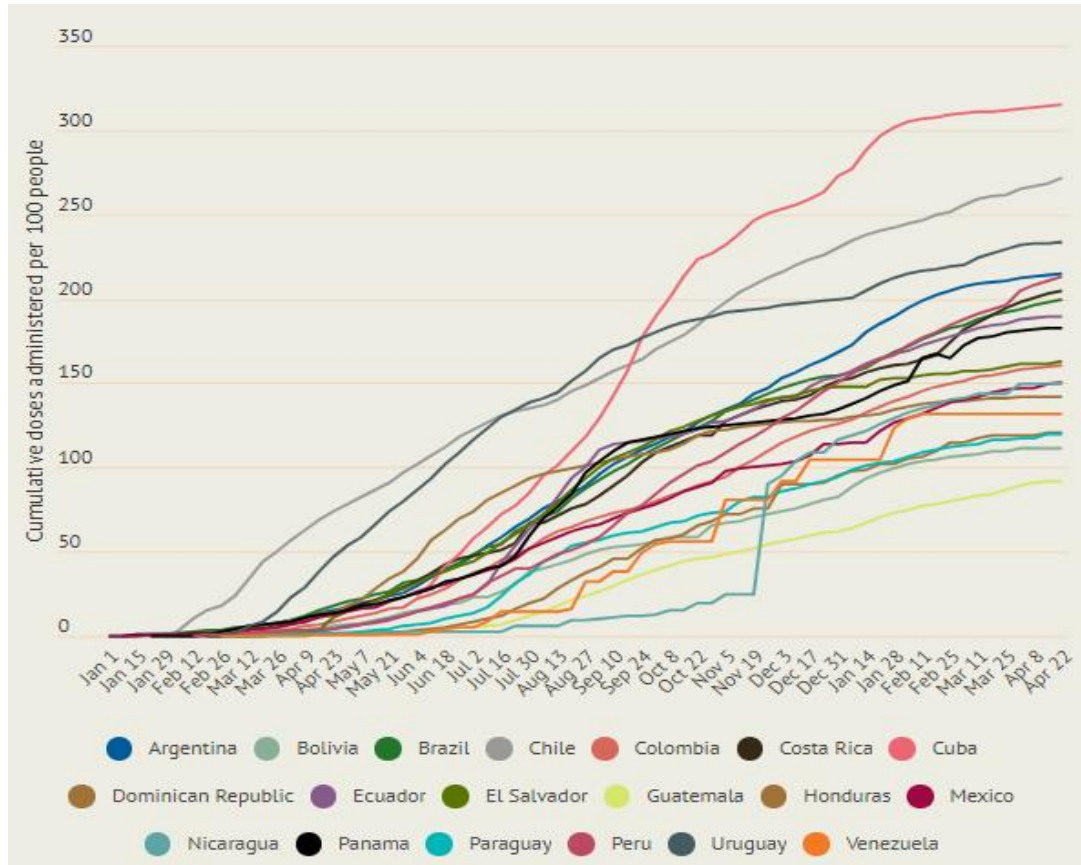
Esto solo sustenta el fracaso del acceso equitativo a las vacunas y por ende del mecanismo “COVAX”, debido a que las negociaciones bilaterales entre los Estados más ricos y las farmacéuticas terminaban por entorpecer la distribución igualitaria de las vacunas entre los demás países de menor renta¹⁷. Además, las naciones proveedoras de los biológicos, no producían las cantidades necesarias para abastecer tanto al consumo local como las cantidades acordadas con COVAX, por lo que las entregas se retrasaban o no llegaban en su totalidad a los destinos. Esto ocasionaba problemas en la planeación de los programas de vacunación de los diversos gobiernos de baja renta, que en muchas ocasiones debían de aplazar las aplicaciones de la segunda dosis, y esperar la llegada de la siguiente tanda de vacunas para asegurar el cumplimiento de las inmunizaciones en el periodo determinado. Es por ello que diversos Estados— incluyendo al Paraguay—, optaron por realizar compras directas con los distribuidores en paralelo al mecanismo COVAX, con la intención de agilizar las adquisiciones de las vacunas y dar respuesta a la delicada situación epidemiológica. No obstante, esta gestión se realizó de manera tardía; el Estado paraguayo se encontró con un mercado saturado de demandas y los demás países que negociaron la compra de vacunas con anterioridad gozaban de prioridad para la entrega de las dosis.

Actualmente se puede notar una mejoría en cuanto a la aplicación de las vacunas en Paraguay como en la región. En comparación a los datos presentados anteriormente, Paraguay paso de 2,0 vacunas aplicadas por cada 100 personas (Figura 12) a la cifra actual de 119,42 dosis administradas por cada 100 personas, en conformidad con la figura 14; en la misma

¹⁷ “Los primeros 18 meses no han ido como se esperaba. Mientras los países ricos administran dosis de refuerzo, el 98% de la población de los países de bajos ingresos sigue sin vacunar” (EL PAÍS, 2021). Información disponible en: <<https://elpais.com/planeta-futuro/2021-10-12/asi-ha-fracasado-covax-en-su-intento-de-vacunar-al-mundo-contra-la-covid-19.html>>. Acceso en: 24 de enero de 2022.

también se puede observar que Chile y Uruguay presentan más de 200 dosis aplicadas por cada 100 habitantes, mientras que Cuba ya pasó las 300/100 hab.

Figura 14 – Dosis administradas por cada 100 personas en América Latina (hasta abril de 2022).



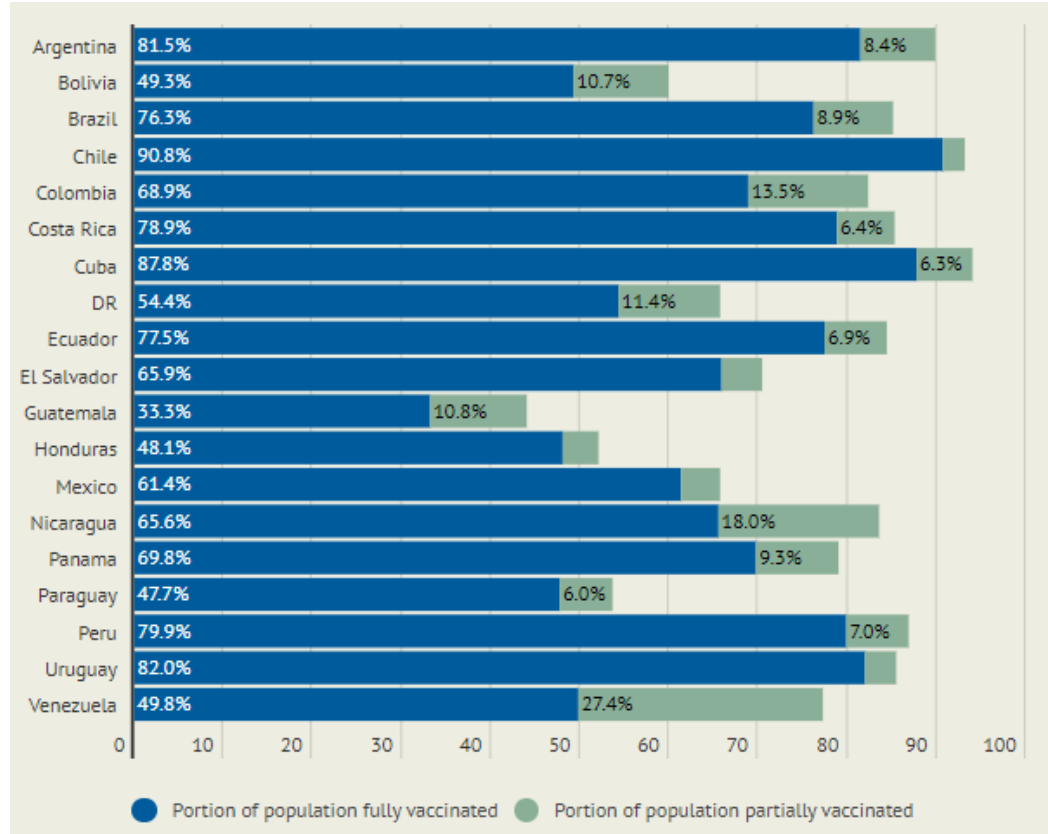
Fuente: AS/COA¹⁸.

Siguiendo el mismo orden de ideas, en la figura 15 podemos apreciar el porcentaje de la población total y parcialmente vacunada. A pesar de los avances en los programas de vacunación y a dos años de haber registrado el primer caso, la República del Paraguay se encuentra en los últimos puestos de la región en cuanto a la cantidad de vacunados se refiere, presentando tan solo un 47,7% de su población totalmente inmunizada, y nada más que el 6,0% con dosis parciales, siendo que solo se encuentra por encima de Guatemala (33,3%; 10,8%). Hasta la fecha han sido aplicadas un total de 8.765.455 dosis a los habitantes de la nación paraguaya, de los cuales 3.425.591 se encuentran completamente vacunados y 507.761 están parcialmente inmunizados, llegando así a una cifra conjunta de 3.933.352 personas vacunadas

¹⁸ Datos actualizados en 31 de mayo de 2022. Información disponible en: <<https://www.as-coa.org/articles/timeline-tracking-latin-americas-road-vaccination#chart-progress-of-vaccine-rollout>>. Acceso en: 31 de mayo de 2022.

(con al menos una dosis)¹⁹. En la figura también podemos apreciar que Chile, Cuba y Uruguay son los países que tienen los mal altos porcentajes de sus habitantes vacunados.

Figura 15 – Porcentaje de la Población Vacunada contra la Covid-19 en América Latina (hasta abril de 2022).



Fuente: AS/COA¹⁸.

3.1 DEPENDENCIAS ESTATALES ENCARGADAS DE LA VACUNACIÓN Y LEYES QUE LAS AMPARAN

En la República del Paraguay, el MSPBS es el encargado de velar por la población paraguaya en lo que respecta a su vacunación. Es a través del Programa Nacional de Enfermedades Inmunoprevenibles y PAI (Programa Ampliado de Inmunizaciones), que dicho ministerio se encarga de la rectoría referente a todos los aspectos que conllevan la inmunización de los habitantes del país. Tal competencia es fundamentada de acuerdo a la Ley N.º 2.310/2003, la cual aborda principalmente sobre “La protección infantil contra las enfermedades inmunoprevenibles” y que en su Art.1º sustenta que: el Poder Ejecutivo, a través del MSPBS “[...]dispondrá de los recursos necesarios para la adquisición y provisión gratuita

¹⁹ Datos actualizados en 31 de mayo de 2022. Información disponible en:

<https://datosmacro.expansion.com/otros/coronavirus-vacuna/paraguay> <Acceso en: 31 de mayo de 2022>.

y efectiva de las vacunas incluidas en el PAI y aquellas nuevas vacunas recomendadas por la OMS” (PARAGUAY, 2003). Además, también se ampara en la Ley N.º 4.621/2012 “Nacional de Vacunas”, cuyas disposiciones engloban a toda la población paraguaya.

Art. 1º.- La presente Ley tiene por objeto garantizar la protección de todos los habitantes de la República contra enfermedades inmuno prevenibles a través de la vacunación y de acuerdo con el Esquema Nacional de Vacunación establecido por el Programa Ampliado de Inmunizaciones, dependiente del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, el cual se aplicará de manera regular y permanente en todo el territorio nacional (PARAGUAY, 2012).

Algunas de las principales funciones desarrolladas por medio del Programa Ampliado de Inmunizaciones son:

- Planificación, programación y presupuesto.
- Adquisición y suministro de vacunas e insumos (jeringas, etc.).
- Cadena de frío y vacunación segura.
- Supervisión, monitoreo y evaluación.
- Introducción de nuevas vacunas.

A su vez, en conformidad con el Art. 7º de la Ley “Nacional de acunas”, cabe mencionar el importante papel desempeñado por el Comité Técnico Asesor de Inmunizaciones, el cual, en coordinación con el MSPBS a través del PAI, son los responsables de establecer, definir y regular las diversas normas y procedimientos referente a los diferentes elementos que integran dicho programa.

3.2 CAPACIDAD DE ALMACENAMIENTO DE VACUNAS ANTERIOR A LA LLEGADA DE LA COVID

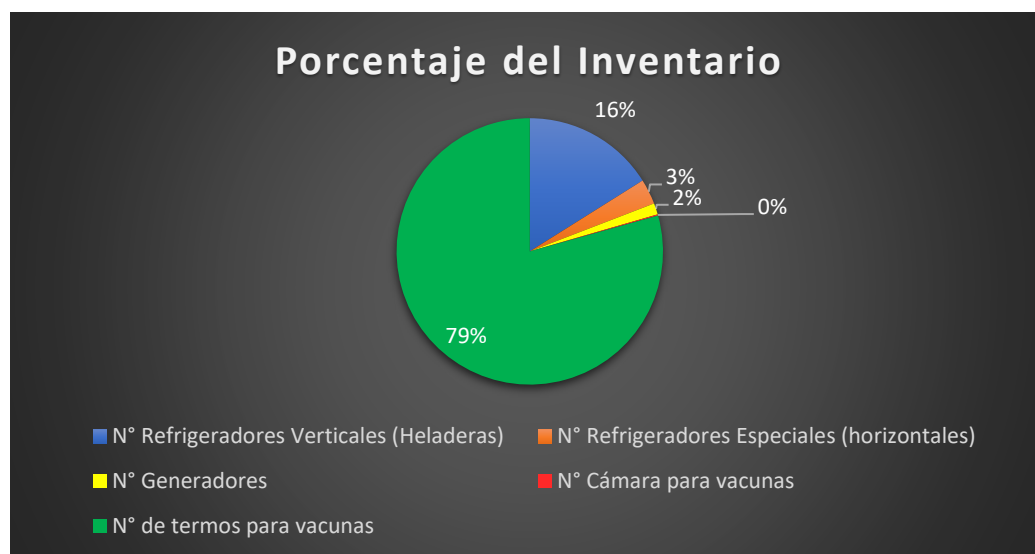
El Paraguay cuenta con uno de los mejores sistemas de refrigeración y conservación de vacunas de la región. El PAI invirtió en 2016 alrededor de 1.692.000.000 Gs (245 mil dólares) en la adquisición de refrigeradores especiales para el almacenamiento de las dosis, suponiendo un aumento del 120% en la capacidad de almacenaje a nivel nacional y representando una gran inversión en la compra de equipos de red de frío²⁰. De este modo, el país ya contaba con 12 cámaras disponibles para el almacenamiento de las vacunas, distribuidas de la siguiente manera:

²⁰“Las gestiones y el control afianzado en los últimos años del Programa Ampliado de Inmunizaciones, dependiente del Ministerio de Salud Pública, han permitido la optimización del uso de vacunas en todo el país, como por ejemplo, pérdidas que superaban el 80% hallado a finales del 2012. En la actualidad, las mismas se encuentran en rangos permitidos por la OPS y que oscilan entre el 5% y el 30% para frascos multidosis y cero

- El Centro Nacional de Vacunas (CNV / PAI): ubicado en la capital del país, con 6 cámaras a disposición 3 de las cuales pueden ser utilizadas a -20°C y las otras tres (3) restantes entre 2° y 8°C. Dicho almacén es utilizado para la recepción y posterior distribución a nivel nacional de las dosis, teniendo una capacidad de almacenaje de 5.000.000 de dosis.
- Las otras 6 cámaras restantes se encuentran en las Regiones Sanitarias de Misiones (VIII RS), Caaguazú (V RS), Alto Paraná (X RS), San Pedro (II RS) y Concepción (I RS); todas con una temperatura de conservación de entre 2° y 8°C y con una capacidad de almacenamiento de 2.850.000 en total.

Además de las cámaras, hasta el año 2020 de acuerdo con el Centro Nacional de vacunas citado por el PAI (2021), la Red de Frío contaba con un total de: 1404 refrigeradores verticales, 268 refrigeradores horizontales, 120 generadores y 6930 termos para vacunas, la misma información es presentada en el gráfico 2 para una mejor comprensión.

Gráfico 2 – Porcentaje del Inventario de la Red de Frío 2020 – Paraguay.



Fuente: Elaboración propia en base a los datos del Centro Nacional de vacunas apud PAI, 2021, p. 30.

3.3 PLAN NACIONAL DE VACUNACIÓN CONTRA LA COVID-19

“El Plan de Vacunación contra la Covid-19” fue aprobado mediante la Resolución S.G. N.º 43/2021 cuyo objetivo principal era la reducción de la morbilidad y mortalidad ocasionada

pérdidas para vacunas mono dosis” (MSPBS, 2018). Información disponible en: <https://www.mspbs.gov.py/portal/14244/paraguay-tiene-el-mejor-sistema-de-conservacion-y-refrigeracion-de-vacunas-de-la-region.html> >. Acceso en: 8 de febrero de 2022.

por el virus del SARS-CoV-2 dentro del Paraguay, a través de la vacunación y priorizando a los grupos más vulnerables. En este sentido, las vacunas a ser utilizadas para la inmunización de los habitantes del país fueron autorizada “en carácter de emergencia” por medio de la Resolución S.G. N.º 746/2020, ya que la mayoría de ellas fueron elaboradas lo más rápido posible, para paliar la situación ocasionada por la pandemia, por lo que muchas de las fases necesarias en el desarrollo de los biológicos se superpusieron a fin de acelerar el proceso. Además, el Art. 1º de la Ley N.º 6.707/2021 determinó lo siguiente: “Declarase bien público la investigación, desarrollo, fabricación y adquisición para la distribución gratuita a la población de las vacunas contra el COVID-19” (PARAGUAY, 2021).

La estrategia de vacunación seguida por la República del Paraguay fue establecida conforme al contexto en el que se vería envuelto el plan de inmunización. De esta manera, dentro del propio plan se detallan tres escenarios o etapas de acuerdo a la disponibilidad mundial de los biológicos, siendo estos:

- Escenario (Etapa 1): siendo esta la primera distribución de las dosis a los países, en donde se presenta una muy baja disponibilidad de las mismas, ya que solo alcanzaría para inmunizar entre el 1% y 10% de la población.
- Escenario (Etapa 2): en este contexto, el suministro de las dosis a los habitantes va incrementando; sin embargo, todavía se ve afectada por la cantidad de vacunas disponibles, previendo la aplicación a un 11% entre 20% de las personas.
- Escenario (Etapa 3): en donde la aplicación de los biológicos presenta una disposición moderada, llegando a más del 20% de la población.

En este sentido, el plan de vacunación fue estructurado en fases de acuerdo a la disponibilidad de las dosis que llegaban al país, estableciendo los “grupos prioritarios” a ser inmunizados en cada etapa. Fueron implementadas 3 fases (Cuadro 1) —en base a los escenarios anteriormente presentados—, cada una detallando la población a ser vacunada en la misma:

Cuadro 2 – Grupos prioritarios en conformidad a la disponibilidad de dosis.

Disponibilidad de Dosis	Grupos prioritarios
Etapa I (disponibilidad de vacunas muy limitada, para el 1%-10% de la población nacional).	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Personal sanitario que presente altas posibilidades de contraer o transmitir la enfermedad (primera línea); además de aquellos que trabajan en los laboratorios procesando las muestras; ➤ Personas de más de 60 años.

<p>Etapa II (disponibilidad de vacunas limitada, para el 11%-20% de la población nacional).</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Adultos de 18 a 59 años con enfermedad de base; ➤ Personal Docente de nivel inicial y primaria; ➤ Fuerzas Armadas, policías, militares, bomberos; ➤ Trabajadores esenciales: puntos de entrada al país, funcionarios de servicios esenciales con atención al cliente: ANDE, COPACO, ESSAP, trabajadores gubernamentales; ➤ Indígenas y refugiados.
<p>Etapa III (disponibilidad de vacunas moderada, para más del 20% de la población nacional).</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Personas privadas de la libertad; ➤ Otros trabajadores esenciales que no fueron cubiertos en la etapa II; ➤ Personas sanas, una vez cubierto los grupos prioritarios.

Fuente: Elaboración propia en base al Plan Nacional de Vacunación Contra la Covid-19.

Figura 16 – Etapas y Grupos prioritarios de la Vacunación contra la Covid-19 – Paraguay.



Fuente: Elaborado por ABC Color (2021)²¹.

Para la aplicación de las dosis, las personas debían registrarse en el sitio web del MSPBS²². Luego de la inmunización de los grupos prioritarios, la estrategia implementada para la aplicación de la vacuna anti-Covid-19 fue la de dividir a las personas por franjas etarias.

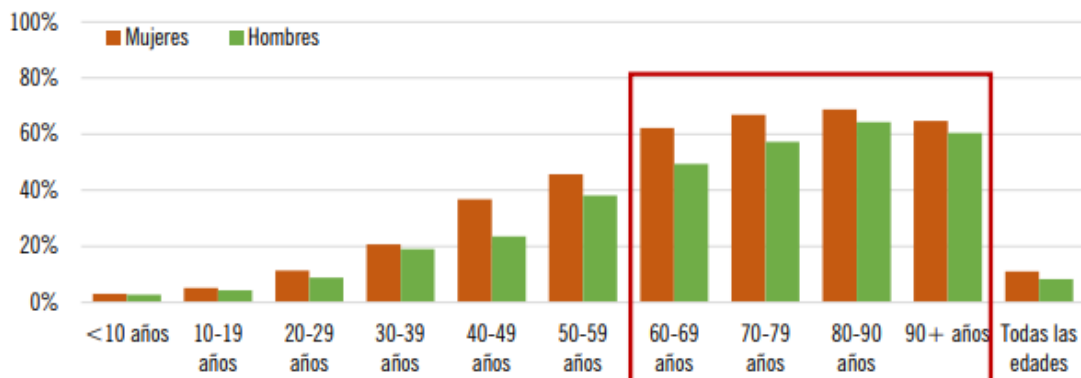
²¹ Información disponible en: <<https://www.abc.com.py/nacionales/2021/05/18/vacunacion-anticovid-si-llegan-los-lotes-comprometidos-para-este-mayo-se-vacunaria-a-toda-la-poblacion-adulta-y-se-avanzaria-a-otra-etapa/>>. Acceso en: 2 de febrero de 2022.

²² Hasta la fecha, (junio de 2022) en el sitio web se pueden constatar más de 3,8 millones de registros, entre personal de salud, la ciudadanía en general y extranjeros, para acceder a las dosis contra la Covid-19. Información disponible en: <<https://www.vacunate.gov.py/>>. Acceso en: 4 de febrero de 2022.

Además, también se utilizaron las terminaciones de las cédulas de identidad como táctica para organizar de una mejor manera la campaña de inmunización y de esta forma evitar la aglomeración en los vacunatorios.

En un primer momento, fueron inmunizadas las personas de 70 años en adelante, dicha campaña de vacunación comenzó el lunes 10 de mayo de 2021, con las personas de terminación “0 al 1” en sus cédulas de identidad—esta primera etapa se vio envuelta en controversias por la práctica de la “Vacunación VIP”, hechos que serán abordado más adelante—. Una vez, se contaron con más dosis a disposición, la franja etaria para la aplicación de los biológicos descendió a las personas de 65 años o más, la cual inició el 18 de mayo de 2021. A partir del 7 de junio de 2021, fueron inmunizadas las personas con 60 años cumplidos en adelante, y aquellas que aún no habían asistido a ser vacunadas correspondientes a los grupos etarios anteriores. Este primer conjunto de personas que fueron inmunizadas correspondía a la población de riesgo más elevado de sufrir un cuadro grave de Covid-19, o mucho peor aún, la muerte. De esta manera, vacunando a esta primera multitud se apuntaba al cumplimiento del objetivo de la campaña de vacunación, el cual consistía en reducir la morbilidad en el país.

Figura 17 – Porcentaje de población con mayor riesgo de COVID-19 grave debido a condiciones subyacentes²³, por grupos de edad y sexo. Paraguay.



Fuente: Modelo sobre condiciones de salud subyacentes para COVID-19 grave – Paraguay. Colaboración entre OPS y London School of Hygiene and Tropical Medicine (LSHTM); apud MSPBS, 2021, p. 21.

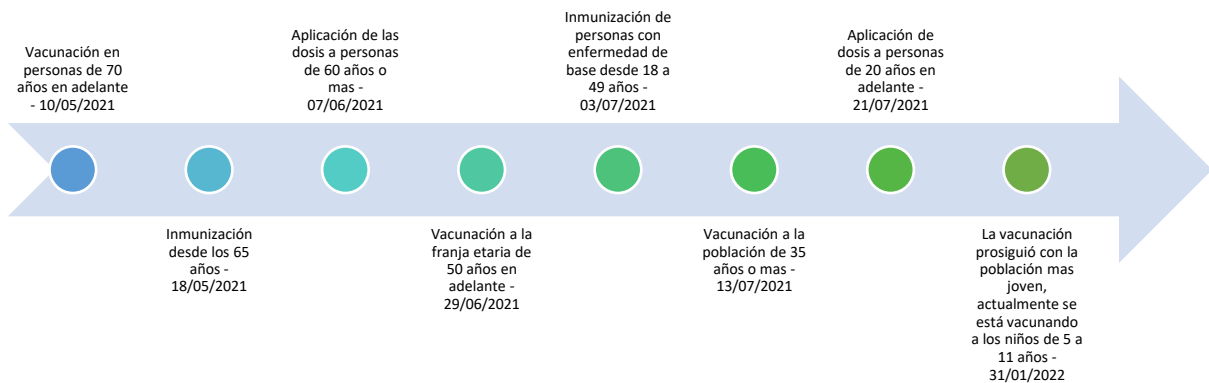
Una vez vacunados los adultos mayores, se procedió a la inmunización de las demás franjas etarias. Comenzando por los habitantes que tenían 50 años o más y teniendo como fecha de inicio, el 29 de junio de 2021. Además, con este grupo fueron inmunizadas las personas

²³ Individuos que padecen problemas de salud subyacentes tales como: enfermedades cardíacas, pulmonares o renales, cáncer, síndrome de Down, obesidad, anemia drepanocítica o diabetes. Información disponible en: <<https://espanol.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/people-with-medical-conditions.html>>. Acceso en: 4 de febrero de 2022.

desde 18 a 49 años que padecían enfermedades de base y los cuales tenían como requisito principal para acceder a las dosis, la presentación de un certificado que valide dicha condición²⁴.

Posteriormente la vacunación se extendió a personas de 35 años en adelante, esto fue ejecutado desde el 13 de julio de 2021. Luego de esto, la franja etaria descendió bastante, permitiendo la asistencia de los ciudadanos de 20 años o más a los centros de inmunización desde el 21 de julio de 2021, ya que el ingreso de la variante “Delta” amenazaba los avances de la campaña. En este sentido, se buscaba vacunar a la mayor cantidad de personas en el menor tiempo posible, puesto que este grupo era considerado el de mayor cantidad y el cual podría transmitir con mayor facilidad la nueva variante si no se tomaban las medidas necesarias. Por último, se comenzó con la vacunación de la población más joven, en un primer momento llegando a jóvenes de 12 a 17 años con patologías de base, luego habilitando la inmunización a las personas de 16 a 17 años e incluyendo a la población faltan de 18 y 19 años y unos días después a los jóvenes desde los 14 años. Actualmente se está inoculando las vacunas anti-COVID a los niños desde los 5 hasta los 11 años.

Figura 18 – Línea de Tiempo de la vacunación contra la COVID en Paraguay.



Fuente: Elaboración propia en base a la información recabada.

En este sentido, cabe destacar la planeación estratégica aplicada en la campaña de vacunación. De acuerdo con Albuquerque & Carrillo (2010), la planeación estratégica es un instrumento creado en el sector privado e implementado en la administración pública,

²⁴En este sentido se pudieron constatar varias incongruencias, tales como las solicitudes de ciudadanos desesperados por poder vacunarse, que no dudaban el requerir a sus doctores de cabecera, la emisión de dichos certificados, aun sin que estos presenten las condiciones necesarias para ser encuadrados en ese grupo. Este hecho llevó al MSPBS, recordar las consecuencias legales que suponía para los médicos, otorgar certificados falsos a los ciudadanos. Información disponible en: <<https://www.ultimahora.com/medicos-cuentan-que-les-lleven-los-pedidos-certificados-falsos-n2949049.html>> <<https://www.lanacion.com.py/pais/2021/07/02/advierten-consecuencias-legales-para-medicos-que-otorguen-certificados-falsos/>>. Acceso en: 4 de febrero de 2022.

desenvuelta principalmente en la cúpula administrativa con la finalidad de alcanzar los objetivos y metas establecidas de la manera más eficiente, aumentando la rentabilidad de las operaciones. Puesto que la disponibilidad de las dosis era limitada, debido a diversos factores que afectaron la adquisición de los biológicos, lo más racional a ser implementado fue la división del suministro de los biológicos por franjas etarias. Esta decisión fue la más conveniente, ya que a medida que se adquirían las cantidades necesarias de vacunas contra la Covid-19 para atender al resto de la población, se atendían a los grupos prioritarios o de mayor riesgo.

Planificar es la acción consistente en utilizar un conjunto de procedimientos mediante los cuales se introduce una mayor racionalidad y organización en un conjunto de actividades y acciones articuladas entre sí que previstas anticipadamente, tiene el propósito de influir en el curso de determinados acontecimientos, con el fin de alcanzar una situación elegida como deseable, mediante el uso eficiente de medios y recursos escasos o limitados (ANDER- EGG, 1991, p.25).

En cuanto a la recepción de las vacunas, fue necesario desarrollar un efectivo esquema logístico ya que las dosis requerían de una delicada conservación de la cadena de frío para su buena preservación y posterior distribución. De acuerdo con esto, las diversas vacunas anti-COVID presentan diferentes temperaturas de almacenaje, y todas se encuentran por debajo de los cero grados. La vacuna de Pfizer-BioNTech requiere de un almacenamiento entre -70 y -80°C para su preservación; por otro lado, la dosis de Moderna pasó de una conservación de -70° hasta llegar a disminuir a -20° C; como último ejemplo, otra de las vacunas más distribuidas alrededor del mundo es la denominada Sputnik V que tan solo requiere de -18° C para su manutención. Esto lleva a que los países deban contar con una buena logística para la recepción, conservación y distribución de las vacunas, siendo que una interrupción en la cadena de frío de las dosis supondría una pérdida de millones de dólares y un retraso en las campañas de vacunación.

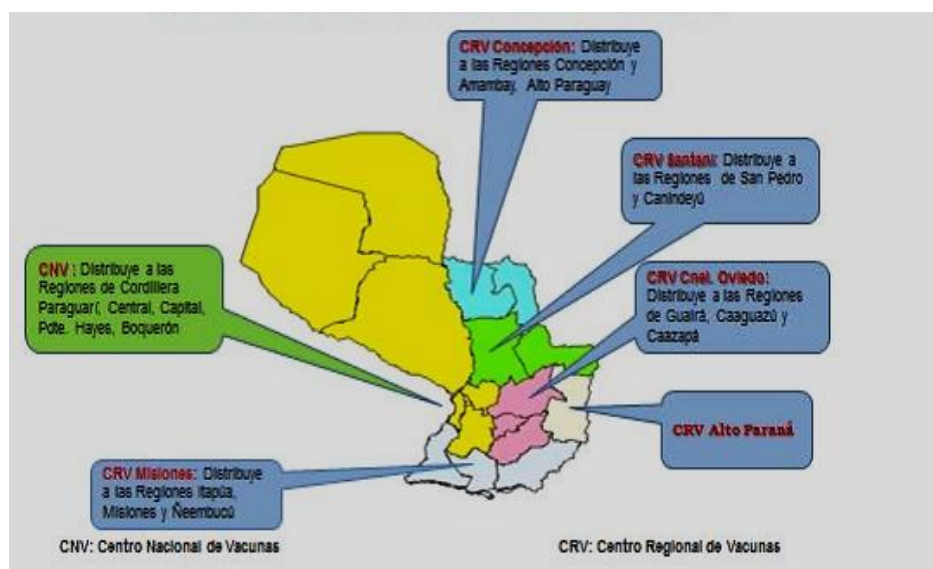
Para facilitar el correcto funcionamiento del proceso de vacunación es, por tanto, clave asegurar que el almacenamiento, la distribución y la administración de cada vacuna se realicen en condiciones óptimas que garanticen la calidad de las vacunas durante todo el proceso (PAI LINEAMIENTOS TÉCNICOS Y OPERATIVOS PNVC – PARAGUAY, 2021, p. 27).

Como ya fue mencionado anteriormente, Paraguay ya contaba con un buen sistema de recepción y conservación de vacunas, siendo uno de los mejores de la región. Además de esto, se recibieron donaciones de equipamientos por parte del gobierno de Japón en conjunto con la UNICEF a fin de reforzar las acciones de inmunización contra la Covid-19, por un valor de 700.000 dólares equivalentes a 147 refrigeradores con capacidad de aproximadamente 250.000 dosis y una segunda entrega por una suma de 58.000 dólares correspondientes a siete equipos

combinados de refrigeradores y congeladores solares con capacidad de hasta 200.000 vacunas cada uno. Del mismo modo, la OPS (Paraguay) también contribuyó al fortalecimiento de la red de frío para el almacenamiento de los biológicos anti-Covid con una inversión de 134 mil dólares referentes a equipos que permiten monitorear la temperatura de los mismos. A su vez, en conformidad con lo dispuesto en el tercer informe oficial de gestión del Paraguay 2021, por medio de la Secretaría de Emergencia Nacional (SEN), se han realizado esfuerzos para dar un mejor soporte tanto a la cadena de suministro como de inmunización, a través de la instalación y el alquiler de plataformas de almacenaje para las vacunas que pueden llegar a temperaturas de -20°C a partir de contenedores de 40 pies, los cuales fueron distribuidos en 7 regiones sanitarias del país. Todo esto con la finalidad de robustecer la capacidad de conservación de las dosis contra la COVID, y alcanzar los estándares de almacenamiento recomendados por la OMS.

Por su parte, la distribución de las dosis también precisaba de una efectiva planeación para el correcto desempeño de la campaña de vacunación. La recepción de las vacunas en el territorio nacional se encuentra a cargo del CNV (PAI), que actúa como almacén central y posteriormente distribuye los biológicos a las demás cámaras o Centros Regionales de Vacunas (CRV) de las Regiones Sanitarias (RS).

Figura 19 – Área de acción de la CNV y las CRV – Paraguay.



Fuente: PAI Lineamientos Técnicos y Operativos PNVC – PARAGUAY, 2021, p. 31.

Además, de acuerdo a la PRP (2021), actualmente se encuentran habilitados 208 vacunatorios en todo el país. Siendo que 4 de ellos se encuentran totalmente equipados y fueron estructurados para satisfacer las necesidades de vacunación masiva, ya que los mismos poseen

un eficiente sistema de circulación que promueve la rápida aplicación de las dosis en las personas. Estos vacunatorios se encuentran en: el Club de Fomento de Barrio Obrero (Asunción), en la Secretaría Nacional de Deportes (Asunción), en Av. Mariscal López (San Lorenzo) y en el Autódromo Aratirí (Capiatá); a dichos establecimientos se pueden acudir tanto en automóvil como a pie.

3.4 RECURSOS DESTINADOS A LA CAMPAÑA DE VACUNACIÓN

Como ya fue mencionado anteriormente, en conformidad con Gaete (2021), de la totalidad del préstamo de 1.600 millones USD, fueron direccionados al MSPBS 459 millones USD también denominado “Fondos Covid” y de los cuales el 11%, es decir, 50.490.000 USD se destinaron directamente para la adquisición de las dosis contra la Covid-19 y la logística necesaria para su refrigeración.

En un primer momento, la República del Paraguay solamente entablo negociaciones con la OPS a través del “Fondo Rotatorio” y en alianza con la GAVI para la compra de las vacunas a través del mecanismo COVAX, puesto que este mecanismo representaba la forma más rápida y equitativa de acceder a las vacunas para los países de menor renta. El gobierno paraguayo desembolsó alrededor de 7 millones USD, para la compra de casi 4,3 millones de dosis por medio de COVAX *facility*.

La razón por la que no se realizaron negociaciones directas de acuerdo el ex ministro de salud el Dr. Julio Mazzoleni, era porque las normas anteriores establecidas en la Ley 4.621 “Nacional de Vacunas”, solo permitían la adquisición de vacunas y jeringas por medio del Fondo Rotatorio, ya que ello representaba un beneficio en cuanto a la accesibilidad de los precios. Otra de las razones expresadas para evitar la compra directa con los laboratorios productores de los biológicos, era porque dichas farmacéuticas requerían de una “prima” o pago inicial como forma de asegurar las dosis requeridas, aunque cabía la posibilidad de que las dosis desarrolladas no alcancen los estándares de efectividad determinados por los organismos de salud, por lo que al cumplirse tal probabilidad de ineffectividad frente a la Covid-19 la inversión inicial pagada, sería un gasto perdido²⁵.

²⁵En Paraguay existe la Ley de vacunas N° 4.621, vigente desde el año 2011. En el artículo 30 expresa que el mecanismo exclusivo de compra de vacunas es el Fondo Rotatorio de la OPS, respetando dicho artículo de la Ley (MSPBS, 2020). Información disponible en: <<https://www.mspbs.gov.py/portal/21520/iquestque-hace->

Las negociaciones para la compra de las dosis, directamente con las farmacéuticas se llevaron a cabo una vez fue aprobada la Ley N.º 6.685/2020, la cual modificó los Art. 24º y 30º de la “Ley Nacional de Vacunas”, con la finalidad de autorizar la adquisición de los biológicos contra el coronavirus de forma directa y no solamente a través del “Fondo Rotatorio de la OPS”.

Para la compra de las vacunas de manera directa con las empresas productoras se contaba con un fondo diferente al “Fondo Covid”, el cual se encontraba a cargo del Ministerio de Defensa y estaba constituido por unos 90 millones USD. En un primer momento, dichas reservas estaban destinadas a brindar una respuesta en caso de catástrofes o emergencias, pero debido a la situación, el dinero fue utilizado para la negociación de las dosis contra la Covid-19 fuera del mecanismo COVAX. A su vez, el Gobierno de la República de China (Taiwán) de acuerdo con lo presentado en el “Tercer Informe Oficial de Gestión 2021”, donó a la República del Paraguay 30 millones USD, con la finalidad de que dicho dinero sea utilizado en la compra de vacunas, aumentando aún más los recursos disponibles para la obtención de los biológicos.

En conformidad con la PRP (2021), las gestiones para la obtención de las dosis contra el coronavirus están conformadas de la siguiente manera:

- Sputnik V: 1 millón de dosis.
- COVAXIN: 2 millones de dosis.
- Sinopharm: 1 millón de dosis.
- Pfizer: 1 millón de dosis.
- Vaxxinity: 1 millón de dosis (precontrato).
- Mecanismo COVAX: 4,3 millones de dosis.

Las negociaciones bilaterales con las farmacéuticas fueron anunciadas el 22 de enero de 2021, en donde el entonces ministro de salud (Julio Mazzoleni) había confirmado un acuerdo por 3 millones de dosis, correspondientes a los biológicos adquiridos de COVAXIN y Sinopharm respectivamente. Posteriormente, en febrero de 2021 se confirmó un trato por un lote de 1 millón de vacunas contra la Covid-19 elaboradas por el Fondo Ruso de Inversión (Sputnik V). Del mismo modo, en mayo del mismo año se firmó un contrato con la farmacéutica Pfizer para la adquisición de 1 millón de dosis de sus vacunas contra el coronavirus, dicha compra se realizó con el apoyo logístico de la “Distribuidora La Policlínica”, ya que las vacunas Pfizer, como fue resaltado anteriormente, necesitan de una red de frío muy por debajo de la

[paraguay-para-adquirir-vacuna-contra-el-covid-19.html](#)> <<https://www.mspbs.gov.py/portal/22286/lo-que-hay-que-saber-sobre-la-compra-de-vacunas-contra-covid-19.html>>. Acceso en: 15 de febrero de 2022.

capacidad con la que cuentan las cámaras de la CNV, por lo que el almacenamiento y la infraestructura logística de las dosis estaría a cargo de la distribuidora ya mencionada. Además de esto, el 27 de julio de 2021—posterior al tercer informe de gestión presentado por el presidente Mario Abdo Benítez—, por medio del actual ministro de salud el Dr. Julio Borba, se anunció un nuevo acuerdo por 1 millón de dosis más de la vacuna Pfizer.

3.5 DEFICIENCIAS Y VIRTUDES DE LA CAMPAÑA DE VACUNACIÓN

Una de las principales virtudes de la campaña de vacunación en Paraguay, fue que contaba con una buena Red de frío incluso antes de la pandemia. Esto favoreció a que los contratiempos en dicha área sean de las menores preocupaciones, de igual manera la cadena de frío fue reforzada para poder almacenar las dosis contra la COVID que necesitaban de una conservación especial a muy bajas temperaturas (entre los -18 y -70). Del mismo modo, también se realizaron colaboraciones con empresas privadas que pusieron a disposición del gobierno toda su infraestructura logística, para la recepción, almacenamiento y distribución de las vacunas Pfizer.

Otra de las fortalezas, a ser resaltadas es el capital con el que se disponía para llevar a cabo el plan de vacunación, específicamente la compra de vacunas. El mismo consistía en alrededor de 170 millones USD, el cual estaba conformado por: a) los recursos destinados directamente a la adquisición de las dosis, proveniente del préstamo de 1600 millones USD; b) el fondo de emergencias a cargo del Ministerio de defensa; y c) la donación recibida de Taiwán. Esto dotaba a las autoridades de un decente poder adquisitivo, destinado a la inversión en la obtención de los biológicos necesarios, para cubrir las necesidades de la población paraguaya.

Por último, también cabe destacar la planeación estratégica aplicada en el plan de vacunación. Ya que dicha campaña contemplaba entre sus posibles contratiempos, la baja disponibilidad de dosis a causa de la poca oferta y la gran demanda por las vacunas. Esto llevo a que se definieran los grupos de personas que accederían a los biológicos en un primer momento, de acuerdo a las existencias con las que se disponían y las posibilidades de riesgo de las personas en transmitir o padecer de complicaciones a causa de la enfermedad. En este sentido el personal de blanco de primera línea y los adultos mayores fueron los grupos beneficiados en la primera etapa, con la finalidad de reducir los contagios y la mortalidad. Una vez inmunizados los grupos prioritarios, se comenzó con la aplicación de las vacunas a toda la población paraguaya, en donde también se aplicó una estrategia (división por franjas etarias), esto con la

finalidad de evitar la saturación de los vacunatorios y contar con el tiempo suficiente para ir reponiendo el stock de dosis. Es de esta manera que se puede notar la importancia de la “planeación estratégica”, que dentro del área pública puede hacer una amplia diferencia entre en suceso y el fracaso de un proyecto.

En la planificación estratégica, [...] se utilizan “procedimientos estratégicos”, en los que interesa, de manera particular, la direccionalidad del proceso (mantener el arco direccional para alcanzar determinadas metas y objetivos) y ajustar tanto cuanto sea necesario, y según la intervención de los diferentes actores sociales, la trayectoria del proceso de planificación en su realización concreta. [...] Se parte de una situación inicial (resultado del diagnóstico) y se establece una trayectoria (arco direccional) hacia la situación objetivo (a lo que se quiere llegar mediante el consenso entre diferentes actores sociales) (ANDER-EGG, 1991, p.51).

No obstante, la campaña de vacunación en Paraguay también ha atravesado varios altibajos que marcaron precedencia en el contexto de la pandemia que afecta al mundo. La ejecución del Plan de Vacunación contra la Covid-19 se vio afectada por varios hechos que retrasaron la inmunización de los habitantes del país, y es que no todo lo que se plantea sobre el papel generalmente termina ocurriendo de acuerdo a lo estipulado, debiendo adaptar día tras día las tácticas para alcanzar las metas deseadas, es lo que denominamos “Planeación Estratégica”.

Uno de los principales sucesos que incidieron en la campaña de vacunación en Paraguay, fue la escasez de las dosis contra la COVID. Como fue mencionado, esto ya se encontraba estipulado en el plan de vacunación, ya que se manejaba que la demanda mundial por los biológicos iba a ser mucho mayor que la oferta de los mismos. Sin embargo, la pandemia se hizo sentir en gran medida durante los primeros meses de 2021. El colapso sanitario desplazó la eficiente gestión realizada durante el primer periodo de la pandemia, evidenciando una carencia en la salud pública del país, con pacientes en estado crítico esperando por la liberación de camas de terapia intensiva en los pasillos de los hospitales y todo esto sumado a la falta de vacunas contra el coronavirus. Tanta era la insuficiencia de las dosis, así como la inequidad en su distribución, que el 19 de marzo de 2021 Paraguay recibía su primer lote de vacunas contra la Covid-19 a través del mecanismo COVAX, accediendo a una cantidad irrisoria de apenas 36.000 unidades de los inmunizantes.

Esta situación de falta de vacunas también se debió en parte a la ineficiencia e ineficacia del gobierno de turno, y de las autoridades responsables que se quedaron de brazos cruzados a la hora de proponer otras alternativas diferentes a COVAX como formas de adquisición de los biológicos. Toda esta circunstancia de contagios masivos y gran número de fallecidos, con el sistema de salud colapsado, escasez de medicamentos e insumos necesarios para los pacientes

internados, y por sobre todo la carencia de las vacunas contra el coronavirus, desembocó en el hartazgo ciudadano expresado a través de protestas y manifestaciones que llevaron a la renuncia del Dr. Julio Mazzoleni a su cargo como ministro de salud.

Del mismo modo, cabe resaltar el descontento sobre la eficiencia del mecanismo COVAX, ya que en junio de 2021, periodo donde el Paraguay estaba sufriendo los picos más altos de contagios y muertes por Covid-19, las propias autoridades— en este caso la “Cámara Baja” (Diputados)— solicitaron el reembolso del dinero invertido en el mecanismo antes mencionado, por las bajas cantidades de dosis entregadas, resaltando el fracaso de este sistema²⁶. Esto demuestra, la frágil gobernabilidad del Estado paraguayo, el cual no contaba con representantes capaces para enfrentar una problemática de dicha magnitud, y sin las nociones necesarias para proporcionarles a los habitantes del país la seguridad y la atención a sus necesidades, generando una sensación desconcertante, navegando en un barco sin rumbo.

Otro de los problemas en los que se vio envuelta la campaña de inmunización en Paraguay fue la denominada “vacunación VIP”. De acuerdo con Saiz (2021), esta situación fue llamada de este modo, debido a que funcionarios que ocupaban altos puestos dentro del órgano público utilizaban su cargo con el propósito de “saltarse” las filas de vacunación, inmunizando además a familiares y amigos. En el caso paraguayo, la “vacunación VIP” se dio a modo de que las personas que gozaban de dicho privilegio, omitían las normativas del plan de vacunación y no respetaban la división por franjas etarias, inoculándose en el periodo que no les correspondía²⁷. Dichos acontecimientos fueron investigados por la fiscalía y el ministro de salud, Julio Borba dio a conocer que en caso de confirmarse los hechos irregulares que no estén de acuerdo con las directrices del plan nacional de vacunación, los responsables serían debidamente sancionados. No obstante, esto corrobora nuevamente la fragilidad y desconfianza

²⁶A instancias del diputado Hugo Ramírez (ANR-Capital), Sobre Tablas, el pleno de la Cámara Baja dio aprobación a un proyecto de declaración “Que insta al Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, a generar los mecanismos pertinentes a los efectos de conseguir el reembolso del dinero invertido en el mecanismo COVAX” (Congreso Nacional, 2021). Información disponible en: <http://www.diputados.gov.py/index.php/noticias/mecanismo-covax-istan-al-poder-ejecutivo-gestionar-reembolso-del-dinero-invertido> >. Acceso en: 21 de febrero de 2022.

²⁷ Uno de los casos más sonados sobre este tipo de hechos fue el de la ex Senadora Mirta Gusinky, que primeramente negó haber sido vacunada fuera de tiempo, pero que luego de confirmarse que se le fue aplicada la dosis contra la Covid-19 estando fuera de la franja etaria correspondiente, renunció a su cargo debido a la presión social Swissinfo.Ch (2021a). Información disponible en: <https://www.swissinfo.ch/spa/coronavirus-paraguay-paraguay-contin%C3%BAa-con-la-vacunaci%C3%B3n-en-medio-de-esc%C3%A1ndalo-de-inmunizaci%C3%B3n-vip/46590384> >. Acceso en: 21 de febrero de 2022.

que denotan los estamentos gubernamentales que privilegian a los ciudadanos con cargos de poder y no miden con la misma vara a toda la población.

Además de lo ya mencionado, durante la primera etapa de vacunación donde los beneficiarios eran los mayores, se presentó una circunstancia de preocupación en los mismos por el hecho de la poca información y el temor hacia los efectos secundarios que podría causar las vacunas contra la COVID. Esto estaba acompañado por las “fake news” que eran difundidas por las redes sociales (WhatsApp, Facebook, etc.), a lo cual se denominó “infodemia”, pues las noticias ocasionaban una mayor desinformación y desconfianza en la población, generando la poca afluencia de las personas (adultas) a los vacunatorios en Paraguay, lo cual retrasaba la inmunización y los plazos establecidos en el plan de vacunación.

De esta manera se han presentado por encima, algunas fortalezas y debilidades encontradas en la campaña de vacunación contra la Covid-19 en Paraguay. Dichos sucesos han afectado el desarrollo del plan de inmunización; sin embargo, existen otros hechos que deben ser tratados separadamente por su relevancia e influencia en la eficiencia de la aplicación de las dosis contra la COVID a la población paraguaya. Los mismos serán profundizados en los siguientes capítulos.

3.5.1 Gestión Interna

3.5.1.1 *El Bajo Desembolso de Dinero por las Dosis*

La lucha por la compra de las vacunas ha sido todo un reto para los gobiernos que buscaban proporcionar una solución a la conmoción ocasionada por el coronavirus. La adquisición directa con las farmacéuticas se ha visto envuelta en una serie de problemas por parte de los países con menor renta, ya que aquellos Estados más ricos acaparaban la poca oferta que existía de los biológicos, generando una inequidad en la distribución de las dosis. “La distribución de vacunas va a seguir el mapa de las desigualdades globales” (MARDELL, apud MALAMUD; NÚÑEZ, 2021, p. 5).

Las dosis contra la COVID ofertadas en el mercado son diversas y las mismas cuentan con una variedad de precios que influyen a la hora de la negociación. De acuerdo con Malamud & Núñez (2021), al momento de colocar un precio a la compra de las vacunas, no solamente se debe tener en cuenta el costo por cada unidad, sino que también se debe llevar en

consideración el monto a ser direccionado en la distribución y aplicación de las mismas (proceso de vacunación). A pesar de que los contratos para la adquisición de las dosis presentan “cláusulas leoninas”²⁸, en donde se resguardan la confidencialidad de los precios de compra (entre los países y los laboratorios productores), en un primer momento se llegaron a proporcionar ciertos costos por dosis de algunas de las vacunas más utilizadas para el combate contra la Covid-19²⁹:

- La vacuna estadounidense de Moderna: 25 a 34,41 USD por dosis.
- La vacuna china del Laboratorio Sinovac (Coronavac): 27,75 a 60 USD por dosis.
- La vacuna de Pfizer: 18,87 USD por dosis.
- La vacuna rusa (Sputnik V): 8,88 USD por dosis.
- La vacuna de Johnson & Johnson: 8,88 a 20 USD por dosis.
- La vacuna de Oxford y AstraZeneca: 3,33 USD por dosis.

Sin embargo, los precios de las vacunas varían de acuerdo a las fuentes, ya que los costos de adquisición se encuentran resguardadas por los contratos firmados. En este sentido, Malamud & Núñez (2021) sustentan que la fragmentación de América Latina ha ocasionado que se establezcan una gran variedad de acuerdos con diversos laboratorios. Del mismo modo, sostienen que tanto el tiempo de negociación para la adquisición de las dosis, así como el inicio de las campañas de vacunación se han desarrollado en momentos diferentes.

A la vista de la menor oferta respecto a la demanda, resulta de interés la diferencia en el precio entre unas y otras, que oscila entre 1-4 dólares de la dosis de Bharat Biotech, AstraZeneca-Oxford y Cansino, a los 77 dólares de Sinopharm, con una media de 15 dólares/dosis (SAIZ, 2021, p. 10).

En este contexto, en donde la cantidad de vacunas ofertadas era mucho menor a la demanda del mercado, la puja por las dosis fue lo que ocasionó el desequilibrio en la compra de las mismas, ya que aquellos países que ofrecían un mejor pago por los biológicos —que en muchas ocasiones aún se encontraban en fases de pruebas—, eran los que tenían una condición de preferencia a la hora de la entrega y distribución de dichas dosis por parte de las farmacéuticas. “La nota dominante ha sido el bilateralismo, en lugar de una respuesta

²⁸ Las cláusulas leoninas o también conocidas como abusivas son una estipulación contractual no negociada individualmente que causa un desequilibrio importante en cuanto a derechos y obligaciones derivados del contrato, en perjuicio del consumidor. Información disponible en: < <https://dpej.rae.es/lema/cl%C3%A1usula-abusiva>>. Acceso en: 1 de marzo de 2022.

²⁹ Estos datos fueron extraídos de las siguientes páginas: Redacción Médica y Deutsche Welle. Información disponible en: <<https://www.redaccionmedica.com/recursos-salud/faqs-covid19/cual-sera-el-precio-de-la-vacuna-del-coronavirus>> <<https://www.dw.com/es/cu%C3%A1nto-costar%C3%A1-la-vacuna-contra-el-coronavirus-en-am%C3%A9rica-latina/a-55899372>>. Acceso en: 1 de marzo de 2022.

coordinada y multilateral. Esto genera muchas diferencias a la hora de adquirir las vacunas y comenzar a aplicarlas” (MALAMUD; NÚÑEZ, 2021, p. 1).

En Latinoamérica también se dieron estas pujas para la compra de las vacunas contra la Covid-19. De hecho, dos de los países latinoamericanos, Chile y Uruguay, ambos situados en el tope con los mejores porcentajes de vacunación en la región, el primero con 90,8% y el segundo con el 82% de sus habitantes totalmente vacunados (en conformidad con la Figura 15), desembolsaron mucho dinero en comparación al Paraguay por las dosis anti-COVID.

[...]el proceso de vacunación desarrollado en cada país ha evidenciado la fragmentada realidad regional [...] pues la fragmentación regional ha acrecentado las desigualdades ante el acceso por diferencias de negociación y su red de relaciones internacionales diversificada (HELFMANN, 2021, p. 99; 105).

Chile por ejemplo pagó en promedio 11,5 USD por la “Coronavac”, equivalentes a 173 millones de USD por la compra de 15 millones de dosis (según Interferencia, 2021). Además, Federico Gonzales (Asesor de Asuntos Estratégicos de la Presidencia del Paraguay), admitió que el país cerró tratos para la compra de vacunas por un menor porcentaje de dinero en comparación a Chile. De acuerdo con el relato del funcionario paraguayo (para ABC Color), el Estado pagó tan solo 6 USD por las mismas vacunas a la misma farmacéutica, y el país trasandino llegó a abonar la suma de 30 USD por los biológicos. Este mayor desembolso de dinero por las dosis incide a la hora de la distribución de las mismas por parte de los laboratorios, ya que se tiende a dar preferencia a aquellos gobiernos que pagaron más. Del mismo modo, de acuerdo con La Diaria (2021), Uruguay tampoco queda fuera de este suceso, ya que el gobierno uruguayo sufragó entre 10 y 50 dólares por las diversas vacunas. Dicho Estado realizó un pago de 9.765.000 USD por 192.000 dosis a Sinovac, lo cual corresponde a 50 dólares por dosis —en la segunda compra a la misma farmacéutica se logró reducir el costo a tan solo 10 dólares—, y otros 9.009.000 USD al laboratorio estadounidense Pfizer por un total de 200.000 vacunas, lo que arroja un precio de 45 USD por cada biológico.

Esto resalta una evidente competencia en el acceso a las vacunas, pero a la vez denota una búsqueda de un mejor costo por parte del gobierno paraguayo en la compra de las dosis; que en esta situación de crisis y emergencia puede tener una connotación de “regateo de precios”, puesto que los demás gobiernos—Uruguay y Chile como ejemplos—, comprendieron mejor la premura de la ocasión y no escatimaron gastos, ya que actuaron con la finalidad de cubrir la necesidad de sus ciudadanos, llevándolos a presentar una mejor condición en cuanto a la vacunación contra la Covid-19.

3.5.1.2 Los Errores Administrativos y su Relación con la Corrupción

Paraguay fue uno de los últimos países en comenzar a gestionar las compras de vacunas de manera bilateral con las empresas privadas encargadas de su producción. En conformidad con lo sustentado por Malamud & Núñez (2021), mientras algunos países—como México y Chile—, comenzaron sus campañas de vacunación en enero de 2021, otros países como el Paraguay—para las mismas fechas citadas— todavía no habían realizado ningún tipo de acuerdo con los diversos laboratorios, con la finalidad de garantizar su acceso de manera anticipada a las dosis.

Esta gestión tardía en parte fue culpa de las normativas anteriormente vigentes que impedían la adquisición de los inmunizantes por otras vías diferentes a las del Fondo Rotatorio de la OPS, y por la desconfianza de las autoridades de turno que se remitían a la “falta de garantía” de los laboratorios como una posible causa de riesgo en la inversión de los recursos públicos. Sin embargo, al no obtener una respuesta satisfactoria por parte del mecanismo COVAX en cuanto a la distribución de los biológicos e inmediatamente después de haber modificado las barreras legales, la puja por la obtención de las dosis ya se había tornado más competitiva.

COVAX Facility representaba para Paraguay y otros diversos países, la posibilidad de acceder de manera ágil y equitativamente a las vacunas contra la Covid-19, era la “carta ganadora” del Estado paraguayo para la obtención de un insumo de vital importancia en la lucha contra el avance del coronavirus. No obstante, la capacidad de este mecanismo se vio inminentemente rebasada por la cantidad excesiva de las dosis demandas en comparación a las producidas por los laboratorios, y todo quedó en una utopía. A pesar de ello, el Gobierno paraguayo tampoco estuvo exento de ciertos fallos administrativos que, en vez de colaborar a la eficaz gestión de la compra, terminaron por complicar y de cierta manera manchar dicho procedimiento.

La negligencia ocurrió en los pagos que el Paraguay debía realizar por las vacunas, dicha transferencia de dinero debía ser realizada a la cuenta de la OPS/OMS —la cual era la responsable de gestionar la provisión de las vacunas por parte de COVAX—; sin embargo, la suma de más de 6,8 millones USD fue abonada a la cuenta bancaria de la GAVI. A pesar de que se recibieron orientaciones por parte de la Organización Panamericana de la Salud, de que el dinero debía ser depositado a la cuenta de la OPS/OMS y no a la Fundación GAVI, esta

equivocación volvió a suceder con un segundo desembolso que el Estado Paraguayo realizó en función de la entrega de las dosis por un monto mayor a los 2,8 millones USD (según El Independiente, 2021). De acuerdo con el MSPBS (2021), THE VACCINE ALLIANCE (GAVI) reintegró el dinero, pero el tiempo perdido a causa de estos errores fáciles de evitar, contribuyeron de nueva manera al retraso de la llegada de las vacunas y por ende al tardío inicio de la campaña de vacunación. Este fallo administrativo fue uno de los puntos argumentados en el “Libelo Acusatorio”³⁰ que la oposición había presentado para impulsar el segundo “juicio político”³¹ al presidente de la república Mario Abdo Benítez, proceso que posteriormente fue frenado.

La corrupción también fue otro de los puntos abordados en el documento que pretendió encaminar la destitución del actual presidente del Paraguay, y es que de acuerdo a Olmedo & Campuzano (2020), en los países sudamericanos se han desarrollado hechos de corrupción en periodos de pandemia, lo que ha propiciado el beneficio de ciertas minorías.

[...]es preciso mencionar que la gestión de adquisiciones del MSPBS en el marco de la pandemia durante el año 2020 no estuvo exenta de fuertes críticas por las prácticas de corrupción e irregularidades observadas, entre las que se encuentran denuncias por sobrefacturación, direccionamiento e incluso intentos de estafa al Estado paraguayo (GAETE, 2021, p. 104).

En este sentido, el incremento en los casos de corrupción de acuerdo a Khasiani et al. (2020); Li et al. (2020); Llerena & Sánchez (2020) apud Olmedo & Campuzano (2020), fue a causa de los recursos adicionales habilitados a ser utilizados durante la emergencia sanitaria, ya que conforme a De-Freitas (2020) apud Olmedo & Campuzano (2020), debido a los procesos diferenciados para el uso de dichos recursos en base a la situación ocasionada por la pandemia, las autoridades de turno poseían mayor libertad de acción para realizar estos actos corruptos.

[...]los actos de corrupción durante la pandemia provocada por el COVID-19 se han mostrado públicamente durante la crisis sanitaria con mayor evidencia, donde tanto los políticos como el personal de administración de salud estuvieron involucrados en actos ilícitos asociados a sus cargos. Los gobiernos fracasaron en el intento de enfrentar a la crisis debido al sobreprecio de los materiales e insumos médicos y sanitarios, además de la demora en la atención de la población contagiada, esto debido a la ineficiencia y falta de interés por minorías privilegiadas (COLÓN, 2020, apud OLMEDO; CAMPUZANO, 2020, p. 41).

³⁰ Libelo: “es el primer paso para comenzar oficialmente la tramitación judicial”, Información disponible en: <<https://dpej.rae.es/lema/libelo-de-demanda>>. Acceso en: 8 de marzo de 2022.

³¹ Juicio político: “es un proceso judicial que se lleva a cabo para determinar la responsabilidad de ciertos funcionarios públicos en diferentes hechos o situaciones. [...] A través de un juicio político es posible juzgar al presidente de una nación, al vicepresidente, a los ministros y a los propios magistrados por un delito o por el mal desempeño de sus funciones”. Información disponible en: <<https://definicion.de/juicio-politico/>> <<https://dpej.rae.es/lema/juicio-pol%C3%ADtico>>. Acceso en: 8 de marzo de 2022.

En conformidad a Pimenta (2002), las compras gubernamentales en América Latina por lo general tienden a la ineficiencia, ya que se estima que hay hasta un 20% de sobrecargo en las compras que realiza el sector público en comparación a los precios manejados en el mercado, promovidos en mayor instancia por los sistemas burocráticos y obsoletos que permiten la práctica de la corrupción. De acuerdo con esto, Adorno e Irala (2021), sustentan que ciertas adquisiciones de medicamentos e insumos que el MSPBS de Paraguay precisaba, no fueron suministrados de manera adecuada en cuanto a costo de los productos, lo que desembocó en la cancelación de contratos y en determinados casos hasta el procesamiento de los encargados de las compañías que licitaron con el Estado y que enajenaron los artículos a mayor precio.

Estos hechos de corrupción, también sirvieron como estímulo para el arranque de las protestas ciudadanas, a causa del hartazgo acumulado y sobre acentuado por las medidas de prevención y aislamiento en este contexto de pandemia. Y es que conforme a Zúñiga (2020, p. 95) “la pandemia desnuda completamente a los gobernantes, que hoy, más que nunca, están bajo una estricta y rigurosa supervisión de la población”.

3.5.2 Gestión Externa

3.5.2.1 *Las Donaciones de Vacunas*

A consecuencia de la gran demanda de las vacunas en todo el mundo y de las fallas del mecanismo COVAX, incluyendo los propios errores administrativos cometidos por las autoridades paraguayas en los pagos por las dosis, el país se encontraba en una situación extrema, en donde los casos de contagios y fallecidos a causa del coronavirus aumentaban y las vacunas eran mínimas para cubrir a toda la población (esto en los primeros meses del 2021, donde la pandemia estalló en Paraguay).

En este sentido, con un acceso muy reducido a las dosis por parte del Paraguay —a través de COVAX o por compras directas con las farmacéuticas—, las donaciones de las mismas por parte de otros Estados fueron primordiales para iniciar las vacunaciones en mayor escala. De acuerdo el informe de gestión de la PRP (2021), se recibieron alrededor de 1.785.000 dosis, las cuales se encuentran conformadas de la siguiente manera:

- Emiratos Árabes Unidos: 3.000 dosis de Sinopharm.
- Uruguay: 12.000 dosis de AstraZeneca.

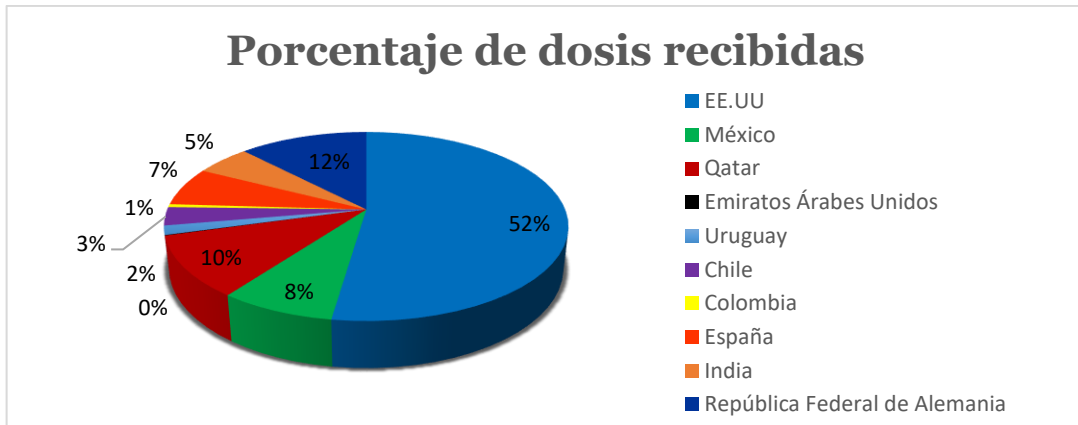
- Chile: 20.000 dosis de Coronavac.
- México: 150.000 dosis de AstraZeneca.
- India: 200.000 dosis de Covaxin.
- Qatar: 400.000 dosis de Moderna.
- Estados Unidos de América: 1.000.000 de dosis de Pfizer.

Además de dichos donativos de biológicos, posteriormente se recibieron otro lote de vacunas donado por España, correspondiente a 253.400 dosis de AstraZeneca donadas por medio de COVAX. A su vez, Estados Unidos volvió a donar un segundo lote de vacunas de un millón de dosis más de Pfizer, sumando de esta manera un total de 2 millones de dosis donadas al Paraguay.

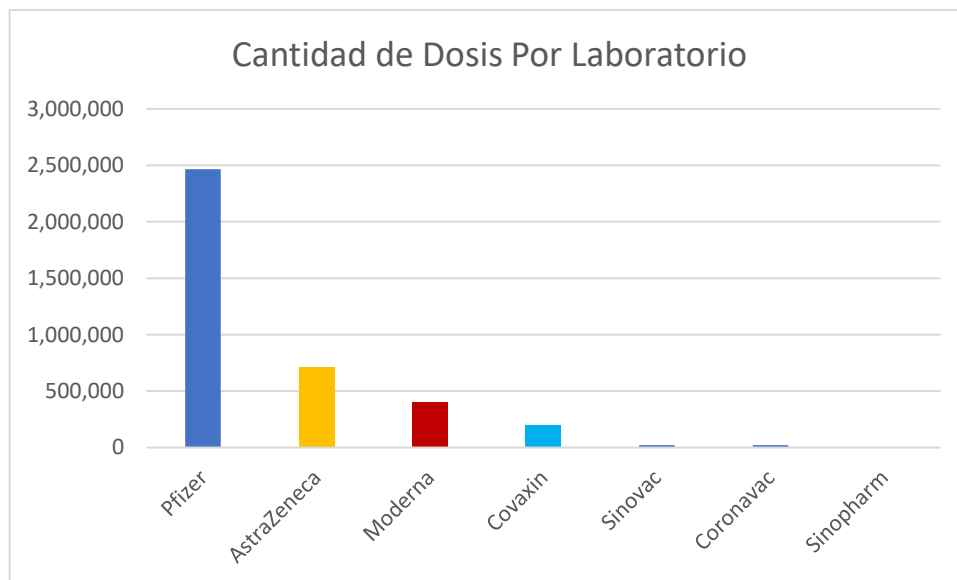
De la misma manera, México también realizó otra donación de 150.000 vacunas más de AstraZeneca. Colombia también se prestó a la solidaridad, donando 20.000 dosis de Sinovac a Paraguay. La última donación recibida fue hace relativamente poco, en enero de 2022 cuando la República Federal de Alemania decidió donar por medio del Mecanismo COVAX un total de 466.830 vacunas Pfizer.

Como podemos notar, E.E.U.U fue uno de los principales donantes de vacunas de los cuales el Paraguay salió beneficiado —esto como parte de la política de vacunas desarrollada por Estados Unidos—, siendo adjudicado en un primer momento con un millón de los biológicos, y posteriormente totalizando las 2.000.000 de dosis donadas al país. De hecho, en un principio, fueron principalmente las donaciones las que ayudaron al inicio del plan de vacunación a gran escala de la población paraguaya, ya que las vacunas adquiridas por el país —ya sea de manera bilateral con empresas privadas o a través del mecanismo COVAX—, no llegaban en tiempo y forma a lo esperado, a pesar de haber pagado con antelación por las dosis.

Del mismo modo, también cabe resaltar la ayuda de dos naciones como Chile y Uruguay, las cuales presentan porcentajes de vacunación muy por encima del resto de gobiernos latinoamericanos (a excepción de Cuba). Aparte de los primeros lotes de vacunas donados a Paraguay, posteriormente Uruguay donó un segundo lote de 48.000 dosis de AstraZeneca, completando así un total de 60.000 unidades de los biológicos. Por otra parte, Chile realizó otra cesión de 100.000 dosis también de AstraZeneca, además de las ya 20.000 donadas anteriormente, que de acuerdo con Helfmann (2021), sirvieron para poder inmunizar al personal de salud, ya que los mismos no estaban inoculados a causa de la tardía negociación en la adquisición de los biológicos.

Gráfico 3 – Dosis donadas a Paraguay.

Fuente: Elaboración propia con base en la investigación.

Gráfico 4 – Cantidad de dosis recibidas por laboratorio - Paraguay.

Fuente: Elaboración propia con base en la pesquisa.

Analizando los dos gráficos presentados (Gráfico 3 y 4), se puede determinar que el biológico del laboratorio Pfizer es el que más ha sido donado al Paraguay, esto se encuentra directamente relacionado a la ayuda recibida por el Gobierno de los Estados Unidos y su “diplomacia de vacunas”, ya que al ser el país con más donaciones hechas al Estado paraguayo, con el 52% de las subvenciones correspondientes a 2.000.000 de dosis de Pfizer, es la más presente en los lotes de biológicos recibidos por la población paraguaya.

En este aspecto, cabe resaltar el trabajo del Ministerio de Relaciones Exteriores, representado en la figura del ex ministro el Dr. Euclides Acevedo, y los diversos cancilleres que componen el ministerio. Dicho organismo ha trabajado de manera coordinada en todo momento con el MSPBS, con la finalidad de buscar la cooperación de diversos países aliados

y amigos, visando conseguir los recursos necesarios para luchar contra la Covid-19. Esta cooperación internacional se ve reflejada en las donaciones de vacunas anteriormente resaltadas, llegando a conseguir un poco más de 3,8 millones de dosis donadas, además de otros diversos insumos vitales para el personal de primera línea. Siendo que también fueron pieza fundamental en el acercamiento y las negociaciones para las adquisiciones de las vacunas a través del mecanismo COVAX y de manera Bilateral.

No obstante, a pesar de que actualmente la compra de las vacunas no presenta demasiados contratiempos ni barreras, ya que la producción ha podido cubrir la demanda mundial, en los primeros meses del año pasado se vieron reflejadas las falencias de las autoridades a la hora de las gestiones realizadas para la compra de vacunas. Las negociaciones realizadas por Paraguay fueron tardías y no se contaban con las dosis necesarias para comenzar con una vacunación a gran escala, orillando al gobierno paraguayo a una situación de dependencia de las donaciones de otros países para el inicio de la campaña de inmunización. Este suceso nada más recalca la falta de gobernabilidad del Estado paraguayo en tiempos de pandemia.

3.5.2.2 Los Conflictos Geopolíticos

El conflicto entre la República Popular China y la República de China —mayormente conocida como Taiwán—, ha durado durante décadas y dividido las opiniones de los demás gobiernos, en dos bandos. En primer lugar, están los posicionados a favor de reconocer a la República Popular de China como única autoridad legítima del territorio (como la ONU y la mayoría de los países del mundo). Por otro lado, se encuentran los Estados que aceptan como legítimo el Gobierno de Taipéi, siendo el Paraguay uno de los pocos países en reconocer a Taiwán como independiente de la República Popular. “Paraguay es el único país sudamericano que mantiene relaciones diplomáticas con Taiwán. Y Taipéi tiene una presencia importante en Asunción” (BURDMAN, 2005, p. 217). Según Burdman (2005), Taiwán se basó en la “economía del reconocimiento diplomático” para asegurar su status independentista frente a foros internacionales, dichas medidas consisten en otorgar ayudas económicas y firmar convenios comerciales, siendo estos los mecanismos utilizados para sellar relaciones diplomáticas con otros gobiernos.

Siendo así, en su intención de mantener su vínculo con el Paraguay, la República de China ha realizado varias inversiones económicas y brindado variados beneficios. Taiwán ha

destinado millones de dólares a la construcción de casas para la población más vulnerable, además de otorgar becas que han favorecido a muchos estudiantes paraguayos, pero también ha fortalecido sus relaciones al colaborar de cierta manera con determinadas agrupaciones políticas, blindando de esta manera la manutención su estatus en el país³².

La permanencia de relaciones diplomáticas de Paraguay con Taiwán viene de la época de la Guerra Fría. [...] Taiwán se transformó en un importante donante de ayuda financiera, lo que hizo que las relaciones diplomáticas bilaterales se mantuvieran aún después del retomo del Paraguay al sistema democrático y luego continuaran a pesar del ingreso del país al Mercosur (BERNAL-MEZA, 2012-2013, p. 167).

En este contexto de pandemia, el Paraguay ha perdido varias oportunidades a causa de las relaciones diplomáticas que mantiene con Taiwán, principalmente hablando en cuestiones de acceso a las vacunas contra la Covid-19. Esto se debe a que no ha podido realizar acuerdos de compra para la adquisición de los biológicos que produce China, debido a su conexión con Taipéi. China es uno de los pocos gobiernos que han desarrollado y producido sus propias dosis contra la COVID, y ha utilizado dicho producto para expandir su influencia en diversos países, mecanismo al que se le denomina “diplomacia de vacunas”.

[...]en términos geopolíticos, el “nacionalismo de vacunas” mostrado sobre todo por los países de renta alta, puede acabar siendo capitalizado en términos de prestigio e influencia por parte de Rusia y China a través de su “diplomacia de vacunas” (SAIZ, 2021, p. 14).

[...]el devenir de la pandemia podría acabar siendo capitalizado por dichos países en términos de prestigio e influencia, ya sea mediante envío de personal sanitario, de equipos de protección individual, financiación o, más recientemente, a través de sus propias vacunas (SAIZ, 2021, p. 2).

En este sentido, Paraguay al mantener su afinidad con Taiwán ha perdido el derecho de poder adquirir las vacunas producidas en China, de hecho uno de los contratos firmados para la compra de los biológicos con la empresa “G42” de Emiratos Árabes Unidos y quien es subsidiaria de la farmacéutica china Sinopharm, fue rescindida de manera unilateral por la empresa sin un motivo en concreto³³; sin embargo, las autoridades de salud paraguayas creen que las razones de tal decisión se basan estrictamente en cuestiones geopolíticas.

³² Por ejemplo, en tiempos de pandemia, la Cámara de Diputados del Paraguay recibió una donación de casi 100 mil USD por equipos informáticos de parte de la Embajada de Taiwán. Información disponible en: <<https://www.lanacion.com.py/politica/2021/10/26/taiwan-dona-equipos-por-us-100-mil-a-diputados-para-tv-camara/>>. Acceso en: 30 de marzo de 2022.

³³ El contrato contemplaba la compra de un millón de dosis por un total de 30 millones de dólares, dijo un comunicado de la cartera sanitaria (REUTERS, 2021). Información disponible en: <<https://www.reuters.com/article/salud-coronavirus-paraguay-vacunas-idLTAL1N2P70CY>>. Acceso en: 15 de marzo de 2022.

La “diplomacia de vacunas” desarrollada por China, ha beneficiado a varios países de la región, citando a los más destacados como Chile y Uruguay a través de la vacuna Sinovac. Según Foreign Affairs Latinoamérica (2021), se estima que las vacunas chinas fueron de los principales biológicos proveídos a Latinoamérica, siendo consideradas las de más fácil acceso en el mercado, con alrededor de 80 millones de dosis distribuidas para mediados de 2021. No obstante, Paraguay no ha podido gozar de la compra de dichas dosis, resultando en un factor más que provocó retrasos en su campaña de vacunación.

De hecho, la Federación Sudamericana de Fútbol Conmebol, la cual cuenta con sede en Paraguay, fue beneficiada por la farmacéutica china Sinovac Biotech Ltd, con una donación de 50 mil vacunas, con la finalidad de desarrollar las competiciones deportivas dentro de un contexto más seguro³⁴.

Con respecto a esto, Taiwán acusó a China de tratar de atraer a Paraguay mediante su “diplomacia de vacunas”, por medio de promesas para el acceso a las dosis producidas en su país, pero al costo de cortar los vínculos con Taiwán. Esto se produjo en una situación de crisis sanitaria, donde el gobierno se sintió presionado por acceder a los biológicos, a causa de las consecuencias causadas por la Covid-19 y en medio de protestas ciudadanas. Sin embargo, Paraguay recusó la oferta perdiendo la oportunidad de comenzar su política de vacunación lo antes posible. Para la BBC (2021), Paraguay no solo está perdiendo el acceso a las vacunas chinas para poder contrarrestar los efectos de la pandemia, sino que también desaprovecha prestamos e inversiones por parte del gigante asiático, representando pérdidas en comparación a las obtenidas por su relación con Taiwán, inversiones que los gobiernos fronterizos si han sabido aprovechar.

No obstante, cabe recalcar que Taiwán si se ha solidarizado con Paraguay, enviando recursos para la adquisición de vacunas y el fortalecimiento del sistema sanitario. Como ya fue mencionado en el informe de gestión de 2021, el Estado paraguayo recibió 30 millones USD por parte de la República de china, dispuestos específicamente para la compra de los biológicos. Además, en conformidad con el MSPBS (2020), también fueron donadas por la misma, varios insumos necesarios en el combate contra la COVID, como mascarillas médicas (1.600.000),

³⁴ La Copa América de 2021 fue una de las competiciones que fueron beneficiadas por la donación, en donde la intermediación del presidente de Uruguay fue crucial en el proceso. Información disponible en: <https://www.conmebol.com/noticias/la-mejor-noticia-para-la-familia-del-futbol-sudamericano/>. Acceso en: 30 de marzo de 2022.

trajes de protección y batas (60.000 entre ambos materiales), al igual que camas hospitalarias eléctricas (50) y respiradores (13), entre otros recursos.

A su vez, de acuerdo con el MSPBS (2022), recientemente fueron aprobadas por la Dirección Nacional de Vigilancia Sanitaria (DINAVISA) del Paraguay, y para su uso de emergencia, las dosis contra la Covid-19 producidas en Taiwán, lo cual representa un beneficio más para el Gobierno paraguayo. De esta manera, el país cuenta en un futuro, con una provisión segura del biológico para combatir la dosis, ya que es el único aliado de Taiwán en América del Sur. Lastimosamente esta noticia ha llegado un poco tarde, ya que actualmente la pandemia ha sido controlada y no presenta indicios de un nuevo brote, pero de todas maneras servirá para completar el esquema de vacunación y aumentar el porcentaje de los vacunados en el territorio.

La relación diplomática que Paraguay mantiene con Taipéi ha representado varios beneficios y es seguro afirmar que existen intereses tanto políticos, como particulares de por medio. No obstante, es cuestión de debate la ganancia que podría traer un futuro vínculo con uno de los países que se está erigiendo como potencia mundial (China), el cual representaría un amplio mercado para los diversos productos paraguayos.

4 LA GOBERNABILIDAD Y LA CRISIS POLÍTICA EN PANDEMIA

El Paraguay fue uno de los gobiernos que demostró una reacción rápida frente al avance del coronavirus, tomando medidas de prevención y cargadas con fuerte autoritarismo (como las cuarentenas o toques de queda) a fin de evitar la propagación del virus. Esto le permitió ubicarse en un sitio privilegiado, siendo uno de los pocos países de la región que poseían bajos niveles de contagios y mortalidad a causa de la pandemia —entre esos Estados también se encuentra Uruguay—. No obstante, esto cambió rotundamente en los primeros meses del 2021, con el incremento de los casos.

El aumento de los contagios, así como las muertes ocasionadas por la Covid-19 terminaron por reflejar la realidad del país. A pesar de los esfuerzos de las autoridades por aumentar la capacidad de los hospitales, el sistema sanitario ya venía con deficiencias estructurales pasadas y se hacía imposible subsanar los errores de gestiones anteriores que descuidaron un sector tan importante como el de la salud pública, lo que resultó en un inminente colapso del sistema sanitario.

La escasez de insumos y medicamentos para los enfermos por COVID, al igual que el aumento de las tasas de desocupación como consecuencias de las cuarentenas adoptadas para reducir los niveles de transmisión del virus, las acusaciones de hechos de corrupción y finalmente la insuficiencia (por no decir la inexistencia) de vacunas contra el coronavirus, terminaron por desgastar a la población, lo cual llevó al inicio de las manifestaciones en contra del gobierno.

Cada pandemia desafía al Estado y a la sociedad de diferentes maneras, y deja al descubierto que el nexo entre política y sanidad es esencial para una respuesta efectiva. [...]la fortaleza o debilidad de ese vínculo podría determinar finalmente el éxito o fracaso de la respuesta de política pública (ZÚÑIGA, 2021, p. 7).

Según France24 (2021a), el comienzo de las movilizaciones tuvo como hecho catalizador la renuncia verbal del director del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y del Ambiente (INERAM) el 2 de marzo de 2021, el Dr. Felipe Gonzales, teniendo como motivo la falta de insumos y medicamentos para la atención de los enfermos que acudían a causa de la pandemia. Esto generó que tres días después (el 5 de marzo del pasado año), la población paraguaya se autoconvocara para protagonizar un nuevo “marzo paraguayo”. La mayoría de los manifestantes pertenecía a una franja etaria bastante joven —entre los 18 y 25 años—, lo cual demuestra el cansancio de las nuevas generaciones, hacia las ineficiencias del gobierno y de las autoridades de turno en sí. En este sentido, la disconformidad de la ciudadanía estaba cargada de un fuerte acento político, puesto que atribuían la responsabilidad de la situación no solamente al Gobierno actual, sino que también al del ex presidente Horacio Cartes, que hace parte del partido político (ANR) que por décadas ha gobernado casi ininterrumpidamente al Paraguay. Las protestas no estuvieron exentas de represiones por parte de las fuerzas del orden público; sin embargo, una peculiaridad de esta marcha en repudio de la ineficiente gestión de la pandemia fue su extensión, ya que las mismas duraron hasta el 12 de abril a pesar de la opresión policial. De acuerdo con Marcello (2010, p. 6) “[...] para que la gobernabilidad sea democrática, debe estar conformada a través del consenso y la concertación, y no a través de las represiones y el amedrentamiento a los sectores que se oponen al gobierno.”

Los errores en la gestión provocaron varios hechos, como el “Libelo Acusatorio” por parte de la oposición para el juicio político del presidente, que una vez conocidas las votaciones de la Cámara de Diputados —que se decantaban a favor de la continuidad de Mario Abdo Benítez en el poder—, llevaron a los manifestantes a demostrar su descontento a la sede del

Partido Colorado³⁵. Con la finalidad de calmar los disturbios se propusieron cambios en el gabinete, derivando en la renuncia de diversos ministros, dentro de los que se destacan el ex ministro de salud Julio Mazzoleni.

Todo esto demuestra que el Gobierno paraguayo no estaba preparado para afrontar la crisis que afectaba al mundo, desperdiciando el tiempo ganado durante el primer año de contención de la Covid-19. En este sentido la gobernabilidad del país fue bastante débil para hacer frente a una situación de emergencia de esta magnitud, y es que a pesar que ningún gobierno estaba listo, el Paraguay reflejó diversas carencias en la gestión del Estado durante la pandemia. De acuerdo con Marcello (2010), existen dos factores que caracterizan a la gobernabilidad, siendo estos la eficacia y la legitimidad. Dicho autor sustenta que la eficacia se basa en la manera que un gobierno atiende los problemas de determinada sociedad, mientras que la legitimidad está relacionada con el consentimiento dado por la población en cuanto al mandato desarrollado por los gobernantes. “Sólo un gobierno eficaz, que logre satisfacer las exigencias de amplios grupos sociales, puede alcanzar el consenso de la mayoría de la población y, entonces, gozar de legitimidad plena” (MARCELLO, 2010, p. 7).

La gobernabilidad del país se vio afectada por la ineficiencia de la gestión de la pandemia, acompañado por situaciones de corrupción que terminaron por dañar aún más la legitimidad de las autoridades, saliendo a la luz, hechos como la sobrefacturación de tapabocas, denominados “tapabocas de oro”, ya que según La Nación (2021), los mismos fueron adquiridos al doble de precios de los manejados en el mercado. De esta manera, en conformidad con lo sustentado por Colón (2020) apud Olmedo & Campuzano (2020), los actos de corrupción al ser contemplados por la población, inducen a la “desobediencia civil”, por el motivo de que determinados grupos compuestos por la minoría, obtienen beneficios en un contexto de emergencia, donde el gobierno establece medidas coercitivas de confinamiento, movilidad y distanciamiento social, influyendo de forma negativa en las finanzas de la ciudadanía; siendo que dicha insubordinación por parte de la población puede repercutir sobre el control de la transmisión del virus, en este ambiente de pandemia. En este sentido se puede aseverar lo siguiente:

³⁵ El personal antidisturbios dispersó a los manifestantes y un grupo se dirigió hasta la calle 25 de mayo, hacia el local de la ANR y al llegar se enfrentaron con los policías. El grupo de manifestantes logró quemar parte de la unidad de Colorado Róga; las personas que se encontraban en el sitio tuvieron que abandonarlo una vez iniciado el fuego (La Nación, 2021). Información disponible en: <https://www.lanacion.com.py/politica/2021/03/17/controlan-incendio-en-la-anr-tras-furia-de-manifestantes-por-rechazo-del-juicio-politico/> >. Acceso en: 28 de marzo de 2022.

Cuando el gobierno no consigue responder eficazmente a las necesidades de la población se genera un conflicto entre el gobierno y los grupos sociales cuyas demandas no son satisfechas. Esto determina el quiebre del consenso, la reducción de la legitimidad del gobierno, y el sistema mismo entra en la espiral de la ingobernabilidad (PASQUINO, 1991 apud MARCELLO, 2010, p. 7).

En un contexto como este, de erosión democrática, de declive en la legitimidad de instituciones y actores fundamentales, no puede esperarse que la ciudadanía responda de modo disciplinado y sostenido consignas sanitarias exigentes como las que requiere la prevención de los contagios (GARCÉ, 2020, p. 31).

La gobernanza también puede ser considerado como un factor que ha sido determinante en la crisis de la gobernabilidad en el Paraguay, puesto que en la medida que la misma se desempeñe de una mejor manera, el sistema sociopolítico ostentará una mayor gobernabilidad. En conformidad con Gault, Cetina & Soto (2014), la gobernanza comprende la articulación del proceso de “toma de decisiones” entre los diferentes actores u organizaciones que conforman la sociedad. Es por este motivo que “[...]una mala gobernanza podría ser aquella en la cual, sin importar los actores que estén involucrados, realiza también un mal proceso de toma de decisiones” (GAULT; CETINA; SOTO, 2014, p. 122).

En términos simples, el concepto de gobernanza democrática implica un proceso en el que el gobierno, las organizaciones privadas del mercado y la sociedad civil interactúan para decidir, coordinar y llevar a cabo la dirección y gobierno de su comunidad (GAULT; CETINA; SOTO, 2014, p. 121).

En este aspecto, la pandemia ha supuesto un verdadero reto para los Gobiernos siendo que “[...] la falta de liderazgo limita la posibilidad de alcanzar políticas concertadas en términos de gobernanza” (RIGGIROZZI, 2020, p. 2); y es que de acuerdo con lo afirmado por Matus (1995, p. 241) “Gobernar no es administrar las cosas, es resolver problemas actuales o potenciales”. Paraguay no ha sido la excepción, en el país la sociedad civil prácticamente quedó marginada del proceso de toma de decisiones y el Estado asumió un papel central a la hora de resolver el rumbo para contener la pandemia, sin siquiera mediar palabras con la población, evidenciando todavía la presencia del autoritarismo en el país.

Este es un desafío enorme para los Gobiernos porque, con la poca credibilidad que tiene la mayoría de estos, enfrentar una crisis se vuelve aún más duro; el país se polariza más, todas las decisiones son examinadas con lupa y criticadas por uno u otro sector [...] (ZÚÑIGA, 2020, p. 87).

La dirección de los gobiernos no sólo debe ser activa, creativa y expresiva de la voluntad de resolver los problemas, sino que además debe ser eficaz, organizada, informada y anticipadora de las necesidades sociales. (MATUS, 1995, p. 246).

El Estado paraguayo demostró su incapacidad de integrar los diversos sectores de la sociedad para llegar a una solución lo más beneficiosa posible para todos. La clase trabajadora ha sido el sector mayormente afectado por las restricciones implementadas durante la emergencia sanitaria, siendo que esto ha supuesto un incremento de la desigualdad social como

consecuencia de la pandemia causada por la Covid-19. La pandemia abarca a todos los habitantes del país, pero afecta de manera diferente y en mayor medida a los más vulnerables. Todo esto influyó fuertemente en el descontento de la población, llevando a las manifestaciones ocurridas y demostrando tanto la deficiente gobernabilidad como la inexistente gobernanza del Paraguay.

5 ANÁLISIS COMPARADO: LA GESTIÓN DE LA COVID-19 Y DE LA VACUNACIÓN EN URUGUAY

Uruguay ha sido considerado un caso de éxito a nivel mundial en la forma de enfrentar la pandemia, siendo un caso diferenciado del resto de países, ya que su posicionamiento frente a la emergencia sanitaria no fue restrictivo (como en la mayoría de casos, siendo el Paraguay uno de ellos), sino más bien flexible y apelando a la responsabilidad social. Es principalmente por este motivo, además de ciertas similitudes sociales, que el Uruguay constituye un excelente caso de comparación para analizar las fortalezas y debilidades de las decisiones implementadas en la gestión de la COVID por parte del Gobierno paraguayo.

Según Infobae (2020), los primeros casos confirmados de coronavirus en Uruguay por el MSP, fueron registrados el 13 de marzo de 2020, siendo en total cuatro personas las infectadas (las mismas habían vuelto de un viaje por Milán en Italia). De esta manera con la constatación de los contagios iniciales, fue declarada en el mismo día y de manera preventiva la “Emergencia Sanitaria” a causa de la COVID, por el propio presidente Lacalle Pou acompañado por su gabinete, siendo que el mismo había asumido la presidencia tan solo hace trece días atrás, el 1 de marzo de 2020.

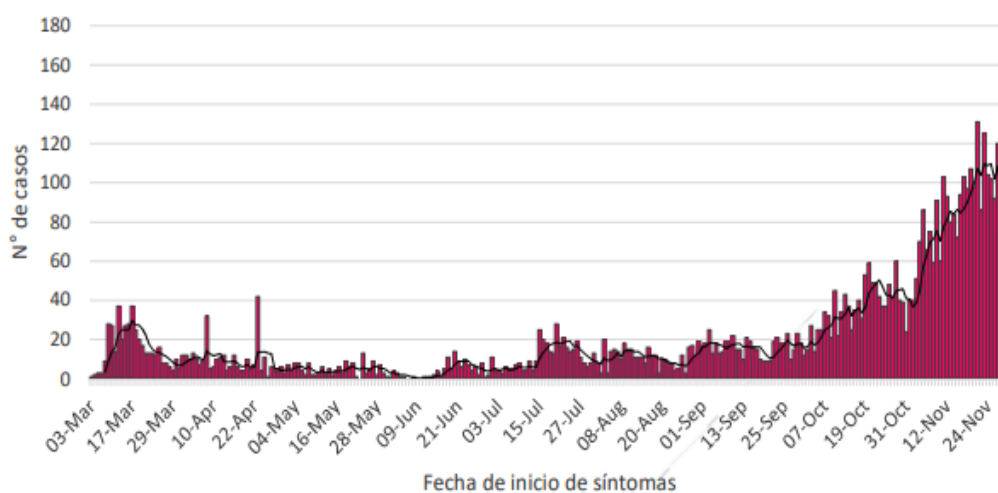
Atendiendo a las recomendaciones de la OMS, el gobierno uruguayo en cooperación con el sector científico, implementaron la estrategia TETRIS (testear, rastrear, aislar), la cual funcionó eficazmente, conteniendo durante los primeros meses la propagación de la pandemia dentro del país. De acuerdo con López & Hernández (2021), la ejecución eficiente de la estrategia tetris permitió que el Estado uruguayo establezca disposiciones menos fuertes y más permisibles para la sociedad —a diferencia de las restricciones más imperativas decretadas por el Paraguay—, recurriendo a una “libertad responsable” por parte de la población. Con esto, el sector económico no sufrió un desgaste excesivo a causa de las prohibiciones, manteniendo las actividades en todo momento y logrando un equilibrio entre la economía y la salud del país.

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. [...]Esta evolución refleja cuán delicado es el equilibrio entre las medidas que favorecen la recuperación económica y las que obstaculizan la difusión del patógeno (SILVA AYCAGUER; PONZO GÓMEZ, 2021, p. 21).

De esta manera, desde la confirmación de los primeros casos de Covid-19 (en marzo de 2020), hasta casi finales del mismo año, se logró frenar con bastante eficacia el avance de la pandemia en el país. Sin embargo, al igual que en Paraguay en donde los contagios también presentaron un aumento a finales del año; en Uruguay fue en noviembre 2020 que se logra observar un incremento en la transmisión del virus (Figura 20).

El crecimiento exponencial de los casos positivos, se debió a la reapertura de la mayoría de actividades en los meses anteriores: con el retorno a clases presenciales entre abril y junio; la habilitación de centros comerciales, iglesias y restaurantes en el mes de junio; y en agosto se reabrieron los espectáculos en teatros, los eventos deportivos, entre otros. “Para uno de los científicos que lidera el GACH, la situación empeoró porque el país había regresado a la normalidad y la gente había perdido el temor a la enfermedad” (INÁCIO et al., 2021, p. 212).

Figura 20 – Casos Confirmados de Covid-19. Uruguay 2020 (al 30/11/2020).



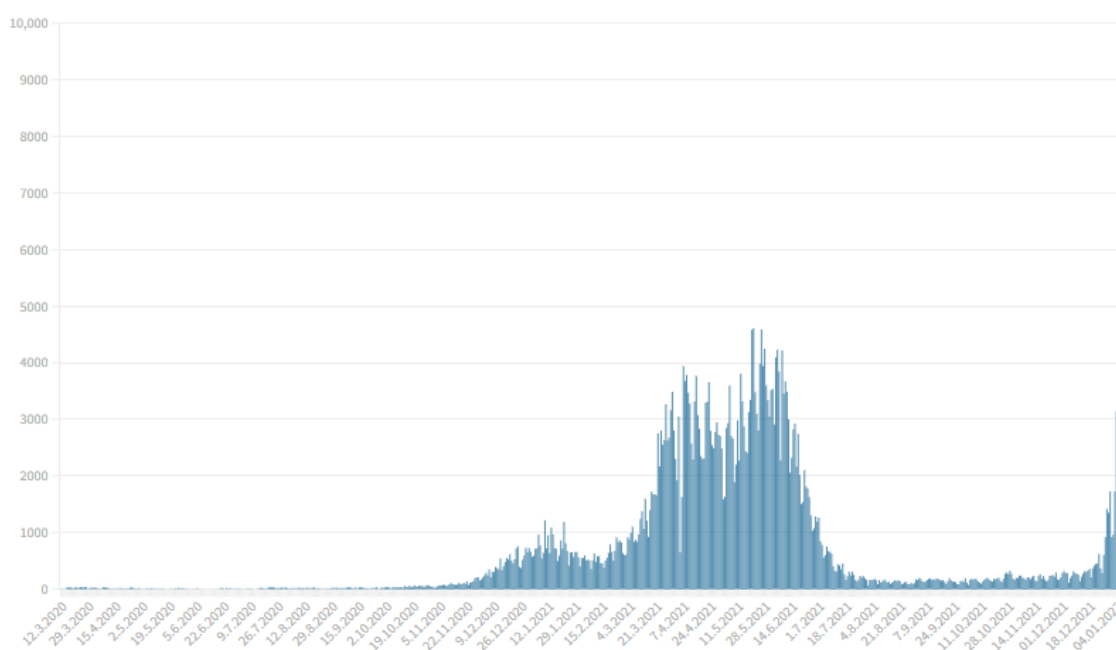
Fuente: Uruguay, 2020, p.5.

Nota: Elaborado por el Departamento de Vigilancia en Salud con datos del Sistema de Gestión. La línea continua corresponde a la media móvil de 5 periodos (días).

Para finales de noviembre, Uruguay contaba unos 5.857 casos confirmados, de acuerdo con el Informe Epidemiológico (30 nov 2020), en el siguiente mes esta cifra se duplicaría llegando a las diez mil personas infectadas. Según lo presentado por la BBC (2021), la situación epidemiológica del Estado uruguayo prosiguió agravándose con un incremento desmedido en la cantidad de contagiados por la Covid-19, pasando de ser considerado un ejemplo de control

exitoso de la pandemia, al país con mayor tasa de nuevos contagios en América Latina (por cada millón de habitantes). Fue a partir de los meses de marzo y abril que los números de contagios crecieron de manera exponencial, como puede ser visualizado en la figura 21. Según SCIDEV.NET (2021), el 7 de abril del pasado año el país llegaba a un récord de 3.935 nuevos casos confirmados. A su vez, el 21 de mayo se alcanzaba el pico de los 4.604 casos nuevos de COVID y todo esto, a pesar de que el proceso de vacunación contra el coronavirus había comenzado ya a finales de febrero.

Figura 21 – Casos diarios de Coronavirus en Uruguay.

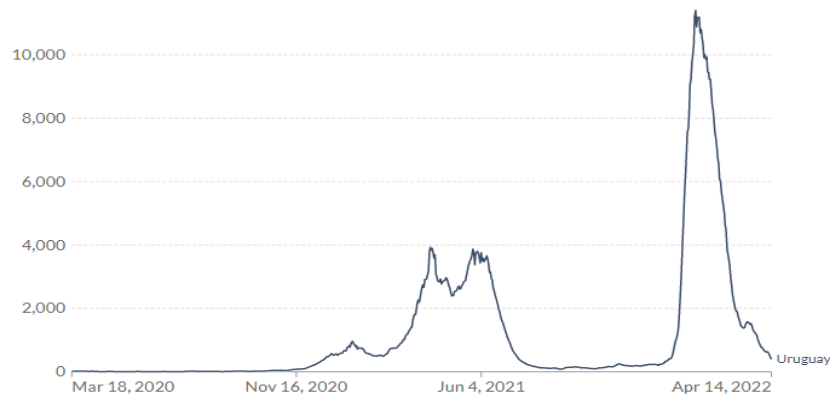


Fuente: Sistema Nacional de Emergencias (SINAE), extraído de La Diaria³⁶.

Hasta la fecha (15 de abril de 2022) se han registrado un total de 889.132 casos positivos confirmados de Covid-19, desde que fueron anunciados los primeros contagios en marzo de 2020. Sin embargo, cabe resaltar que a inicios del presente año, en conformidad con el SINAE (2022), se ha presentado un rebrote de contagios por coronavirus, teniendo como pico más elevado el 20 de enero de 2022, con un total de 13.007 nuevos casos constatados en ese día (esto puede ser apreciado en la Figura 22). Según el “Informe de Situación sobre la COVID” del mes de abril, hasta dicha fecha se encontraban activos 5.601 casos³⁷.

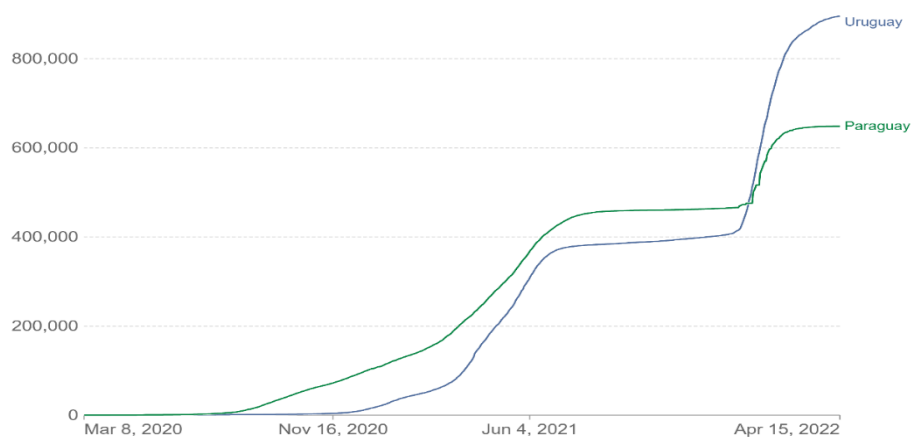
³⁶Información disponible en: <<https://ladiaria.com.uy/coronavirus/articulo/2022/1/coronavirus-con-5330-uruguay-registra-el-numero-de-casos-nuevos-mas-alto-desde-el-comienzo-de-la-pandemia/>>. Acceso en: 14 de abril de 2022.

³⁷ Datos actualizados al 2 de abril de 2022. Información disponible en: <<https://www.gub.uy/sistema-nacional-emergencias/comunicacion/comunicados/informe-situacion-sobre-coronavirus-covid-19-uruguay-02042022>>. Acceso en: 14 de abril de 2022.

Figura 22 – Nuevos casos confirmados de Covid-19 (Uruguay).

Fuente: ourworldindata.org³⁸.

De este modo, en conformidad a los datos presentados en la figura 23, se puede observar el número total de casos acumulados en Paraguay y Uruguay, siendo que este último, a pesar de ser un país más pequeño tanto en población como en extensión, presenta más casos confirmado de Covid-19. Esto también deriva de la posición más “democrática” de sobrellevar la pandemia, adoptada por el Gobierno uruguayo en comparación al autoritarismo practicado por el Paraguay. Al cierre de 2021, ambos territorios mostraban cifras similares de contagios confirmados (Paraguay 472.673; Uruguay 443.436). Sin embargo, en el primer cuatrimestre del 2022 estos números aumentaron, siendo que la suma total de contagios en Uruguay fue doblada, llegando a más de 800 mil casos y quedando por encima de Paraguay que solo acumula más de 600 mil personas infectadas.

Figura 23 – Total de Casos acumulados confirmados de Covid-19 en Paraguay y Uruguay.

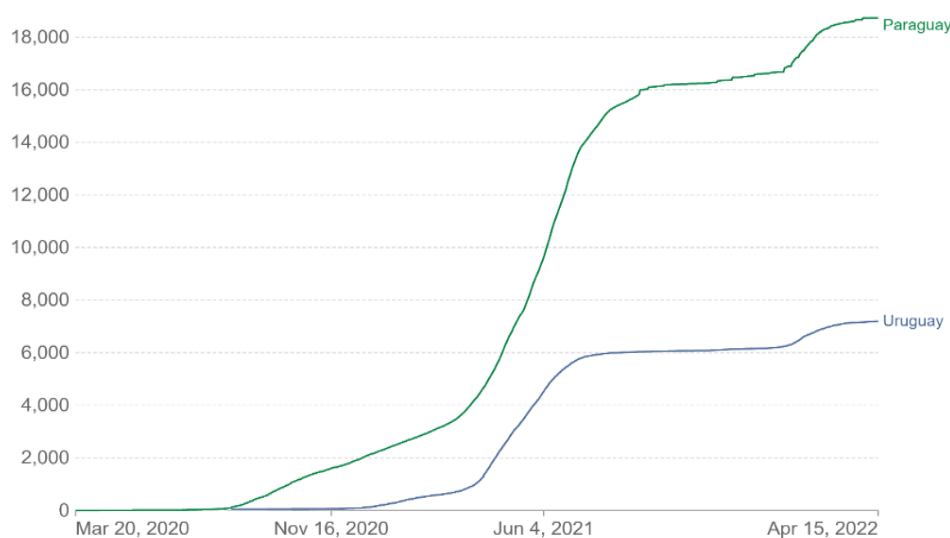
Fuente: ourworldindata.org³⁹.

³⁸ Datos actualizados al 14 de abril de 2022. Información disponible en: <<https://ourworldindata.org/coronavirus/country/uruguay#how-many-tests-are-performed-each-day>>. Acceso en: 14 de abril de 2022.

³⁹ Datos actualizados al 18 de abril de 2022. Información disponible en: <<https://ourworldindata.org/covid-cases>>. Acceso en: 18 de abril de 2022.

No obstante, al abordar la totalidad de muertes confirmadas por consecuencia de la Covid-19 las posiciones cambian, quedando Paraguay (18.734) muy por encima de Uruguay (7.197) en el número acumulado de decesos (Figura 24). De acuerdo con Silva Aycaguer & Ponzo Gómez (2021), esto se puede deber a la mayor capacidad, así como la mejor calidad con la que contaba el sistema de salud uruguayo, en cuanto a las prestaciones de los servicios de salud y los protocolos de atención implementados para hacer frente a la pandemia, en comparación a la debilitada estructura sanitaria paraguaya.

Figura 24 – Total de muertes acumuladas confirmadas por Covid-19 en Paraguay y Uruguay.



Fuente: ourworldindata.org⁴⁰.

5.1 EL SISTEMA DE SALUD URUGUAYO ANTES DE LA COVID-19

El Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), fue creado por medio de la Ley N.º 18.211/2007, la cual establece su funcionamiento y financiación y determina las responsabilidades de los diversos organismos que lo componen. En conformidad con el Art. 2º de dicha Ley, se dispone que: “Compete al Ministerio de Salud Pública la implementación del Sistema Nacional Integrado de Salud que articulará a prestadores públicos y privados de atención integral a la salud [...]” (URUGUAY, 2007).

Art. 1º: Compete al Poder Ejecutivo por intermedio de su Ministerio de Salud Pública, la organización y dirección de los servicios de Asistencia e Higiene. [...] **Art. 3º:** En materia de asistencia, compete al Ministerio de Salud Pública, la organización, administración y funcionamiento de los servicios destinados al cuidado y tratamiento de enfermos y la administración de los establecimientos destinados a la protección de

⁴⁰ Información disponible en: <<https://ourworldindata.org/covid-deaths>>. Acceso en: 18 de abril de 2022.

incapaces y menores desamparados, que no quedaren sujetos al Ministerio de Protección a la Infancia. (URUGUAY, 1934).

De acuerdo con Gilberto Ríos (2013), antes de la reforma que implementó el SNIS, la estructura sanitaria uruguaya se caracterizaba —al igual que en Paraguay— por una segmentación de sus servicios, en donde los subsectores tanto público como privado, desempeñaban sus funciones sin mucha complementación y presentando un financiamiento inequitativo. No obstante, según Silva Aycaguer & Ponzo Gómez (2021), a partir de su puesta en práctica en 2008, el SNIS posibilitó vencer la desintegración del sistema y mejorar la financiación del mismo, lo que permitió que prácticamente toda la población cuente con un acceso garantizado a una atención integral de salud.

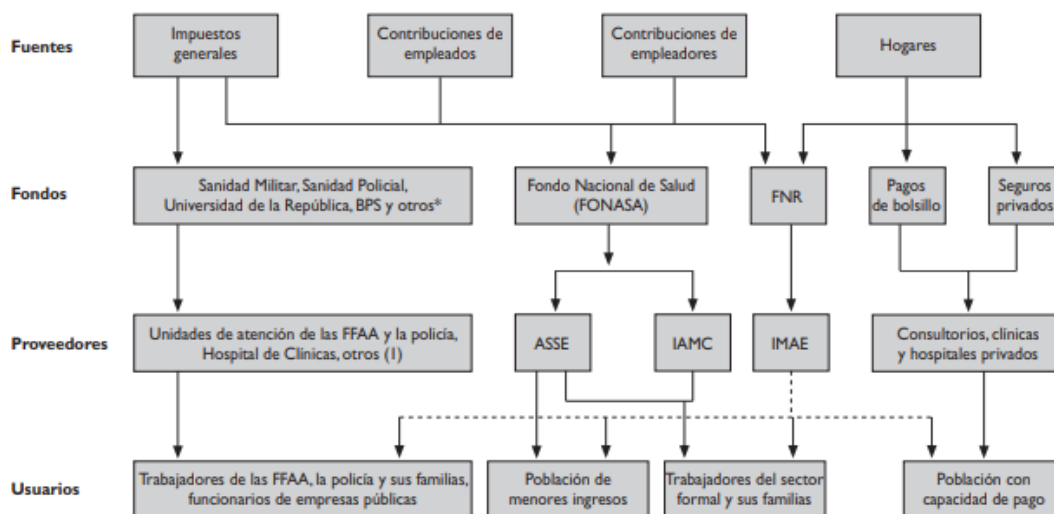
El propósito del sistema es articular los subsistemas público y privado, promoviendo la complementación asistencial, fijando obligaciones prestacionales comunes a ambos, con un mecanismo de financiación único (FONASA), a fin de asegurar cobertura universal y con un FNR único para las prestaciones de medicina altamente especializada. (RÍOS, 2013, p. 73.)

El SNIS se encuentra compuesto por el subsector público y privado, mediante los servicios sanitarios otorgados a través de los mismos se logra satisfacer la demanda de toda la población en general (Figura 25). En el ámbito público, el principal proveedor de la asistencia médica es la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), la misma fue establecida en el Art. 267° de la Ley N.º 15.903/1987, siendo la encargada de administrar los asentamientos correspondientes al MSP en donde se realizan las prestaciones de salud.

Así mismo, también forman parte del sector público, la Sanidad Policial y de las Fuerzas Armadas, el Hospital de Clínicas (Dependiente de la Universidad de la República), los Servicios Médicos de las Intendencias Departamentales, el Banco de Previsión Social (BPS) y el Banco de Seguros del Estado (BSE), entre otros.

Por otro lado, el mayor prestador de los servicios de sanidad privada, son las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC), además también hacen parte de dicho sector los hospitales, las clínicas y aseguradoras privadas, que en conjunto con el subsector público se encargan de brindar las prestaciones sanitarias a la ciudadanía en general.

Por último, los Institutos de Medicina Altamente Especializada (IMAE) pueden ser tanto del ámbito público como privado, siendo los encargados de realizar diagnósticos y ofrecer tratamientos a las enfermedades que requieren un grado mayor de complejidad, teniendo un costo más elevado y necesitando de una atención médica de alta especialización.

Figura 25 – Composición del Sistema Nacional Integrado de Salud - Uruguay.

* Fondos de proveedores que serán objeto de los próximos avances del proceso de reforma

Fuente: ARAN; LACA, 2011, p. 266.

Siendo así, esta es una de las principales diferencias que pueden ser remarcadas entre el sistema de salud público uruguayo y el paraguayo respectivamente. Ya que el primer caso —al contrario que el segundo—, presenta una estructura mayormente integrada y con un acceso universal a todos los servicios sanitarios, inclusive a aquellos de medicina altamente especializada para todos los habitantes del país.

El método de financiación también es otra de las disparidades que pueden ser notadas entre ambos sistemas sanitarios. En Uruguay, antes de la reforma, los principales prestadores de los servicios médicos tanto del sector público como privado, tenían métodos diversos para la obtención de sus recursos, pero esto cambiaría gracias a la reforma implementada.

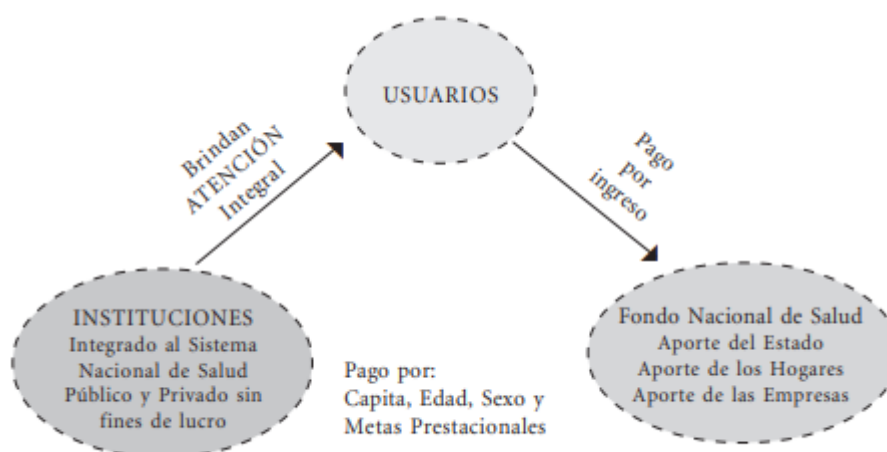
Según las estimaciones de las Cuentas Nacionales en Salud (CNS), para el año 2004 la mitad del financiamiento era de origen público (impuestos, contribuciones a la seguridad social y precios de las empresas públicas), mientras que el financiamiento privado provenía de los hogares a través de cuota de prepago y gasto de bolsillo (MSP, 2010 apud RÍOS, 2013, p. 77.)

A través de la Ley N.º 18.131/2007, fue creado el Fondo Nacional de Salud (FONASA), el cual se encuentra encargado de financiar las prestaciones de salud desempeñadas tanto por los subsectores públicos como privados. El mismo reúne el conjunto de fondos de la seguridad social provenientes de diversos aportes, siendo estos: a) aportes del Banco de Previsión Social; b) aportes de los funcionarios; y c) aportes de los organismos empleadores. Esto se encuentra detallado en el Art. 3º de la mencionada Ley y puede ser observado en la figura 26. De acuerdo con Aran & Laca (2011, p. 269) “Las ASSE y las IAMC reciben del FONASA pagos per cápita

de acuerdo con el riesgo de la población cubierta y las metas asistenciales establecidas por el MSP. A cambio de esto se comprometen a ofrecer atención integral a los usuarios”.

En agosto del 2007 se creó el Fondo Nacional de Salud (FONASA), dando inicio al proceso de constitución de un fondo único, público y obligatorio para toda la población uruguaya. El objetivo de este fondo único de financiamiento es articular los aportes que financian la cobertura sanitaria de la población con el pago a los prestadores de asistencia que integran el sistema. [...]el FONASA centraliza entonces diversos fondos que antes se destinaban a la cobertura en salud de la población. De esta forma [...] se eliminan las inequidades preexistentes, producto de la segmentación del sistema. Se producen entonces subsidios cruzados desde la población de mayores ingresos a la de menores recursos, y entre sanos y enfermos (RÍOS, 2013, p. 78).

Figura 26 – Conformación del Seguro Nacional de Salud en Uruguay.



Fuente: Elaborado por Olesker y Gonzáles apud SOLLAZZO; BERTERRETICHE, 2011, p. 2831.

En este sentido y ligado al FONASA, el organismo encargado de recaudar los aportes provenientes tanto de los funcionarios del sector público como del privado es el BPS, además de ser el responsable de la administración de dicho fondo. De igual manera, es el ente que se ocupa de la seguridad social, siendo que también brinda ciertas prestaciones en el ámbito de la salud.

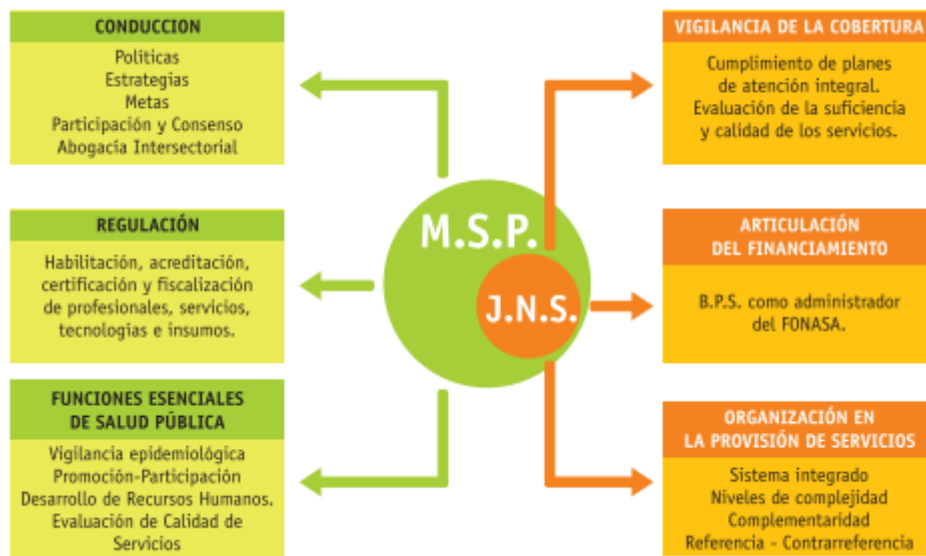
Además del FONASA, también se encuentra instituido el Fondo Nacional de Recursos (FNR), que fue instaurado por el Art. 4º del Decreto Ley N.º 14.897/79 y el cual es regulado por la Ley N.º 16.343/93. El FNR se constituye como una institución encargada de proporcionar y financiar procedimientos referentes a medicina de alta especialización y medicamentos de costos elevados. Dicha entidad posee fines de interés público y recibe aportes de dinero provenientes del sector público como del privado, estando codirigido por delegados de los dos sectores.

El SNIS de Uruguay logró la instauración de un fondo único y obligatorio con la finalidad de evitar las desigualdades derivadas de la fragmentación del sistema. Esto también es una diferencia importante con el caso paraguayo, ya que como fue abordado en los capítulos anteriores, presenta hasta la actualidad un sistema muy segmentado y con varios métodos de financiación, lo que provoca un aumento de la inequidad en el acceso a los servicios sanitarios dentro del país.

La mayor jerarquía dentro del SNIS la ocupa el Ministerio de Salud Pública (MSP), el cual fue instituido en el año 1934 a través de la aprobación de la Ley N.º 9.902 Orgánica de Salud Pública, siendo el responsable de la rectoría de la salud pública de la República Oriental del Uruguay. “El organismo regulador por excelencia es el MSP, que cumple el rol de autoridad sanitaria y ejerce las funciones esenciales de salud pública” (RÍOS, 2013, p. 70).

Además del MSP como órgano rector, se encuentra la Junta Nacional de Salud (JUNASA), la cual es un ente desconcentrado, que depende del MSP y desempeña el papel de organismo administrador del Seguro Nacional de Salud (SNS). La JUNASA fue creada a través de la Ley N.º 18.211 en conjunto con el SNIS, su constitución se encuentra establecida en el Art. 23º de la mencionada ley. A parte de la articulación del financiamiento del SNIS, la junta también tiene como cometido hacer cumplir las políticas de salud y los principios rectores del SNIS.

Figura 27 – Funciones de Rectoría (MSP) y nuevas herramientas institucionales (JUNASA).

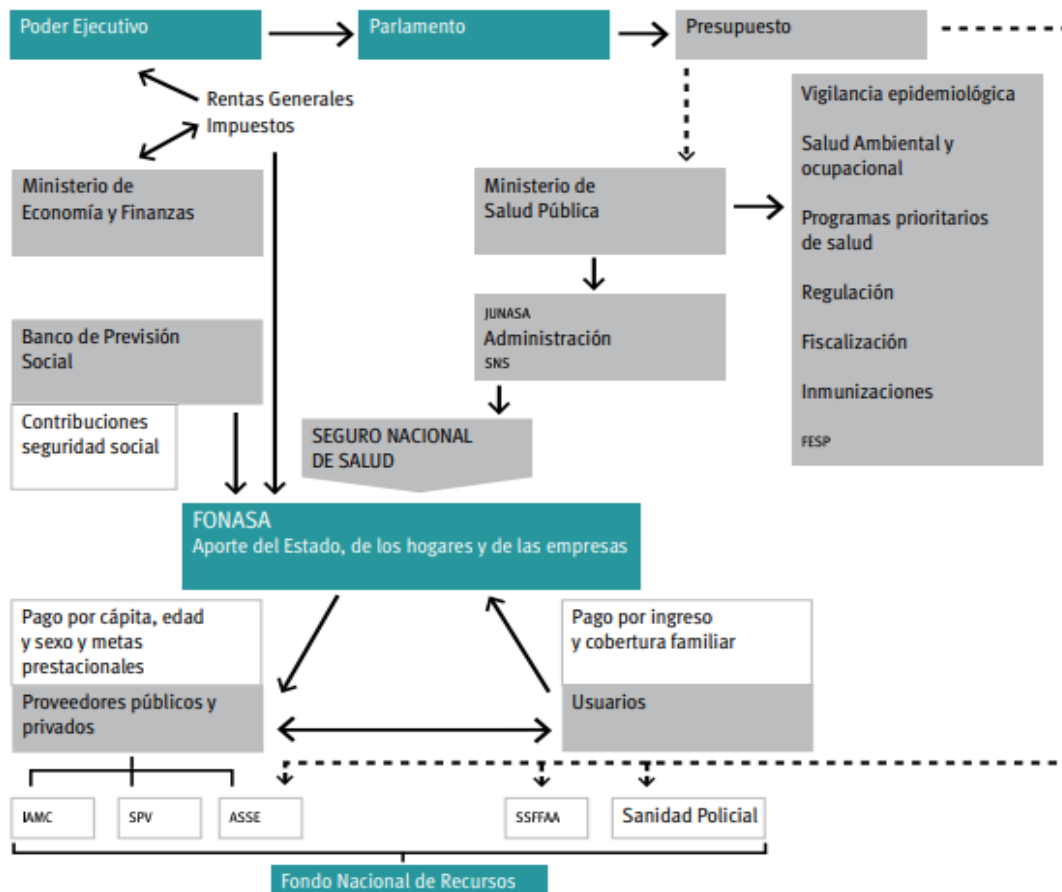


Fuente: MSP, 2005-2009, p. 65.

De este modo el SNIS puede ser resumido de la siguiente manera:

- Las aportaciones son direccionadas a un fondo único (el FONASA), en base a la renta y la estructura familiar.
- El BPS es el encargado de coleccionar dichas contribuciones, además de administrar el FONASA.
- La JUNASA es responsable de administrar el Seguro Nacional de Salud (el cual es financiado por el FONASA, Figura 26), contratando los servicios sanitarios integrales de proveedores tanto públicos como privados.
- Por mandato de la JUNASA, el BPS retribuye de manera mensual a los proveedores una “cuota salud” por cada usuario del SNS (conforme a la edad, sexo y metas prestacionales, Figura 26).
- El FNR es el encargado de costear los servicios de medicina altamente especializada, constituyéndose como un “fondo de reaseguro” que brinda una garantía de acceso a toda la población (garantiza el acceso universal).
- Todos los usuarios del SNS poseen derecho al Plan Integral de Atención en Salud (PIAS).

Figura 28 – Diagrama del Sistema de Salud – Uruguay.



Fuente: RÍOS, 2013, p. 71.

El SNIS de la República Oriental del Uruguay presenta una organización integral con la finalidad de lograr el acceso universal a las prestaciones sanitarias, la misma implementa una estrategia de Atención Primaria de Salud (APS), priorizando de esta manera el primer nivel de atención, que de acuerdo a Giovanella y Almeida (2017) apud Giovanella et. al. (2020), el 95% de la población acceden a estos servicios de salud primarios. Según Ríos (2014), la ASSE posee un primer nivel bastante diversificado (policlínicas barriales, consultorios médicos, centros de salud, etc.); dentro de esta estructura primaria los Centros de Salud cumplen el rol de unidad articuladora entre los demás organismos primarios, además de también servir como medio de conexión con el segundo nivel de atención.

En el nivel nacional, la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), como el principal prestador estatal de atención integral a la salud, ofrece una red de servicios de asistencia sanitaria en todo el territorio nacional, con un concepto de atención integral a la salud que incluye la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento oportuno y rehabilitación. [...] Mientras la ASSE tiene un primer nivel con un gran desarrollo territorial, las IAMC concentran sus recursos en sus servicios ambulatorios de primer nivel o de consulta externa con oferta más centralizada y con menor presencia territorial (GIOVANELLA et. al, 2020, p 16).

Por otro lado, como Segundo Nivel de Atención se encuentran los hospitales, estructura presente en ambos sectores (público y privado). A su vez, el Tercer Nivel hace referencia a la atención especializada por medio de los Institutos de Medicina Altamente Especializada (IMAE), la cual presenta una compenetración entre los sectores anteriormente mencionado, para poder satisfacer la demanda de la población.

5.2 INSTRUMENTOS DE ACCIÓN DEL SNIS (PRE-COVID)

Los servicios sanitarios provistos a la población uruguaya por el SNIS son realizados en los diversos establecimientos que componen la amplia estructura física del sistema médico, el cual se halla distribuido en todo el país, presentando una mayor densidad de estructuras en la capital y la zona metropolitana.

De acuerdo con Gilberto Ríos (2013), la ASSE —quien es el principal proveedor de la atención médica en el subsector público—, cuenta con 833 unidades de Primer Nivel de Atención repartidas por todo el territorio, las cuales incluyen: consultorios, policlínicas, centros de salud y centros auxiliares. Además, también posee 28 hospitales de 2º Nivel de Atención dispuestos a lo largo del territorio uruguayo; por su parte el 3º Nivel de Atención se encuentra

compuesto por 11 hospitales asignados estratégicamente en diversas regiones del país⁴¹. Del mismo modo hay 8 hospitales de referencia nacional concentrados en Montevideo; así como se cuentan con 2 colonias psiquiátricas y 1 hospital hogar. Los institutos especializados (IMAE) también forman parte del sistema público.

Siguiendo la misma línea, el subsector público también está compuesto por la Sanidad de las fuerzas públicas, la misma es prestada a los policías en el Hospital Policial y a los militares en la Dirección Nacional de Sanidad de las Fuerzas Armadas. Por último, se encuentra el hospital universitario Dr. Manuel Quintela el cual depende de la Universidad de la República (UDELAR).

A su vez, el subsector privado se encuentra conformado por las IAMC, que brindan los servicios sanitarios a través de sus 39 establecimientos alrededor de todo el territorio, siendo que 11 de los mismos se encuentran ubicados en Montevideo, mientras que los otros 28 están distribuidos en el interior del país, esto según Ríos (2013). Del mismo modo, los IMAE también hacen parte de este subsector con 18 instalaciones, así como los seguros privados que prestan asistencia médica a la población del país.

Según el RUCAF la ASSE siendo el primordial prestador de asistencia médica del sector público brinda una cobertura al 34,7% de la población total de registrados. Por otra parte, las IAMC se encargan de satisfacer las demandas de atención sanitaria del 55,9% de las personas registradas. De esta manera, se puede notar que el sector privado es el responsable de cubrir en mayor medida las necesidades médicas de la sociedad uruguaya. Por último, cabe mencionar que entre la Sanidad Policial y Militar se abordan al 6,6% de los registrados, mientras que el 2,8% restante es comprendido por los Seguros Privados. Por otro lado, el SNS antes de la pandemia cubría al 72% de la totalidad de habitantes del Uruguay.

En cuanto abordamos la cantidad de camas disponibles, para 2018 la ASSE presentaba un total de 3.733 Camas de Cuidados Moderados (CM), mientras que las IAMC tenían a disposición 3.526 camas de la misma categoría. En este sentido, Uruguay ocupaba el segundo lugar (hasta mayo de 2020) en cuanto a la disponibilidad de camas hospitalarias (2,4), tan solo

⁴¹ ASSE es el único prestador de salud presente en todo el territorio nacional con una vasta y extendida red de servicios que ofrecen desde atención domiciliaria hasta cuidados intensivos y servicios de referencia nacional (ASSE, 2020). Información disponible en: <<https://www.asse.com.uy/contenido/ASSE-INFORMA-PLAN-INSTITUCIONAL-PARA-LA-CONTINGENCIA-DE-LA-INFECCION-COVID-19-POR-EL-NUEVO-CORONAVIRUS-SARS-COV-2--12194>>. Acceso en: 22 de mayo de 2022.

por debajo de Argentina, siendo que Paraguay se posicionaba en el último lugar de acuerdo a la figura 29, con tal solo 0,8 camas hospitalarias.

El número de camas por cada 1000 habitantes es otro indicador que permite identificar cuan preparados están los sistemas de salud de la región para abordar la demanda de servicios hospitalarios. En promedio, los países de América Latina registran 1,7 camas hospitalarias por cada 1000 habitantes, casi un tercio del promedio OCDE (4,7) (OIT, 2021, p. 10).

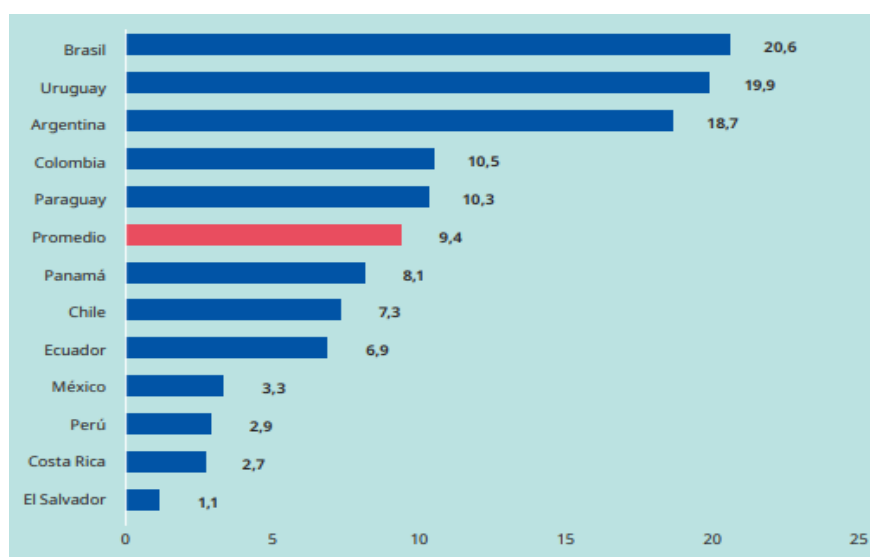
Figura 29 – Razón de camas Hospitalarias por cada 1.000 habitantes.



Fuente: OPS/OMS, 2020, p. 6.

Por otra parte, en referencia a la cantidad de Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), las IAMC disponían hasta 2018, de 687 camas UCI alocadas por todo el territorio y con mayor densidad en la capital. Por su vez, la ASSE presentaba un total de 193 UCI también con una concentración superior en Montevideo, esto se debe principalmente a la presencia de Hospitales de Referencia Nacional en la capital del país.

Figura 30 – Disponibilidad de camas UCI por cada 100.000 habitantes.



Fuente: OIT, 2021 p. 12.

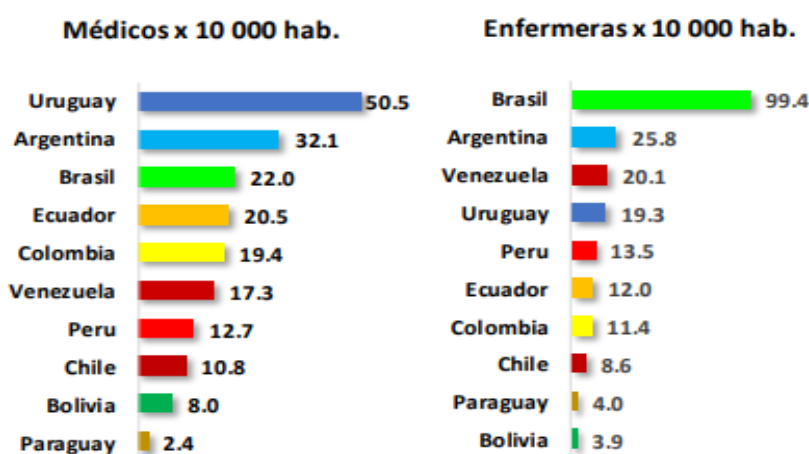
Nota: Elaborado por la OIT en base a los datos de BM-OCDE (2020).

Siendo así, Uruguay a inicios de la pandemia (2020) también se encontraba en el segundo lugar con relación a la cantidad de UCI por cada 100.000 hab., con un total de 19,9 camas UCI (Figura 30). Del mismo modo, Paraguay también ocupa una buena posición colocándose en el 5 lugar y por encima del promedio con 10,3 camas UCI/100.000 hab. Esto puede deberse al fortalecimiento realizado en dicho sector, debido a la Covid-19.

[...]las camas de unidades críticas o de terapia intensiva (camas UCI) disponibles representan un dato de gran relevancia, sobre todo en el marco de la pandemia. No solo para poder atender los casos que suelen requerir ese tipo de cuidados sino, sobre todo, para reducir las causas de mortalidad evitables. [...], el promedio de camas UCI en 12 países de la región es de 9,3 por cada 100 000 habitantes, por debajo del promedio de la OCDE (12). Brasil, Uruguay y Argentina están por encima del promedio regional (OIT, 2021, p. 10).

Cuando nos referimos la disponibilidad de los Recursos Humanos dentro del SNIS de Uruguay, hasta el comienzo de la pandemia (2020), encontramos que el país posee una excelente cantidad de médicos, ubicándolo en la primera posición de la región con un total de 50.5 médicos por cada 10.000 habitantes, de hecho, se encuentra por encima de países del primer mundo como Alemania (42) y Corea del Sur (37). En la figura 31 se puede observar que los tres primeros países son: Uruguay (50,5), Argentina (32,1) y Brasil (22,0). Además, se puede notar la carencia que presenta Paraguay en cuanto a este recurso tan importante, con tan solo 2,4 médicos/10.000 hab., posicionándolo en el último lugar de la región.

Figura 31 – Densidad de Médicos y Enfermeras en países de Sudamérica.



Fuente: OPS/OMS, 2020, p. 6.

Del mismo modo, la proporción de enfermeras por cada 10.000 usuarios es primordial, para denotar la fortaleza de los sistemas sanitarios. En este sentido —aunque en menor cuantía en relación a los médicos—, Uruguay sigue teniendo una buena disponibilidad de este recurso, con 19,3 enfermeras/10.000 hab., lo que lo posiciona en el 4 lugar de la región en conformidad a lo apreciado en la figura 31 (aunque un poco por debajo del promedio que es de 21,8

enfermeras/10.000 beneficiarios). Paraguay por su vez, ocupa la penúltima posición en cuanto a este recurso presentando tan solo 4/10.000 beneficiarios, lo cual revela la fragilidad de su sistema de salud.

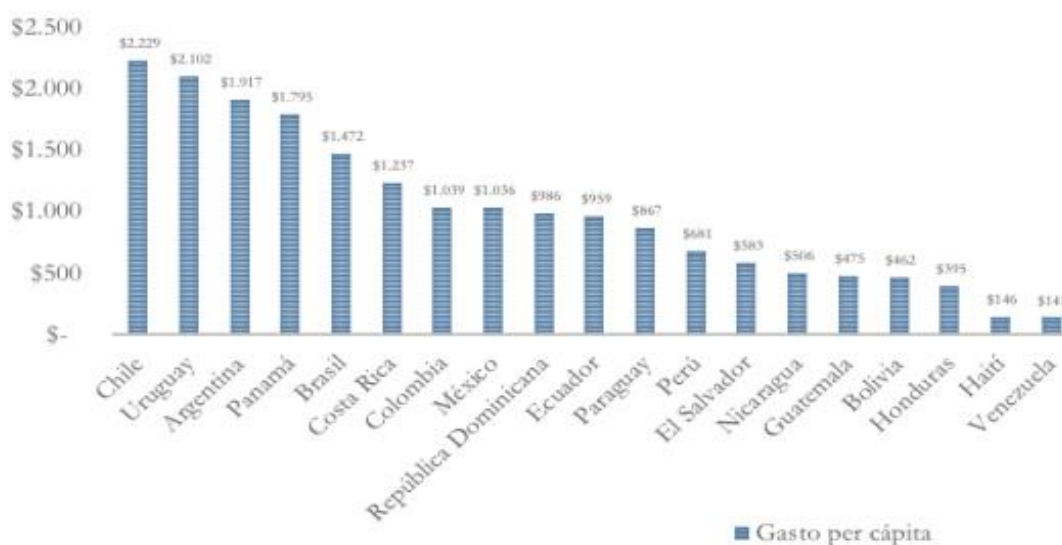
Esta gran disponibilidad de recursos humanos por parte de la República Oriental del Uruguay, se encuentra directamente ligada a la inversión pública en el área de la salud que realiza el país, la cual está por encima de los estándares de la región. De acuerdo con la CEPAL (2021), Uruguay se encuentra entre los países que más invierten en la salud pública, con un gasto total por sobre los 2.000 dólares per cápita (Figura 32).

La alta inversión que realiza Uruguay disocia de la presentada por Paraguay, que tan solo alcanza un gasto por persona de 867 dólares referente a sanidad pública. En este sentido, la CEPAL/OPS (2020) apud CEOAL/OPS (2021) sustenta que, la baja inversión en salud pública lleva a un aumento del gasto de bolsillo, generando una disparidad en cuanto al acceso a las prestaciones sanitarias por parte de la población.

[...]la región se caracteriza por desigualdades sociales y de acceso a la salud. La salud universal, que es la base de un sistema de salud equitativo, sigue siendo un reto en la región. La capacidad del sistema de salud para garantizar el acceso se puede monitorizar a través algunos indicadores, como la medición del gasto de bolsillo en salud como porcentaje del gasto en salud, siendo en la región muy alto (30%) (OPS/OMS, 2020, p. 4).

La necesidad de incurrir en gastos privados para tener un acceso equitativo y oportuno a la salud aumenta el riesgo de empobrecimiento de las personas, sobre todo de las que se encuentran en situación de vulnerabilidad, que de manera recurrente tienen un estado de salud más precario y necesitan mayor atención en salud (CEPAL/OPS, 2021, p. 5).

Figura 32 – Gasto en Salud Per Cápita (en USD) de América Latina.

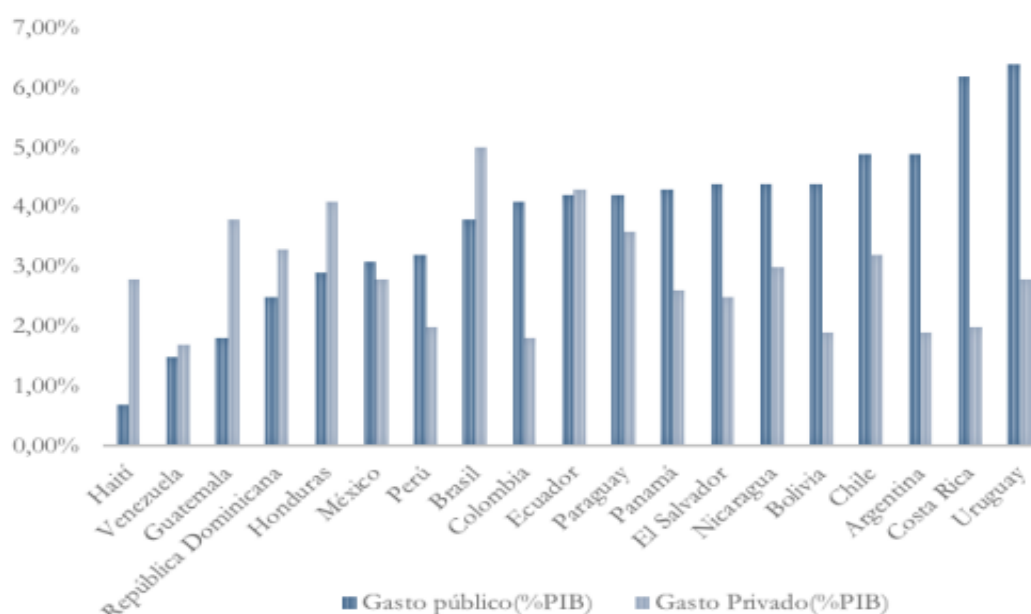


Fuente: Observatorio Social de la Cepal. Recuperado de: <https://observatoriosocial.cepal.org/inversion/es/paises> apud PEÑAFIEL-CHANG, L; CAMELLI, G; PEÑAFIEL-CHANG, P, 2020, p. 124.

Es así que Uruguay se coloca a la cabeza de la región con una inversión en salud pública del 6,4% en relación al PIB, siendo que el promedio de América Latina se encuentra en 4,2% sobre el PIB, misma cifra que comparte Paraguay según la figura 33. En referencia a esto, se puede sustentar que Uruguay presenta un elevado gasto público en salud—comparables a países de la OCDE—, que le permite cubrir las necesidades médicas de sus habitantes con un menor gasto de bolsillo por parte de los mismos, reduciendo de esta manera la desigualdad en el acceso a las prestaciones sanitarias.

Paraguay, aunque se mantenga en el promedio de la región, no posee recursos suficientes para brindar una cobertura amplia de servicios médicos a su población, lo que a diferencia de Uruguay, incrementa el gasto de bolsillo de los ciudadanos paraguayos y por ende también aumenta la disparidad en el acceso a la salud por parte de los mismos.

Figura 33 – Porcentaje de Gasto Público y Privado en salud del PBI en los países de América Latina.



Fuente: Observatorio Social de la Cepal. Recuperado de: <https://observatoriosocial.cepal.org/inversion/es/paises> apud PEÑAFIEL-CHANG, L; CAMELLI, G; PEÑAFIEL-CHANG, P, 2020, p. 124.

De esta manera, para 2019 el gasto total de salud en Uruguay según las “Cuentas Nacionales de Salud 2018-2019”, fue de 207.233 millones de pesos (poco más de 5.178 millones USD), siendo que en conformidad con la figura 34, se puede notar un aumento sostenido del gasto total en la salud pública a través del tiempo, duplicando el gasto observado en el año 2005. La diferencia entre Paraguay y Uruguay referente al gasto total de salud es abismal, siendo que Uruguay invierte 18 veces más de la totalidad del monto que direcciona Paraguay a la sanidad pública con tan solo 277 millones de dólares.

Figura 34 – Gasto Total en Salud (GTS) y GTS Per Cápita en millones de pesos constantes de 2019 – Uruguay.

	GTS	GTS p/c
2005	100.413	29.953
2006	106.059	31.584
2007	109.431	32.580
2008	117.044	34.803
2009	133.631	39.558
2010	139.265	41.000
2011	152.584	44.712
2012	162.195	47.336
2013	170.086	49.441
2014	175.994	50.958
2015	182.003	52.495
2016	188.269	54.097
2017	193.445	55.378
2018	197.085	56.214
2019	207.233	58.897

Fuente: Economía de la Salud, MSP, 2021, p. 8.

5.3 EJECUCIÓN DEL PLAN DE CONTINGENCIA CONTRA LA COVID-19

Como se observó en el apartado anterior, la República Oriental del Uruguay contaba con un sistema de salud bastante reforzado como para hacer frente a la pandemia que atravesaba el escenario mundial. La misma se encontraba bien estructurada y contaba con recursos materiales y humanos suficientes para atender las necesidades de la población, presentando una verdadera integración entre los subsistemas públicos y privados, a diferencia de lo constatado en el caso paraguayo.

En enero de 2020 fue presentado el “Plan Nacional de Contingencia para la Infección (COVID-19) por el Nuevo Coronavirus (SARS CoV2)”, teniendo en vista las recomendaciones realizadas por la OMS/OPS⁴². Dicho plan tenía como objetivo la prevención y mitigación de las consecuencias por una posible epidemia por Covid-19 y contaba con 3 niveles de respuesta en base a la evaluación del riesgo y la situación epidemiológica, siendo estos:

- Fase 1: Nivel de alerta y preparación
- Fase 2: Nivel de riesgo inminente de propagación

⁴² Este Plan Nacional tiene como objetivo definir el marco de respuesta nacional ante la identificación de casos sospechosos o confirmados de COVID-19, promover la coordinación interinstitucional de la respuesta, mantener un flujo de información confiable y oportuna y regular las acciones y procedimientos que deben adoptarse para cada etapa (MSP, 2020). Información disponible en: <<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/plan-nacional-contingencia-para-infeccion-covid-19-nuevo-coronavirus>>. Acceso en: 12 de mayo de 2022.

- Fase 3: Nivel de respuesta coordinada multisectorial nacional

A tan solo 2 días de haber sido declarada la situación de pandemia por la OMS, se registraron los primeros casos de Covid-19 en el país, pasando automáticamente al segundo nivel de respuesta con la finalidad de reducir la transmisión del virus. Cabe destacar que dentro del plan de la ASSE se encontraba estipulado al “Comité Central de Contingencia para COVID-19 de ASSE” como el órgano encargado de la coordinación y alineación de los esfuerzos de las instituciones para alcanzar los objetivos propuestos.

Siendo así, el 13 de marzo fue establecida la “Declaración de Estado de Emergencia Nacional Sanitaria como Consecuencia de la Pandemia Originada por el Virus COVID-19” a través del Decreto N.º 93/020, por medio del cual se suspendieron todos los eventos y espectáculos públicos a fin de evitar la aglomeración de la población y frenar el contagio masivo. Las medidas más resaltantes fueron:

- El cierre parcial de fronteras, con cuarentena obligatorias de 14 días para las personas que regresen de los principales países infectados.
- La cancelación de eventos y espectáculos públicos.
- La suspensión de clases presenciales en todos los niveles educativos, tanto de dependencias públicas como privadas.
- La restricción de movilidad y el descenso de la actividad laboral en diversos sectores.

En este contexto de restricciones, el Gobierno uruguayo apeló a la “libertad responsable” de la ciudadanía; con esto según Azerrat, Ratto & Fantozzi (2021), el Estado hace participe de la responsabilidad de los resultados a la sociedad, estableciendo un equilibrio entre ambas partes. Esta es una de las principales diferencias entre Uruguay y Paraguay, siendo que el primero optó por una posición más democrática para afrontar la pandemia, mientras que el segundo presentó un posicionamiento mayormente autoritario, con toques de queda, cuarentenas obligatorias y hasta movilizaciones de las fuerzas de seguridad pública para el cumplimiento de las medidas restrictivas.

Además de las primeras medidas, el 24 de marzo de 2020 fue promulgado el Decreto N.º 104/020, mediante el cual se establecía la prohibición del acceso al territorio uruguayo de las personas no residentes en el país; restringiendo cualquier tipo de vuelo, ya sean comerciales o privados u otros tipos de transporte de pasajeros (esto no se aplicaba a los uruguayos varados en el exterior). De igual manera, es importante mencionar los cambios introducidos por medio

de la Ley N.º 19.932/20, la cual reglamenta los Art. 37º y 38º de la Constitución de la República; la misma aborda en sus artículos sobre la prohibición de reuniones y del ingreso de personas a través de las diversas fronteras del país de forma transitoria.

Otra de las respuestas del gobierno visando la contención de la pandemia fue la creación del Comité de Expertos Científicos en Gestión de Crisis por medio de la Ordenanza N.º 230 del MSP. Del mismo modo desde el 16 de abril de 2020 fue instaurado el Grupo Asesor Científico Honorario (GACH), cuyas principales tareas consistían en analizar la evolución de la pandemia en tiempo real y como su nombre lo indica, asesorar y dar recomendaciones en el área de la salud a la presidencia de la república, para la toma de decisiones en el combate a la Covid-19. De esta manera, se denota el espacio de vital importancia que el Gobierno uruguayo otorgó al sector científico, fundamentando sus pautas en base a lineamientos técnicos, y direccionando sus esfuerzos a acciones que permitan alcanzar una etapa de “nueva normalidad”.

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 (SILVA AYCAGUER; PONZO GÓMEZ, 2021, p. 22).

La estrategia TETRIS —ya mencionada en capítulos anteriores—, también constituye una acción importante de destacar, pues fue implementada para poder dar un mejor seguimiento a los casos de Covid-19. De acuerdo con López & Hernández (2021), la misma fue clave en el desarrollo de tareas de testeos, seguimientos, y posterior aislamiento de los casos confirmados para limitar la propagación del virus y prevenir una circulación comunitaria en los primeros meses.

Según el MSP (2021), fue realizado un robustecimiento de la Red Nacional de Vigilancia, así como el incremento de la capacidad diagnóstica en el país. “A mediados de mayo, Uruguay podía hacer algo más de mil testeos diarios y para comienzos de noviembre esa cifra se había duplicado” (INÁCIO et al., 2021, p. 211). En este sentido, el Instituto Pasteur y la UDELAR jugaron un papel primordial a través del desarrollo de un kit de diagnóstico molecular; López & Hernández (2021), sustentan que esto posibilitó la ampliación del acceso a los diagnósticos y dispensó la necesidad de importar insumos (kits y reactivos) para la realización de dicho procedimiento. A su vez, en conformidad con Giménez (2020), esto propició un aumento en la capacidad de seguimiento e investigación de casos siendo que se pasó de tener un (1) laboratorio de biología molecular a contar con 25 instalaciones, todo esto bajo la supervisión del MSP. No obstante, según Silva Aycaguer & Ponzo Gómez (2021), a

pesar de haber incrementado la vigilancia epidemiológica del país, esta se vio superada en los meses de noviembre cuando la transmisión del virus aumentó exponencialmente, mostrando un crecimiento acelerado; los autores sustentan que la principal razón de esta “incapacidad” (o capacidad superada) se debe primordialmente a que Uruguay posee un sistema de vigilancia centralizado. “Con el aumento de contagios, el rastreo se tornó ineficaz encima de los 200 casos diarios y de los 20.000 casos activos, por lo que comenzó a perderse la trazabilidad” (LÓPEZ; HERNÁNDEZ, 2021, p. 22).

El PNA también se constituyó como un sector primordial para la trazabilidad y el seguimiento de los casos, ya que implementó actividades de atención prehospitalaria, algo que diferencio al SNIS del país. Con la finalidad de garantizar el aislamiento “[...]la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) y los prestadores privados de servicios de salud, privilegiaron y aseguraron la atención domiciliaria de los pacientes” (LÓPEZ; HERNÁNDEZ, 2021, p. 12). “Salud Pública realizó una fuerte inversión en la creación de call-centers para el rastreo de contactos de las personas contagiadas y el control de las personas en confinamiento” (INÁCIO et al., 2021, p. 211). Además, se realizaron innovaciones en el sector tecnológico, precisamente por medio del Sistema Nacional de Emergencia (SINAE) mediante la adaptación de su sistema de información denominado MIRA (Motor Integral de Riesgos y Afectaciones) desarrollado en el contexto de la emergencia sanitaria y a través de la cual se puede acceder a informaciones relevantes acerca de la pandemia (cantidad de ocupaciones de camas CTI), al igual que sirve como herramienta para la toma de decisiones en base a los datos almacenados en el sistema.

Otra de las razones por la que se destaca la gestión de la pandemia en Uruguay, es por la estrategia de comunicación implementada en el país. Esta política comunicacional fue desarrollada prácticamente de forma diaria a través de diversas plataformas, con la finalidad de alcanzar a la mayor cantidad de público. En Uruguay los voceros principales, encargados de transmitir las informaciones cruciales fueron el presidente Luis Lacalle Pou y el ministro de salud (Dr. Daniel Salinas); cabe resaltar que el GACH también ha realizado conferencias explicativas e informativas a lo largo de la evolución de la pandemia. Además, es importante mencionar que Según Giménez (2020), mientras los resultados (en este caso positivos), acompañen la estrategia comunicacional se contribuye a una mayor legitimidad del gobierno y a la conformidad de la población con las decisiones adoptadas.

Una buena comunicación muchas veces funciona como una vacuna al neutralizar las críticas que se formulan en contra del Gobierno o el mandatario. Permite colocar

mensajes de interés de distintos temas, que puedan sumar acciones positivas a la atención y manejo de la crisis (ZÚÑIGA, 2020, p. 88).

De hecho, según Zúñiga (2020), si no se alcanza a poner en práctica una comunicación creíble, fácil de entender y fluida, que aumenten la confianza de los ciudadanos, existe una gran posibilidad de provocar una reacción negativa en las personas, llevando a crisis sociales como las manifestaciones con tendencias hacia el vandalismo. Esto último es lo que ocurrió en Paraguay, cuya comunicación (también casi diaria) no estuvo acompañada de resultados positivos en el enfrentamiento a la Covid-19, lo que llevó al pueblo a manifestarse en contra de la ineficiente gestión de la pandemia.

Es primordial que los líderes políticos entiendan que, en una crisis, la comunicación debe estar unida, pegada, a la gestión. Separarlas es un gran error que generará desaciertos. En momentos como el que se vive en el mundo, se requiere de transparencia, de generar confianza y certidumbre (ZÚÑIGA, 2020, p. 95).

5.3.1 Recursos Destinados al Enfrentamiento de la Covid-19

El fortalecimiento del sistema sanitario fue otro apartado muy importante para el enfrentamiento a la Covid-19. Lo recaudado en el ejercicio de 2020 para la financiación del Fondo Solidario Covid-19 fue un poco más de 41.196 millones de pesos uruguayos, correspondientes a un poco más de 1.017 millones de dólares; de dicho fondo la cantidad de dinero destinada para el fortalecimiento del sistema de salud del país fue de alrededor de 2.184 millones de pesos, es decir, casi 54 millones USD⁴³. Estos recursos fueron utilizados en la adquisición de medicamentos e insumos, así como también en el incremento de la capacidad de los centros de atendimento, compra de respiradores, entre otros. En este sentido, la cantidad de camas de cuidados intensivos se vio aumentada, llegando a más de 1.000 unidades⁴⁴, en comparación a las 764 UCI que posee Paraguay.

Siguiendo en la misma línea de ideas, con la finalidad de aumentar la disponibilidad de los recursos para mitigar los efectos de la pandemia causada por el coronavirus, la República Oriental del Uruguay, al igual que los demás Estados de la región, debieron de recurrir a

⁴³ Balance de Cuentas y Ejecución Presupuestal del Fondo Solidario Covid-19 – Ejercicio 2020 Información disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-economia-finanzas/sites/ministerio-economia-finanzas/files/documentos/publicaciones/brc2020_tomo_covid_con_informe_ain.pdf> Acceso en: 19 de mayo de 2022.

⁴⁴ En marzo de 2021 se incorporaron 129 UCI que se habían sumado a las ya 300 camas UCI agregadas al principio de la pandemia y con las que ya se había alcanzado 900 camas de cuidados intensivos. Información disponible en: <<https://www.gub.uy/presidencia/comunicacion/noticias/salud-publica-implementa-plan-contingencia-ante-creciente-demanda-cuidados>>. Acceso en: 19 de mayo de 2022.

préstamos por parte de diversos organismos para poder hacer frente a las consecuencias originadas por la Covid-19. De acuerdo con esto, fue necesario ampliar el tope legal del Endeudamiento Neto (EN) de 2.300 millones de dólares (según el Art.696° de la Ley N.º 19.924/020) para un máximo de 2.990 millones de la moneda americana, es así, que el EN de Uruguay para el 2021 fue de un total de 2.563 millones USD. De esta manera se pueden citar algunos de los préstamos realizados, los diferentes entes prestadores y a que fueron destinados dichos recursos (Cuadro 2).

Cuadro 3 – Préstamos realizados por el Gobierno Uruguayo.

Organismo Prestador	Suma Prestada en USD	Destino o finalidad del Préstamo
El Banco de Desarrollo de América Latina ⁴⁵	50 millones	Cumplimiento real de las medidas de resguardo social
Banco Interamericano de Desarrollo (BID) ⁴⁶	6,5 millones	Compra de Respiradores y equipamientos sanitarios
	30 millones	Financiación del “Desafío Kit Diagnóstico Covid-19” de la Agencia Nacional de Investigación e Innovación (ANII).
	125 millones	Financiación del programa de créditos del Banco de la República para pequeñas y medianas empresas en condiciones especiales.
	1.711 millones	Como ayuda a los sectores más vulnerables; para la reactivación de la economía mediante la prestación de créditos a las MIPYME; direccionado al fortalecimiento de la política pública y gestión fiscal.

⁴⁵ Información disponible en: <<https://www.caf.com/es/actualidad/noticias/2020/05/caf-otorga-prestamo-de-usd-50-millones-a-uruguay-para-enfrentar-al-covid19/>>. Acceso en: 19 de mayo de 2022.

⁴⁶ Información disponible en: <<https://www.iadb.org/es/noticias/bid-concreta-apoyo-uruguay-para-enfrentar-pandemia-del-covid-19>> <<https://www.iadb.org/es/noticias/bid-apoya-uruguay-con-us1700-millones-ante-la-pandemia-del-covid-19>> <Acceso en: 19 de mayo de 2022>.

Banco Mundial ⁴⁷	20 millones	Mejorar la capacidad de testeos, la detección precoz y el tratamiento de las personas positivas al COVID-19, así como la compra de insumos médicos y equipos para el personal de salud pública.
-----------------------------	-------------	---

Fuente: Elaborado por el autor con base en la investigación.

5.3.2 Otras Disposiciones

A parte del fortalecimiento del sector sanitario, Uruguay también tomó cartas en el asunto en cuanto a medidas sociales y económicas. De esta forma, de los recaudado en el Fondo Covid-19 fueron destinados 21.110.614.643 de pesos uru. (poco más de 523 millones USD) a la atención de las medidas de seguridad social y el trabajo, otros 9.542.165.000 de pesos (más de 236 millones USD) se direccionaron a las medidas económicas, y por último 5.524.818.454 de pesos (alrededor de 136 millones de USD) se distribuyeron para responder a las necesidades sociales⁴³.

Las primeras respuestas a ser destacadas, son la ampliación y flexibilización del “Subsidio por Desempleo” y el Subsidio por Enfermedad”, ambos sistemas ya se encontraban establecidos antes de la pandemia y su régimen de uso fue adaptado conforme a la situación. En cuanto al Seguro por desempleo, fue agregado una nueva modalidad de “seguro de desempleo parcial” la misma fue instituida según la Resolución del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (MTSS) N.º 143 y extendida de acuerdo a Ley N.º 19.972/021, posibilitando a los trabajadores la opción de disminuir a la mitad su jornada laboral o reducir sus días trabajados; de esta manera la empresa empleadora abona la mitad del salario y el seguro complementa el faltante, siendo que de acuerdo con los gastos del “Fondo Solidario Covid-19”, en el ejercicio del 2020 fueron destinados un poco más de 247 millones de dólares al subsidio por desempleo (9.983.025.015 de pesos uruguayos)⁴³. Por otra parte, el subsidio por enfermedad en tiempos de pandemia, fue flexibilizado e instituido por el Decreto N.º 109/020 y modificada por el Decreto N.º 132/020, estableciendo que los empleadores y trabajadores de más de 65 años deberán guardar aislamiento en sus hogares, con la finalidad de resguardar a la población

⁴⁷ Información disponible en: <<https://www.bancomundial.org/es/news/press-release/2020/05/18/apoyo-banco-mundial-uruguay-covid>>. Acceso en: 19 de mayo de 2022.

más propensa a padecer cuadros graves de Covid-19. De este modo, el gasto según el “Fondo Covid” realizado por el BPS en el ejercicio de 2020, fue de casi 27.5 millones USD (correspondientes a 1.106.988.388 pesos uruguayos)⁴³.

Esta protección social a los trabajadores y empleadores es una gran diferencia entre en caso uruguayo y el paraguayo respectivamente, siendo medidas que ya estaban institucionalizadas y fueron adaptadas conforme a la situación de pandemia. De esta manera, mientras que el mercado laboral paraguayo se caracteriza por una alta informalidad (con más del 69% de trabajadores informales según la OIT); de acuerdo con la Cepal (2021) apud López & Hernández (2021), Uruguay posee una baja informalidad en su mercado laboral comparado al de la región, siendo que esto repercute de buena manera en la cobertura social de los trabajadores, contando con un 75% de la población afiliada a sistemas de pensiones, siendo la más alta de la zona. López & Hernández (2021), aseguran que estas medidas posibilitan que las personas puedan permanecer en sus hogares por tiempos más prolongados, siendo que se encuentran protegidos por medio de los seguros (desempleo y subsidio enfermedad) y la atención sanitaria, lo que califica al país con estándares elevados de cohesión social y menor cantidad de población vulnerable frente a la pandemia.

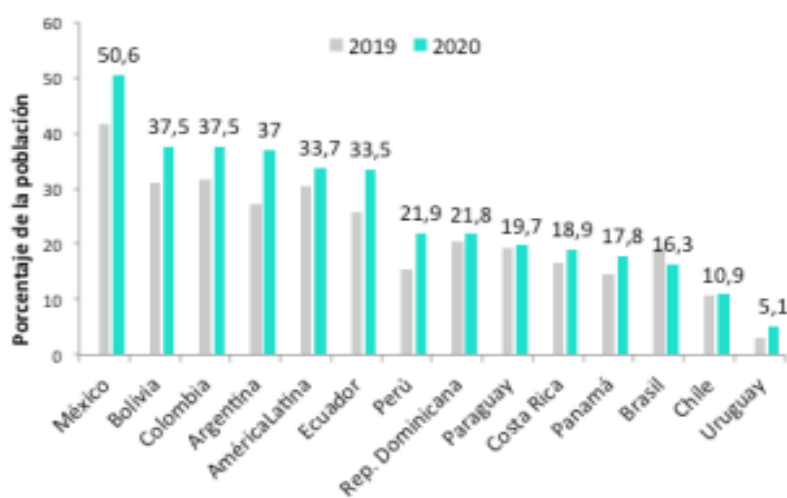
Según el “Informe Mundial de la Protección Social 2017-2019” de la OIT y el Reporte del Banco Mundial (2013), Uruguay cuenta con “uno de los sistemas de protección social más desarrollados de América Latina, comparable, en algunos aspectos, a los de países de la OCDE”. Contar con una protección social sólida ayuda a que los países desarrollen una respuesta más efectiva. (BANCO MUNDIAL, 2013 apud MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA, 2021, p. 35).

Por otra parte, en conformidad con la Cepal (2021) apud López & Hernández (2021), Uruguay es uno de los países menos desiguales de la región, presentando un índice de Gini de 0,39, siendo que también posee tasas de pobreza (3%) y extrema pobreza (0,1%) muy por debajo a los indicadores de la zona. No obstante, también pueden ser mencionadas algunas medidas resaltantes para la población más vulnerable, siendo estas:

- Los aumentos en la Tarjeta Uruguay Social (TUS), que consiste en una transferencia a aquellos hogares en situación extrema de vulnerabilidad socioeconómica presentando en promedio un monto mensual de 3.100 pesos (76 dólares).
- La duplicación de los beneficios recibidos a través del “Plan Equidad”.
- La donación de canastas adicionales de alimentos, siendo favorecidos con estas medidas a 118.000 familias y 120.000 hogares.

En Paraguay al igual que en el caso uruguayo, también se destinaron varios subsidios a las personas más necesitadas, la diferencia real existente entre ambos países es el porcentaje de la población que se encuentran en la franja de pobreza y que se vio aumentado a causa de la Covid-19, hecho que puede ser observado en la figura 35; en donde Paraguay cuenta con casi el 20% de sus habitantes en situación de pobreza, mientras que Uruguay solo posee a un poco más del 5% de sus ciudadanos atravesando por este contexto.

Figura 35 – Porcentaje de la población en situación de pobreza - 2019 y 2020.



Fuente: CEPAL (2021) apud ARREAZA; LÓPEZ; TOLEDO, 2021, p. 20.

Por otro lado, en el sector de las medidas económicas se destacan las siguientes respuestas para enfrentar la pandemia:

- ✓ Subsidios y créditos a monotributistas: por parte del Ministerio de Desarrollo Social (MIDES), otorgando préstamos de hasta 12 mil pesos uruguayos y un subsidio de 6.800 pesos por 2 meses. De acuerdo con el Fondo Covid-19, se destinaron un poco más de 7 millones USD⁴³.
- ✓ La ampliación del SIGA Emergencias: por parte del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), que consisten en préstamos para las empresas con tasas y plazos convenientes. Según el Fondo Covid, este rubro representó más de 200 millones USD⁴³.
- ✓ Líneas de créditos y subsidios para MYPIMES: a través del BROU se habilitó la posibilidad de que pequeñas y medianas empresas accedieran a préstamos de hasta 50 millones de dólares con la opción de ser ampliados a 125 millones USD. Además, se dieron ciertos beneficios a las empresas, como el aplazamiento de los aportes patronales, así como la disminución del importe fijo de UTE (electricidad) entre otros.

A pesar de las buenas medidas adoptadas por Uruguay, según el ICUDU (2021), estas respuestas tenían un carácter de contención y no de reactivación, buscando aliviar a los sectores más afectados por la pandemia.

5.3.3 Fondo Solidario Covid-19

Una de las medidas más resaltantes implementadas por el Gobierno Uruguayo durante la pandemia, fue la creación del Fondo Solidario Covid-19, el mismo fue instituido por la Ley N.º 19.874/020 y reglamentada por el Decreto N.º 133/020. En el Art.1º de la mencionada Ley se encuentra establecido cuales son los gastos a ser atendidos por dicho fondo; tales erogaciones son resultantes de las siguientes actividades:

- Del amparo a la población a causa de la emergencia sanitaria;
- De la financiación del MSP y los otros proveedores de servicios de salud públicos o privados;
- Referente a las acciones de prevención, mitigación, atención y rehabilitación desarrolladas por el SINAIE;
- Relativo al pago tanto del “Seguro por Desempleo” como del “Seguro por Enfermedad” otorgados por el BPS para hacer frente a la emergencia sanitaria provocada por la Covid-19 instaurada desde el 13 de marzo;
- Concerniente al subsidio financiero otorgado al BPS por motivo de la disminución de su recaudación resultante del decrecimiento de la actividad económica.

La titularidad y administración del fondo se encuentra a cargo del Poder Ejecutivo, por medio del MEF y las fuentes de financiamiento para el mismo están detalladas en el Art. 2º de la Ley de Fondos Covid-19, estando conformadas por:

- ✓ Las utilidades del Banco República Oriental del Uruguay (BROU) correspondientes al ejercicio de 2019;
- ✓ Las utilidades acumuladas de la Corporación Nacional para el Desarrollo (CND), hasta en un 100%;
- ✓ La totalidad de los recaudado a través del “Impuesto Emergencia Sanitaria Covid-19”;
- ✓ Las donaciones de naturaleza nacional o extranjera que estén dirigidas a contribuir con el fondo;
- ✓ Los créditos provenientes de Organismos Internacionales y Multilaterales;

- ✓ Toda otra partida, fondo o contribuciones de personas no estatales.

En este sentido, en el Art. 3° de la presente normativa se propone la creación del “Impuesto Emergencia Sanitaria Covid-19”, siendo que la misma fue instaurada oficialmente a través de la Ley N.º 19.949/021 y se encuentra reglamentada por el Decreto N.º 145/021⁴⁸. La tasa a ser aplicada varía de acuerdo al monto de los ingresos nominales, yendo del 5% al 20% respectivamente y los cuales pueden ser apreciados en la figura 36.

Figura 36 – Escala (montos nominales en pesos uruguayos) del Impuesto Emergencia Sanitaria Covid-19.

Escala en pesos uruguayos	Más de	Hasta	Tasa
		120.000	0%
1	120.001	130.000	5%
2	130.001	150.000	10%
3	150.001	180.000	15%
4	180.001		20%

Fuente: Art.3° Ley N.º 19.874/020 (URUGUAY, 2020).

Cabe aclarar que la tasa aplicada a los políticos y aquellos cargos de confianza e incluso los funcionarios que desempeñen sus labores en el exterior fue la más alta, siendo la del 20%, quedando excluidos del pago del impuesto el personal de salud. De este modo, en conformidad con el Art.4° de la presente Ley, los contribuyentes del Fondo Covid-19 son los siguientes:

- Los funcionarios de la Administración Central (Poder Legislativo, Poder Judicial, Tribunal de lo Contencioso Administrativo, Corte Electoral, Tribunal de Cuentas), de Entes Autónomos y Servicios Descentralizados y de los Gobiernos Departamentales. De igual manera se encuentran afectados los funcionarios que se encuentran realizando sus tareas fuera del territorio del país (incluyendo Embajadores, ministros o ministros consejeros).
- Las personas físicas que sostengan contratos de servicios personales con el Estado, se encuentran incluidos los contratos de arrendamiento de obras y servicios, motivados por

⁴⁸ Dicho impuesto se abonará mensualmente y será pagado por los funcionarios públicos o aquellos que sin serlo brinden servicios de carácter personal a organismos estatales, así como a personas del derecho público no estatal o a entidades en donde el Estado sea el accionista mayoritario, que posean ingresos nominales mayores a 120.000 pesos uruguayos (mensualmente), siendo excluidos el aguinaldo y el sueldo vacacional (FERRERE, 2020). Información disponible en: <<https://www.ferrere.com/es/novedades/uruguay-tributos-covid-19-y-otras-medidas/>>. Acceso en: 18 de mayo de 2022.

vínculos temporales que no revistan la condición de funcionarios públicos, excluido el IVA, cualquiera sea su fuente de financiamiento.

- Aquellos que presten servicios personales en las personas de derecho público no estatal y las entidades de propiedad estatal en las que el Estado o cualquier entidad pública posea participación mayoritaria, cualquiera sea su naturaleza jurídica, la naturaleza de su vínculo y su financiamiento. Quedan comprendidos de esta manera, los empleados de las entidades paraestatales como: la Caja Profesional, la Caja Bancaria, la Caja Notarial, el LATU, el INII, entre otros. Así como también los empleados de DUCSA, ALUR y todas las subsidiarias en donde el Estado tiene participación directa o indirecta.
- Los beneficiarios de los subsidios otorgados por ley a quienes hubieren ocupado cargos públicos o de particular confianza.

A su vez, también fue implementado un primer instante la “Extensión” al Impuesto a la Asistencia de la Seguridad Social (IASS), cuyos fundamentos se encuentran en el Art. 7º de la ya abordada “Ley del Fondo Covid-19” y estando reglamentada por el Decreto N.º 145/021— al igual que el Impuesto Emergencia Sanitaria Covid-19—. Este tributo afecta a los ingresos correspondientes a “las jubilaciones, pensiones, retiros militares y policiales, y prestaciones de pasividad similares, servidos por instituciones públicas, paraestatales y privadas”, teniendo en cuenta la misma escala establecida en el “Impuesto Emergencia Sanitaria Covid-19”, siendo que la totalidad de la recaudación que sea obtenida por esta extensión será direccionada al BPS.

Según Lanzilotta, Merlo & Mordecki (2020), estos impuestos afectarían a alrededor de 15.000 funcionarios públicos, pero para los autores la implementación de dichas contribuciones no solo presenta problemas de diseños, sino que también se encuentran en oposición a las sugerencias efectuadas por la OCDE, en relación a la disminución de la carga tributaria de las personas y empresas que se vieron afectadas por la pandemia. En conformidad a lo sustentado por el PNDU (2020), el Fondo COVID estaría manejando las siguientes cifras para su financiación:

- Organismos Multilaterales: 800 millones USD.
- Utilidades del Ejercicio 2019 del BROU: 151 millones USD.
- Utilidades Acumuladas a diciembre de 2019 de la CND: 59 millones USD.
- El nuevo Impuesto Emergencia Sanitaria Covid-19 y la Extensión del IASS: 20 millones USD (monto estimado).

En el ejercicio 2020, el Fondo Solidario covid-19 recibió ingresos por \$41.197 millones. El uso del fondo en el mismo período ascendió a \$ 38.362 millones, de los cuales \$ 2.184 millones fueron usados en medidas sanitarias tales como el incremento de la capacidad instalada de los centros de salud que incluye insumos y material médico, equipamiento médico-quirúrgico, así como también adquisición de respiradores, monitores de vida, entre otros. Se incluyen también los gastos asociados a la vigilancia epidemiológica, seguimiento y rastreo de casos y contactos, estudios de diagnóstico, vacunas y todos los gastos de prevención (GRUPO DE ECONOMIA DE LA SALUD – GES, 2022, p. 36).

De esta manera, existe una marcada diferencia entre el caso uruguayo y el paraguayo. A pesar de que ningún país se encontraba preparado para evitar por completo las consecuencias de una pandemia, la realidad es que el Uruguay ya contaba previamente con instituciones sanitarias fuertemente fortalecidas para hacer frente al coronavirus en contraposición al Paraguay que mostraba un sistema sanitario muy fragmentado. Por otra parte, el propio contexto social uruguayo ayudó en el combate a la Covid-19, y es que el país presenta bajos porcentajes de pobreza, así como poca informalidad; a diferencia de Paraguay en donde la informalidad laboral es predominante. Este elevado nivel de empleo formal ayudó a que las personas estén afiliadas en su mayoría a sistemas de pensiones, representando altos niveles de seguridad social, lo que otorgaba a la población la posibilidad de permanecer más tiempos en sus hogares como método de aislamiento y evitar la propagación del virus.

5.4 LA CAMPAÑA DE INMUNIZACIÓN EN URUGUAY

La aplicación de las vacunas contra la Covid-19 fue la principal manera de combatir y mitigar la transmisión del coronavirus a nivel mundial, de acuerdo con Pinzón (2021b), el suministro de dosis efectivas a las personas es fundamental para acabar con la pandemia. Según Montevideo Portal (2021) apud López y Hernández (2021), Uruguay fue el último de la región en acceder a los biológicos; esto colocó al país en una situación preocupante, puesto que según la BBC (2021) sus vecinos ya habían comenzado sus inmunizaciones, siendo el territorio uruguayo el único al cual todavía no arribaban las vacunas y a pesar de ello, para mayo de 2021 ya contaba con un gran porcentaje de su población vacunada al menos con la primera dosis.

Este “retraso” en el acceso a los biológicos se dio —al igual que en la mayoría de demás Estados con economías en desarrollo—, por el hecho del país quedar “atado” al mecanismo COVAX, ya que se presentaba como una forma eficaz de adquirir las vacunas. No obstante, de acuerdo con Voz de América (2021), a inicios del 2021 el presidente de la república por medio de un comunicado de prensa anunció la compra de más de 3 millones de dosis, constituidas por 2 millones de vacunas de Pfizer BioNTech y 1.750.000 dosis de Sinovac. De este lote de

vacunas, los primeros en ser vacunados en conformidad con “plan de vacunación” del ministerio de salud, serían el personal de sanidad y aquellas personas con riesgos de padecer casos más graves de Covid-19. A diferencia de Paraguay, la República Oriental de Uruguay gestionó en paralelo al mecanismo COVAX, la compra directa con los productores de los biológicos de manera más eficiente hecho que beneficio la campaña de vacunación uruguaya contra la Covid-19.

Según el MSP (2021), el plan de vacunación uruguayo fue desarrollado con una idea de ejecución de forma progresiva, escalonada y en el menor tiempo posible, siendo que los intervalos o periodos de inoculación de las dosis estarían sujetos en función del arribo de las vacunas contra la Covid-19⁴⁹. En este sentido, el plan de vacunación presenta tres objetivos estratégicos:

- Protección de la integridad del sistema de salud y la infraestructura de los servicios esenciales.
- Reducción de la morbilidad y mortalidad de asociada a la Covid-19.
- Reducción de la transmisión de la infección comunitaria y generación de la inmunidad de rebaño.

El plan de vacunación también dispuso grupos prioritarios a quienes en un primer momento serían administradas las dosis y los mismos fueron determinados en conformidad a: el riesgo de exposición o función; el riesgo de enfermar gravemente; y la vulnerabilidad social. De este modo, los grupos prioritarios establecidos en el plan de vacunación fueron los siguientes:

- ✓ El personal de salud;
- ✓ Las personas que viven en residenciales y sus funcionarios;
- ✓ Refugios y adultos mayores;
- ✓ El personal de la educación;
- ✓ El personal de servicios esenciales (policías, bomberos y militares), y;
- ✓ Pacientes con enfermedades crónicas de riesgo.

Una vez las vacunas fueran aplicadas a los grupos mencionados arriba, la siguiente fase estaba direccionada a cubrir las necesidades de inmunización de la ciudadanía en general,

⁴⁹ Información disponible en: <<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/campanas/plan-vacunacion-covid-19>>. Acceso en: 25 de mayo de 2022.

siendo que la estrategia para el suministro de las vacunas consistió en dividir a la población por franjas etarias, yendo desde las personas mayores hasta los 18 años (en primera instancia); posteriormente al ser comprobada la seguridad de aplicación en individuos menores a los 18 años, la franja etaria disminuyó hasta actualmente alcanzar a los niños mayores a 5 años. De este modo, al igual que en Paraguay se fijaron grupos prioritarios y la aplicación de estrategias de vacunación en función de franjas de edad con la finalidad de ejecutar el plan de inmunización conforme a la disponibilidad de las dosis.

La Comisión Nacional Asesora de Vacunaciones (CNAV) fue la encargada de diseñar el plan de vacunación contra la Covid-19 y de establecer las tácticas a ser aplicadas dentro del mismo. Además, la CNAV desde la década de los 50 también es responsable de llevar la dirección y otorgar asesoría al Programa Nacional de Vacunaciones (PNV), visando a mejorar el funcionamiento del PNV y de desenvolver acciones encaminadas a minimizar al máximo posible las enfermedades inmunoprevenibles a través de una cobertura vacunal amplia⁵⁰.

5.4.1 Los Recursos Destinados a la Campaña de Vacunación

Uno de los procesos más importantes dentro de la campaña de vacunación se encuentra relacionado a la mantención de la cadena de frío de las vacunas para el coronavirus, siendo que la dosis producida por Pfizer requiere de temperaturas de hasta -70 grados Celsius. Para ello, dentro del país se cuentan con cámaras de frío, freezers, ultrafreezers y refrigeradores que contribuyen en la conservación de los biológicos.

Uruguay ya contaba con cuatro cámaras a nivel central para almacenar las dosis entre los 2° y 8° C, pudiendo llegar hasta los -20° C, pero solo se tenía en posesión 2 ultrafreezers los cuales se encontraban situados en el Aeropuerto de Carrasco para la recepción de las vacunas y cuyas temperaturas de conservación pueden llegar a los -70 grados Celsius. Es por este motivo, que en un primer momento se realizó una inversión con la finalidad de reforzar la red de frío visando aumentar la capacidad de almacenaje de las dosis. En febrero de 2021 la ASSE compró 4 ultrafreezers más con un costo de 13.700 USD cada uno y un espacio de almacenamiento de 200.000 vacunas por equipo.

⁵⁰ Información disponible en: <<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/actas-reuniones-comision-nacional-asesora-vacunaciones>>. Acceso en: 25 de mayo de 2022.

De esta manera, el costo total por la adquisición de los equipamientos fue de 54.800 dólares, incrementando la capacidad de reserva en 800.000 dosis más. A su vez, el operativo para la búsqueda de los ultrafreezers fue de 96.544 dólares, puesto que se necesitó movilizar un avión “Hércules” de la Fuerza Aérea para retirar los aparatos de suelo estadounidense, alcanzando un gasto total tanto por el operativo como por los equipos de poco más de 151.000 USD (según Montevideo Portal, 2021a).

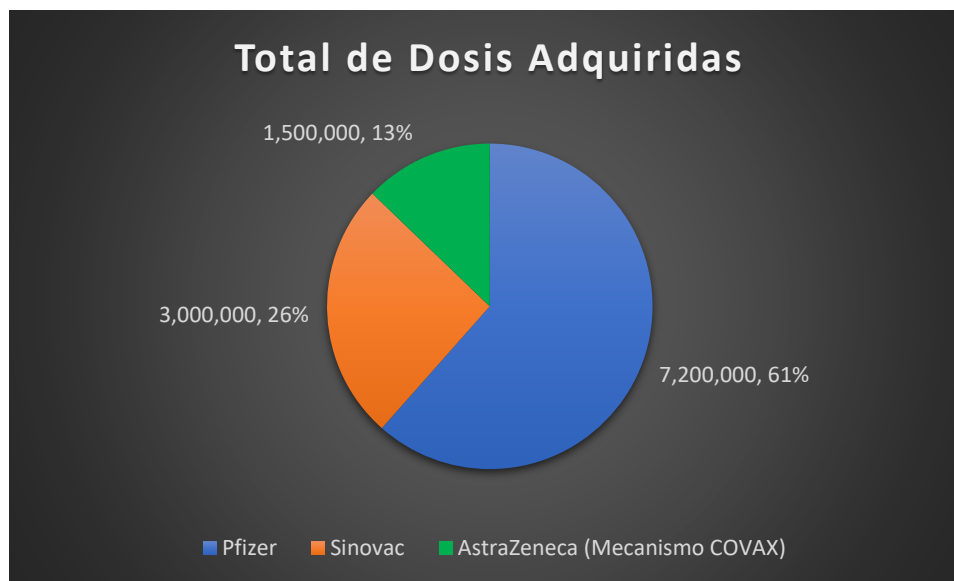
Por otra parte, la gestión de la cadena de frío se encuentra a cargo de la Comisión Honoraria para la Lucha Antituberculosa y Enfermedades Prevalentes (CHLAEP). De esta manera, en conformidad con la CHLAEP (2021), fueron establecidos tres niveles de logística (almacenaje y distribución) para las dosis: a) nivel central; b) nivel regional, y; c) nivel local. En un primer momento se realiza la recepción en los ultrafreezer del aeropuerto, posteriormente son trasladados a la central (el laboratorio A. Calmette) que cuenta con varios equipos a su disposición como: los ultrafreezers, los freezer (con temperaturas de entre -15° y -25° C), las cámaras frías y refrigeradores; de ahí son distribuidos via terrestre al nivel regional siendo que en 2019 el país presentaba 25 centros periféricos de dicho nivel para el recibimiento y posterior repartición de las dosis al nivel local; que a su vez corresponde a los puestos de vacunación dispersados por todo el país siendo un total de 238 puestos de almacenamiento y vacunatorios.

Otros equipamientos utilizados en todos los niveles son los termómetros, y las conservadoras y cajas térmicas que sirven para el traslado de nivel en nivel. Cabe resaltar que los dos últimos niveles (el regional y el local), solo cuentan con refrigeradores (entre 2° y 8° C) para la conservación del biológico. De hecho, la planeación y ejecución de una buena logística dentro de la campaña de vacunación desempeñaba un rol muy importante, ya que una vez rota la cadena de frío las vacunas deben de ser aplicadas o pasan a ser inservibles

En cuanto al total de las vacunas adquiridas por Uruguay se manejan un poco más de 9 millones de dosis de 3 principales farmacéuticas: Sinovac, Pfizer y AstraZeneca. Para el inicio de la vacunación se anunció la adquisición de 2 millones de dosis de Pfizer y otros 1.750.000 de Sinovac, además de la participación en el mecanismo COVAX para asegurar 1.500.000 biológicos. Posteriormente se realizaron nuevos contratos con Sinovac y Pfizer para la compra de más vacunas, siendo que con el primero se anunció un nuevo acuerdo de 1.250.000 dosis más; esto según Swissinfo.Ch (2021b); mientras que con el segundo se adquirieron otro millón de sus biológicos. De esta manera, de acuerdo con un comunicado de la Presidencia (2021), hasta mayo del pasado año Uruguay ya tenía aseguradas más de 6 millones de dosis, a través de compras directas con las empresas encargadas de su producción. A su vez, en junio del

mismo año E.E.U.U realizó una donación de 500.000 unidades de Pfizer y a finales de octubre el Gobierno uruguayo realizó otro acuerdo con el mismo laboratorio por el acceso a 3.700.000 dosis más que serían utilizadas para reforzar la inmunización de la población del país en 2022 (en conformidad con un comunicado de la presidencia). Con esto la cantidad de vacunas adquiridas pueden ser observadas en el gráfico 5.

Gráfico 5 – Total de dosis adquiridas por Uruguay.



Fuente: Elaboración propia en base a los datos presentados.

En cuanto al costo invertido en la totalidad de las vacunas, no se maneja una cifra en concreto, pues como en la mayoría de casos existen cláusulas de confidencialidad respecto al precio de las dosis que resguardan los intereses de las farmacéuticas. Sin embargo, según En Perspectiva (2021), a través de una conferencia de prensa, el presidente de Uruguay informó que para la compra de las primeras 3.750.000 dosis de Pfizer y Sinovac se desembolsó alrededor de 120 millones de dólares, tanto por las vacunas como para la logística necesaria para su recepción y transporte, y esto tan solo por el primer pedido, sin incluir los otros 4.950.000 biológicos reservados posteriormente. En este sentido, Uruguay había pagado alrededor de 32 dólares por cada dosis, una gran diferencia con Paraguay que tan solo pagó 6 USD. A su vez, el monto invertido por la participación en el Mecanismo COVAX fue de 2,5 millones USD por 1.500.000 dosis, esto según El Telégrafo (2021). De esta manera, existe una gran diferencia del precio pagado entre Uruguay y Paraguay por el acceso a las vacunas contra el coronavirus, puesto que mientras Paraguay destinó alrededor de 170 millones de dólares directamente para la adquisición de los biológicos, Uruguay tan solo con su primera compra ya había desembolsado casi tres cuartos de ese monto.

5.4.2 Inicio del Proceso de Inmunización

De acuerdo a una noticia de Consenso Salud (2021), entre el 25 y 26 de febrero arribaron las primeras 192.000 vacunas de Sinovac al territorio uruguayo, a mediados de marzo llegaron las 1.558.000 dosis restantes. Por otra parte, en conformidad con El Observador (2021a), recién el 10 de marzo llegaron las primeras 50.000 unidades de la vacuna Pfizer, correspondientes a un primer lote de 460.000 dosis del acuerdo anteriormente mencionado. A lo largo de los siguientes meses, principalmente entre marzo, abril y mayo llegaron las demás dosis reservadas.

Para acceder a las vacunas se colocaron a disposición diversas plataformas de agendamiento, siendo los requisitos para la realización de dicho procedimiento el nombre y cédula de la persona. De esta manera, los ciudadanos podrían agendarse a través de la web del MSP, por WhatsApp, por teléfono, o mediante la App “CoronavirusUY”⁵¹. En el mismo orden de ideas, según El Observador (2021b), en el inicio de la campaña de inmunización contra la Covid-19 se establecieron solo 90 puntos de vacunación, 44 situados en el interior del país y otros 46 en Montevideo, sitios a los cuales las personas podrían acercarse para la correspondiente administración de las dosis.

Conforme a Montevideo Portal (2021b), con el primer cargamento recibido de la vacuna china “Coronovac”, el 27 de marzo de 2021 fue inmunizado el personal que formaba parte del conjunto de vacunadores, siendo los encargados de inocular a los ciudadanos con las dosis correspondientes, de acuerdo a las estrategias establecidas en el plan de vacunación y por ende en exposición y riesgo de contacto con el virus. En este sentido, fueron vacunados cerca de 1.000 vacunadores en todo el territorio en conformidad con los datos del MSP.

De acuerdo con France24 (2021b), el primero de marzo Uruguay inició oficialmente su campaña de vacunación y siguiendo los lineamientos establecidos en el plan de inmunización, también con el primer lote de las 192.000 vacunas de Sinovac fueron vacunadas las personas pertenecientes a los grupos esenciales de la sociedad siendo estos: los profesores, los trabajadores del Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay (INAU), los policías, los bomberos y los militares. Todas estas personas debían de estar activas y ser menores a 60 años para recibir la dosis correspondiente.

⁵¹ Información disponible en: <<https://youtu.be/upvPWA3MsHY>>. Acceso en: 25 de mayo de 2022.

En la segunda semana (del 8 al 13 de marzo de 2021) de vacunación se procedió a suministrar las dosis pertinentes ya a la población en general. Por medio de un comunicado del MSP (2021), se informó que en un primer momento, la franja etaria a ser vacunada iba desde los 55 a 59 años, aunque posteriormente fue extendida hasta los 70 años, esta ampliación ocurrió primeramente en 5 ciudades fronterizas para luego ser implementada en todo el territorio. Del mismo modo, en la segunda semana fueron inoculadas las personas privadas de libertad puesto que presentaban un alto riesgo de infección.

El lote de 50 mil vacunas de Pfizer (recibidas el 10 de marzo de 2021) fue destinado esencialmente al personal de salud, que comenzó su etapa de vacunación el 15 de marzo del mismo año. En este primer momento fueron inmunizados: vacunadores (restantes), hisopadores, servicios de puerta y emergencia intra y extra hospitalarios y funcionarios de centros de hemodiálisis. Posteriormente, desde el 22 de marzo siguió la aplicación de vacunas al personal de salud del área asistencial, correspondientes a: fisioterapeutas, odontólogos, psicólogos, etc., siendo que, una vez concluida esta etapa, se prosiguió con el suministro de dosis a los funcionarios del área administrativa, esto gracias a los demás lotes de Pfizer que llegaron a lo largo del mes de marzo.

De igual forma, dentro del mismo periodo que el personal de salud, fueron inmunizados también con la vacuna de Pfizer las personas que residen y trabajan en Establecimientos de Larga Estadía para Personas Mayores (ELEPEM), implementando una estrategia de vacunación a domicilio. A su vez, el 22 de marzo inicio la aplicación de dosis a personas mayores de 80 años autoválidos (que no requieran de asistencia para acudir a los centros de vacunación).

El restante de la población prosiguió a ser inoculada el 10 de abril, alcanzando la franja etaria de 71 a 79, y según Montevideo Portal (2021c), con esto la República Oriental del Uruguay llegó al millón de vacunas administradas. De esta manera, para finales de marzo y a pesar de que la campaña de vacunación había comenzado relativamente tarde, el país contaba con un poco más del 16% de sus habitantes vacunados al menos con una dosis y en la región solo se encontraba por debajo de Chile, esto también conforme a una noticia de Montevideo Portal (2021d). De hecho, para la tercera semana de abril, la República Oriental del Uruguay se posicionaba como el número dieciséis (N.º 16) a nivel mundial en cuanto al porcentaje de inmunizaciones se refiere⁵². Cabe resaltar, que a pesar de que la campaña de vacunación

⁵² Para esa fecha la población vacunada ya ascendía al 41% (al menos el 31% con una dosis y el otro 10% ya con la segunda aplicación), aún superado por Chile con un 71% de sus habitantes inmunizados (Montevideo Portal,

uruguay estaba desarrollándose de manera eficiente, alcanzando grandes números, el mecanismo COVAX solo había enviado un lote de 48.000 mil dosis el 4 de abril de 2021, acorde a una información de la OPS (2021).

Esto demuestra una vez más que aquellos países que desempeñaron correctamente sus campañas de inmunización no dependieron del mecanismo COVAX como forma de provisión de las dosis necesarias para la inoculación a sus habitantes, sino que su forma de adquisición fue de manera directa. Además, los resultados que el Uruguay manejaba para aquellas fechas se encontraban muy alejadas de las presentadas por Paraguay, ya que este último, solo registraba 2,0 dosis aplicadas por cada 100 hab., a inicios de mayo de 2021 (Figura 12). De acuerdo con Roser et al., (2020) apud López & Hernández (2021), en el transcurso de la tercera semana de abril del 2021 se dio la coincidencia de que Uruguay se transformaba en el país con más casos nuevos de Covid-19 en el mundo y a su vez, según Montevideo Portal (2021) apud López & Hernández (2021), en el que aplicó más dosis contra el coronavirus por las mismas fechas.

El esquema de vacunación prosiguió con la aplicación de las vacunas para la franja etaria de personas con treinta años hasta los 49, teniendo como fecha de inicio el 7 de mayo del año pasado y una vez abarcado este grupo, se pasó directamente a la franja de 18 a 29 años para su inmunización, siendo vacunados a finales de mayo e inicios de junio (entre el 31 de mayo y 1 de junio respectivamente). De hecho, para la tercera semana de mayo de 2021, el presidente anunciaba que el país alcanzaba la cifra de 2.5 millones de dosis inoculadas⁵³. Además, de acuerdo a Agencia Anadolu (2021), Uruguay fue el primer Estado de América Latina en comenzar a vacunar, ya en la segunda semana de junio de 2021 a menores de edad, colocando una franja etaria de 12 a 17 años; posteriormente comprobada la seguridad de la aplicación de las vacunas en niños aún más pequeños, a través de un comunicado el MSP (2021) anunciaría el inició el proceso de inmunización de los menores de entre 5 y 11 años para enero de 2022.

“[...]para final de mayo más del 50% de la población había recibido la primera dosis y más del 29% la segunda, datos que colocan al país como el segundo más vacunado en la región luego de Chile” (ROSER et al., 2020 apud LÓPEZ; HERNÁNDEZ, 2021, p. 24.).

A su vez, otro de los grupos prioritarios que hacen parte del plan de vacunación como lo son aquellos individuos que padecen de algunas de las enfermedades crónicas de riesgo también fueron inmunizados. Según la División Epidemiológica del MSP, las comorbilidades

2021). Información disponible en: <<https://www.montevideo.com.uy/Noticias/Con-42-de-actos-vacunales-Uruguay-es-16-del-mundo-en-vacunacion-uc784222>>. Acceso en 26 de mayo de 2022.

⁵³ Información disponible en: <<https://www.gub.uy/presidencia/comunicacion/noticias/uruguay-alcanzara-2500000-dosis-administradas-vacuna-contra-covid-19-viernes>>. Acceso en: 27 de mayo de 2022.

ocasionan que los pacientes que las padezcan tengan mayor riesgo de ser afectados de gravedad por la Covid-19 e incluso tengan muchas más posibilidades de morir⁵⁴. Es por este motivo que la vacunación de dicho grupo comenzó lo antes posible, un claro ejemplo de ello es que, en la primera semana junto con el personal esencial, fueron inmunizados también los pacientes con diálisis crónica, hemodiálisis y diálisis peritoneal, al igual que la población que se encontraba dentro de la lista de espera de trasplante o aquellos ya trasplantados (mayores de 16 años) que también fueron vacunados desde el primero de marzo.

Aquellas personas con síndrome de Down (mayores de 18) recibieron las vacunas el 16 y 17 abril, de acuerdo con un comunicado del MSP (2021), siendo una jornada específicamente destinada a este grupo. Por otra parte, las personas con enfermedades respiratorias crónicas (fibrosis quística, hipertensión pulmonar) y oncológicas, así como las embarazadas accedieron a las dosis en mayo. Los individuos con discapacidad motriz fueron vacunados en julio, siendo que el propio personal de vacunación llegó hasta sus hogares para aplicarle la dosis correspondiente. Por otro lado, a los pacientes con diabetes “tipo 1 y 2” y con cardiopatías severas (incluyendo cirugías cardíacas) se les inoculó la vacuna tomando en cuenta la franja etaria.

La campaña de vacunación implementada en Uruguay fue muy eficiente, tanto así, que para septiembre del pasado año y en conformidad con la OPS (2021), más del 70% de la población ya presentaba un esquema de inmunización con dos dosis completas; de hecho, actualmente el país se encuentra aplicando una cuarta dosis de las vacunas contra la Covid-19. De acuerdo con las cifras presentadas en el “Monitor de Datos de Vacunación Covid-19”, el número de vacunados con esquema completo de 2 dosis asciende a 2.875.077 personas, lo cual equivale al 81,15% de la población total del país, otros 2.990.610 (84,41%) individuos están inmunizados con al menos una dosis, mientras que 2.028.723 (57,26%) ya cuentan con la tercera dosis de refuerzo y tan solo 492.317 (13,90%) de los habitantes se ha aplicado la cuarta dosis⁵⁵.

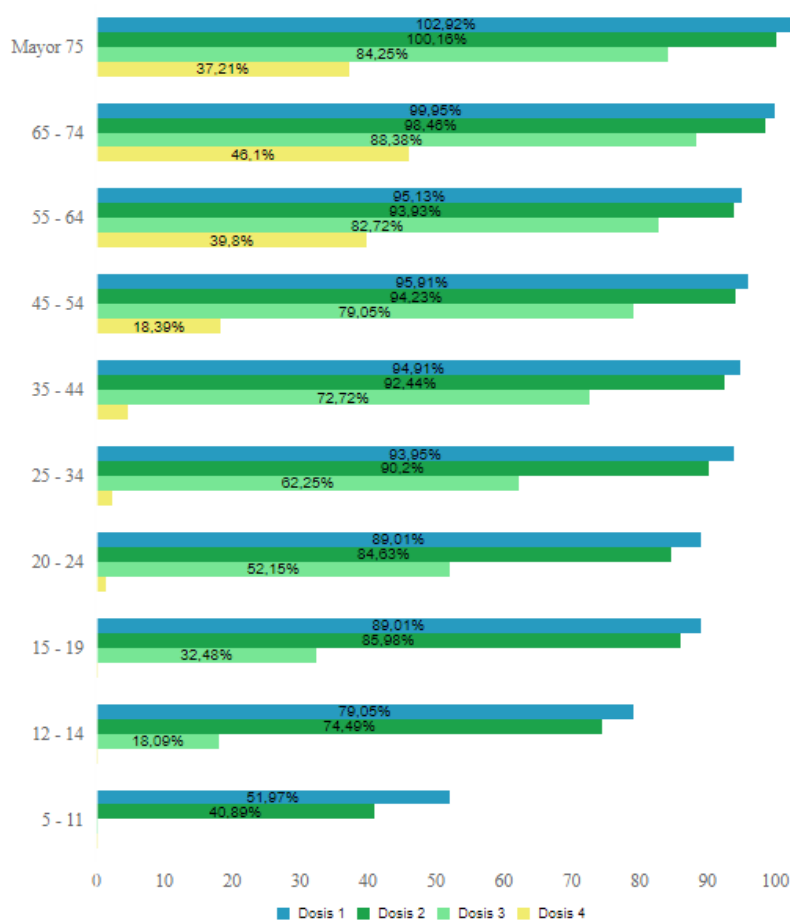
La eficiencia de la vacunación contra el coronavirus implementada en Uruguay, puede ser observada por medio de la figura 37, en donde resalta que la mayoría de franjas etarias

⁵⁴ Dentro de ese grupo se encuentran incluidas las personas con: diabetes, cardiopatías, obesidad, afecciones respiratorias crónicas, síndrome de Down, insuficiencia renal en estado 4 y pacientes oncológicos. Información disponible en: <<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/noticias/estrategia-vacunacion-para-personas-comorbilidades>>. Acceso en: 26 de mayo de 2022.

⁵⁵ Datos actualizados al 27 de mayo de 2022. Información disponible en: <<https://monitor.uruguaysevacuna.gub.uy/>>. Acceso en: 27 de mayo de 2022.

presentan un esquema completo de inmunización de dos dosis con más del 80% de vacunados respectivamente, siendo que solamente dos de los grupos etarios de menor edad (entre 5 y 14 años) presentan menor porcentaje de inoculación, esto se puede deber a que recién a inicios de este año comenzó la inmunización en los niños desde los 5 años. En total se han aplicado 8.387.554 vacunas contra la Covid-19 en todo el país lo que se traduce en 236,73 dosis cada 100 habitantes⁵⁵.

Figura 37 – Porcentaje de Vacunados por Franja Etaria- Uruguay 2022.



Fuente: MSP, Monitor de Datos de Vacunación Covid-19⁵⁵.

Para la vacunación de la República Oriental del Uruguay la relación de comercio con China fue muy importante, ya que fue gracias a las dosis producidas por este último, que Uruguay pudo iniciar su campaña de vacunación, además la provisión constante de las vacunas de Sinovac permitió al país vacunar rápidamente a la mayoría de su población. En un contexto en que la gran parte del mundo tenía dificultades en acceder a las dosis contra la Covid-19, el Gobierno uruguayo alcanzó altos estándares en cuanto a inmunización se refiere, llegando en tan solo 6 meses a una cobertura del 70% de la población siendo esta la recomendada por la OMS para la obtención de la inmunidad de rebaño. En contrapartida, Paraguay no cuenta con

ningún tipo de vínculo con China, a causa de su relación diplomática con Taiwán, esto limitó en gran medida poder disponer de las dosis chinas lo cual afectó drásticamente el inicio del plan de vacunación en el país.

Otra disparidad encontrada fue la inversión mucho más amplia ejecutada por Uruguay en lo que respecta directamente a la compra de vacunas contra el coronavirus. Como ya fue mencionado, tan solo con el primer lote de dosis adquiridas por el Estado uruguayo ya casi alcanzaba a la totalidad de los recursos reservados por Paraguay para acceder a los biológicos. Además, el Gobierno uruguayo realizó esta gestión de la compra de vacunas con mayor eficacia en comparación al Paraguay y es que a pesar de que la campaña de vacunación en Uruguay quedó un poco rezagada en un primer momento por el mecanismo COVAX —al igual que en Paraguay—, la reacción de los mandatarios fue rápida, buscando otras alternativas para suplir la escasez de las dosis y movilizandolos recursos necesarios para ello. El Estado paraguayano tan solo pagó 6 dólares por las dosis, mientras que Uruguay desembolsó casi 6 veces más por cada vacuna (35 dólares de promedio), esto sumado a la tardanza del Gobierno paraguayano en entablar conversaciones con las farmacéuticas para disponer de las dosis influyó de manera negativa en la provisión de los biológicos, puesto que los productores tenían mayor consideración por cumplir con los encargos de los clientes que habían hecho la reserva con anticipación y con aquellos que realizaron pagos mayores.

6 CONSIDERACIONES FINALES

Esta pesquisa tuvo como objetivo general, analizar cuáles son los elementos que han podido incidir en la ineficiente gestión de la Covid-19 en Paraguay.

Para dar cumplimiento a ese objetivo, en un primer momento fue realizado un análisis de gestión de la pandemia en Paraguay, con la finalidad de brindar una visión sobre el escenario en el que se desarrollaba esta investigación. Para ello fue realizado una pesquisa bibliográfica sobre el sistema sanitario del país y los marcos regulatorios que se encontraban establecidos, antes de la situación de emergencia ocasionada por el coronavirus. Se constató que el país ya contaba con varias brechas históricas en cuestión de sanidad pública.

A su vez, también se realizó una pesquisa sobre el posicionamiento adoptado por el Gobierno y las principales medidas implementadas para hacer frente a la crisis sanitaria que afectaba a todos los sectores de la sociedad, evidenciando la gran informalidad dentro del mercado laboral que refleja la situación empobrecida del territorio.

De igual manera, fue analizada la gestión sobre la campaña de vacunación contra la Covid-19, verificando las fortalezas y debilidades que presentó y los planes y estrategias aplicados durante su desarrollo. Por último, fue realizado un análisis tanto de la gestión de la pandemia como del propio plan de inmunización realizado por Uruguay, colocándolo como modelo de éxito y comparándolo al caso paraguayo, para así comprender y dimensionar de una mejor manera la gestión realizada por este último.

De este modo, además las informaciones ya recolectadas por medio de la investigación bibliográfica, fue implementada la teoría fundamentada como una herramienta de perfeccionamiento del trabajo de investigación. Para ello fueron elaborados dos cuestionarios aplicados a seis (6) expertos con conocimientos de diversas áreas, siendo que para la ponderación de las respuestas fue utilizada la técnica tanto cualitativa como cuantitativa de análisis de contenido.

A partir de la investigación realizada, se pudo constatar que el sistema de salud paraguayo ya contaba con carencias estructurales y de recursos que influyeron en la gestión de la pandemia. Conforme a la investigación, al analizar el caso uruguayo en cuanto a camas de CM según datos de la OPS/OMS (2020), Uruguay presenta 2,4 camas/1.000 hab., ocupando el segundo lugar en la región mientras que Paraguay ocupa el último con tan solo 0,8 camas de CM. Asimismo, Uruguay presenta mayor cantidad de RRHH en el sector sanitario, con 50,5

médicos/10.000 hab. y 19,3 enfermeras/10.000 hab. (ocupando el primero y cuarto lugar en Sudamérica respectivamente) mientras que Paraguay solo cuenta con 2,4 médicos y 4,0 enfermeras por cada 10.000 habitantes ocupando el último y penúltimo lugar entre los países de la zona. Por último, en cuanto a la disponibilidad de camas UTI Paraguay se encuentra por encima del promedio con 10,3 camas/100.000 hab., pero Uruguay sigue muy por encima con casi el doble de camas 19,9/100.000 hab. La cantidad de camas UTI fueron reforzadas en Paraguay, pasando de 200 a más de 700 y a pesar de ello se registraron el 100% de ocupaciones de las mismas, lo cual nos lleva a concluir que sin el fortalecimiento en dicho recurso, la crisis hubiera estallado mucho antes.

En el mismo orden de ideas, la propia cantidad de recursos financieros es un gran diferencial entre ambos países, ya que mientras Uruguay invierte alrededor del 6,4% del PIB en salud pública, Paraguay solo llega al 4,2%, y a pesar de estar en el promedio de la región si lo llevamos a cifras oficiales de ambos países, para 2019 el gasto total de salud en Uruguay según las “Cuentas Nacionales de Salud 2018-2019”, fue de poco más de 5.178 millones USD, por su parte hasta el 2018, según el Ministerio de Hacienda apud Serafini (2020), la inversión en salud en Paraguay fue de tan solo alrededor de 277 millones USD. Esto lleva a que en Paraguay exista un elevado costo de bolsillo para acceder a las prestaciones sanitarias, según el MSPBS (2019), para el 2014, casi la mitad (49,3%) del total de gastos en salud en Paraguay pertenecen a pagos de bolsillo, lo cual deja poco margen para gestionar eficientemente una crisis sanitaria como la ocasionada por la Covid-19.

El contexto social por el cual estaba atravesando Paraguay tampoco favoreció a la gestión eficiente de la pandemia, el país ya venía surcando por ciertos desgastes en la gobernabilidad (siendo un ejemplo excelente, el primer pedido de juicio político al presidente de la república). Los hechos de sobrefacturación de recursos, la falta de insumos en los hospitales, la poca disponibilidad de vacunas contra la COVID, así como las consecuencias económicas sufridas por la sociedad demuestran la gestión ineficiente de la emergencia sanitaria en el país, lo cual derivó en una crisis que terminó por estallar y se vio incrementada a causa de la poca gobernanza presentada por las autoridades durante la pandemia. A su vez, el escenario socioeconómico del país, con altas tasas de pobreza (19,7%, según la CEPAL 2021), y la protección social escasa que posee el Paraguay como resultado de la informalidad laboral muy alta (más del 69%, según la OIT 2020), y cuyo sector se vio afectado por las medidas de aislamiento impuestas para frenar el avance del coronavirus, también influyeron en la deficiente gestión de la emergencia sanitaria. A diferencia de Paraguay; Uruguay solo tiene al 5,1% de su

población en situación de pobreza y en cambio cuenta con el 75% de sus habitantes inscriptos en sistemas de pensiones, lo que posibilita una mejor gobernabilidad por parte de los mandatarios a la hora de establecer medidas de aislamiento.

Esta situación de alta informalidad de los trabajadores, con restricciones sanitarias para evitar la transmisión de la Covid-19, afectando aún más la situación de las personas y con un sistema sanitario caracterizado por sus carencias de recursos, llevaron al hartazgo de la ciudadanía, derivando en manifestaciones por más de un mes. Esto resalta la falta de capacidad del gobierno en la conducción del Estado, es decir una ingobernabilidad en tiempos de pandemia a causa de la ineficiente gestión de la Covid-19, lo cual llevó a una segunda tentativa de juicio político al presidente y vicepresidente de la república y que repercutió en la destitución de varios miembros del gabinete, principalmente la del ministro de salud y de educación.

Otro de los factores primordiales que afectaron la gestión de la pandemia fue la propia manera de gestionar la vacunación, siendo que el mecanismo COVAX, una de las primeras formas primordiales en la que Paraguay invirtió como método de adquisición de las dosis de vacunas contra la COVID, presentó ineficiencias. El fallo del mecanismo COVAX o su ineficiencia en los primeros meses, condicionó el inicio de la campaña de vacunación en Paraguay, ya que el país quedó rezagado a la espera de una respuesta en un contexto de escasez de vacunas. Esto se debe en parte a normativas anteriores (Art. 24º y 30º de la “Ley Nacional de Vacunas”) que limitaban los procedimientos de compras de vacunas y que fueron alteradas de manera tardía.

El Paraguay invirtió alrededor de 7 millones de dólares para la compra de 4 millones de dosis y durante los picos más altos de contagios en el país (junio de 2021), solamente había recibido 40 mil dosis por medio del mecanismo COVAX, no fue hasta finales de junio que recibió cerca de 305.000 unidades del biológico, pero muy lejos de lo acordado. Esto sumado a ciertos “errores administrativos” durante el pago de las dosis, retrasaron aún más el plan de inmunización.

En este sentido Uruguay también presentó cierta tardanza en el acceso a las vacunas contra el coronavirus, siendo uno de los últimos países en contar con dicho insumo vital. No obstante, a pesar de este contratiempo, actualmente es uno de los gobiernos que encabeza las inmunizaciones en la región con más del 80% de sus habitantes inmunizados; en contraste el Paraguay solo cuenta con poco más del 40% siendo uno de los más bajos de la zona. Esto guarda relación con la escasez de las dosis, mencionada con anterioridad, lo que provocó a su vez la

lucha por la adquisición de las vacunas entre los países de mayor renta y aquellos Estados de menor poder adquisitivo (siendo que COVAX fue creada con la finalidad de evitar precisamente esta desigualdad). De acuerdo con esto, Uruguay fue un país que desembolsó una gran cantidad de dinero por las vacunas, alrededor de 120 millones de dólares solo por los primeros lotes, llegando a pagar alrededor de 32 dólares por cada dosis. A diferencia, Paraguay tendría un fondo total de 170 millones USD para la compra de las vacunas, lo que llevó al país a negociar un menor precio, pagando tan solo 6 dólares por las dosis. De esta manera, el pago menor por las vacunas también influyó el tardío inicio de la vacunación masiva, ya que las farmacéuticas daban prioridad a los países que abonaban más dinero por las dosis y que las gestionaron con antelación.

Además de lo ya mencionado, uno de los factores primordiales que condicionó la campaña de vacunación de Paraguay, fue la imposibilidad de adquisición de las vacunas chinas para su aplicación en la población paraguaya. Esto se debe a los conflictos geopolíticos existentes entre China y Taiwán, que afectan directamente al Estado paraguayo por mantener relaciones con este último, siendo el único país sudamericano en seguir teniendo vínculos con los mismos. En este sentido, China fue uno de los mayores productores de dosis contra la Covid-19 a nivel mundial, y la incapacidad de realizar acuerdos con dicho país terminó por afectar el inicio del plan de vacunación en Paraguay. En contrapartida, Uruguay si pudo acceder a las dosis chinas, lo cual terminó por beneficiar su campaña de inmunización, ya que los lotes llegaban en mayor cantidad a su territorio. De hecho, las primeras vacunas con las que se inoculó a la población uruguaya y que propiciaron el comienzo del proceso de vacunación de manera general y en mayores proporciones, provenían de farmacéuticas chinas.

Tomando en consideración todo lo ya mencionado, cabe resaltar la importancia de estructurar un sistema sanitario que dé cobertura universal, así como fortalecer la seguridad social en Paraguay. Como ya fue dicho, ningún sistema estaba preparado para hacer frente a una pandemia como la ocasionada por la Covid-19. Sin embargo, la importancia de contar con instituciones sanitarias bien estructuradas e integradas, con recursos disponibles y en buena cantidad, además de una gran inversión por parte del Estado y con cobertura universal, (como en el caso de la República Oriental del Uruguay) permiten sobrellevar de una mejor manera situaciones de emergencia. La importancia de robustecer un sector tan vital como el de salud pública, daría al Paraguay mejores oportunidades de enfrentar escenarios críticos, pero también ofrecería la oportunidad de conceder mejores condiciones de vida a los ciudadanos del país.

En conclusión, la gestión de la pandemia en Paraguay fue ineficiente. A pesar de que el primer año se pudo frenar el avance del coronavirus por medio de las medidas estrictas; esto impactó fuertemente en el sector laboral y más aún en la gran cantidad de personas que se encontraban y se encuentran trabajando en la informalidad. La Covid-19 ha desvelado las carencias sanitarias que venía arrastrando el país y también ha puesto en evidencia la poca capacidad de gobernanza y gobernabilidad por parte del Estado. La propia campaña de vacunación presentó varios fallos, como la adquisición tardía de dosis a causa de quedar atados en un primer momento al mecanismo COVAX, que también tuvo sus deficiencias. De hecho, la inmunización en el territorio paraguayo pudo iniciar gracias a las donaciones recibidas de los diversos países, siendo que la imposibilidad de realizar negociaciones por las vacunas chinas, retrasó aún más dicha campaña en pleno pico de contagios. Actualmente la situación se encuentra bastante estable, pero las secuelas que dejó este suceso están siendo resentidas por la sociedad; las pérdidas pudieron haber sido menores si se actuaba de una mejor manera y lo único que queda, es aprender de los errores cometidos.

REFERENCIAS

ABC COLOR (Paraguay). **Distanciamiento y tapabocas, esenciales en la fase 1 de la cuarentena inteligente.** Asunción, 29 abr. 2020. Disponible em:

<https://www.abc.com.py/nacionales/2020/04/29/distanciamiento-social-y-tapabocas-esenciales-en-la-fase-1-de-la-cuarentena-inteligente/>. Acceso em: 10 jan. 2022.

ABC COLOR (Paraguay). **Se diseminan protestas en cde contra retroceso de cuarentena.** Asunción, 29 jul. 2020. Disponible em:

<https://www.abc.com.py/este/2020/07/29/se-diseminan-protestas-en-cde-contra-retroceso-de-cuarentena/>. Acceso em: 22 mar. 2022.

ABC COLOR (Paraguay). **Todo lo que necesita saber para acceder al subsidio Pytyvõ.**

2020. Disponible em: <https://www.abc.com.py/nacionales/2020/04/08/todo-lo-que-necesita-saber-para-acceder-al-subsidio-pytyvo/>. Acceso em: 11 jan. 2022.

ABC COLOR (Paraguay). **"Regateo" de precios de vacunas derivó en retraso de entregas para Paraguay, argumenta Gobierno.** 2021. Disponible em:

<https://www.abc.com.py/nacionales/2021/05/18/admiten-que-regateo-por-vacunas-incide-en-las-entregas-pendientes/>. Acceso em: 02 mar. 2022.

ABC COLOR (Paraguay). **Coronavirus:** vacunación podría extenderse a toda la población adulta, si llegan dosis comprometidas este mes. 2021. Disponible em:

<https://www.abc.com.py/nacionales/2021/05/18/vacunacion-anticovid-si-llegan-los-lotes-comprometidos-para-este-mayo-se-vacunaria-a-toda-la-poblacion-adulta-y-se-avanzaria-a-otra-etapa/>. Acceso em: 02 fev. 2022.

ABC COLOR (Paraguay). **Faltan más de 7 millones de vacunas mientras el país vive de la limosna.** 2021. Disponible em: <https://www.abc.com.py/nacionales/2021/06/15/faltan-mas-de-7-millones-de-vacunas-mientras-el-pais-vive-de-donaciones/>. Acceso em: 12 mar. 2022.

ABC COLOR (Paraguay). **Temor infundado a las vacunas frena a los adultos mayores, que sufren complicaciones posteriores incluso mucho más graves.** 2021. Disponible em:

<https://www.abc.com.py/nacionales/2021/06/09/temor-infundado-a-las-vacunas-frena-a-los-adultos-mayores-que-sufren-complicaciones-posteriores-incluso-mucho-mas-graves/>. Acceso em: 23 fev. 2022.

ABC COLOR (Paraguay). **Transferencias erróneas atrasaron la provisión de vacunas de Covax, según libelo acusatorio.** 2021. Disponible em:

<https://www.abc.com.py/nacionales/2021/03/16/transferencias-erroneas-atrasaron-la-provision-de-vacunas-de-covax/>. Acceso em: 08 mar. 2022.

ADMINISTRACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO. **ASSE INFORMA: plan institucional para la contingencia de la infección (covid-19) por el nuevo coronavirus (sars-cov-2).** 2020. Disponible em:

<https://www.asse.com.uy/contenido/ASSE-INFORMA-PLAN-INSTITUCIONAL-PARA-LA-CONTINGENCIA-DE-LA-INFECCION-COVID-19-POR-EL-NUEVO-CORONAVIRUS-SARS-COV-2--12194>. Acceso em: 22 maio 2022.

ADMINISTRACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO. **PLAN DE CONTINGENCIA DE ASSE PARA LA INFECCIÓN COVID-19**: primer nivel: alerta y preparación segundo nivel: riesgo de propagación. Montevideo: ASSE Salud, 2020. 35 p.

ADMINISTRACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO. **Arriban sobre el 4 de febrero los ULTRA-FREEZERS adquiridos por ASSE para almacenamiento de vacunas contra el COVID-19**. 2021. Disponible em:

<https://www.asse.com.uy/contenido/Arriban-sobre-el-4-de-febrero-los-ULTRA-FREEZERS-adquiridos-por-ASSE-para-almacenamiento-de-vacunas-contra-el-COVID-19-12834>. Acesso em: 29 maio 2022.

ADN40. **México vuelve a donar 150 mil vacunas contra COVID-19 a Paraguay**. 2021.

Disponible em: <https://www.adn40.mx/internacional/mexico-vacunas-covid-19-paraguay-sga>. Acesso em: 12 mar. 2022.

ADORNO, Alberto Manuel Poletti; IRALA, José Mauricio Marengo. Efectos de la pandemia de covid-19 en Paraguay. In: LATINOAMÉRICA, Fundación Konrad Adenauer Programa de Estado de Derecho Para. **Covid-19, Estado de derecho y PROCESOS ELECTORALES EN LATINOAMÉRICA**. Bogotá: Konrad - Adenauer - Stiftung E. V., 2021. p. 471-500.

AGENCIA ANADOLU. **Uruguay es el primer país latinoamericano en iniciar la vacunación contra la COVID-19 en menores de edad**. 2021. Por Sammy Johan Palomino Uribe. Disponible em: <https://www.aa.com.tr/es/mundo/uruguay-es-el-primer-pa%C3%ADs-latinoamericano-en-iniciar-la-vacunaci%C3%B3n-contra-la-covid-19-en-menores-de-edad/2268973>. Acesso em: 27 maio 2022.

ALBURQUERQUE, Ayuzabet de La Rosa; CARRILLO, Oscar Lozano. Planeación estratégica y organizaciones públicas: experiencias y aprendizajes a partir de un proceso de intervención. **Gestión y Estrategia**, [S.L.], v. 37, p. 61-77, jan. /jun. 2010. Universidad Autónoma Metropolitana. <http://dx.doi.org/10.24275/uam/azc/dcsh/gye/2010n37/>.

ALEMÁN, Alicia *et al.* COVID-19 pandemic in Uruguay: evolution, lessons learned and challenges. **Gaceta Médica de Caracas**, [S.L.], v. 128, n. 2, p. 262-272, 1 dez. 2020. Saber CDCH-UCV. <http://dx.doi.org/10.47307/gmc.2020.128.s2.14>.

ALMENARA, Julio Cabero; MORO, Alfonso Infante. Empleo del método Delphi y su empleo en la investigación en comunicación y educación. **Edutec. Revista Electrónica de Tecnología Educativa**, [S.L.], n. 48, p. 1-16, 26 jun. 2014. Edutec. <http://dx.doi.org/10.21556/edutec.2014.48.187>.

ALUM, Julia Noemí Mancuello; BEJARANO, María Stella Cabral de. Sistema de Salud de Paraguay. **Rev. Salud Pública Paraguay**, [s. l], v. 1, p. 13-25, ago. 2011.

ANDER-EGG, Ezequiel. **Introducción a la planificación**. Madrid: Siglo XXI de España Editores, 1991. 206 p.

ARAN, Daniel; LACA, Hernán. Sistema de salud de Uruguay. **Salud Pública de México**, Cuernavaca, v. 53, n. 2, p. 265-274, jan. 2011.

ARREAZA, Adriana; LÓPEZ, Oswaldo; TOLEDO, Manuel. **La pandemia del COVID-19 en América Latina**: impactos y perspectivas. Caracas: CAF, 2021. 40 p. (Iniciativas para la

recuperación en la pospandemia). Disponível em:
<http://scioteca.caf.com/handle/123456789/1788>. Acesso em: 15 dez. 2021.

AS/COA. **¿Qué es COVAX y qué significa para América Latina?** Elaborado por Chase Harrison. Disponível em: <https://www.as-coa.org/articles/que-es-covax-y-que-significa-para-america-latina>. Acesso em: 22 jan. 2022.

AS/COA. **Timeline: Tracking Latin America's Road to Vaccination.** Elaborado por Chase Harrison, Luisa Horwitz y Carin Zissis. Disponível em: <https://www.as-coa.org/articles/timeline-tracking-latin-americas-road-vaccination#chart-progress-of-vaccine-rollout>. Acesso em: 31 maio 2022.

AZERRAT, J. Martín; RATTO, María Celeste; FANTOZZI, Anabella. ¿Gobernar es cuidar?: los estilos de gestión de la pandemia en américa del sur: los casos de Argentina, Brasil y Uruguay. **Trabajo y Sociedad**, [S.L], v. 21, n. 36, p. 145-173, jan. /jun. 2021. Universidad Nacional de Santiago del Estero. Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales. Instituto de Estudios para el desarrollo Social (INDES).

BANCO DE DESARROLLO DE AMÉRICA LATINA. **CAF otorga préstamo de USD 50 millones a Uruguay para enfrentar al Covid-19.** 2020. Disponível em: <https://www.caf.com/es/actualidad/noticias/2020/05/caf-otorga-prestamo-de-usd-50-millones-a-uruguay-para-enfrentar-al-covid19/>. Acesso em: 19 maio 2022.

BANCO DE PREVISIÓN SOCIAL. **Plan de equidad.** Disponível em: <https://www.bps.gub.uy/3540/plan-de-equidad.html#:~:text=Es%20una%20prestaci%C3%B3n%20mensual%20en,en%20situaci%C3%B3n%20de%20vulnerabilidad%20socioecon%C3%B3mica..> Acesso em: 21 maio 2022.

BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO. **BID apoya a Uruguay con US\$1.700 millones ante la pandemia del COVID-19.** 2020. Disponível em: <https://www.iadb.org/es/noticias/bid-apoya-uruguay-con-us1700-millones-ante-la-pandemia-del-covid-19>. Acesso em: 19 maio 2022.

BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO. **BID concreta apoyo a Uruguay para enfrentar pandemia del COVID-19.** 2020. Disponível em: <https://www.iadb.org/es/noticias/bid-concreta-apoyo-uruguay-para-enfrentar-pandemia-del-covid-19>. Acesso em: 19 maio 2022.

BANCO MUNDIAL. **Uruguay recibe apoyo del Banco Mundial en la lucha contra el COVID-19.** 2020. Disponível em: <https://www.bancomundial.org/es/news/press-release/2020/05/18/apoyo-banco-mundial-uruguay-covid>. Acesso em: 19 maio 2022.

BANCO REPÚBLICA ORIENTAL DEL URUGUAY. **Siga Emergencia.** Disponível em: <https://www.brou.com.uy/clientes-empresa/empresas/servicios/siga>. Acesso em: 21 maio 2022.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo.** São Paulo: Edições 70 – Grupo Almedina, 2011. 279 p.

BATISTA, Ian Rebouças; DOMINGOS, Amanda; LINS, Rodrigo. Sorry it took me so long: Latin America and rapid governments' response to covid-19. **Ciências Sociais Unisinos**,

[S.L.], v. 56, n. 2, p. 116-130, 5 nov. 2020. UNISINOS - Universidade do Vale do Rio Dos Sinos. <http://dx.doi.org/10.4013/csu.2020.56.2.01>.

BBC. **Cómo Paraguay quedó atrapado en la histórica pelea entre Taiwán y China (y qué tiene que ver el coronavirus)**. 2021. Por Veronica Smink. Disponível em: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-56740339>. Acesso em: 15 mar. 2022.

BBC. **Cómo Uruguay pasó de ser una excepción en la pandemia de coronavirus al país con mayor tasa de casos nuevos en América Latina**. 2021. Disponível em: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-56412203>. Acesso em: 14 abr. 2022.

BBC. **Coronavirus: 6 preguntas sobre Covax, el plan global para distribuir las vacunas entre los países pobres**. 2021. Disponível em: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-55820032>. Acesso em: 22 jan. 2022.

BBC. **Vacunas contra covid-19: los países de américa latina donde todavía no han llegado (y cuándo se espera que lo hagan)**. 2021. Disponível em: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-56168826>. Acesso em: 24 maio 2022.

BERNAL-MEZA, Raúl. Las relaciones China-Mercosur y Chile. **Ciclos En La Historia, La Economía y La Sociedad**, [S.L.], v. 20, n. 41, p. 147-173, jan. 2012-2013.

BONET DE VIOLA, Ana María Bonet *et al.* Acceso a la Vacuna Contra el Covid: estrategias internacionales y locales para gestionar la colisión entre el derecho humano a la salud y la economía. **Cadernos Eletrônicos Direito Internacional Sem Fronteiras**, [S.L.], p. 1-16, 6 set. 2021. Zenodo. <http://dx.doi.org/10.5281/ZENODO.5477713>.

BONILLA-GARCÍA, Miguel Ángel; LÓPEZ-SUÁREZ, Ana Delia. Ejemplificación del proceso metodológico de la teoría fundamentada. **Cinta de Moebio**, [S.L.], n. 57, p. 305-315, dez. 2016. SciELO Agencia Nacional de Investigacion y Desarrollo (ANID). <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-554x2016000300006>.

BURDMAN, Julio. América Latina en la última batalla diplomática China-Taiwán. **Quórum. Revista de Pensamiento Iberoamericano**, Madrid, n. 12, p. 211-221, otoño, 2005. Universidad de Alcalá. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=52001214>.

CALLIZO, Camilo Filártiga; MIRET, Rodrigo Ayala. Hiperpresidencialismo y derechos fundamentales en tiempos de Covid-19. Un análisis del caso paraguayo. **Derecho y Realidad**, [S.L.], v. 18, n. 36, p. 161-180, 3 dez. 2020. Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. <http://dx.doi.org/10.19053/16923936.v18.n36.2020.12162>.

CARRERA, Rafael M. Hernández. La investigación cualitativa a través de entrevistas: su análisis mediante la teoría fundamentada. **Cuestiones Pedagógicas. Revista de Ciencias de la Educación**, [S. l.], n. 23, p. 187-210, 2014. Disponível em: <https://revistascientificas.us.es/index.php/Cuestiones-Pedagogicas/article/view/9815>. Acesso em: 18 ago. 2022.

CASAS, Irma; MENA, Guillermo. La vacunación de la COVID-19. **Medicina Clínica**, [S.L.], v. 156, n. 10, p. 500-502, mar. 2021. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2021.03.001>.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **COVID-19**: personas con ciertas condiciones médicas. Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/people-with-medical-conditions.html>. Acesso em: 04 fev. 2022.

CEPAL - OPS. **Salud y economía**: una convergencia necesaria para enfrentar el covid-19 y retomar la senda hacia el desarrollo sostenible en América Latina y el Caribe. [S.L.]: CEPAL, OPS, 2020. 27 p.

CEPAL - OPS. **La prolongación de la crisis sanitaria y su impacto en la salud, la economía y el desarrollo social**. [S.L.]: Cepal, 2021. 39 p.

CLARÍN. **La lucha contra la pandemia**: Canadá compra vacunas contra el coronavirus para cinco veces su población. Canadá compra vacunas contra el coronavirus para cinco veces su población. 2020. Disponível em: https://www.clarin.com/mundo/canada-compra-vacunas-coronavirus-veces-poblacion_0_kQip9z2Po.html. Acesso em: 21 jan. 2022.

CNN CHILE. **Chile donó 100 mil dosis de vacunas AstraZeneca contra el COVID-19 a Paraguay**. 2021. Disponível em: https://www.cnnchile.com/coronavirus/chile-dono-100-mil-vacunas-covid-19-paraguay_20211016/. Acesso em: 12 mar. 2022.

CNN ESPAÑOL. **El gobierno de Paraguay enfrenta el colapso sanitario por covid-19 con nuevas restricciones**. 2021. Por Sanie López Garelli. Disponível em: <https://cnnespanol.cnn.com/2021/03/24/paraguay-colapso-sanitario-covid-19-restricciones-orix/>. Acesso em: 15 dez. 2021.

CNN ESPAÑOL. **La Fiscalía de Paraguay investiga presunta vacunación VIP contra el covid-19**. 2021. Disponível em: <https://cnnespanol.cnn.com/2021/04/15/vacunacion-vip-paraguay-covid-19-orix/>. Acesso em: 21 fev. 2022.

COLLADO, Liza Zúñiga. **Falta de gobernanza de las políticas de respuesta al COVID-19 en Chile**. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Asuntos del Sur, 2021. Libro digital, DOC - (Colabora.Lat).

COMISIÓN HONORARIA PARA LA LUCHA ANTITUBERCULOSA Y ENFERMEDADES PREVALENTES. **CADENA DE FRIO**: campaña covid-19. 2021. Disponível em: <http://chlaep.org.uy/wp-content/uploads/2021/02/Cadena-de-frio-COVID-19-CHLAEP.pdf>. Acesso em: 30 maio 2022.

CONMEBOL. **¡La mejor noticia para la familia del fútbol sudamericano!** 2021. Disponível em: <https://www.conmebol.com/noticias/la-mejor-noticia-para-la-familia-del-futbol-sudamericano/>. Acesso em: 30 mar. 2022.

CONSENSO SALUD. **Llegaron a Uruguay las primeras dosis de la vacuna Coronavac contra el Covid-19**. 2021. Disponível em: <http://www.consensosalud.com.ar/llegaron-uruguay-las-primeras-dosis-de-la-vacuna-coronavac-contra-el-covid-19/>. Acesso em: 24 maio 2022.

CONTRERAS, Francisco Ganga *et al.* Alcances Teóricos Al Concepto de Eficiencia Organizativa: una aproximación a lo universitario. **Revista Lider**, [S.L], v. 18, n. 29, p. 75-97, maio 2016.

CRISTALDO, Patricia *et al.* La pandemia no tiene fronteras. Acercamiento a la realidad de ciudades gemelas Foz de Iguazú/Ciudad del Este. **Revista Mercosur de Políticas Sociales**, [S.L.], v. 4, p. 78-90, 17 dez. 2020. Instituto Social del MERCOSUR.
<http://dx.doi.org/10.28917/ism.2020-v4-78>.

CUESTA DUARTE INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN Y FORMACIÓN DEL PIT - CNT. **Análisis del Gasto Público Social en tiempos de pandemia**. [S.L.]: Cuesta Duarte Instituto de Investigación y Formación del Pit – Cnt, 2021. 24 p. Apoya OIT.

DALLE, Pablo *et al.* **Manual de metodología**: construcción del marco teórico, formulación de los objetivos y elección de la metodología. Buenos Aires: CLACSO, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, 2005. 187 p.

DECIDAMOS. **La corrupción es el virus que nos mata en Paraguay**. 2021. Por Claudia Colmán, para La tinta. Disponible em: <https://www.decidamos.org.py/2021/noticia/la-corrupcion-es-el-virus-que-nos-mata-en-paraguay/>. Acceso em: 15 dez. 2021.

DEFINICIÓN.DE. **Juicio Político**. Disponible em: <https://definicion.de/juicio-politico/>. Acceso em: 08 mar. 2022.

DEUTSCHE WELLE. **¿Cuánto costará la vacuna contra el coronavirus en América Latina?** Disponible em: <https://www.dw.com/es/cu%C3%A1nto-costar%C3%A1-la-vacuna-contra-el-coronavirus-en-am%C3%A9rica-latina/a-55899372>. Acceso em: 01 mar. 2022.

DICCIONARIO PREHISPÁNICO DEL ESPAÑOL JURÍDICO. **Cláusula abusiva**. Disponible em: <https://dpej.rae.es/lema/cl%C3%A1usula-abusiva>. Acceso em: 01 mar. 2022.

DICCIONARIO PREHISPÁNICO DEL ESPAÑOL JURÍDICO. **Juicio político**. Disponible em: <https://dpej.rae.es/lema/juicio-pol%C3%ADtico>. Acceso em: 08 mar. 2022.

DICCIONARIO PREHISPÁNICO DEL ESPAÑOL JURÍDICO. **Libelo de demanda**. Disponible em: <https://dpej.rae.es/lema/libelo-de-demanda>. Acceso em: 08 mar. 2022.

DRESER, Anahí. Retos y avances en la vacunación contra COVID-19 en Latinoamérica y el Caribe. **Salud Uis**, [S.L.], v. 53, n. 1, p. 1-4, 12 mar. 2021. Universidad Industrial de Santander. <http://dx.doi.org/10.18273/saluduis.53.e:21002>.

EFE. **Paraguay cierra fronteras por el covid-19 y solo permitirá el ingreso de mercancías**. Asunción, 24 mar. 2020. Disponible em: <https://www.efe.com/efe/america/politica/paraguay-cierra-fronteras-por-el-covid-19-y-solo-permitira-ingreso-de-mercancias/20000035-4203559>. Acceso em: 30 dez. 2021.

EL INDEPENDIENTE (Paraguay). **El gobierno se equivocó y transfirió unos US\$ 9 millones a otra cuenta**. 2021. Disponible em: <https://independiente.com.py/el-gobierno-se-equivoco-y-transfirió-unos-us-9-millones-a-otra-cuenta/>. Acceso em: 08 mar. 2022.

EL OBSERVADOR. **Llegaron las primeras 50 mil dosis de la vacuna de Pfizer**. 2021a. Disponible em: <https://www.elobservador.com.uy/nota/llegaron-las-primeras-50-mil-dosis-de-la-vacuna-de-pfizer-202131020375>. Acceso em: 24 maio 2022.

EL OBSERVADOR. **Coronavirus**: vacunadores comenzaron a darse la primera dosis de Sinovac. 2021b. Disponible em:

<http://web.archive.org/web/20220329063506/https://www.elobservador.com.uy/nota/comenz-o-la-vacunacion-contr-el-covid-19-en-uruguay-2021227112523>. Acesso em: 30 maio 2022.

EL PAÍS. **Así ha fracasado Covax en su intento de vacunar al mundo contra la covid-19.** 2021. Por Rosa Furneaux y Olivia Goldhill. Disponível em: <https://elpais.com/planeta-futuro/2021-10-12/asi-ha-fracasado-covax-en-su-intento-de-vacunar-al-mundo-contr-la-covid-19.html>. Acesso em: 24 jan. 2022.

EL TELEGRAFO. **Gobierno acordó la compra de cerca de un millón de dosis más de vacuna de Pfizer; llegará nueva partida de Sinovac.** 2021. Disponível em: <https://www.eltelegrafo.com/2021/04/gobierno-acordo-la-compra-de-cerca-de-un-millon-de-dosis-mas-de-vacuna-de-pfizer-llegara-nueva-partida-de-sinovac/>. Acesso em: 28 maio 2022.

EMBAJADA DE LOS ESTADOS UNIDOS EN PARAGUAY. **Segunda donación de los Estados Unidos de un millón de vacunas Pfizer llegará a Paraguay el 27 de julio.** 2021. Disponível em: <https://py.usembassy.gov/es/segunda-donacion-de-los-estados-unidos-de-un-millon-de-vacunas-pfizer-llegara-a-paraguay-el-27-de-julio/#:~:text=Con%20esta%20segunda%20entrega%20del,Ministerio%20de%20Salud%20e%20Paraguay.> Acesso em: 12 mar. 2022.

EMBAJADA DE LOS ESTADOS UNIDOS EN URUGUAY. **Estados Unidos dona 500.000 dosis de la vacuna de Pfizer a Uruguay.** Disponível em: <https://uy.usembassy.gov/es/estados-unidos-dona-500-000-dosis-de-la-vacuna-de-pfizer-a-uruguay/>. Acesso em: 28 maio 2022.

EN PERSPECTIVA. **Informe: 120 millones de dólares para compra de vacunas contra Covid-19 abarcarían dosis y logística.** 2021. Disponível em: <https://enperspectiva.uy/en-perspectiva-programa/informes-radio/informe-120-millones-dolares-compra-vacunas-covid-19-abarcarian-dosis-logist/>. Acesso em: 28 maio 2022.

EXPANSIÓN. **Paraguay - COVID-19 - Vacunas administradas.** Disponível em: <https://datosmacro.expansion.com/otros/coronavirus-vacuna/paraguay>. Acesso em: 31 maio 2022.

FERNÁNDEZ, Pamela Aracely Ayala. **Análisis Epidemiológico Del Covid-19 De La Región Fronteriza Del Paraguay.** 2021. 65 f. TCC (Graduação) - Curso de Saúde Coletiva, Instituto Latino-Americano de Ciências da Vida e da Natureza (ILACVN), Universidade Federal da Integração Latino-Americana, Foz do Iguaçu, 2021. Disponível em: <https://dspace.unila.edu.br/handle/123456789/6275>. Acesso em: 15 dez. 2021.

FERRERE. **Uruguay: Fondo Solidario COVID-19.** 2020. Disponível em: <https://www.ferrere.com/es/novedades/uruguay-tributos-covid-19-y-otras-medidas/>. Acesso em: 18 maio 2022.

FLICK, Uwe. **Introdução à Metodologia de Pesquisa: um guia para iniciantes.** Porto Alegre: Penso, 2013. 256 p. Tradução: Magda Lopes; revisão técnica: Dirceu da Silva.

FOREIGN AFFAIRS LATINOAMÉRICA. **La diplomacia de las vacunas y su impacto en Latinoamérica.** 2021. Disponível em: <https://revistafal.com/la-diplomacia-de-las-vacunas-y-su-impacto-en-latinoamerica/>. Acesso em: 15 mar. 2022.

FRANCE 24. **La crisis sanitaria pone en jaque al gobierno en Paraguay.** 2021a. Disponible em: <https://www.france24.com/es/minuto-a-minuto/20210311-la-crisis-sanitaria-pone-en-jaque-al-gobierno-en-paraguay>. Acceso em: 29 mar. 2022.

FRANCE 24. **Uruguay inicia vacunación contra covid con educadores, militares, policías y bomberos.** 2021b. Disponible em: <https://www.france24.com/es/minuto-a-minuto/20210301-uruguay-inicia-vacunaci%C3%B3n-contra-covid-con-educadores-militares-polic%C3%ADas-y-bomberos>. Acceso em: 25 maio 2022.

FRANCE 24. **COVAX reduce su objetivo de entrega de vacunas por problemas logísticos.** 2021. Elaborado por Juan Belleville. Disponible em: <https://www.france24.com/es/europa/20210909-covax-reduce-objetivo-entrega-vacunas-problemas-logisticos>. Acceso em: 22 jan. 2022.

FRANCE 24. **Paraguay empezó a vacunar contra el covid a niños de 5 a 11 años.** 2022. Disponible em: <https://www.france24.com/es/minuto-a-minuto/20220131-paraguay-empez%C3%B3-a-vacunar-contra-el-covid-a-ni%C3%B1os-de-5-a-11-a%C3%B1os>. Acceso em: 08 fev. 2022.

GAETE, Rubén. FINANCIAMIENTO Y SOSTENIBILIDAD DEL FORTALECIMIENTO DE LA CAPACIDAD DE RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD PARAGUAYO PARA HACER FRENTE AL COVID-19. **Academic Disclosure UNA FENOB**, [S. l.], v. 2, n. 1, p. 97–110, 2021. Disponible em: <https://revistascientificas.una.py/index.php/rfenob/article/view/1366>. Acceso em: 15 nov. 2021.

GAIANO, Alejandra *et al.* LA INEQUIDAD EN LA DISTRIBUCIÓN DE LAS VACUNAS EN LATINOAMÉRICA Y EL MUNDO. **Revista Argentina de Medicina**, [S.L], v. 9, n. 2, p. 57-60, jun. 2021.

GALINELLI, Bernardo; MIGLIORE, Alejandra. Administración y gestión pública ¿De qué hablamos cuando hablamos de gestión? In: PAGANI, María Laura; PAYO, Mariel Alejandra; GALINELLI, Bernardo (comp.). **Estudios sobre Gestión Pública**: aportes para la mejora de las organizaciones estatales en el ámbito provincial. La Plata: Pagani, María Laura, 2015. p. 11-34.

GARCÉ, Adolfo. COVID-19 Y DEMOCRACIAS FALLIDAS EN AMÉRICA LATINA. CUANDO EN LA COYUNTURA ASOMAN LAS ESTRUCTURAS. In: M, Carlos Andrés Pérez; GRUNDBERGER, Sebastian (ed.). **¿DEMOCRACIA INFECTADA?**: cómo la pandemia transformó la política latinoamericana, y qué podemos hacer para sobrevivir. Montevideo: KAS Partidos, CAEP, 2020. p. 27-41

GARCÍA-RUIZ, M^a Elena; LENA-ACEBO, Francisco Javier. Aplicación del método Delphi en el diseño de una investigación cuantitativa sobre el fenómeno FABLAB. **Empiria. Revista de Metodología de Ciencias Sociales**, [S.L.], n. 40, p. 129-166, maio/ago. 2018. UNED - Universidad Nacional de Educación a Distancia. <http://dx.doi.org/10.5944/empiria.40.2018.22014>.

GAULT, David Arellano; CETINA, José Sánchez; SOTO, Bartolo Retana. ¿Uno o varios tipos de gobernanza? Más allá de la gobernanza como moda: la prueba del tránsito organizacional. **Cuadernos de Gobierno y Administración Pública**, [S.L.], v. 1, n. 2, p.

117-137, 14 jan. 2015. Universidad Complutense de Madrid (UCM).
http://dx.doi.org/10.5209/rev_cgap.2014.v1.n2.47538.

GAUTO, Camilo. REFORMA DEL ESTADO Y NUEVA GOBERNANZA PÚBLICO-PRIVADA: claves para pensar escenarios post-pandemia en paraguay. In: BAUTISTA, Carolina; DURAND, Anahí; OUVIÑA, Hernán (ed.). **Estados Alterados**: reconfiguraciones estatales, luchas políticas y crisis orgánica en tiempos de pandemia. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Clacso; Muchos Mundos Ediciones; Instituto de Estudios de América Latina y El Caribe-Iealc, 2020. p. 99-113. (Serie Estado, políticas públicas y ciudadanía).

GIALDINO, Irene Vasilachis de (org.). **ESTRATÉGIAS DE INVESTIGACIÓN CUALITATIVA**. Barcelona: Gedisa Editorial, 2006. 22 p.

GIL, Antônio Carlos. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Editora Atlas S.A, 2002. 175 p.

GIMÉNEZ, Luis. CAPÍTULO X URUGUAY EN EL ENFRENTAMIENTO A LA PANDEMIA DE COVID-19. In: OLGA ESTHER INFANTE PEDREIRA. Asociación Latinoamericana de Psicología de La Salud (ALAPSA) (comp.). **LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD EN EL ENFRENTAMIENTO A LA COVID-19 EN AMÉRICA LATINA**. [S.L.]: ALAPSA, 2020. p. 348-383.

GIOVANELLA, Ligia *et al.* ¿Es la atención primaria de salud integral parte de la respuesta a la pandemia de Covid-19 en Latinoamérica? **Trabalho, Educação e Saúde**, [S.L.], v. 19, p. 1-28, jan. 2021. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00310>.

GRUPO DE ECONOMÍA DE LA SALUD (ORG.). **Gasto en salud durante la pandemia por covid-19 en países de América Latina**. [S.L.]: Grupo de Economía de La Salud; Universidad de Antioquia - Facultad de Ciencias Económicas; Asociación Nacional de Empresarios – ANDI. 2022. 45 p.

HERNÁNDEZ, Gloria Elizabeth García; CAUDILLO, Jesús Manzano. Procedimientos metodológicos básicos y habilidades del investigador en el contexto de la teoría fundamentada. **Iztapalapa Revista de Ciencias Sociales y Humanidades**, Distrito Federal, México, n. 69, p. 17-39, jul./dez. 2010.

INÁCIO, Magna Maria *et al.* ¿Tiempos de prueba o poniendo a prueba a los presidentes? COVID-19 desafiando liderazgos en América Latina. **Iberoamericana. América Latina - España - Portugal**, [S.L.], v. 21, n. 76, p. 203-239, 22 mar. 2021. IBEROAMERICANA. América Latina - España - Portugal. <http://dx.doi.org/10.18441/IBAM.21.2021.76.203-239>.

INDEPENDENT. **Presidente de Paraguay afirma que el mecanismo COVAX no funcionó**. 2021. Elaborado por Billy Rubio Esquivel. Disponible em: <https://www.independentspanol.com/noticias/america-latina/presidente-paraguay-covax-no-funciono-vacunas-b1891720.html>. Acesso em: 24 jan. 2022.

INFOBAE. **Confirmaron los primeros cuatro casos de coronavirus en Uruguay**. 2020. Disponible em: <https://www.infobae.com/america/america-latina/2020/03/13/confirmaron-los-primeros-cuatro-casos-de-coronavirus-en-uruguay/>. Acesso em: 14 abr. 2022.

INTERFERENCIA. **Chile pagó US \$ 173 millones a Sinovac entre enero y abril de 2021, lo que da un estimado de US \$ 11,5 por dosis**. 2021. Disponible em:

<https://interferencia.cl/articulos/chile-pago-us-173-millones-sinovac-entre-enero-y-abril-de-2021-lo-que-da-un-estimado-de-us>. Acceso em: 02 mar. 2022.

IP AGENCIA DE INFORMACIÓN PARAGUAYA (Paraguay). **Más de 138.000 trabajadores accedieron al subsidio por suspensión laboral desde el inicio de la pandemia.** 2021. Disponible em: <https://www.ip.gov.py/ip/mas-de-138-000-trabajadores-accidieron-al-subsidio-por-suspension-de-contratos-desde-el-inicio-de-la-pandemia/>. Acceso em: 11 jan. 2022.

IP AGENCIA DE INFORMACIÓN PARAGUAYA (Paraguay). **Paraguay adquirirá un millón de dosis Sputnik V y se mantiene cronograma de llegada a partir de segunda quincena.** 2021. Disponible em: <https://www.ip.gov.py/ip/paraguay-adquirira-un-millon-de-dosis-sputnik-v-y-cronograma-de-llegada-desde-segunda-quincena-no-sufrio-modificaciones/>. Acceso em: 16 fev. 2022.

IP AGENCIA DE INFORMACIÓN PARAGUAYA (Paraguay). **Paraguay llega a acuerdo para compra de vacunas contra covid-19 y aplicación se espera inicie en febrero.** 2021. Disponible em: <https://www.ip.gov.py/ip/paraguay-llega-a-acuerdo-para-compra-de-vacunas-contra-covid-19-y-aplicacion-se-espera-inicie-en-febrero/>. Acceso em: 15 fev. 2022.

IP AGENCIA DE INFORMACIÓN PARAGUAYA (Paraguay). **Uso de los US\$ 1.600 millones están a disposición de la ciudadanía, afirma mandatario.** 2021. Disponible em: <https://www.ip.gov.py/ip/uso-de-los-usd-1-600-millones-estan-a-disposicion-de-la-ciudadania/>. Acceso em: 12 jan. 2022.

LA DIARIA. **Coronavirus: con 5.330, Uruguay registra el número de casos nuevos más alto desde el comienzo de la pandemia.** Disponible em: <https://ladiaria.com.uy/coronavirus/articulo/2022/1/coronavirus-con-5330-uruguay-registra-el-numero-de-casos-nuevos-mas-alto-desde-el-comienzo-de-la-pandemia/>. Acceso em: 14 abr. 2022.

LA DIARIA. **El gobierno nacional pagó entre 10 y 50 dólares por dosis de vacunas contra el coronavirus.** 2021. Disponible em: <https://ladiaria.com.uy/coronavirus/articulo/2021/3/el-gobierno-nacional-pago-entre-10-y-50-dolares-por-dosis-de-vacunas-contra-el-coronavirus/>. Acceso em: 02 mar. 2022.

LAFILOSOFÍA de la salud pública. **Revista Cubana de Salud Pública**, Ciudad de La Habana, v. 40, n. 1, p. 144-158, jan./mar. 2014.

LA NACIÓN (Paraguay). **Advierten “consecuencias legales” para médicos que otorguen certificados falsos.** 2021. Disponible em: <https://www.lanacion.com.py/pais/2021/07/02/advierten-consecuencias-legales-para-medicos-que-otorguen-certificados-falsos/>. Acceso em: 04 fev. 2022.

LA NACIÓN (Paraguay). **Borba anuncia nueva compra de un millón de vacunas Pfizer.** 2021. Disponible em: <https://www.lanacion.com.py/pais/2021/07/27/borba-anuncia-nueva-compra-de-un-millon-de-vacunas-pfizer/>. Acceso em: 16 fev. 2022.

LA NACIÓN (Paraguay). **Controlan incendio en la ANR tras furia de manifestantes por rechazo al juicio político.** 2021. Disponible em: <https://www.lanacion.com.py/politica/2021/03/17/controlan-incendio-en-la-anr-tras-furia-de-manifestantes-por-rechazo-del-juicio-politico/>. Acceso em: 28 mar. 2022.

LA NACIÓN (Paraguay). **Denuncian ante Fiscalía a la Dinac tras compra de “tapabocas de oro”**. 2021. Disponível em: <https://www.lanacion.com.py/pais/2020/04/12/denuncian-ante-fiscalia-a-la-dinac-tras-compra-de-tapabocas-de-oro/>. Acesso em: 28 mar. 2022.

LA NACIÓN (Paraguay). **Fiesta en el ex Aratirí**: masiva concurrencia en día de habilitación del megavacunatorio. 2021. Disponível em: <https://www.lanacion.com.py/pais/2021/07/12/fiesta-en-el-ex-aratiri-masiva-concurrencia-en-dia-de-habilitacion-del-megavacunatorio/>. Acesso em: 15 fev. 2022.

LA NACIÓN (Paraguay). **Taiwán acusa a China de intentar atraer a Paraguay con la “diplomacia de la vacuna”**. 2021. Disponível em: <https://www.lanacion.com.py/mundo/2021/04/07/taiwan-acusa-a-china-de-intentar-atraer-a-paraguay-con-la-diplomacia-de-la-vacuna/>. Acesso em: 15 mar. 2022.

LA NACIÓN (Paraguay). **Taiwán dona equipos por US\$ 100 mil a Diputados para TV Cámara**. 2021. Disponível em: <https://www.lanacion.com.py/politica/2021/10/26/taiwan-dona-equipos-por-us-100-mil-a-diputados-para-tv-camara/>. Acesso em: 30 mar. 2022.

LA NACIÓN (Paraguay). **Uruguay donará 48.000 dosis de AstraZeneca a Paraguay**. 2021. Disponível em: <https://www.lanacion.com.py/pais/2021/09/04/uruguay-donara-48000-dosis-de-astrazeneca-a-paraguay/>. Acesso em: 12 mar. 2022.

LANZILOTTA, Bibiana; MERLO, Gabriel; MORDECKI, Gabriela. **Coronavirus en Uruguay**: medidas económicas a la talla y el aplanamiento coordinado de las curvas. 2020. Blog del Departamento de Economía. Disponível em: http://fcea.edu.uy/images/dto_economia/Blog/Medidas_econ%C3%B3micas_a_la_talla.pdf. Acesso em: 15 abr. 2022.

LEGLER, Thomas. Presidentes y orquestadores: la gobernanza de la pandemia de covid-19 en las américas. **Foro Internacional**, [S.L.], p. 333-385, 30 mar. 2021. El Colegio de México, A.C. <http://dx.doi.org/10.24201/fi.v61i2.2833>.

LÓPEZ, Camilo; HERNÁNDEZ, Diego. COVID-19, políticas y política en Uruguay: del desempeño excepcional al escenario crítico. **Análisis Carolina**, [S.L.], p. 1-44, 10 jun. 2021. Fundación Carolina. http://dx.doi.org/10.33960/ac_15.2021.

LÓPEZ-GÓMEZ, Ernesto. EL MÉTODO DELPHI EN LA INVESTIGACIÓN ACTUAL EN EDUCACIÓN: una revisión teórica y metodológica. **Educación XX1**, Madrid, v. 21, n. 1, p. 17-40, jan. 2018. Universidad Nacional de Educación a Distancia.

MALAMUD, Carlos; NÚÑEZ, Rogelio. Vacunas sin integración y geopolítica en América Latina. **Real Instituto Elcano**, Madrid, n. 21, p. 1-12, 18 fev. 2021.

MARCELLO, Lachi. **La construcción de la gobernabilidad en Paraguay**. Asunción: Centro de Estudios y Educación Popular Germinal, 2010. 42 p. (Documentos de Trabajo no. 7). Disponível em: http://biblioteca.clacso.edu.ar/Paraguay/ceepg/20170404044837/pdf_1020.pdf. Acesso em: 15 dez. 2021.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 5. ed. São Paulo: Editora Atlas S.A, 2003. 311 p.

MARQUES, Joana Brás Varanda; FREITAS, Denise de. Método DELPHI: caracterização e potencialidades na pesquisa em educação. **Pro-Posições**, [S.L.], v. 29, n. 2, p. 389-415, maio/ago. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1980-6248-2015-0140>.

MATUS, Carlos. Planificación y gobierno. **Cuadernos de Economía**, [S. l.], v. 14, n. 23, p. 232–259, jul. 1995. Disponível em: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/ceconomia/article/view/13826>. Acesso em: 2 jul. 2022.

MAYAN, María J.. **Una Introducción a los Métodos Cualitativos**: módulo de entrenamiento para estudiantes y profesionales. [S.L.]: Qual Institute Press, 2001. 44 p.

MAZZOLENI, Julio. Public health in times of COVID-19 in Paraguay, march 2020/2021. **Revista de Salud Pública del Paraguay**, [S.L.], v. 11, n. 1, p. 1-7, jan. /jun. 2021. Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud. <http://dx.doi.org/10.18004/rspp.2021.junio.1>.

MIERES, Pablo. LA COMUNICACIÓN GUBERNAMENTAL DE LA CRISIS EN TIEMPOS DEL CORONAVIRUS: el caso de Uruguay. **Más Poder Local**, [s. l.], n. 42, p. 36-41, set. 2020.

MINAYO, Maria Cecília de Souza *et al* (org.). **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. 21. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2002. 80 p.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA URUGUAY. **La vacunación contra el Coronavirus comenzará el 1 de marzo**. Youtube, 26 fev. 2021. 1 vídeo (39 segs.). Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=upvPWA3MsHY> . Acesso em: 25 maio 2022.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL. Dirección General de Vigilancia de la Salud. Alerta Epidemiológica n° 1, de 23 de janeiro de 2020. **Nuevo Coronavirus (2019-Ncov)**. Disponível em: https://dgvs.mspbs.gov.py/files/slider/BOLETIN_Nuevo%20coronavirus.pdf. Acesso em: 29 dez. 2021.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL. Resolución S.G. n° 99, de 17 de março de 2020. **Por La Cual Se Dispone El Aislamiento Preventivo General de La Población En Todo El Territorio Nacional Para Mitigar La Propagación del Coronavirus (Covid-19)**. Asunción, Disponível em: <https://www.mspbs.gov.py/dependencias/portal/adjunto/473020-ResolucinSGN99AislamientoPreventivo.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2021.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL. Resolución S.G. n° 121, de 26 de março de 2020. **Por La Cual Se Modifican Los Artículos 10 y 20 de La Resolución S.G. no 76, de Fecha 28 de Febrero de 2020 “Por LA Cual Conformar El Centro de Operaciones de Emergencia del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social Para Dar Respuesta Nacional de La Eventual Pandemia Por Coronavirus (Covid-L9)”**. Asunción, Disponível em: <https://www.mspbs.gov.py/dependencias/portal/adjunto/243441-RESOLUCIONSGN121DE2020.pdf>. Acesso em: 29 dez. 2021.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL. Resolución S.G. n° 746, de 29 de dezembro de 2020. **Por El Cual Se Autoriza En Carácter de Emergencia Vacunas Contra El Covid-19**. Asunción, Disponível em:

<https://www.mspbs.gov.py/dependencias/porta/adjunto/6902dc-Resolucin746vacunascontraelcovid.pdf>. Acesso em: 31 jan. 2022.

MINISTERIO DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL. Resolución n° 143, de 18 de março de 2020. **Régimen Especial de Subsidio Por Desempleo Por Emergencia Sanitaria Covid-19**. Montevideo, Disponível em: <https://www.bps.gub.uy/bps/file/16876/1/resolucion-143-020.pdf>. Acesso em: 20 maio 2022.

MONTEVIDEO PORTAL. **¿Cuánto costó el viaje del avión Hércules para traer ultrafreezers desde Estados Unidos?** 2021a. Disponível em: <https://www.montevideo.com.uy/Noticias/-Cuanto-costo-el-viaje-del-avion-Hercules-para-traer-ultrafreezers-desde-Estados-Unidos--uc783729>. Acesso em: 29 maio 2022.

MONTEVIDEO PORTAL. **Uruguay comienza a vacunar: 20.000 personas esperan recibir la primera dosis.** 2021b. Disponível em: <https://www.montevideo.com.uy/Noticias/Uruguay-comienza-a-vacunar-20-000-personas-esperan-recibir-la-primera-dosis-uc779497>. Acesso em: 25 maio 2022.

MONTEVIDEO PORTAL. **Comenzó la vacunación para personas de 71 a 79 años.** 2021c. Disponível em: <https://www.montevideo.com.uy/Noticias/Comenzo-la-vacunacion-para-personas-de-71-a-79-anos-uc783191>. Acesso em: 26 maio 2022.

MONTEVIDEO PORTAL. **Pese a inicio tardío, rápida vacunación pone a Uruguay en lista de los más vacunados.** 2021d. Disponível em: <https://www.montevideo.com.uy/Salud/Pese-a-inicio-tardio-rapida-vacunacion-pone-a-Uruguay-en-lista-de-los-mas-vacunados-uc782161>. Acesso em: 26 maio 2022.

MONTEVIDEO PORTAL. **Con 42% de actos vacunales, Uruguay es 16° del mundo en vacunación.** 2021. Disponível em: <https://www.montevideo.com.uy/Noticias/Con-42-de-actos-vacunales-Uruguay-es-16-del-mundo-en-vacunacion-uc784222>. Acesso em: 26 maio 2022.

MONTEVIDEO PORTAL. **Vacunación para jóvenes de entre 18 y 29 años comenzará el 31 de mayo, anunció Salinas.** 2021. Disponível em: <https://www.montevideo.com.uy/Noticias/Vacunacion-para-jovenes-de-entre-18-y-29-anos-comenzara-el-31-de-mayo-anuncio-Salinas-uc785576>. Acesso em: 27 maio 2022.

MUÑOZ, Patricia. LA GESTIÓN PÚBLICA: de los modelos al territorio. In: SÁNCHEZ, Fabio; LIENDO, Nicolás (ed.). **Manual de Ciencia Política y Relaciones Internacionales**. Bogotá: Universidad Sergio Arboleda, 2020. p. 95-124.

NOHLEN, Dieter. EL MÉTODO COMPARATIVO. **Revista Jurídica de La Unam**, [S.L], p. 41-57, jan. 2020. Acervo de la Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM. Disponível em: <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/13/6180/5.pdf>. Acesso em: 15 maio 2022.

OLMEDO, Jorge Andrés Izaguirre; CAMPUZANO, Evelyn Devenny Bazurto. Corrupción y su impacto en el crecimiento de la pandemia sars-cov-2 en Sudamérica. **Res Non Verba Revista Científica**, [S.L.], v. 10, n. 2, p. 39-51, 13 out. 2020. Universidad Tecnológico ECOTEC. <http://dx.doi.org/10.21855/resnonverba.v10i2.413>.

OPS/OMS. **El Sistema de Salud del Uruguay ante Situaciones de Emergencia.** Montevideo: OPS; JUNASA; MSP, 2011. 165 p.

OPS/OMS. **MONITOREO DE LA RESPUESTA DE PAISES SUDAMERICANOS FRENTE A LA PANDEMIA DE COVID 19.** Washington, 2020. 67 p. Disponible em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/06/1100513/informe_covid19_paises_sudamericanos_010620-1.pdf. Acesso em: 15 abr. 2022.

ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO. **Paraguay: impactos de la covid-19 sobre el mercado de trabajo y la generación de ingresos.** [S.L.]: OIT, 2020a. 27 p. (Panorama Laboral en tiempos de la COVID-19).

ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO. **Uruguay y crisis del Covid-19: políticas de respuesta.** 2020b. Por Andrés Marinakis y Carmen Bueno. Disponible em: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/---sro-santiago/documents/genericdocument/wcms_743072.pdf. Acesso em: 15 abr. 2022.

ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO. **Respuestas de corto plazo y desafíos más profundos en los sistemas de salud de América Latina.** Lima: OIT / Oficina de La OIT Para Los Países Andinos, 2021. 39 p.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **El COVAX anuncia acuerdos adicionales para acceder a vacunas candidatas prometedoras contra la COVID 19;** la distribución mundial está prevista para el primer trimestre de 2021. 2020. Disponible em: <https://www.who.int/es/news/item/18-12-2020-covax-announces-additional-deals-to-access-promising-covid-19-vaccine-candidates-plans-global-rollout-starting-q1-2021>. Acesso em: 22 jan. 2022.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **OPS Paraguay entrega equipos para mejorar almacenamiento y cadena de frío de vacunas anti COVID-19.** 2020. Disponible em: <https://www.paho.org/es/noticias/24-12-2020-ops-paraguay-entrega-equipos-para-mejorar-almacenamiento-cadena-frio-vacunas>. Acesso em: 08 fev. 2022.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Respuesta del Estado paraguayo ante la pandemia de la Covid-19.** Asunción: OPS, nov. 2020. 54 p.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Paraguay recibe las primeras vacunas COVID-19 a través del Mecanismo COVAX.** 2021. Disponible em: <https://www.paho.org/es/noticias/19-3-2021-paraguay-recibe-primeras-vacunas-covid-19-traves-mecanismo-covax>. Acesso em: 18 fev. 2022.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **A un ritmo acelerado y constante, Uruguay se inmuniza contra la COVID-19.** 2021. Disponible em: <https://www.paho.org/es/historias/ritmo-acelerado-constante-uruguay-se-inmuniza-contra-covid-19>. Acesso em: 27 maio 2022.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Paraguay recibió 253.400 vacunas donadas por España a través de COVAX.** 2021. Disponible em: <https://www.paho.org/es/noticias/9-8-2021-paraguay-recibio-253400-vacunas-donadas-por-espana-traves-covax>. Acesso em: 12 mar. 2022.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **RESPUESTA DE LA OPS/OMS A LA COVID-19 EN PARAGUAY**: enero a diciembre de 2020. [S.L.]: OPS, 2021. 62 p. Disponible em: <https://www.paho.org/es/documentos/respuesta-opsoms-covid-19-paraguay-enero-diciembre-2020-0#:~:text=Un%20primer%20momento%2C%20extendido%20hasta,riesgo%20de%20contagio%20y%20trasmisi%C3%B3n%2C>. Acceso em: 15 nov. 2021.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Uruguay recibió hoy las primeras vacunas contra la COVID-19 a través del Mecanismo COVAX**. 2021. Disponible em: <https://www.paho.org/es/noticias/4-4-2021-uruguay-recibio-hoy-primeras-vacunas-contracovid-19-traves-mecanismo-covax>. Acceso em: 26 maio 2022.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Paraguay recibe un lote de 466.830 de vacunas Pfizer donadas por el Gobierno de Alemania a través del mecanismo COVAX**. 2022. Disponible em: <https://www.paho.org/es/noticias/24-1-2022-paraguay-recibe-lote-466830-vacunas-pfizer-donadas-por-gobierno-alemania-traves>. Acceso em: 12 mar. 2022.

ORTIGOZA, Marianela Acuña. América latina. Entre la nueva realidad y las viejas desigualdades. **Telos Revista de Estudios Interdisciplinarios En Ciencias Sociales**, [S.L.], v. 23, n. 1, p. 129-136, 4 jan. 2021. Telos: Revista de Estudios Interdisciplinarios en Ciencias Sociales, URBE. <http://dx.doi.org/10.36390/telos231.10>.

OURWORLDINDATA.ORG. **Casos de coronavirus (COVID-19)**. Disponible em: <https://ourworldindata.org/covid-cases>. Acceso em: 18 abr. 2022.

OURWORLDINDATA.ORG. **Coronavirus (COVID-19) Muertes**. Disponible em: <https://ourworldindata.org/covid-deaths>. Acceso em: 18 abr. 2022.

OURWORLDINDATA.ORG. **Uruguay: perfil de país de pandemia de coronavirus**. Disponible em: <https://ourworldindata.org/coronavirus/country/uruguay#how-many-tests-are-performed-each-day>. Acceso em: 14 abr. 2022.

PARAGUAY. Dirección General de Vigilancia de La Salud. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. **Guía Nacional de Vigilancia y Control de Enfermedades**: sistema nacional de vigilancia epidemiológica. [S.L.]: DGVS, MSPBS, 2015. 375 p.

PARAGUAY. Honorable Cámara de Diputados – Congreso Nacional. **Mecanismo Covax: Instan al Poder Ejecutivo a gestionar reembolso del dinero invertido**. 2021. Disponible em: <http://www.diputados.gov.py/index.php/noticias/mecanismo-covax-istan-al-poder-ejecutivo-gestionar-reembolso-del-dinero-invertido>. Acceso em: 21 fev. 2022.

PARAGUAY. Ley nº 836, de 15 de dezembro de 1980. **Código Sanitario**. Asunción, Disponible em: <https://www.bacn.gov.py/leyes-paraguayas/2399/ley-n-836-codigo-sanitario>. Acceso em: 21 dez. 2021.

PARAGUAY. Ley nº 1.032, de 30 de dezembro de 1996. **Crea El Sistema Nacional De Salud**. Asunción, Disponible em: <https://www.bacn.gov.py/leyes-paraguayas/2484/ley-n-1032-crea-el-sistema-nacional-de-salud>. Acceso em: 17 dez. 2021.

PARAGUAY. Ley nº 2.310, de 21 de dezembro de 2003. **Protección Infantil Contra Las Enfermedades Inmuno Prevenibles**. Asunción, Disponible em:

<https://www.bacn.gov.py/leyes-paraguayas/4983/ley-n-2310-proteccion-infantil-contras-las-enfermedades-inmuno-prevenibles>. Acesso em: 26 jan. 2022.

PARAGUAY. Ley nº 4.621, de 21 de maio de 2012. **Nacional de Vacunas**. Asunción, Disponível em: <https://www.bacn.gov.py/leyes-paraguayas/3105/nacional-de-vacunas>. Acesso em: 26 jan. 2022.

PARAGUAY. Ley nº 6.524, de 26 de março de 2020. **Declara Estado de Emergencia En Todo El Territorio de La República del Paraguay Ante La Pandemia Declarada Por La Organización Mundial de La Salud A Causa del Covid-19 O Coronavirus y Se Establecen Medidas Administrativas, Fiscales y Financieras**. Asunción, Disponível em: <https://www.bacn.gov.py/leyes-paraguayas/9156/ley-n-6524-declara-estado-de-emergencia-en-todo-el-territorio-de-la-republica-del-paraguay-ante-la-pandemia-declarada-por-la-organizacion-mundial-de-la-salud-a-causa-del-covid-19-o-coronavirus-y-se-establecen-medidas-administrativas-fiscales-y-financieras>. Acesso em: 4 jan. 2022.

PARAGUAY. Ley nº 6.584, de 24 de agosto de 2020. **Modifica Los Artículos 3°, 13 y 22 de La Ley N° 6524/2020 “Que Declara Estado de Emergencia En Todo El Territorio de La República del Paraguay Ante La Pandemia Declarada Por La Organización Mundial de La Salud A Causa del Covid-19 O Coronavirus y Se Establecen Medidas Administrativas, Fiscales y Financieras”, Para La Transferencia de Fondos En Concepto de Apoyo Financiero A: Artistas, Gestores Culturales y Personas Cuya Actividad Laboral Se Encuentre Directamente Vinculada A Las Expresiones Artísticas O Culturales En Sus Diversas Manifestaciones**. Asunción, Disponível em: <https://www.bacn.gov.py/leyes-paraguayas/9340/ley-n-6584-modifica-los-articulos-3-13-y-22-de-la-ley-n-65242020-que-declara-estado-de-emergencia-en-todo-el-territorio-de-la-republica-del-paraguay-ante-la-pandemia-declarada-por-la-organizacion-mundial-de-la-salud-a-causa-del-covid-19-o-coronavirus-y-se-establecen-medidas-administrativas-fiscales-y-financieras-para-la-transferencia-de-fondos-en-concepto-de-apoyo-financiero-a-artistas-gestores-culturales-y-personas-cuya-actividad-laboral-se-encuentre-directamente-vinculada-a-las-expresiones-artisticas-o-culturales-en-sus-diversas-manifestaciones>. Acesso em: 13 jan. 2022.

PARAGUAY. Ley nº 6.655, de 26 de novembro de 2020. **Dispone La Obligatoriedad Temporal del Uso de Mascarillas Higiénicas O de Elementos de Protección Que Cubran Nariz, Boca y Mentón, y del Cumplimiento de Las Medidas de Protección Contra El Covid-19 O Coronavirus**. Asunción, Disponível em: <https://www.bacn.gov.py/leyes-paraguayas/9433/ley-n-6655-dispone-la-obligatoriedad-temporal-del-uso-de-mascarillas-higienicas-o-de-elementos-de-proteccion-que-cubran-nariz-boca-y-menton-y-del-cumplimiento-de-las-medidas-de-proteccion-contras-el-covid-19-o-coronavirus#%3A~%3Atext%3Dde%20Revistas%20Jur%3ADdicas-%2CLey%20N%C2%BA%206655%20%2F%20DISPONE%20LA%20OBLIGATORIEDAD%20TEMPORAL%20DEL%20USO%20DE%20CEL%20COVID%2D19%20O%20CORONAVIRUS>. Acesso em: 10 jan. 2022.

PARAGUAY. Ley nº 6.685, de 22 de dezembro de 2020. **Modifica Los Artículos 24 y 30 de La Ley N° 4621/2012 “Nacional de Vacunas”**. Asunción, Disponível em: <https://www.bacn.gov.py/leyes-paraguayas/9463/ley-n-6685-modifica-los-articulos-24-y-30-de-la-ley-n-46212012-nacional-de-vacunas>. Acesso em: 15 fev. 2022.

PARAGUAY. Ley nº 6.707, de 14 de janeiro de 2021. **Declara Bien Público La Investigación, Desarrollo, Fabricación y Adquisición Para La Distribución Gratuita A La Población de Las Vacunas Contra El Covid-19.** Asunción, Disponível em: <https://www.bacn.gov.py/leyes-paraguayas/9510/ley-n-6707-declara-bien-publico-la-investigacion-desarrollo-fabricacion-y-adquisicion-para-la-distribucion-gratuita-a-la-poblacion-de-las-vacunas-contra-el-covid-19>. Acesso em: 31 jan. 2022.

PARAGUAY. Ley nº 6.720, de 08 de abril de 2021. **Otorga Subsidios A Trabajadores y Comerciantes Cuyos Ingresos Fueron Afectados Por La Pandemia del Coronavirus (Covid-19), Que Residan En Las Ciudades de Encarnación, Alberdi, Puerto Falcón, Nanawa, Ayolas, Pilar, Paso de Patria, Humaitá, Cerrito, General Díaz, Mayor Martínez, Villa Oliva, Villa Franca, Natalio, Mayor Otaño y San Rafael del Paraná, Respectivamente.** Asunción, Disponível em: <https://www.bacn.gov.py/leyes-paraguayas/9520/ley-n-6720-otorga-subsidios-a-trabajadores-y-comerciantes-cuyos-ingresos-fueron-afectados-por-la-pandemia-del-coronavirus-covid-19-que-residan-en-las-ciudades-de-encarnacion-alberdi-puerto-falcon-nanawa-ayolas-pilar-paso-de-patria-humaita-cerrito-general-diaz-mayor-martinez-villa-oliva-villa-franca-natalio-mayor-otano-y-san-rafael-del-parana-respectivamente>. Acesso em: 13 jan. 2022.

PARAGUAY. Ministerio de Desarrollo Social. **Ollas populares garantizan alimentación de sectores vulnerables en la pandemia, con apoyo del MDS.** Disponível em: <https://www.mds.gov.py/index.php/noticias/las-ollas-populares-garantizan-la-alimentacion-de-sectores-vulnerables-en-la-pandemia-con-el-apoyo-del-mds>. Acesso em: 11 jan. 2022.

PARAGUAY. Ministerio de Desarrollo Social. **Programa Tekoporã.** Disponível em: <https://www.mds.gov.py/index.php/programas/tekopora#:~:text=Es%20un%20programa%20social%20implementado,situaci%C3%B3n%20de%20pobreza%20y%20vulnerabilidad>. Acesso em: 11 jan. 2022.

PARAGUAY. Ministerio de Relaciones Exteriores. **El Gobierno dispuso el cierre total de fronteras hasta el 28 de marzo, por la emergencia sanitaria.** Disponível em: <https://www.mre.gov.py/index.php/noticias-de-embajadas-y-consulados/el-gobierno-dispuso-el-cierre-total-de-fronteras-hasta-el-28-de-marzo-por-la-emergencia-sanitari>. Acesso em: 30 dez. 2021.

PARAGUAY. Ministerio de Relaciones Exteriores. **Cancillería, Salud Pública y Procuraduría coordinan sin descanso la adquisición de vacunas.** 2021. Disponível em: <https://www.mre.gov.py/index.php/noticias-de-embajadas-y-consulados/cancilleria-salud-publica-y-procuraduria-coordinan-sin-descanso-la-adquisicion-de-vacunas>. Acesso em: 13 mar. 2022.

PARAGUAY. Ministerio de Relaciones Exteriores. **El MRE contribuyó en la lucha contra la pandemia, búsqueda de consenso para la revisión del Anexo C, reactivación económica y otros.** 2021. Disponível em: <https://www.mre.gov.py/index.php/noticias-de-embajadas-y-consulados/el-mre-contribuyo-en-la-lucha-contra-la-pandemia-busqueda-de-consenso-para-la-revision-del-anexo-c-reactivacion-economica-y-otro>. Acesso em: 13 mar. 2022.

PARAGUAY. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. **Paraguay tiene el mejor sistema de conservación y refrigeración de vacunas de la Región.** 2018. Disponível em:

<https://www.mspbs.gov.py/portal/14244/paraguay-tiene-el-mejor-sistema-de-conservacion-y-refrigeracion-de-vacunas-de-la-region.html>. Acesso em: 08 fev. 2022.

PARAGUAY. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL. **Manual de Organización de los Servicios de Salud en el marco de las RIIS Paraguay**. Asunción: OPS/OMS, 2019. 136 p.

PARAGUAY. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL. **PLAN DE RESPUESTA NACIONAL AL EVENTUAL INGRESO DEL CORONAVIRUS (COVID-19)**. Asunción: MSPBS, 2020.

PARAGUAY. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. **Campaña de Vacunación Covid-19**. Disponível em: <https://www.vacunate.gov.py/>. Acesso em: 04 fev. 2022.

PARAGUAY. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. **Gobierno presenta Plan Nacional de Vacunación contra el COVID-19**. 2020. Disponível em: <https://www.mspbs.gov.py/portal/22424/gobierno-presenta-plan-nacional-de-vacunacion-contra-el-covid-19.html>. Acesso em: 15 dez. 2021.

PARAGUAY. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. **COVID-19: Paraguay asegura compra eventual de vacunas**. 2020. Disponível em: <https://www.mspbs.gov.py/portal/21283/covid-19-paraguay-asegura-compra-eventual-de-vacunas.html>. Acesso em: 15 fev. 2022.

PARAGUAY. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. **Importante donación de Taiwán para la lucha contra el Covid-19**. 2020. Disponível em: <https://www.mspbs.gov.py/portal/21002/importante-donacion-de-taiwan-para-la-lucha-contra-el-covid-19.html#:~:text=100.000%20hidroxicloroquina%20de%20200%20mg,trajes%20completos%20de%20protecci%C3%B3n%20descartables>. Acesso em: 30 mar. 2022.

PARAGUAY. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. **Lo que hay que saber sobre la compra de vacunas contra COVID-19**. 2020. Disponível em: <https://www.mspbs.gov.py/portal/22286/lo-que-hay-que-saber-sobre-la-compra-de-vacunas-contra-covid-19.html>. Acesso em: 15 fev. 2022.

PARAGUAY. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Resolución S.G. n° 90, de 10 de março de 2020. **Por La Cual Se Establecen Medidas Para Mitigar La Propagación del Coronavirus (Covid-19)**. Asunción, Disponível em: <https://www.mspbs.gov.py/dependencias/portal/adjunto/5a7857-RESOLUCIONSG90COVID19.pdf>. Acesso em: 13 dez. 2021.

PARAGUAY. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. **¿Qué hace Paraguay para adquirir vacuna contra el COVID-19?** 2020. Disponível em: <https://www.mspbs.gov.py/portal/21520/iquestque-hace-paraguay-para-adquirir-vacuna-contra-el-covid-19.html>. Acesso em: 15 fev. 2022.

PARAGUAY. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. **ACEPAR producirá oxígeno para hospitales**. 2021. Disponível em: <https://www.mspbs.gov.py/portal/23011/acepar-producira-oxigeno-para-hospitales.html>. Acesso em: 6 jan. 2022.

PARAGUAY. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. **Del COVAX a las negociaciones directas por vacuna COVID-19**. 2021. Disponível em: <https://www.mspbs.gov.py/portal/22488/del-covax-a-las-negociaciones-directas-por-vacuna-covid-19.html>. Acesso em: 16 fev. 2022.

PARAGUAY. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. **Pagos a COVAX: La verdad**. 2021. Disponível em: <https://www.mspbs.gov.py/portal/22815/pagos-a-covax-la-verdad.html>. Acesso em: 08 mar. 2022.

PARAGUAY. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. **Vacunas antiCOVID-19 a personas de 70 años y más**. 2021. Disponível em: <https://www.mspbs.gov.py/portal/23095/vacunas-anticovid-19-a-personas-de-70-antildeos-y-mas.html>. Acesso em: 04 fev. 2022.

PARAGUAY. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. **Certificado médico: requisito fundamental para vacunación anticovid**. 2021. Disponível em: <https://www.mspbs.gov.py/portal/23462/certificado-medico-requisito-fundamental-para-vacunacion-anticovid.html#:~:text=Este%20s%C3%A1bado%20y%20domingo,indique%20la%20enfermedad%20que%20padece>. Acesso em: 04 fev. 2022.

PARAGUAY. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. **Personas nacidas hasta el año 1956 podrán recibir la anticovid desde este martes**. 2021. Disponível em: <https://www.mspbs.gov.py/portal/23139/personas-nacidas-hasta-el-antildeo-1956-podran-recibir-la-anticovid-desde-este-martes.html>. Acesso em: 04 fev. 2022.

PARAGUAY. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. **Personas de 60 años y más se inmunizan desde el lunes**. 2021. Disponível em: <https://www.mspbs.gov.py/portal/23265/personas-de-60-antildeos-y-mas-se-inmunizan-desde-el-lunes.html#:~:text=Desde%20el%20lunes%20de,terminaci%C3%B3n%20de%20c%C3%A9dula%20de%20identidad>. Acesso em: 04 fev. 2022.

PARAGUAY. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. **Lunes arranca vacunación a personas de 50 años cumplidos, en adelante**. 2021. Disponível em: <https://www.mspbs.gov.py/portal/23426/lunes-arranca-vacunacion-a-personas-de-50-antildeos-cumplidos-en-adelante.html>. Acesso em: 04 fev. 2022.

PARAGUAY. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. **Se extiende vacunación a personas de 35 años en adelante**. 2021. Disponível em: <https://www.mspbs.gov.py/portal/23516/se-extiende-vacunacion-a-personas-de-35-antildeos-en-adelante.html>. Acesso em: 04 fev. 2022.

PARAGUAY. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. **"Día A": este sábado, se vacunan adolescentes con enfermedad de base**. 2021. Disponível em: <https://www.mspbs.gov.py/portal/23932/dia-a-este-sabado-se-vacunan-adolescentes-con-enfermedad-de-base.html>. Acesso em: 08 fev. 2022.

PARAGUAY. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. **Pfizer: la nueva vacuna que compró Paraguay**. 2021. Disponível em: <https://www.mspbs.gov.py/portal/23192/pfizer-la-nueva-vacuna-que-compro-paraguay.html>. Acesso em: 16 fev. 2022.

PARAGUAY. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. **Taiwán realiza desembolso para compra de vacunas anticovid.** 2021. Disponível em: <https://www.mspbs.gov.py/portal/23013/taiwan-realiza-desembolso-para-compra-de-vacunas-anticovid.html>. Acesso em: 16 fev. 2022.

PARAGUAY. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. **Un millón de dosis Pfizer para Paraguay vía cooperación de EE.UU.** 2021. Disponível em: <https://www.mspbs.gov.py/portal/23438/un-millon-de-dosis-pfizer-para-paraguay-via-cooperacion-de-eeuu.html>. Acesso em: 12 mar. 2022.

PARAGUAY. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. **Vacunación anticovid llega a personas de 20 años cumplidos en adelante.** 2021. Disponível em: <https://www.mspbs.gov.py/portal/23591/vacunacion-anticovid-llega-a-personas-de-20-antildeos-cumplidos-en-adelante.html>. Acesso em: 04 fev. 2022.

PARAGUAY. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. **COVID-19: vacuna taiwanesa Medigen es aprobada para uso de emergencia.** 2022. Disponível em: <https://www.mspbs.gov.py/portal/24823/covid-19-vacuna-taiwanesa-medigen-es-aprobada-para-uso-de-emergencia.html>. Acesso em: 30 mar. 2022.

PARAGUAY. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. **Programa Ampliado De Inmunizaciones Paraguay (PAI).** Disponível em: <https://www.mspbs.gov.py/pai.html>. Acesso em: 26 jan. 2022.

PARAGUAY. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Programa Ampliado de Inmunizaciones. **VACUNACIÓN CON PRIMERA DOSIS INCLUYE A ADOLESCENTES DE 16 y 17 años.** 2021. Disponível em: <https://pai.mspbs.gov.py/vacunacion-con-primera-dosis-incluye-a-adolescentes-de-16-y-17-anos/>. Acesso em: 08 fev. 2022.

PARAGUAY. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Programa Ampliado de Inmunizaciones. **VACUNACIÓN CON PRIMERA DOSIS INCLUYE A ADOLESCENTES DESDE LOS 14 AÑOS DE EDAD.** 2021. Disponível em: <https://pai.mspbs.gov.py/vacunacion-con-primera-dosis-incluye-a-adolescentes-desde-los-14-anos-de-edad/>. Acesso em: 08 fev. 2022.

PARAGUAY. Ministerio De Salud Pública Y Bienestar Social. **Reporte Paraguay MSPBS Covid19.** Disponível em: <https://www.mspbs.gov.py/reportes-covid19.html>. Acesso em: 12 jun. 2022.

PARAGUAY. Presidencia de la República, Ministerio de Salud Pública. Decreto n° 21.376, de 5 de junho de 1998. **Por El Cual Se Establece La Nueva Organización Funcional Del Ministerio De Salud Pública Y Bienestar Social.** Asunción, Disponível em: <https://www.mspbs.gov.py/dependencias/portal/adjunto/00e1d9-DECRETO21376ORGANIZACIONFUNCIONALDELMSPBS.pdf>. Acesso em: 21 dez. 2021.

PARAGUAY. Presidencia de la República, Ministerio de Salud Pública. Decreto n° 20.553, de 6 de abril de 1998. **Por El Cual Se Reglamentan Los Articulos 31° y 33° de La Ley N° 1032/96, Que Establece La Superintendencia de Salud, Como Organismo Técnico de Control y Supervisión del Sistema Nacional de Salud.** Asunción, Disponível em:

<https://www.mspbs.gov.py/dependencias/portal/adjunto/b64548-199820553DECRETO205531998.pdf>. Acesso em: 19 dez. 2021.

PARAGUAY. Presidencia de la República, Ministerio de Hacienda. Decreto n° 3.506, de 31 de março de 2020. **Por El Cual Se Reglamenta La Ley N° 6524/2020, «Que Declara Estado de Emergencia En Todo El Territorio de La República del Paraguay Ante La Pandemia Declarada Por La Organización Mundial de La Salud A Causa del Covid-19 O Coronavirus y Se Establecen Medidas Administrativas, Fiscales y Financieras».**

Asunción, Disponível em:

[https://www.bacn.gov.py/archivos/9156/DECRETO3506%2520ESTADO%2520DE%2520EMERGENCIA%2520\(1\).pdf](https://www.bacn.gov.py/archivos/9156/DECRETO3506%2520ESTADO%2520DE%2520EMERGENCIA%2520(1).pdf). Acesso em: 12 jan. 2022.

PARAGUAY. Presidencia de la República, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Decreto n° 3.442, de 9 de março de 2020. **Por El Cual Se Dispone La Implementación de Acciones Preventivas Ante El Riesgo de Expansión del Coronavirus (Covid-19) Al Territorio Nacional.** Asunción, Disponível em:

https://www.mtess.gov.py/application/files/4415/8392/7375/DECRETO3442_724d4w8w.PDF. Acesso em: 29 dez. 2021.

PARAGUAY. Presidencia de la República, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Decreto n° 3.456, de 16 de março de 2020. **Por El Cual Se Declara Estado de Emergencia Sanitaria En Todo El Territorio Nacional Para El Control del Cumplimiento de Las Medidas Sanitarias Dispuestas En La Implementación de Las Acciones Preventivas Ante El Riesgo de Expansión del Coronavirus (Covid-19).** Asunción, Disponível em:

<http://digesto.senado.gov.py/ups/leyes/11170.pdf>. Acesso em: 29 dez. 2021.

PARAGUAY. Presidencia de la República, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Decreto n° 3.478, de 20 de março de 2020. **Por El Cual Se Amplia El Decreto N° 3456/2020 y Se Establecen Medidas Sanitarias En El Marco de La Emergencia Sanitaria Declarada Ante El Riesgo de Expansión del Coronavirus (Covid-19) En El Territorio Nacional.**

Asunción, Disponível em: <https://www.mspbs.gov.py/dependencias/portal/adjunto/36a471-DecretoN3478MedidasSanitarias.pdf>. Acesso em: 30 dez. 2021.

PARAGUAY. Presidencia de la República, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Decreto n° 3.576, de 03 de maio de 2020. **Por El Cual Se Establecen Medidas En El Marco de La Emergencia Sanitaria Declarada En El Territorio Nacional Por La Pandemia del Coronavirus (Covid-19) Correspondiente A La Fase 1 del Plan de Levantamiento Gradual del Aislamiento Preventivo General (Cuarentena Inteligente).** Asunción,

Disponível em: <https://www.mspbs.gov.py/dependencias/portal/adjunto/79727f-DecretoN3576CuarentenaInteligenteFASE1.pdf>. Acesso em: 07 jan. 2022.

PARAGUAY. Presidencia de la República, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Decreto n° 3.619, de 24 de maio de 2020. **Por El Cual Se Establecen Medidas En El Marco de La Emergencia Sanitaria Declarada En El Territorio Nacional Por La Pandemia del Coronavirus (Covid-19) Correspondientes A La Fase 2 del Plan de Levantamiento Gradual del Aislamiento Preventivo General (Cuarentena Inteligente).** Asunción,

Disponível em: <https://www.mspbs.gov.py/dependencias/portal/adjunto/2a6dd2-DECRETO3619n68bqrx.pdf>. Acesso em: 08 jan. 2022.

PARAGUAY. Presidencia de la República, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Decreto n° 3.706, de 14 de junho de 2020. **Por El Cual Se Establecen Medidas En El**

Marco de La Emergencia Sanitaria Declarada En El Territorio Nacional Por La Pandemia del Coronavirus (Covid-19), Correspondientes A La Fase 3 del Plan de Levantamiento Gradual del Aislamiento Preventivo General (Cuarentena Inteligente). Asunción, Disponible em: <https://www.mspbs.gov.py/dependencias/portal/adjunto/a2d441-DECRETO3706.pdf>. Acesso em: 08 jan. 2022.

PARAGUAY. Presidencia de la República, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Decreto n° 3.835, de 18 de julho de 2020. **Por El Cual Se Establecen Medidas En El Marco de La Emergencia Sanitaria Declarada En El Territorio Nacional Por La Pandemia del Coronavirus (Covid-19), Correspondientes A La Fase 4 del Plan de Levantamiento Gradual del Aislamiento Preventivo General (Cuarentena Inteligente), Con Excepción de Asunción (Capital) y Los Departamentos de Alto Paraná y Central.** Asunción, Disponible em: <https://www.mspbs.gov.py/dependencias/portal/adjunto/cb00ba-SesquicenteniodelaEpopyaNacional18641870.pdf>. Acesso em: 08 jan. 2022.

PARAGUAY. Presidencia de la República, Ministerio del Interior. Decreto n° 3.458, de 16 de março de 2020. **Por El Cual Se Dispone El Cierre Parcial y Temporal de Puestos de Control Migratorio En Frontera, Como Medida Ante El Riesgo de Expansión del Coronavirus (Co Vid-19).** Asunción, Disponible em: <http://digesto.senado.gov.py/ups/leyes/11169.pdf>. Acesso em: 13 dez. 2021.

PARAGUAY. Presidencia de la República, Ministerio del Interior. Decreto n° 3.465, de 17 de março de 2020. **Por El Cual Se Amplia El Artículo 3° del Decreto N° 3458 del 16 de Marzo de 2020 «Por El Cual Se Dispone El Cierre Parcial y Temporal de Puestos de Control Migratorio En Frontera, Como Medida Ante El Riesgo de Expansión del Coronavirus (Covid-19)».** Asunción, Disponible em: <https://www.mspbs.gov.py/dependencias/portal/adjunto/cfe91a-DECRETON3465.pdf>. Acesso em: 30 dez. 2021.

PARAGUAY. PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA DEL PARAGUAY. **Tercer informe oficial del presidente Mario Abdo Benítez al Congreso y a la Nación.** Asunción, 2021. 200 p. Disponible em: WWW.INFORMEPRESIDENCIAL.GOV.PY. Acesso em: 15 nov. 2021.

PARAGUAY. Programa Nacional de Enfermedades Inmunoprevenibles y Programa Ampliado de Inmunizaciones. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. **Lineamientos técnicos y operativos de Vacunación contra COVID-19.** Asunción: PAI, MSPBS, 2021. 60 p.

PARAGUAY. Secretaria de Emergencia Nacional. **Ñangareko.** Disponible em: <https://www.sen.gov.py/index.php/acciones/nangareko>. Acesso em: 11 jan. 2022.

PARAGUAY. Secretaria Nacional Anticorrupción. **Covid-19: Comisión trabaja en control de compras de medicamentos e insumos, para transparentar procesos.** 2021. Disponible em: <https://senac.gov.py/index.php/noticias/covid-19-comision-trabaja-en-control-compra-de-medicamentos-e-insumos-para-transparentar-proceso>. Acesso em: 12 jan. 2022.

PARAGUAY. Secretaria Técnica de Planificación del Desarrollo Económico y Social. **Gobierno presentó plan de recuperación económica “Ñapu’ã Paraguay”.** 2020. Disponible em: <https://www.stp.gov.py/v1/gobierno-presento-plan-de-recuperacion-economica-napua-paraguay/>. Acesso em: 12 jan. 2022.

PAREDES, Gloria Elizabeth Gómez de. REPERTORIO DESCRIPTIVO ACERCA DE ALGUNOS ASPECTOS DE LA REALIDAD SOCIAL EN PARAGUAY, EN EL CONTEXTO DE SOSTENIBILIDAD Y RESISTENCIA FRENTE AL COVID-19. **Revista Científica de La Facultad de Filosofía – Una**, [S.L], v. 11, p. 70-91, ago./dez. 2020.

PEÑAFIEL-CHANG, Luis; CAMELLI, Gisella; PEÑAFIEL-CHANG, Paolo. Pandemia COVID-19: situación política - económica y consecuencias sanitarias en américa latina. **Ciencia Unemi**, [S.L.], v. 13, n. 33, p. 120-128, maio/ago. 2020. Universidad Estatal de Milagro (UNEMI). <http://dx.doi.org/10.29076/issn.2528-7737vol13iss33.2020pp120-128p>.

PÉREZ, Nereida Rojo; GONZÁLEZ, Rosario García. SOCIOLOGÍA Y SALUD. REFLEXIONES PARA LA ACCIÓN. **Revista Cubana de Salud Pública**, Ciudad de La Habana, v. 24, n. 2, p. 91-100, jul./dez. 2000.

PIMENTA, Carlos César. GESTIÓN DE COMPRAS Y CONTRATACIONES GUBERNAMENTALES. **Rae-Eletrônica**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 1-12, jan./jun. 2002. Escola de Administração de Empresas de São Paulo. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=205118143013>.

PINZÓN, Jorge Enrique Díaz. Estudio de la vacunación contra el COVID-19 a nivel de América. **Revista Repertorio de Medicina y Cirugía**, [S.L.], v. 30, n. 1, p. 30-34, 21 jun. 2021a. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. <http://dx.doi.org/10.31260/repertmedcir.01217372.1213>.

PINZÓN, Jorge Enrique Díaz. Proporción de personas vacunadas contra COVID-19 a nivel mundial. **Revista Repertorio de Medicina y Cirugía**, [S.L.], p. 103-106, 24 set. 2021b. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. <http://dx.doi.org/10.31260/repertmedcir.01217372.1267>.

PIQUERAS, Maite Cruz; CARMONA, Joaquín Hortal; BERNÁLDEZ, Javier Padilla. «Vísteme despacio que tengo prisa». Un análisis ético de la vacuna contra la COVID-19: fabricación, distribución y reticencia. **Enrahonar. An International Journal Of Theoretical And Practical Reason**, [S.L.], v. 65, p. 57-73, 30 out. 2020. Universitat Autònoma de Barcelona. <http://dx.doi.org/10.5565/rev/enrahonar.1307>.

PRATS, Joan Oriol. El concepto y el análisis de la gobernabilidad. **Revista Instituciones y Desarrollo**, [S.L.], n. 14-15, p. 239-269, 2003.

PROGRAMA DE LAS NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO. **Impacto Social y Económico de la COVID-19 y Opciones de Políticas en Uruguay**. [S.L.]: PNDU, 2020. Por Alfonso Capurro, Germán Deagosto, Sebastián Ithurrealde y Gabriel Oddone. 41 p. (PNUD LAC C19 PDS No. 10).

PROGRAMA DE LAS NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO. **MIRA: el sistema de información clave durante la pandemia**. 2021. Disponível em: <https://www.undp.org/es/uruguay/news/mira-el-sistema-de-informaci%C3%B3n-clave-durante-la-pandemia>. Acesso em: 18 maio 2022.

QUEZADA, Ricardo Gaete. Reflexiones sobre las bases y procedimientos de la Teoría Fundamentada. **Ciencia, Docencia y Tecnología**, [S.L.], v. 25, n. 48, p. 149-172, maio 2014.

REDACCIÓN MÉDICA. **¿Cuál será el precio de la vacuna del coronavirus?** Disponible em: <https://www.redaccionmedica.com/recursos-salud/faqs-covid19/cual-sera-el-precio-de-la-vacuna-del-coronavirus>. Acceso em: 01 mar. 2022.

REDACCIÓN MÉDICA. **¿Qué es el mecanismo Covax?** Disponible em: <https://www.redaccionmedica.com/recursos-salud/faqs-covid19/que-es-el-mecanismo-covax>. Acceso em: 22 jan. 2022.

REDACCIÓN MÉDICA. **¿Qué porcentaje de vacunados se necesita para lograr inmunidad de rebaño?** S.I., 2020. Disponible em: <https://www.redaccionmedica.com/recursos-salud/faqs-covid19/que-porcentaje-poblacion-debe-vacunarse-para-inmunidad-rebano-covid>. Acceso em: 21 jan. 2022.

REUTERS. **Subsidiaria de china Sinopharm rompe contrato de provisión de vacunas con Paraguay: ministerio.** 2021. Disponible em: <https://www.reuters.com/article/salud-coronavirus-paraguay-vacunas-idLTAL1N2P70CY>. Acceso em: 15 mar. 2022.

RIAÑO, Campo Elias; PALOMINO, Martha. Diseño y elaboración de un cuestionario acorde con el método Delphi para seleccionar laboratorios virtuales (LV). *Sophia*, [s. l.], v. 11, n. 2, p. 129-141, abr. 2015. Disponible em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=413740778002>. Acceso em: 30 out. 2021.

RIGGIROZZI, Pía. Coronavirus y el desafío para la gobernanza regional en América Latina. *Análisis Carolina*, [S.L.], p. 1-13, 30 mar. 2020. Fundación Carolina. http://dx.doi.org/10.33960/ac_12.2020.

RÍOS, Gilberto. Observatorio Mercosur de Sistemas de Salud. **Perfiles Descriptivos de los Sistemas de Salud de los Estados Partes del MERCOSUR:** república oriental del Uruguay. Montevideo: Observatorio Mercosur de Sistemas de Salud, 2013. 555 p.

RÍOS, Gilberto. **MAPEO Y ANÁLISIS DE LOS MODELOS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD EN LOS PAÍSES DE AMÉRICA DEL SUR:** mapeo de la APS en Uruguay. Rio de Janeiro: Instituto Suramericano de Gobierno En Salud, 2014. 52 p.

ROJAS, Jeison Calvo; MESA, Arístides Pelegrín; BASULTO, María Saturnina Gil. Enfoques teóricos para la evaluación de la eficiencia y eficacia en el primer nivel de atención médica de los servicios de salud del sector público. *Retos de La Dirección*, [S.L.], v. 12, n. 1, p. 96-118, jan./jun. 2018.

ROJAS, M.; JAIMES, L.; VALENCIA, M. Efectividad, eficacia y eficiencia en equipos de trabajo. *Revista Espacios*, [S.L.], v. 39, n. 6, p. 1-11, jan. 2018.

ROZAS, Pilar Tello (org.); VILLANES, David Bastidas; RAMOS, José Pisconte. **Gestión Pública.** [S.L.]: Idea Internacional, Asociación Civil Transparencia, 2009. 136 p.

SAIZ, Fernando. La vacunación contra la COVID-19 en América Latina y el Caribe: un proceso lento y desigual. *Análisis Carolina*, [S.L.], n. 05/2021, p. 1-26, 2 mar. 2021. Fundación Carolina. http://dx.doi.org/10.33960/ac_05.2021.

SAMPIERI, Roberto Hernández.; COLLADO, Carlos Fernández; LUCIO, María del Pilar Baptista. **Metodología de la Investigación.** 6. ed. Ciudad de México: McGraw-Hill, 2014. 600 p.

SANTIAGO, Mijael Altamirano; VELASCO, José Francisco Martínez. Significado y cauce de la gobernabilidad en el estudio de los sistemas políticos. **Revista Legislativa de Estudios Sociales y de Opinión Pública**, [S.L.], v. 5, n. 9, p. 255-269, jan./jun. 2012.

SCIDEV.NET. **Chile y Uruguay, de casos modelos a situación de emergencia**. 2021. Disponível em: <https://www.scidev.net/america-latina/features/chile-y-uruguay-de-casos-modelos-a-situacion-de-emergencia/>. Acesso em: 14 abr. 2022.

SECCHI, Leonardo. **Análise de políticas públicas [livro eletrônico]: diagnóstico de problemas, recomendação de soluções**. São Paulo: Cengage Learning, 2020. ISBN: 978-65-555-8241-3

SEMANA. **La razón por la que Colombia donó cerca de 20.000 dosis de Sinovac a Paraguay**. 2021. Disponível em: <https://www.semana.com/nacion/articulo/coronavirus-la-razon-por-la-que-colombia-dono-cerca-de-20000-dosis-de-sinovac-a-paraguay/202129/>. Acesso em: 12 mar. 2022.

SERAFINI, Verónica. **Pandemia y salud en Paraguay: dos mitos sobre el papel del estado y el desarrollo**. Asunción: CADEP, 2020. 19 p.

SILVA AYCAGUER, Luis Carlos; PONZO GÓMEZ, Jacqueline. Un año de epidemia de COVID-19: Cuba y Uruguay en el contexto latinoamericano. **Revista Cubana de Higiene y Epidemiología**, [S.l.], v. 58, feb. 2021. ISSN 1561-3003. Disponible en: <http://www.revepidemiologia.sld.cu/index.php/hie/article/view/1063>. Fecha de acceso: 04 abr. 2022

SOLLAZZO, Ana; BERTERRETICHE, Rosario. El Sistema Nacional Integrado de Salud en Uruguay y los desafíos para la Atención Primaria. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 16, n. 6, p. 2829-2840, jun. 2011. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232011000600021>.

SWISSINFO.CH. **Paraguay continúa con la vacunación en medio de escándalo de inmunización VIP**. 2021a. Disponível em: https://www.swissinfo.ch/spa/coronavirus-paraguay_paraguay-contin%C3%BAa-con-la-vacunaci%C3%B3n-en-medio-de-esc%C3%A1ndalo-de-inmunizaci%C3%B3n-vip/46590384. Acesso em: 21 fev. 2022.

SWISSINFO.CH. **Uruguay negocia la compra de 1,25 millones de dosis más de CoronaVac**. 2021b. Disponível em: https://www.swissinfo.ch/spa/coronavirus-vacunas_uruguay-negocia-la-compra-de-1-25-millones-de-dosis-m%C3%A1s-de-coronavac/46454770. Acesso em: 24 maio 2022.

THE NEW YORK TIMES. **Indignación en Paraguay: la corrupción y el aumento de casos de la COVID-19 generan protestas**. 2021. Disponível em: <https://www.nytimes.com/es/2021/03/11/espanol/paraguay-protestas-coronavirus.html>. Acesso em: 10 mar. 2022.

THE NEW YORK TIMES. **Indignación en Paraguay: la corrupción y el aumento de casos de la COVID-19 generan protestas**. 2021. Disponível em: <https://www.nytimes.com/es/2021/03/11/espanol/paraguay-protestas-coronavirus.html>. Acesso em: 29 mar. 2022.

THOMPSON, Fred. Las tres caras de la gestión pública. **Gestión y Política Pública**, Ciudad de México, v. 17, n. 2, p. 487-509, jan. 2008.

TONON, Graciela. La Utilización del Método Comparativo en Estudios Cualitativos en Ciencia Política y Ciencias Sociales: diseño y desarrollo de una tesis doctoral. **Kairos. Revista de Temas Sociales**, [s. l.], n. 27, p. 1-12, maio 2011. Publicación de la Universidad Nacional de San Luís.

TULLO, Juan Edgar *et al.* Impacto de la COVID-19 en la prestación de los servicios de salud esenciales en Paraguay. **Revista Panamericana de Salud Pública**, [S.L.], v. 44, p. 1-8, 17 dez. 2020. Pan American Health Organization. <http://dx.doi.org/10.26633/rpsp.2020.161>.

ULTIMA HORA (Paraguay). **Médicos cuentan que les llueven los pedidos de certificados falsos**. Disponível em: <https://www.ultimahora.com/medicos-cuentan-que-les-llueven-los-pedidos-certificados-falsos-n2949049.html>. Acesso em: 04 fev. 2022.

UNICEF. **Programa nacional de vacunación recibe 67 nuevos equipos para conservar vacunas a través del apoyo del Gobierno de Japón y UNICEF**. 2021. Disponível em: <https://www.unicef.org/paraguay/comunicados-prensa/programa-nacional-de-vacunaci%C3%B3n-recibe-67-nuevos-equipos-para-conservar-vacunas>. Acesso em: 08 fev. 2022.

URUGUAY. Área Economía de La Salud. Dirección General de JUNASA. Ministerio de Salud Pública. **DESEMPEÑO DE LOS PRINCIPALES PRESTADORES DEL SNIS 2015 - 2018**. [S.L.], [2019]. 87 p. Disponível em: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/desempeno-principales-prestadores-del-snis-2015-2018>. Acesso em: 15 abr. 2022.

URUGUAY. Equipo de Cuentas de Salud - Área Economía de La Salud. Ministerio de Salud Pública. **Cuentas Nacionales de Salud 2018-2019: gasto y financiamiento de la salud en Uruguay**. [S.L.]: Desconocido, 2021. 52 p.

URUGUAY. Ley nº 9.202, de 22 de janeiro de 1934. **Ley Orgánica de Salud Pública**. Montevideo, Disponível em: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/9202-1934>. Acesso em: 23 abr. 2022.

URUGUAY. Ley nº 15.903, de 18 de novembro de 1987. **Rendicion de Cuentas y Balance de Ejecucion Presupuestal. Ejercicio 1986**. Montevideo, Disponível em: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/15903-1987>. Acesso em: 25 abr. 2022.

URUGUAY. Ley nº 16.343, de 11 de janeiro de 1993. **Instalación y Funcionamiento de Los Institutos de Medicina Altamente Especializada**. Montevideo, Disponível em: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/16343-1992>. Acesso em: 24 abr. 2022.

URUGUAY. Ley nº 18.131, de 31 de maio de 2007. **Creación del Fondo Nacional de Salud (Fonasa)**. Montevideo, Disponível em: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18131-2007/3>. Acesso em: 24 abr. 2022.

URUGUAY. Ley nº 18.211, de dezembro de 2007. **Sistema Nacional Integrado de Salud**. Montevideo, Disponível em: <https://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/ELECTRONIC/86022/96727/F565346650/URY86022.pdf>. Acesso em: 23 abr. 2022.

URUGUAY. Ley n° 19.874, de 16 de abril de 2020. **Creación del Fondo Solidario Covid-19**. Montevideo, Disponível em: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19874-2020>. Acesso em: 18 maio 2022.

URUGUAY. Ley n° 19.924, de 30 de dezembro de 2020. **Presupuesto Nacional de Sueldos Gastos e Inversiones. Ejercicio 2020-2024**: Artículo 696. Montevideo, Disponível em: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19924-2020/696>. Acesso em: 19 maio 2022.

URUGUAY. Ley n° 19.932, de 21 de dezembro de 2020. **Reglaméntanse Los Arts. 37° y 38° de La Constitución de La República Por Los Plazos Que Se Determinan**. Montevideo, Disponível em: <http://impo.com.uy/bases/leyes-originales/19932-2020>. Acesso em: 17 maio 2022.

URUGUAY. Gub.uy. Presidencia. **Gobierno declaró emergencia sanitaria por coronavirus y anunció las primeras medidas**. 2020. Disponível em: <https://www.gub.uy/presidencia/comunicacion/noticias/gobierno-declaro-emergencia-sanitaria-coronavirus-anuncio-primeras-medidas>. Acesso em: 14 abr. 2022.

URUGUAY. Ley n° 19.949, de 30 de abril de 2021. **Creación de Impuesto Mensual Denominado "Impuesto Emergencia Sanitaria 2 - Covid-19"**. Montevideo, Disponível em: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19949-2021?tipoServicio=11>. Acesso em: 19 maio 2022.

URUGUAY. Ley n° 19.972, de 20 de agosto de 2021. **Autorización Al Ministerio de Trabajo y Seguridad Social A Establecer Regímenes Especiales de Subsidios Por Desempleo**. Montevideo, Disponível em: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19972-2021>. Acesso em: 20 maio 2022.

URUGUAY. Ministerio de Desarrollo Social. **Tarjeta Uruguay Social**. Disponível em: <https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/politicas-y-gestion/programas/tarjeta-uruguay-social>. Acesso em: 21 maio 2022.

URUGUAY. Ministerio De Economía y Finanzas. **Ley de Tope de Endeudamiento del Gobierno**. Disponível em: <http://deuda.mef.gub.uy/6467/14/areas/ley-de-tope-de-endeudamiento-publico.html>. Acesso em: 19 maio 2022.

URUGUAY. Ministerio de Economía y Finanzas. **Rendición de Cuentas y Balance de Ejecución Presupuestal**. Fondo Solidario COVID - 19 Ley 19.874. Ejercicio 2020. Disponível em: https://www.gub.uy/ministerio-economia-finanzas/sites/ministerio-economia-finanzas/files/documentos/publicaciones/brc2020_tomo_covid_con_informe_ain.pdf. Acesso em: 19 maio 2022.

URUGUAY. Ministerio de Salud Pública. Decreto Ley n° 14.897, de 12 de junho de 1979. **Decreto Ley N° 14897**. Montevideo, Disponível em: <http://www.impo.com.uy/bases/decretos-leyes-originales/14897-1979>. Acesso em: 24 abr. 2022.

URUGUAY. Ministerio de Salud Pública. **Actas reuniones Comisión Nacional Asesora de Vacunaciones**. 2019. Disponível em: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/actas-reuniones-comision-nacional-asesora-vacunaciones>. Acesso em: 25 maio 2022.

URUGUAY. Ministerio de Salud Pública. **Comunicado sobre Plan de Vacunación contra COVID-19**. Disponível em: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/noticias/comunicado-sobre-plan-vacunacion-contracovid-19>. Acesso em: 26 maio 2022.

URUGUAY. Ministerio de Salud Pública. **Comunicado vacunación de embarazadas**. 2021. Disponível em: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/noticias/comunicado-vacunacion-embarazadas>. Acesso em: 26 maio 2022.

URUGUAY. Ministerio de Salud Pública. **En enero comienza vacunación contra covid en niños entre 5 y 11 años**. 2021. Disponível em: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/noticias/enero-comienza-vacunacion-contracovid-ninos-entre-5-11-anos#:~:text=En%20el%20marco%20del%20Plan,y%2011%20a%C3%B1os%20de%20edad.>. Acesso em: 27 maio 2022.

URUGUAY. Ministerio de Salud Pública. **Estrategia de vacunación para personas con Comorbilidades**. 2021. Disponível em: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/noticias/estrategia-vacunacion-para-personas-comorbilidades>. Acesso em: 26 maio 2022.

URUGUAY. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. **La respuesta de Uruguay en 2020 a la Pandemia de COVID -19**. 2021. Disponível em: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/respuesta-uruguay-2020-pandemia-covid-19>. Acesso em: 15 abr. 2022.

URUGUAY. Ministerio de Salud Pública. **Monitor de datos de vacunación Covid-19**. Disponível em: <https://monitor.uruguaysevacuna.gub.uy/>. Acesso em: 27 maio 2022.

URUGUAY. Ministerio de Salud Pública. **Ordenanza N° 230/020 Créase el Comité de Expertos Científicos en Gestión de la Crisis**. 2020. Disponível em: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/institucional/normativa/ordenanza-n-230020-crease-comite-expertos-cientificos-gestion-crisis>. Acesso em: 13 maio 2022.

URUGUAY. Ministerio de Salud Pública. **Plan de vacunación COVID-19**. 2021. Disponível em: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/campanas/plan-vacunacion-covid-19>. Acesso em: 25 maio 2022.

URUGUAY. Ministerio de Salud Pública. **Plan de vacunación COVID-19**. Disponível em: <https://www.gub.uy/uruguaysevacuna#:~:text=vacunaci%C3%B3n%20COVID%2D19-%23UruguaySeVacuna,datos%20del%20plan%20de%20vacunaci%C3%B3n..> Acesso em: 25 maio 2022.

URUGUAY. Ministerio de Salud Pública. **Plan estratégico de vacunación contra Covid-19**. 2021. Disponível em: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/noticias/plan-estrategico-vacunacion-contracovid-19#:~:text=El%20lunes%201%C2%B0%20de,los%20mayores%20de%2018%20a%C3%B1os.> Acesso em: 25 maio 2022.

URUGUAY. Ministerio de Salud Pública. **Plan Nacional de Contingencia para la Infección (COVID-19) por el nuevo Coronavirus (SARS CoV2)**. 2020. Disponível em:

<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/plan-nacional-contingencia-para-infeccion-covid-19-nuevo-coronavirus>. Acesso em: 12 maio 2022.

URUGUAY. Ministerio de Salud Pública. **Vacunación contra Covid-19 para personas con síndrome de down**. 2021. Disponível em: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/noticias/vacunacion-contra-covid-19-para-personas-sindrome-down#:~:text=La%20vacunaci%C3%B3n%20se%20llevar%C3%A1%20adelante,974%20601%20%2F%20096%20638%20174>. Acesso em: 26 maio 2022.

URUGUAY. Ministerio del Interior. **En el primer día de vacunación contra el Covid – 19 en cárceles 519 mujeres privadas de libertad recibieron su dosis**. 2021. Disponível em: <https://www.minterior.gub.uy/index.php/unicom/noticias/8738-en-el-primero-dia-de-vacunacion-contra-el-covid-19-en-carceles-x-mujeres-privadas-de-libertad-recibieron-su-dosis>. Acesso em: 26 maio 2022.

URUGUAY. Presidencia de la República. Decreto n° 104, de 30 de março de 2020. **Autorización del Ingreso Al País Únicamente de Ciudadanos Uruguayos y Extranjeros Residentes Provenientes del Exterior**. Montevideo, Disponível em: <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/104-2020>. Acesso em: 13 maio 2022.

URUGUAY. Presidencia de la República. Decreto n° 109, de 02 de abril de 2020. **Autorización de Permanencia En Domicilio Por El Plazo Máximo de Treinta Días A Personas de 65 Años O Mas, Comprendidas En El Subsidio Por Enfermedad**. Montevideo, Disponível em: <http://www.impo.com.uy/bases/decretos/109-2020>. Acesso em: 20 maio 2022.

URUGUAY. Presidencia de la República. Decreto n° 132, de 29 de abril de 2020. **Modificación del Art. 1° del Decreto 109/020, Relativo A La Permanencia En Domicilio Por El Plazo Máximo de Treinta Días A Personas de 65 Años O Mas, Comprendidas En El Subsidio Por Enfermedad**. Montevideo, Disponível em: <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/132-2020>. Acesso em: 20 maio 2022.

URUGUAY. Presidencia de la República. Decreto n° 133, de 28 de abril de 2020. **Reglamentación de La Ley 19.874, Relativa A La Creación del "Fondo Solidario Covid-19"**. Montevideo, Disponível em: <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/133-2020>. Acesso em: 19 maio 2022.

URUGUAY. Presidencia de la República. Decreto n° 145, de 24 de maio de 2021. **Reglamentación de La Ley 19.949, Relativa Al "Impuesto Emergencia Sanitaria 2 - Covid-19"**. Montevideo, Disponível em: <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/145-2021>. Acesso em: 19 maio 2022.

URUGUAY. Presidencia de la República. Decreto n° 93, de 23 de março de 2020. **Declaración de Estado de Emergencia Nacional Sanitaria Como Consecuencia de La Pandemia Originada Por El Virus Covid-19 (Coronavirus)**. Montevideo, Disponível em: <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/93-2020>. Acesso em: 13 maio 2022.

URUGUAY. Presidencia de La República. **En mayo llegarán a Uruguay 2.000.000 de vacunas Pfizer y Sinovac**. 2021. Disponível em: <https://www.gub.uy/presidencia/comunicacion/noticias/mayo-llegaran-uruguay-2000000-vacunas-pfizer-sinovac>. Acesso em: 28 maio 2022.

URUGUAY. Presidencia de La República. **Misión del Grupo Asesor Científico Honorario (GACH)**. 2020. Disponível em: <https://www.gub.uy/presidencia/politicas-y-gestion/mision-del-grupo-asesor-cientifico-honorario-gach>. Acesso em: 13 maio 2022.

URUGUAY. Presidencia de La República. **Salud Pública implementa plan de contingencia ante creciente demanda de cuidados intensivos**. 2021. Disponível em: <https://www.gub.uy/presidencia/comunicacion/noticias/salud-publica-implementa-plan-contingencia-ante-creciente-demanda-cuidados>. Acesso em: 19 maio 2022.

URUGUAY. Presidencia de La República. **Uruguay adquirirá 3.700.000 vacunas Pfizer para suministro en 2022**. 2021. Disponível em: <https://www.gub.uy/presidencia/comunicacion/noticias/uruguay-adquirira-3700000-vacunas-pfizer-para-suministro-2022>. Acesso em: 28 maio 2022.

URUGUAY. Presidencia de La República. **Uruguay alcanzará a 2.500.000 dosis administradas de la vacuna contra COVID-19 este viernes 21**. 2021. Disponível em: <https://www.gub.uy/presidencia/comunicacion/noticias/uruguay-alcanzara-2500000-dosis-administradas-vacuna-contra-covid-19-viernes>. Acesso em: 27 maio 2022.

URUGUAY. Sistema Nacional de Emergencia. **Informe de situación sobre coronavirus COVID-19 en Uruguay (20/01/2022)**. 2022. Disponível em: <https://www.gub.uy/sistema-nacional-emergencias/comunicacion/comunicados/informe-situacion-sobre-coronavirus-covid-19-uruguay-20012022>. Acesso em: 14 abr. 2022.

URUGUAY. Sistema Nacional de Emergencia. **Informe de situación sobre coronavirus COVID-19 en Uruguay (02/04/2022)**. Disponível em: <https://www.gub.uy/sistema-nacional-emergencias/comunicacion/comunicados/informe-situacion-sobre-coronavirus-covid-19-uruguay-02042022>. Acesso em: 14 abr. 2022.

URUGUAY. Tabaré González. Ministerio de Salud Pública (comp.). **La construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud**. [S.L.]: Ministerio de Salud Pública, 2005-2009. 112 p.

VILLANUEVA, Luis F. Aguilar. **GOBERNANZA Y GESTIÓN PÚBLICA [livro eletrônico]**. México D.F: Fondo de Cultura Económica, 2006. ISBN 978-607-16-3364-4.

VOZ DE AMÉRICA. **Uruguay asegura compra de vacunas para combatir COVID-19**. 2021. Disponível em: https://www.vozdeamerica.com/a/america-latina_uruguay-asegura-comprar-vacunas-covid19/6071040.html. Acesso em: 24 maio 2022.

WHITTINGHAM MUNÉVAR, M. V. ¿Qué es la gobernanza y para qué sirve?. **Revista Análisis Internacional (Cesada a partir de 2015)**, [S. l.], n. 2, p. 219–236, 2010.

ZÚÑIGA, Betsy Rojas. La Comunicación Política de los Gobiernos. ¿Qué lecciones deja la Crisis? In: M, Carlos Andrés Pérez; GRUNDBERGER, Sebastian (ed.). **¿DEMOCRACIA INFECTADA?: cómo la pandemia transformó la política latinoamericana, y qué podemos hacer para sobrevivir**. Montevideo: KAS Partidos, CAEP, 2020. p. 83-98.