

14 de octubre de 2021

## La prolongación de la crisis sanitaria y su impacto en la salud, la economía y el desarrollo social



### Prólogo

La prolongación de la pandemia de enfermedad por coronavirus (COVID-19) ha cobrado cerca de un millón y medio de vidas en América Latina y el Caribe y ha dado lugar a más de 44 millones de casos confirmados desde su aparición en la región, en febrero 2020. La región acumula cerca de una quinta parte de los casos confirmados de COVID-19 y alrededor del 30% de las muertes en todo el mundo, a pesar de tener solamente el 8,4% de la población mundial. Las condiciones de vulnerabilidad que caracterizan a América Latina y el Caribe la han hecho especialmente sensible a los efectos de la pandemia. Esta crisis sin precedentes ha dejado en evidencia la centralidad de la salud y el bienestar de las personas y comunidades para el desempeño de las economías y el desarrollo social. En este sentido, en este informe se pone de relieve cómo las debilidades históricas de los sistemas de salud y las desigualdades estructurales, características de la región, han dificultado el control de la pandemia.

La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en este segundo informe conjunto, actualizan la evolución de la pandemia y sus implicancias para la salud, la sociedad y la economía, definen escenarios potenciales de control y evolución en el corto plazo y profundizan las líneas de acción de largo plazo recomendadas para fortalecer la capacidad de respuesta del Estado a las necesidades de salud de la población y sus determinantes, en el contexto de una recuperación transformadora.

Si bien se observan algunas señales positivas de recuperación económica y se reconocen diferentes tipos de respuesta de los sistemas de salud para el control de la pandemia, es necesario enfatizar la persistencia de condiciones estructurales de inequidad en materia de salud en la región. Además, en un contexto en que la pandemia de COVID-19 aún no se ha controlado, se mantienen los retrocesos sociales en materia de pobreza

### Índice

Prólogo .....	1
Introducción.....	3
I. Una crisis sanitaria prolongada y sistemas de salud débiles .....	4
II. El escenario económico y social ante la crisis sanitaria prolongada .....	14
III. Posibles escenarios de control de la pandemia en el corto plazo.....	25
IV. El control de la crisis sanitaria es fundamental para avanzar hacia una recuperación económica sostenible y con igualdad .....	31
Bibliografía.....	37



y pobreza extrema, desigualdad, inequidad en el acceso a la salud, educación y nutrición, entre otros, lo que refleja que el repunte económico no será suficiente para que la recuperación sea transformadora, con igualdad y con sostenibilidad ambiental.

Desde la perspectiva de la salud se observa con preocupación la interrupción de servicios esenciales de salud no relacionados con el coronavirus, lo que impide garantizar el acceso a la salud de las poblaciones. Además, se constatan limitaciones en los avances de las coberturas de vacunación en varios países de América Latina y el Caribe. La desigual distribución y la asimetría mundial entre los países desarrollados y los países en desarrollo se traduce en que, a septiembre de 2021, apenas un 30% de la población de la región contara con el esquema completo de vacunación.

En este sentido, se reafirma la importancia de garantizar la provisión de servicios esenciales de salud en el contexto de una pandemia prolongada y se entiende a la vacunación masiva como uno de los principales desafíos de los países para controlar la pandemia, junto con la aplicación de medidas de protección social y de salud pública. En este marco, se pone de manifiesto la necesidad de fortalecer los mecanismos de coordinación, integración regional y cooperación internacional. En el informe también se resalta la necesidad de una transformación de los sistemas de salud con base en la atención primaria de salud, teniendo como norte la salud universal, fortaleciendo las capacidades institucionales de las autoridades de salud y el avance hacia un sistema de salud resiliente y con capacidad de respuesta a los desafíos actuales y futuros. Para ello, es imperioso aumentar el gasto público en salud, con equidad y eficiencia, otorgándole prioridad estratégica al primer nivel de atención.

Finalmente, ambas instituciones reafirman la urgencia de controlar la pandemia mediante un enfoque integral y reconocen que este es el momento de avanzar mediante una agenda institucional que permita retomar el camino hacia los Objetivos acordados como parte de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, sin dejar a nadie atrás.

**Alicia Bárcena**  
Secretaría Ejecutiva  
Comisión Económica para  
América Latina y el Caribe (CEPAL)

**Carissa F. Etienne**  
Directora  
Organización Panamericana  
de la Salud (OPS)

## Introducción<sup>1</sup>

- Más de un año y medio ha pasado desde la aparición del primer caso de enfermedad por coronavirus (COVID-19) en América Latina y el Caribe, lo que desencadenó una crisis sanitaria que se ha prolongado junto con un persistente deterioro del desarrollo social. Durante este período de crisis, la región ha acumulado más de 44 millones de casos y casi 1,5 millones de muertes por COVID-19. Este efecto es desproporcionado respecto de otras regiones del mundo, dado que, con solo el 8,4% de la población mundial (Naciones Unidas, 2019), en América Latina y el Caribe los casos de COVID-19 y las muertes por el virus representan casi el 20% y el 30%, respectivamente, de los totales mundiales registrados (OMS, 2021a).
- En 2020, a raíz de la crisis sanitaria, América Latina y el Caribe experimentó la mayor contracción económica de los últimos 120 años y fue la región que tuvo el peor desempeño de todas las regiones en desarrollo. Previo a la pandemia, la región ya arrastraba problemas de bajo crecimiento y, si bien se estima un crecimiento del 5,9% para 2021, este no será suficiente para recuperar los niveles del PIB de 2019 (CEPAL, 2021a). Se registran hitos históricos en el mercado de trabajo, como el descenso tanto de la ocupación como de la participación laboral y el aumento de la desocupación, así como aumentos de la pobreza y la desigualdad. En 2020 la pobreza habría sumado 22 millones de personas en comparación con el año anterior, con un efecto importante en niñas y niños. La pérdida de ingresos del trabajo a causa del desempleo se ha traducido en incrementos de las tasas de pobreza y también en la magnitud de la desigualdad de ingresos. La situación de las personas en condiciones de vulnerabilidad, como trabajadores informales, mujeres y jóvenes, indígenas, afrodescendientes, migrantes y personas con discapacidad, ha empeorado. Además, el efecto en la educación genera el riesgo de perder una generación en términos formativos. La crisis también provocó el cierre de una gran cantidad de pequeñas y medianas empresas (pymes), así como la destrucción de capital humano y de empleo. Esto agudiza la heterogeneidad productiva de la región, a lo que se suman los bajos niveles de inversión (CEPAL, 2021a).
- Es así como, además del alarmante escenario sanitario que la pandemia ha significado para la salud pública de los países de América Latina y el Caribe, ha quedado en evidencia la debilidad del modelo de desarrollo de la región, en términos económicos, sociales y ambientales. Los múltiples y profundos impactos que ha tenido y sigue teniendo la crisis sanitaria, a pesar de la recuperación económica, revelan la vulnerabilidad de la región.
- Los países de América Latina y el Caribe se caracterizan por presentar condiciones estructurales de desigualdad, inequidad, vulnerabilidad y exclusión social que se combinan y reproducen con la informalidad y precariedad del empleo, la debilidad de los sistemas de protección social y las estructuras productivas con escaso nivel de integración y limitadas capacidades para mantener niveles de crecimiento sostenibles. Estas condiciones se reflejan en la estructura institucional de los sistemas de salud y se han visto exacerbadas por la pandemia. Con sistemas de salud subfinanciados, segmentados y fragmentados (CEPAL/OPS, 2020), y sistemas de protección social débiles e insuficientes, una proporción significativa de la población de la región ha visto sus necesidades básicas insatisfechas.
- La pandemia de COVID-19 no solo ha dejado en claro la necesidad de implementar políticas integrales y de reconocer la interdependencia que existe entre la salud, la economía, el desarrollo social y el medio ambiente (CEPAL/OPS, 2020), sino que, ante su prolongación, se ha consolidado la centralidad de la acción del Estado. El papel que el Estado ha tenido durante este largo período de crisis ha sido fundamental para contener y mitigar las profundas consecuencias y retrocesos en materia de desarrollo social y económico. Los importantes esfuerzos fiscales anunciados y puestos en marcha por los países fueron una herramienta de política económica fundamental para responder a la crisis, se tradujeron en un alza significativa del gasto público en 2020 y permitieron al menos sostener el gasto en salud y fortalecer los programas de protección social asociados con la emergencia. Para enfrentar la situación, los países de la región han adoptado medidas de protección social orientadas a mantener el consumo y garantizar condiciones de vida básicas, de manera que la protección social universal ha adquirido un papel clave durante la emergencia y debe continuar funcionando (CEPAL, 2021b).

<sup>1</sup> La información empleada para la elaboración de este documento, salvo que se indique otra cosa, es la disponible hasta el 31 de agosto de 2021 en el caso de la CEPAL y el 10 de septiembre de 2021 en el caso de la OPS.

- Junto con la necesidad de fortalecer la inversión del Estado, la persistencia de la crisis también ha evidenciado la necesidad de transformar los sistemas de salud, considerando debilidades estructurales, como el escaso nivel de financiamiento, expresado en un bajo gasto per cápita en salud y una reducida disponibilidad de recursos humanos, las dificultades e ineficiencias que genera su fragmentación, así como las inequidades que reproduce entre distintos grupos de la población.
- La superación de la crisis continúa siendo incierta debido, entre otros factores, a los niveles de vacunación extremadamente bajos en muchos países y la dificultad de mantener la implementación de medidas sociales y de salud pública en niveles adecuados. La desigual distribución de las vacunas, tanto a nivel mundial como regional, confirma, por una parte, la marcada asimetría que sigue vigente entre los países desarrollados y los países en desarrollo, y, por la otra, la fragmentación de América Latina y el Caribe en esta materia. Asimismo, la heterogeneidad que existe en la región ha quedado en evidencia con el desigual despliegue de los planes nacionales de vacunación y la marcada brecha entre los países. Esto plantea la necesidad de potenciar los mecanismos de integración y cooperación regional en la dimensión sanitaria.
- La vacuna contra el COVID-19 es una intervención de salud que tiene beneficios para todos los sectores. Por tanto, el financiamiento de la inmunización exige un enfoque integral y colectivo por parte de los gobiernos. En especial, es imprescindible la coordinación entre los ministerios de hacienda, de salud, de relaciones exteriores, otros ministerios sectoriales, los bancos multilaterales de desarrollo, los donantes internacionales y otros actores clave para determinar las fuentes de financiamiento disponibles para la puesta en marcha de los planes de vacunación y los requisitos para que la inversión de recursos sea eficiente y transparente.
- El impacto sustancial que la pandemia de COVID-19 ha tenido en la salud y el bienestar, y sus repercusiones en la economía y el desarrollo social, implica entender la vacunación como un bien público global que cumple con la función de ser una intervención de salud esencial, que reduce la mortalidad y la gravedad de los casos de infección, y que, además, aparece como un requisito que facilita el proceso de reapertura y la reactivación económica. Es así como la trayectoria de la reactivación económica está atravesada por incertidumbres derivadas de factores coyunturales, como los avances desiguales en la puesta en marcha de la vacunación, y por condiciones estructurales, como los problemas económicos y sociales, que ya estaban presentes antes de la pandemia.
- Luego de esta introducción, en el presente informe se analizan las principales debilidades históricas de la región, junto con el panorama actual de avance de los procesos de vacunación, las medidas de salud pública implementadas por los países y la evolución demográfica que ha tenido la pandemia. A ello le sigue una sección que aborda los principales impactos económicos y sociales de la pandemia en América Latina y el Caribe, poniéndose de relieve las condiciones de vulnerabilidad de la población en distintas dimensiones en este escenario, junto con la centralidad de la protección social y el rol del Estado durante la crisis sanitaria prolongada, así como la necesidad de incrementar la inversión pública en salud y fortalecer la institucionalidad del sector de la salud. Después, se presenta un análisis sobre los posibles escenarios de supresión de la pandemia en el corto plazo, considerando factores que están bajo el control de los países y un conjunto de condiciones contextuales que tienen un impacto directo en esta área. Finalmente, se concluye con una sección de recomendaciones que enfatizan la centralidad de un abordaje integral para controlar la crisis sanitaria en el corto plazo y para avanzar hacia una recuperación económica sostenible y con igualdad y hacia la salud universal con sistemas de salud resilientes.

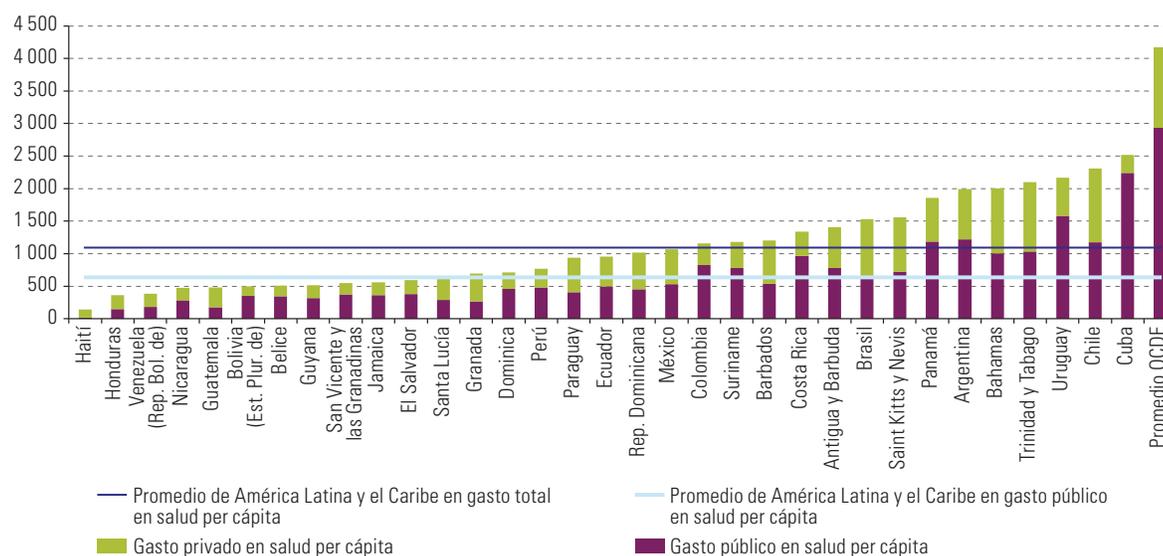
## I. Una crisis sanitaria prolongada y sistemas de salud débiles

- La fragilidad de los sistemas de salud de América Latina y el Caribe antes de la pandemia se asocia a su subfinanciamiento, fragmentación y segmentación (CEPAL/OPS, 2020). La región se caracteriza por tener un gasto público en salud inferior al acuerdo regional del 6% del PIB y un gasto en salud per cápita muy por debajo del de otras regiones que tienen sistemas de salud más robustos, como los países de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE). En 2018, el gasto total en salud per cápita para los países de América Latina y el Caribe se situaba, en promedio, en 1.094 dólares (en paridad del poder adquisitivo), de los cuales 637 dólares correspondían al gasto público (véase el gráfico 1). Ambos promedios equivalen aproximadamente a una cuarta parte del valor correspondiente en el promedio de los países de la OCDE. Además, se observan grandes desigualdades entre los países de América Latina y el Caribe en estos

indicadores. Mientras que países como Cuba y el Uruguay presentan un gasto total en salud muy por encima de los 2.000 dólares per cápita y una proporción del gasto público cercana a lo que muestran los países de la OCDE (por encima del 70%), otros países, como Haití, Honduras y Venezuela (República Bolivariana de), tienen un gasto en salud per cápita muy por debajo de los 500 dólares, con una proporción pública inferior al 50%.

**Gráfico 1 | América Latina y el Caribe (33 países) y Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE): gasto total, privado y público en salud per cápita, 2018**

(En dólares internacionales (PPA))



Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS), Global Health Expenditure Database (GHED) [en línea] <https://apps.who.int/nha/database/Home/Index/es>.

- El bajo nivel de gasto público en salud va acompañado de un alto gasto de bolsillo en los países de la región, y esta es una importante fuente de desigualdad estructural en el acceso a los servicios de salud (CEPAL/OPS, 2020). 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.
- Los déficits de inversión pública de los sistemas de salud de la región se traducen, entre otras cosas, en una escasez relativa de recursos humanos en el área de la salud, con una disponibilidad promedio de 20 médicos por cada 10.000 habitantes. Esta cifra se encuentra muy por debajo del promedio de 35 médicos por cada 10.000 habitantes que alcanzan los países de la OCDE y de los parámetros recomendados por la Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>2</sup>. A esto se suma un bajo número de camas (CEPAL/OPS, 2020).

## A. El COVID-19 y la respuesta desde el sector de la salud

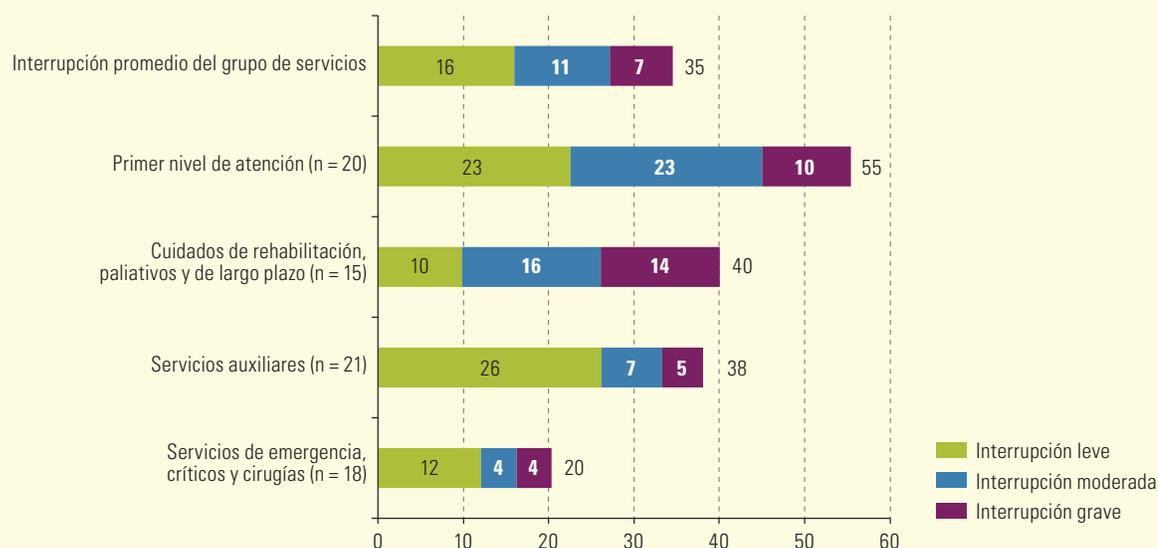
- La necesidad de contar con recursos adicionales para atender la crisis sanitaria generada por la pandemia se tradujo, entre otras cosas, en la reorganización de los servicios de salud. En muchos casos, en distintos momentos de la pandemia se observó un efecto de desplazamiento de la atención de cuestiones de salud no relacionadas con el coronavirus. Es así como, frente a la saturación de los servicios de salud y de la atención en general ante la llegada de la pandemia, una parte de la población experimentó una falta de acceso a los servicios de salud. El gráfico 2 muestra que, de acuerdo con la información proporcionada por los países de la región, en 2021 un 35% de los países habría registrado algún tipo de interrupción en la provisión de servicios integrados de salud, lo que llegó a un 55% en el caso de los países que declararon interrupciones en servicios prestados en el primer nivel de atención (con un 33% de nivel de interrupción moderada o grave)<sup>3</sup> (OMS, 2021a).

<sup>2</sup> La OMS recomienda 30 médicos por cada 10.000 habitantes como mínimo y 23 médicos, enfermeras y parteras por cada 10.000 habitantes como mínimo para atender de modo razonable la salud materno-infantil.

<sup>3</sup> Los niveles de interrupción son los siguientes: leve (interrupción del 5% al 25%); moderada (interrupción del 26% al 50%); grave (interrupción de más del 50%).

**Gráfico 2 | América Latina y el Caribe (25 países y territorios)<sup>a</sup>: promedio en la interrupción de la provisión de servicios esenciales de salud, según modalidades de prestación, 2021**

(En porcentajes de países)



Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS), sobre la base de Organización Mundial de la Salud (OMS), *Second round of the national pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic: January-March 2021. Interim report 22 April 2021*, Ginebra, 2021.

<sup>a</sup> Los países y territorios considerados son: Bahamas, Belice, Bermuda, Bolivia (Estado Plurinacional de), Brasil, Chile, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Granada, Guatemala, Haití, Honduras, Islas Caimán, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, San Vicente y las Granadinas, Suriname y Uruguay.

- La mayor interrupción de servicios esenciales de salud en el primer nivel de atención tiene importantes y variadas repercusiones sobre el acceso a los servicios de salud y la garantía del derecho a la salud de las poblaciones. Ello es especialmente preocupante dado que el primer nivel de atención es el más cercano a la comunidad y el que con más frecuencia se encuentra en las zonas de difícil acceso, como las zonas rurales. Esto hace que para diversos grupos de la población sea el primer y casi único punto de contacto con el sistema de salud. Asimismo, el primer nivel de atención es un pilar fundamental de una estrategia de atención primaria de la salud y donde se lleva a cabo una parte central de los servicios de salud relacionados directamente con el control de la pandemia, como las actividades de testeo, trazabilidad y aislamiento, y, más recientemente, la implementación de los planes nacionales de vacunación contra el COVID-19. No obstante, como ya se indicó en CEPAL/OPS (2020), también es el nivel de atención más postergado en la asignación de recursos en el sistema de salud y, por lo general, representa una proporción del gasto total en salud que se considera insuficiente.
- La inequidad y heterogeneidad estructural de la región se refleja en un aumento del porcentaje de servicios esenciales de salud interrumpidos a medida que disminuye el nivel de ingreso de los países. De acuerdo con los datos recabados por la OMS (2021), la mediana de servicios interrumpidos para los países de ingreso medio-bajo y bajo fue del 67%, mientras que entre los países de ingreso alto dicha mediana se situó en el 34%.
- Junto con el efecto de desplazamiento, los países debieron realizar grandes esfuerzos para responder a tiempo a las necesidades clínicas del COVID-19, considerando la escasez de camas hospitalarias de los sistemas de salud de la región. Para ello, gran parte de los esfuerzos materiales en la fase de mayor emergencia de la pandemia se dirigieron a aumentar la capacidad de atención hospitalaria y, en particular, la capacidad en cuidados intensivos. Al respecto, según la información disponible para 16 países de América Latina y el Caribe, entre marzo de 2020 y julio de 2021 se observa un aumento de 63.222 camas de unidades de cuidados intensivos (UCI), lo que representa un incremento del 103% en dichas capacidades. Este aumento ha sido desigual: mientras que algunos países, como México y Venezuela (República Bolivariana de), cuadruplicaron con creces la disponibilidad de camas de UCI en el período, otros, como la Argentina, el Ecuador, Honduras y Panamá, lograron un aumento más moderado.
- Si bien en algunos países de la región este aumento elevó el número de camas de UCI por encima de 12 por cada 100.000 habitantes, equivalente al promedio de los países de la OCDE antes de la pandemia, al 31 de julio de 2021, el promedio de ocupación total de camas de UCI en la

región era del 75%, y países como Bolivia (Estado Plurinacional de), Chile, Colombia, Honduras, el Paraguay, el Perú y Venezuela (República Bolivariana de) se ubicaban por encima del 85%. Ello indica que, a ese momento, incluso dichos esfuerzos no eran suficientes para evitar una eventual saturación general de los servicios de cuidados intensivos.

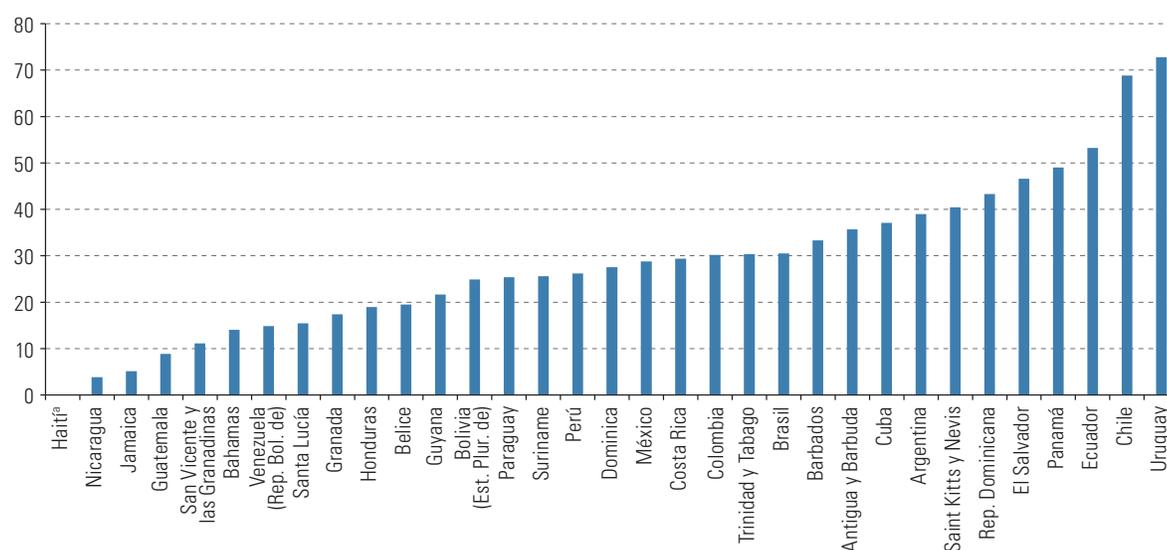
- A pesar del destacable esfuerzo que implica el aumento del número de camas de UCI, es necesario prestar atención a dos aspectos. En primer lugar, no existe información acerca de cuántas de estas camas de UCI corresponden a una reconversión de camas hospitalarias ya existentes, en un contexto de atención hospitalaria que ya mostraba un nivel de inversión insuficiente en muchos países, y cuántas son un recurso completamente nuevo. En segundo lugar, junto con la disponibilidad de camas de UCI, la atención en cuidados intensivos exige recursos humanos especialmente capacitados, tanto en enfermería como en medicina intensiva, lo que no puede aumentarse con la misma rapidez que el equipamiento. Ello puede generar importantes restricciones y problemas, sobre todo si se considera el contexto histórico de escasez de recursos humanos, y es posible que la calidad de dicha atención se haya visto afectada.
- Es así como la saturación del sistema de salud en los países, reflejada en el desplazamiento de la atención y la interrupción de servicios esenciales, muestra el subfinanciamiento estructural de los sistemas de salud y la escasez de infraestructura y recursos humanos en salud que se registra en la región. Esto pone de relieve la urgencia de aumentar la inversión pública en salud, particularmente en el nivel primario de atención, así como también en la formación, contratación y retención de personal y equipos de salud interprofesionales para apoyar la prestación de servicios integrales, de modo que estén capacitados para responder a las crisis y se encuentren mejor preparados para enfrentar los desastres sanitarios que puedan presentarse en el futuro.

## B. Vacunas y acceso a servicios esenciales de salud

- Junto con las debilidades estructurales de los sistemas de salud para enfrentar la pandemia, la prolongación de la crisis sanitaria está estrechamente relacionada con el avance lento y desigual de los procesos de vacunación en la región. En promedio, en América Latina y el Caribe se registra una cobertura de vacunación de un 30% de la población con esquema completo. Si bien países como Chile y el Uruguay se encuentran cercanos al 70%, la mayoría de los países aún no alcanzan el objetivo original de cobertura mínima del 20% (véase el gráfico 3).

**Gráfico 3 | América Latina y el Caribe (33 países): cobertura de esquemas completos de vacunación contra el COVID-19, septiembre de 2021**

(En porcentajes)



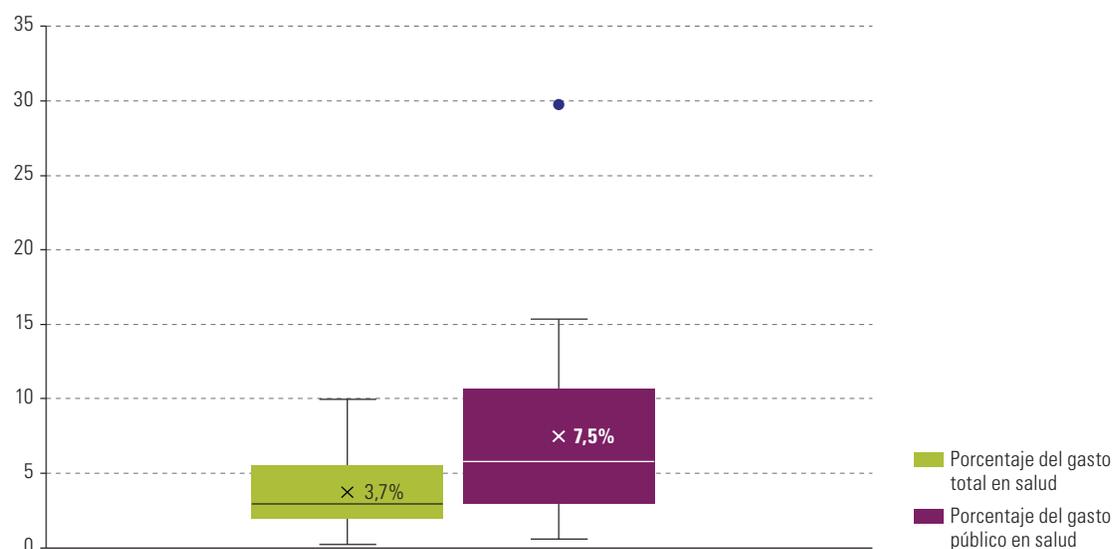
Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS), "COVID-19 Vaccination in the Americas", datos actualizados a 10 de septiembre de 2021 [en línea] [https://ais.paho.org/imm/IM\\_DosisAdmin-Vacunacion.asp](https://ais.paho.org/imm/IM_DosisAdmin-Vacunacion.asp).

<sup>a</sup> El porcentaje para Haití es 0,12%.

- La principal dificultad experimentada por los países de América Latina y el Caribe para ampliar la cobertura de vacunación se ha relacionado con la falta de disponibilidad de vacunas. Esta escasez está asociada con la alta dependencia que la región tiene de las importaciones, tanto de medicamentos como de materias primas para el desarrollo de tecnologías sanitarias, y con el acaparamiento, por parte de la gran mayoría de los países de altos ingresos, de la producción, relativamente escasa, de vacunas contra el COVID-19. Esta situación de vulnerabilidad se volvió crítica cuando se produjeron interrupciones unilaterales del suministro por parte de proveedores internacionales en el primer semestre de 2020. Por ejemplo, en una encuesta realizada por la OMS a 122 países, un 20% indicó que los problemas de desabastecimiento o indisponibilidad de medicamentos estaban entre las principales causas de las interrupciones en los servicios de salud para el tratamiento de enfermedades crónicas no transmisibles (OMS, 2020b). Según un análisis llevado a cabo por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en América Latina y el Caribe, los Estados Unidos y el Canadá, en agosto de 2020, al menos 11 países contaban con menos de tres meses de suministro de medicamentos antirretrovirales, lo que los ponía en una situación crítica para administrarlos y cumplir las metas de los programas de prevención y control del VIH/Sida (OPS, 2020). Ello ha llevado a constatar una asimetría mundial en las vacunas que se tradujo en un aumento de las desigualdades que ya existían entre los países antes de la pandemia.
- A la concentración de las vacunas en los países desarrollados se suman algunos hechos puntuales, como la interrupción de exportación de las vacunas producidas por el Instituto Serológico de la India, que se tradujo en una disponibilidad de vacunas menor a la comprometida y esperada. Esto afectó particularmente el abastecimiento del Mecanismo COVAX para el acceso mundial a las vacunas contra la COVID-19 para 2021. En este contexto, el Mecanismo COVAX no ha logrado cumplir con los compromisos de distribución de dosis a nivel mundial y en la región en particular. A septiembre de 2021, del total de 4.450 millones de dosis administradas en 217 países y territorios, el Mecanismo COVAX había distribuido 190,1 millones a 138 participantes, lo que representa un 4,3% del total de dosis.
- En este marco, y atendiendo a los requerimientos de los países de América Latina y el Caribe, la OPS comenzará a adquirir vacunas contra el COVID-19 para ampliar el acceso de los Estados miembros a las mismas, en paralelo al Mecanismo COVAX. Dicha tarea se llevará a cabo a través del Fondo Rotatorio para vacunas de la OPS, un mecanismo de cooperación solidaria mediante el cual, hace más de 40 años, se compran vacunas, jeringas y suministros afines en nombre de los países participantes. Hasta ahora, en el contexto de la pandemia, el Fondo Rotatorio operaba en la región como uno de los canales de compra del Mecanismo COVAX mediante el que se reconoce a los Estados miembros de la OPS como un bloque unificado. El Fondo Rotatorio continuará operando como canal para lograr la cobertura objetivo inicial del 20% de la población vacunada y funcionará en forma paralela para incrementar la cobertura por encima de dicho umbral. A la fecha, aproximadamente 20 países han expresado su interés en participar de dicho mecanismo (OPS, 2021a).
- Otra dificultad que enfrentan los países para poder acceder a las dosis de vacunas se relaciona con el precio que deben pagar por los productos, observándose una alta disparidad en los precios para los países para los cuales se cuenta con información. De acuerdo con los datos del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2021), los precios pagados por tres países de América Latina y los Estados Unidos son muy disímiles, incluso para el mismo producto. Por una dosis de la vacuna Moderna, por ejemplo, los Estados Unidos pagan 15 dólares, mientras que la Argentina ha pagado 22,5 dólares (un 50% más). Es importante mencionar que la escasez de información al respecto refleja el carácter confidencial de los acuerdos bilaterales, que limitan la capacidad de negociación y acceso a la información por parte de los países.
- Más allá del acceso a las dosis, los países no deben subestimar la necesidad de recursos a nivel local para llevar adelante los planes nacionales de vacunación contra el COVID-19. En este sentido, para administrar las vacunas es necesario contar con capacidad instalada, principalmente en el primer nivel de atención, y con disponibilidad de insumos. Según se desprende de los planes nacionales de despliegue y vacunación contra el COVID-19 presentados por 18 países y territorios de América Latina y el Caribe a la Plataforma de socios COVID-19 de la OPS, el costo de administración por dosis, sin considerar los recursos humanos y la cadena de ultrafrío que se necesitan, asciende a 2,89 dólares, en promedio, para coberturas promedio del 53% de la población, con gran variabilidad entre los países, estimándose un costo de hasta 7 dólares por dosis (lo que actualmente representa el costo de las dosis adquiridas a través del Mecanismo COVAX).

- A su vez, si se toman en cuenta todos los componentes de los planes nacionales de despliegue y vacunación (dosis, recursos humanos, cadena de ultrafrío y otros insumos), el costo total estimado de la implementación de esos planes representa, en promedio, un 3,7% del gasto en salud de los países que los presentaron en 2018, o un 7,5% del gasto público en salud para el mismo año, con diferencias importantes entre los países. En algunos casos, el costo total estimado de implementación del plan asciende a casi un tercio del gasto público en salud anual del país, mientras que en cinco casos se sitúa por encima del 10% (véase el gráfico 4). Cabe esperar que esta situación genere cuellos de botella importantes en países que ya presentaban niveles de gasto público en salud insuficientes y que se encuentran atravesando una situación fiscal muy comprometida.

**Gráfico 4 | América Latina y el Caribe (18 países)<sup>a</sup>: costo total de los planes de vacunación**  
(En porcentajes del gasto total y público en salud)



Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS), sobre la base de los planes nacionales de vacunación.

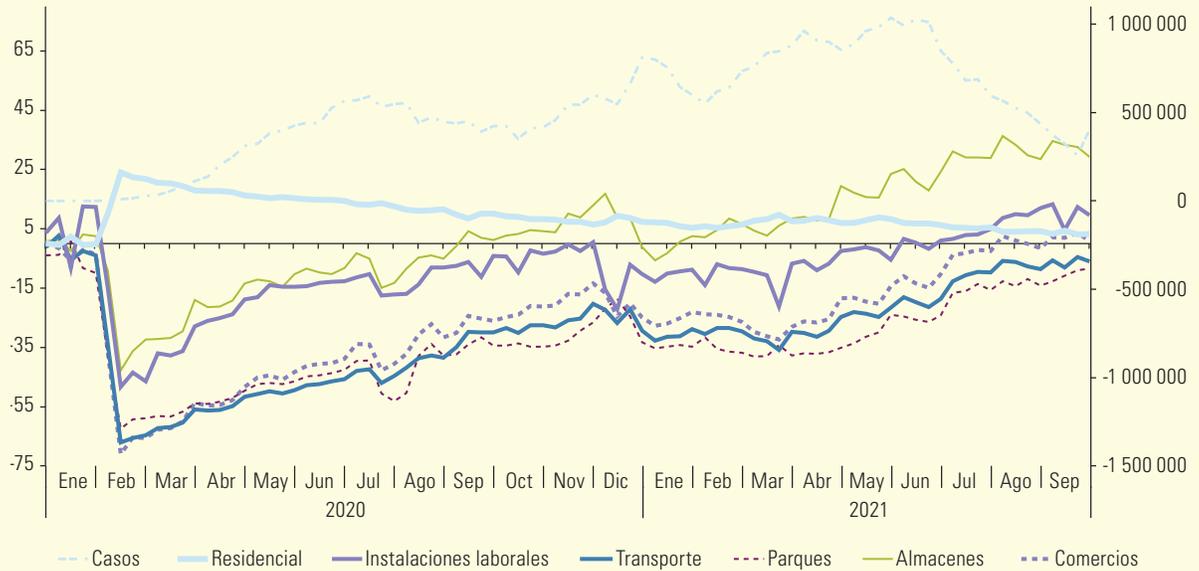
<sup>a</sup> Los países considerados son: Antigua y Barbuda, Barbados, Belice, Bolivia (Estado Plurinacional de), Dominica, El Salvador, Granada, Guyana, Honduras, Haití, Jamaica, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, Suriname y Trinidad y Tabago.

- Se espera que entre septiembre y noviembre de 2021 aumente de manera significativa la disponibilidad de vacunas para América Latina y el Caribe (véase la sección IV). En caso de concretarse, esto representará un gran esfuerzo de absorción de dosis por parte de los países, que será fundamental para el control de la crisis sanitaria y para poder avanzar hacia una recuperación en la dimensión social.

### C. Medidas de salud pública

- Las medidas de salud pública para contener la propagación del virus se han centrado principalmente en políticas de cuarentena y, de manera más genérica, de restricción de la movilidad, con resultados diversos tanto en movilidad efectiva como en contención de la propagación del virus. Los datos muestran que la situación ha sido muy cambiante con el transcurso de la pandemia y muy heterogénea entre países. En algunos casos, las medidas adoptadas nominalmente no se condicen con la información disponible sobre movilidad efectiva de la población que puede obtenerse bajo ciertas modalidades, la más efectiva de las cuales es el seguimiento a través de teléfonos celulares. El gráfico 5 refleja la movilidad efectiva de la población para el conjunto de los países de América Latina y el Caribe. Allí se observa que mientras la movilidad asociada al transporte y las instalaciones laborales aún se encuentra un 20% por debajo de los niveles anteriores a la pandemia (aunque muy por encima de la disminución de más del 60% observada en abril de 2020), la movilidad asociada con las compras en farmacias y almacenes ya se encuentra en niveles similares a la línea de base.

**Gráfico 5 | América Latina y el Caribe (27 países y territorios)<sup>a</sup>: movilidad efectiva de la población y casos confirmados de COVID-19, por semana epidemiológica**



Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS), sobre la base de información de Google Mobility, "Informes de Movilidad local sobre el COVID-19" [en línea] <<https://www.google.com/covid19/mobility/>>.

<sup>a</sup> Los países y territorios considerados son: Antigua y Barbuda, Argentina, Aruba, Bahamas, Barbados, Belice, Bolivia (Estado Plurinacional de), Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Puerto Rico, República Dominicana, Trinidad y Tabago, Uruguay y Venezuela (República Bolivariana de).

- Las principales medidas de salud pública aplicadas en los países se orientaron al distanciamiento físico y restringieron la movilidad, y aun cuando el énfasis de los gobiernos y las capacidades de aplicación de estas medidas han sido variables, en general tuvieron un impacto importante en los momentos iniciales y en momentos de alza de los casos. De este modo, la movilidad ha ido volviendo a sus estados casi normales o prepandémicos.

#### D. La demografía sanitaria del virus: cambios en los grupos de riesgo

- La pandemia de COVID-19 ha generado diversas situaciones de saturación de los sistemas de salud, no solo debido a la cepa inicial del virus, sino también al agravamiento de la pandemia con el surgimiento de nuevas variantes que presentan mayor transmisibilidad y un posible aumento del riesgo de hospitalización y de cuadros graves. Junto con otros factores, la aparición de variantes del virus ha generado nuevas olas de la pandemia en 2021, que para algunos países han resultado incluso más fatales que la ola inicial. En el gráfico 6 puede observarse claramente esa tendencia en la Argentina, el Brasil, Colombia, Costa Rica, Cuba, el Perú, el Uruguay y Venezuela (República Bolivariana de).

**Gráfico 6 | América Latina (18 países): número de defunciones informadas por COVID-19 por mes de procesamiento con más de 1.000 defunciones, 1 de marzo de 2020 a 31 de agosto de 2021**

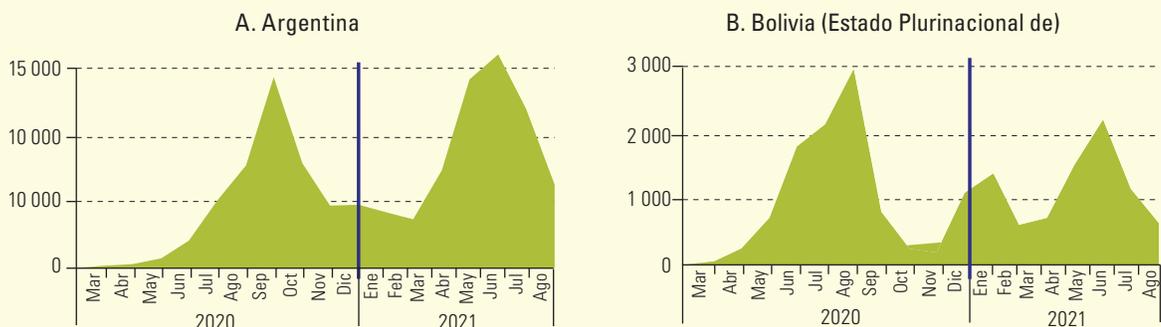


Gráfico 6 (continuación)

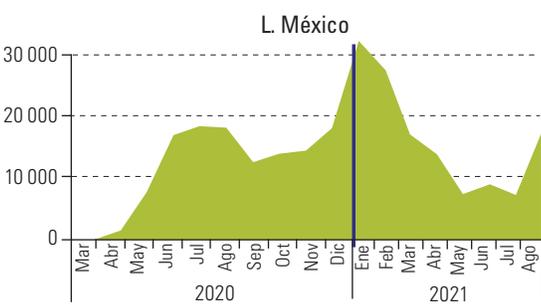
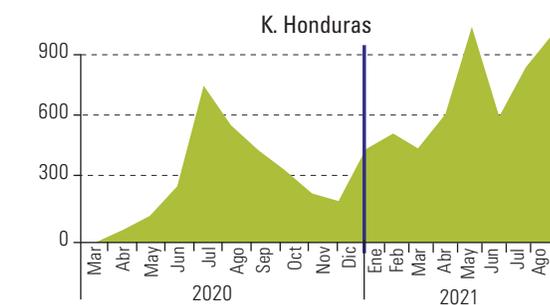
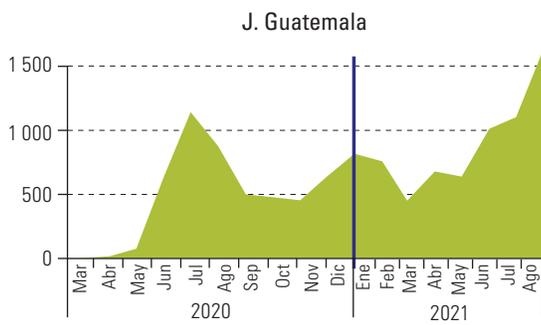
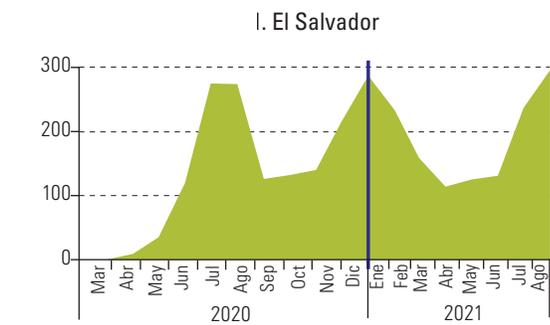
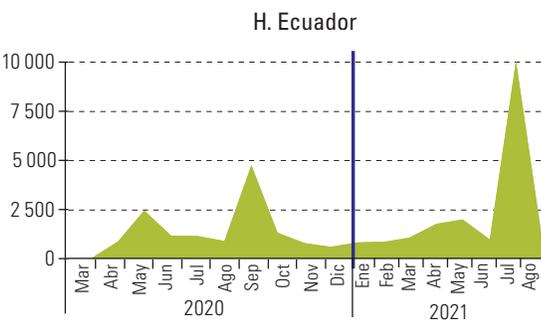
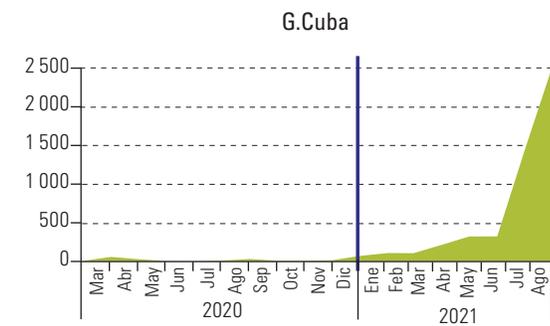
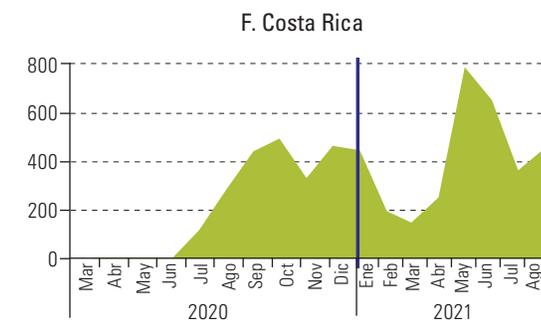
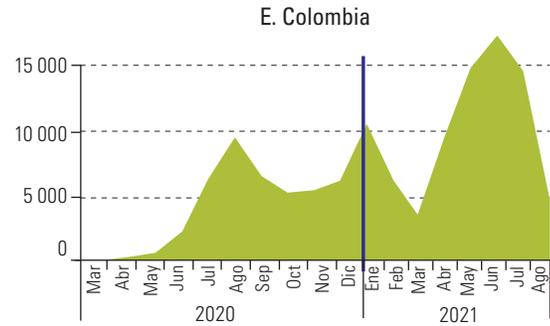
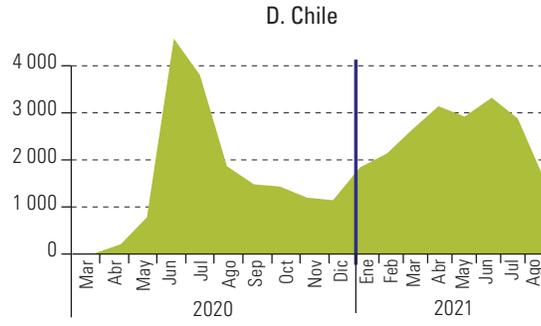
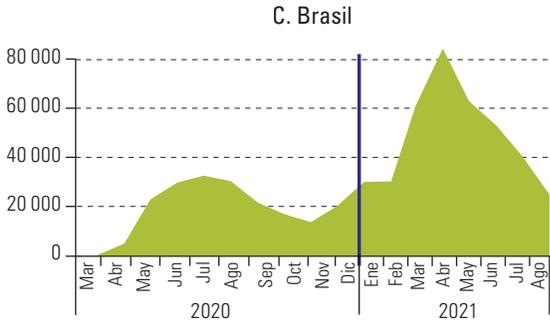
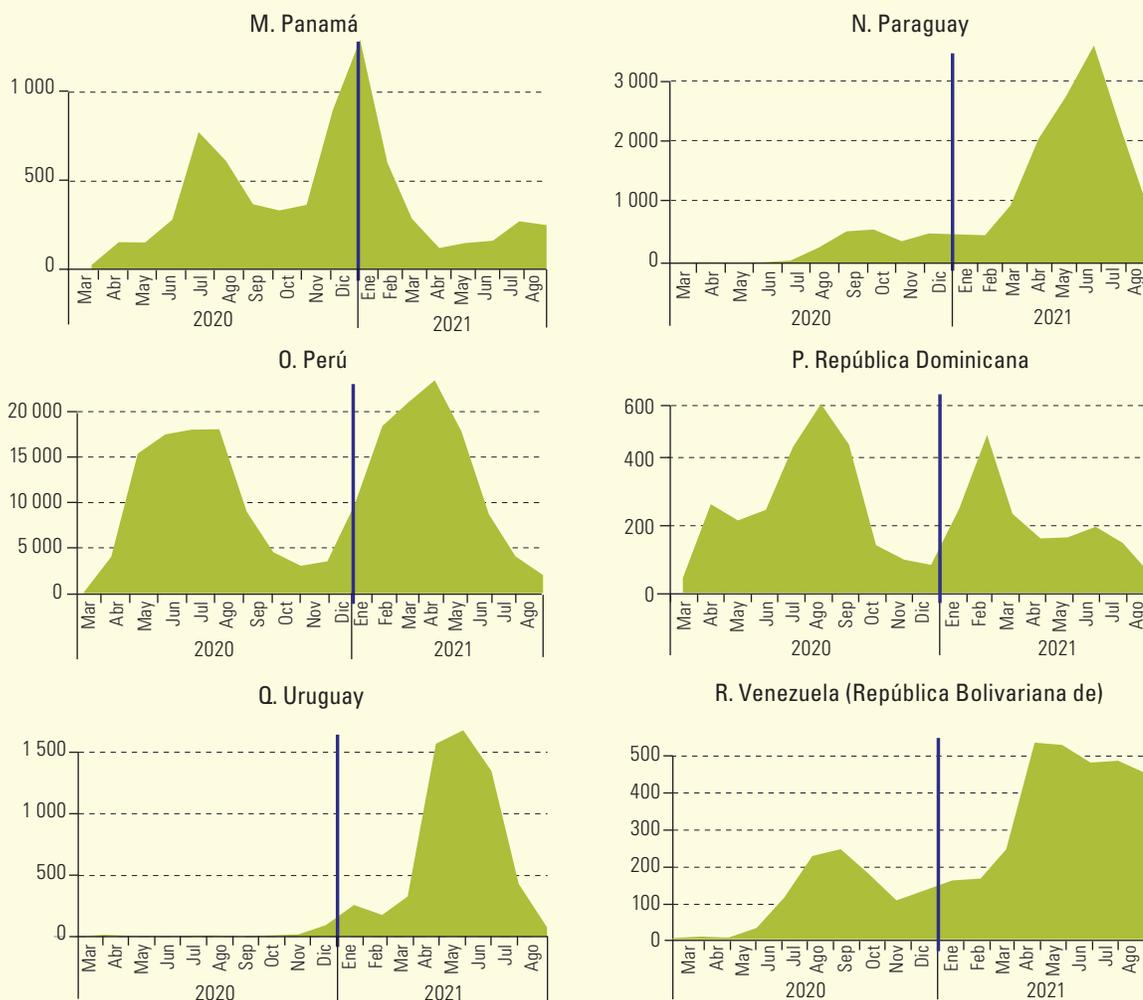


Gráfico 6 (conclusión)



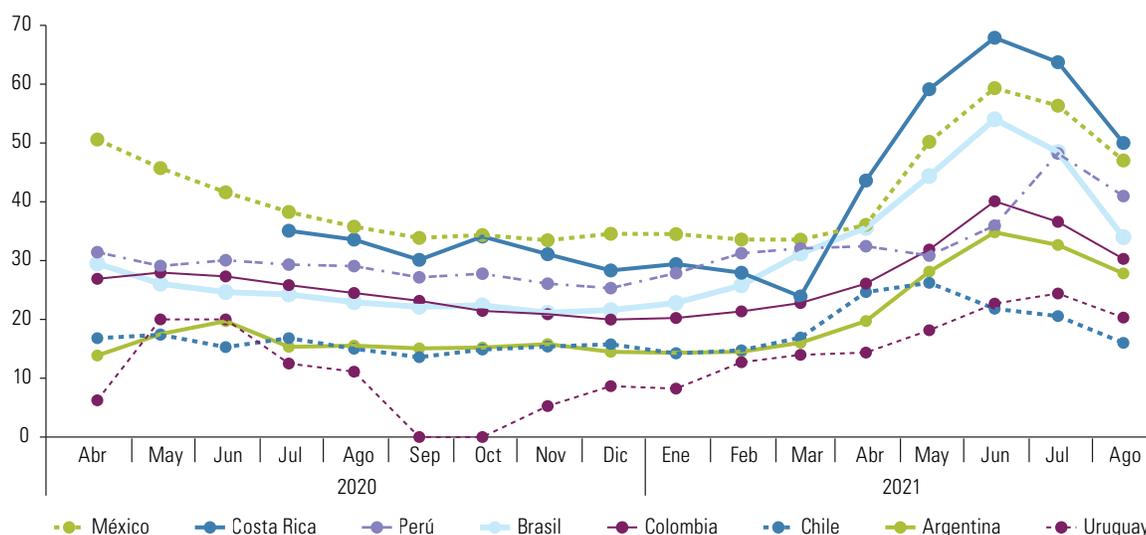
Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de Organización Mundial de la Salud (OMS), *Second round of the national pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic: January-March 2021. Interim report 22 April 2021*, Ginebra, 2021.

Nota: El uso de diferentes escalas entre los países se debe a la gran diferencia en términos absolutos de las defunciones informadas por COVID-19 según el tamaño poblacional de los países. Se mantuvo una escala particular para cada país de tal forma que sea posible visualizar las olas en cada uno de ellos, sin fines comparativos.

- El aumento de la transmisibilidad y el consecuente aumento del número de casos graves, en 2021, hicieron que durante la nueva ola de la enfermedad fallecieran personas que en principio no estaban expuestas al riesgo de muerte por no tener comorbilidades o enfermedades crónicas preexistentes (Hanlon y otros, 2020; Nepomuceno y otros, 2020), ni pertenecer al grupo de edades inicialmente consideradas de riesgo (Meyerowitz y Merone, 2020). El gráfico 7 muestra la proporción de esas defunciones en personas menores de 60 años. En 2020, se observa que los países tenían un nivel estable en dicho indicador, aunque distinto entre ellos. Ese porcentaje iba de menos de un 10% en el Uruguay y alrededor de un 15% en la Argentina y Chile, a aproximadamente un 30% de las defunciones en el Brasil, Colombia, Costa Rica y el Perú. En México, estas llegaban al 50%. En los primeros seis meses de 2021, sin embargo, esas proporciones aumentaron considerablemente y a fines de junio de 2021 llegaron a aproximadamente el 20% en Chile, el 35% en la Argentina y el Perú, casi un 40% en Colombia, y más del 50% en el Brasil, Costa Rica y México. Esta tendencia puede haberse generado, no solamente por el surgimiento de nuevas variantes, sino también debido a que las personas mayores fueron vacunadas antes que las más jóvenes. En consecuencia, los especialistas han urgido a aumentar la tasa de vacunación en los países en desarrollo (Cohen, 2021) y a aplicar las vacunas en edades más tempranas.

**Gráfico 7 | América Latina (8 países): proporción de defunciones informadas por COVID-19 en personas menores a 60 años, 1 de abril de 2020 a 31 de agosto de 2021**

(En porcentajes)

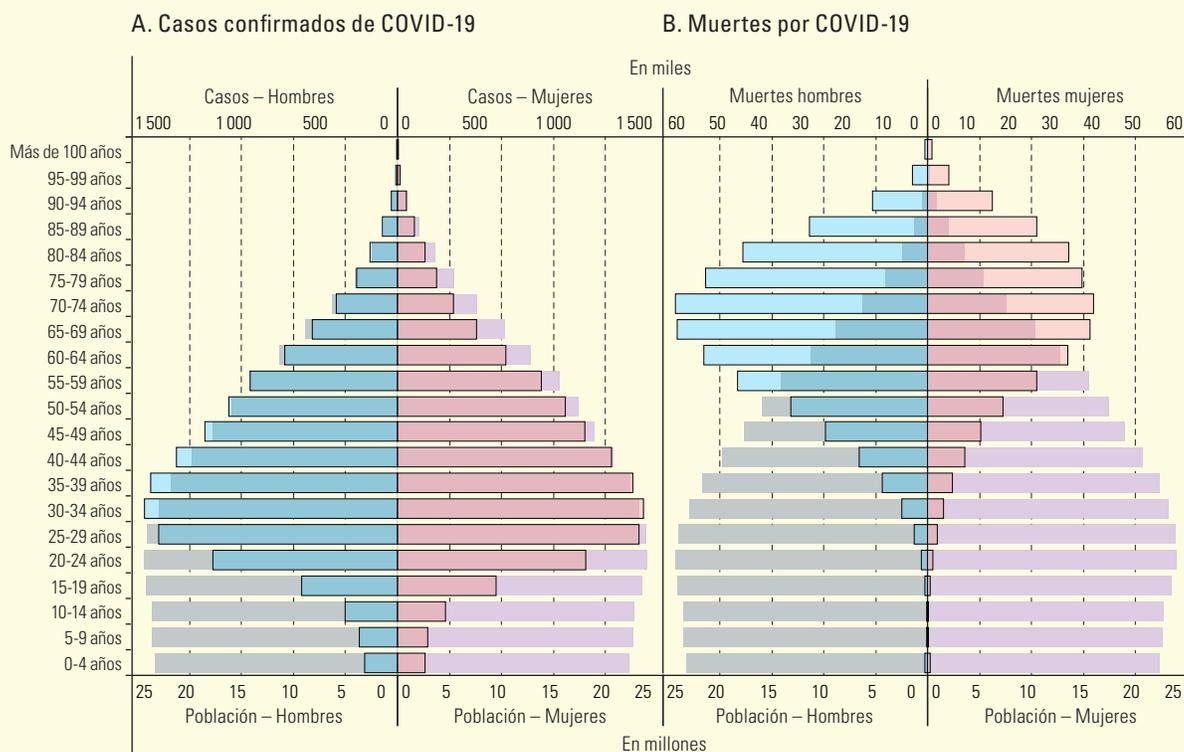


Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de datos oficiales de COVID-19 por edades del Ministerio de Salud, Dirección Nacional de Epidemiología y Análisis de Situación de Salud, "COVID-19. Casos registrados en la República Argentina" [en línea] <http://datos.salud.gov.ar/dataset/covid-19-casos-registrados-en-la-republica-argentina>; Ministerio de Salud, "Banco de Datos de Síndrome Respiratoria Aguda Grave – incluyendo datos de COVID-19. Vigilancia de Síndrome Respiratoria Aguda Grave (SRAG 2021)", 2020; Ministerio de Salud, Departamento de Estadísticas e Información de Salud, "Defunciones por causa de muerte 2016-2021" [en línea] <https://deis.minsa.cl/>; Secretaría de Salud, "Información referente a casos COVID-19 en México" [en línea] <https://datos.gob.mx/busca/dataset/informacion-referente-a-casos-covid-19-en-mexico>; Ministerio de Salud del Perú, "Datos Abiertos de COVID-19" [en línea] <https://www.datosabiertos.gob.pe/group/datos-abiertos-de-covid-19>; Ministerio de Salud Pública, "Grupo Uruguayo Interdisciplinario de Análisis de Datos de COVID-19" [en línea] <https://guiad-covid.github.io/#publications>.

Nota: Para Costa Rica la edad de corte de las categorías es de 64 años y menos.

- En el gráfico 8 se presenta la superposición entre la pirámide poblacional de América Latina y el Caribe con los casos de COVID-19 por sexo y las muertes por COVID-19 por sexo. Aunque todas las franjas etarias se han visto afectadas, en términos de casos, puede observarse en el gráfico 8.A que existe una incidencia de casos similar entre hombres y mujeres que se concentra más en las edades de 25 a 39 años. Con relación a las muertes por COVID-19, en el gráfico 8.B se observa que los hombres han sido más afectados que las mujeres y que las franjas etarias con mayor número de muertes son las de 65 a 74 años.
- A pesar de la vulnerabilidad asociada a la edad, las limitaciones funcionales y las múltiples enfermedades crónicas, se debe avanzar en la comprensión de las limitaciones en las respuestas de los sistemas y servicios de salud al envejecimiento de la población en todos los niveles de atención, especialmente en los servicios de atención a largo plazo, es decir, los que se brindan a personas mayores y personas en situación de dependencia. Antes de la pandemia de COVID-19, se estimaba que hasta la mitad de las personas mayores no tenían acceso a servicios de salud esenciales en algunos países en desarrollo (Naciones Unidas, 2020) y al menos 142 millones de personas mayores en todo el mundo no podían satisfacer sus necesidades básicas (OMS, 2020e). Durante la pandemia de COVID-19, los servicios más afectados fueron la atención primaria y la rehabilitación, así como los cuidados paliativos y a largo plazo, lo que tiene graves consecuencias para las poblaciones más vulnerables, incluidas las personas mayores y las personas con enfermedades crónicas y discapacidad (OMS, 2021a). En muchos países, más del 40% de las muertes relacionadas con el coronavirus durante 2020 han ocurrido en centros de atención a largo plazo, con una proporción de hasta el 80% en algunos países de ingresos altos (OMS, 2020e). Las investigaciones realizadas indican que en los centros de atención a largo plazo de América Latina y el Caribe había dificultades para adquirir equipos de protección personal y una capacidad limitada para realizar pruebas de COVID-19 (Wachholz y otros, 2020).

**Gráfico 8 | América Latina y el Caribe (19 países)<sup>a</sup>: casos confirmados y muertes por COVID-19, por sexo y grupo de edad, 2021**



Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Nota: Las barras horizontales con borde negro corresponden a los casos confirmados y a las muertes notificadas por COVID-19.

<sup>a</sup> Los países considerados son: Argentina, Barbados, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Curaçao, Ecuador, Guatemala, Jamaica, México, Panamá, Perú, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, República Dominicana, Trinidad y Tabago y Venezuela (República Bolivariana de).

## II. El escenario económico y social ante la crisis sanitaria prolongada

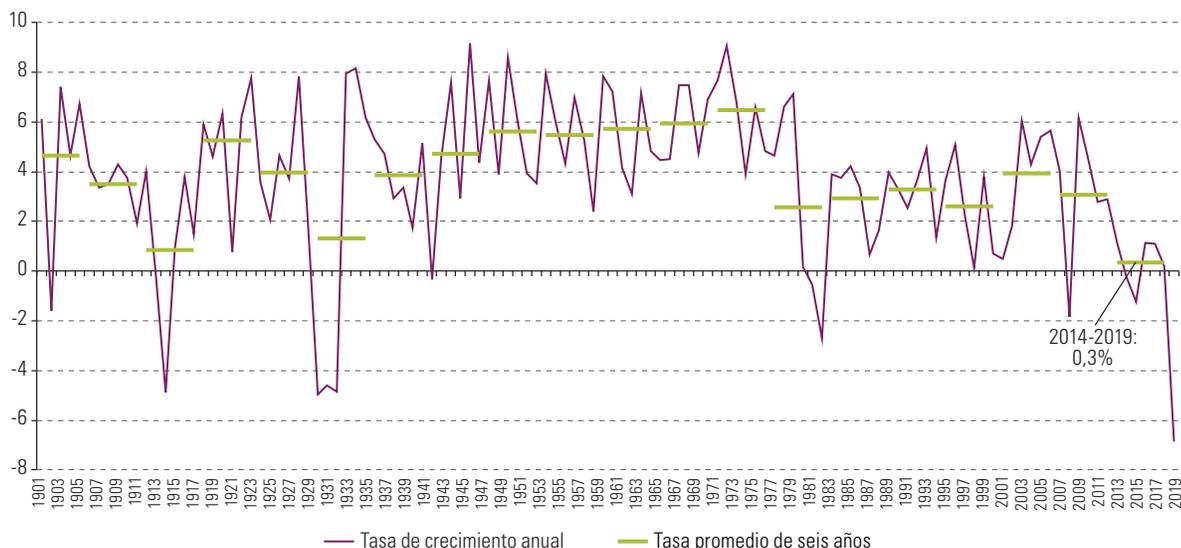
### A. El impacto de la pandemia y las medidas de control del COVID-19 en la economía

#### 1. Contexto previo a la pandemia en América Latina y el Caribe y proyecciones de crecimiento

- En 2020, América Latina y el Caribe experimentó la peor contracción desde 1900, con una caída del PIB del 6,8%, y el peor desempeño entre todas las regiones en desarrollo (CEPAL, 2021a). La dinámica de crecimiento ya era limitada antes de la crisis, de modo que en el sexenio 2014-2019 la región creció a una tasa promedio del 0,3%. Este fue uno de los períodos de menor crecimiento desde que se tiene registro y solo es comparable con el sexenio que incluye la Primera Guerra Mundial y el de la Gran Depresión (véase el gráfico 9).
- El crecimiento prácticamente nulo en el quinquenio previo a la crisis, unido a la fuerte contracción de 2020, se tradujo en una caída histórica de la ocupación y un aumento sin precedentes del desempleo, junto con incrementos significativos de la pobreza y la desigualdad, lo que ha exacerbado aún más los problemas estructurales de la región (CEPAL, 2021a). La crisis también agravó la heterogeneidad productiva de América Latina y el Caribe, provocando el cierre de una gran cantidad pymes y la destrucción de capital humano y de empleo, lo que se suma a un mal desempeño en materia de inversión.
- Para 2021 se espera una tasa de crecimiento del 5,9% y en 2022 se proyecta un crecimiento promedio del 2,9% en la región (véase el gráfico 10).

**Gráfico 9 | América Latina y el Caribe: tasa de crecimiento anual del PIB y promedios por sexenios, 1901-2019**

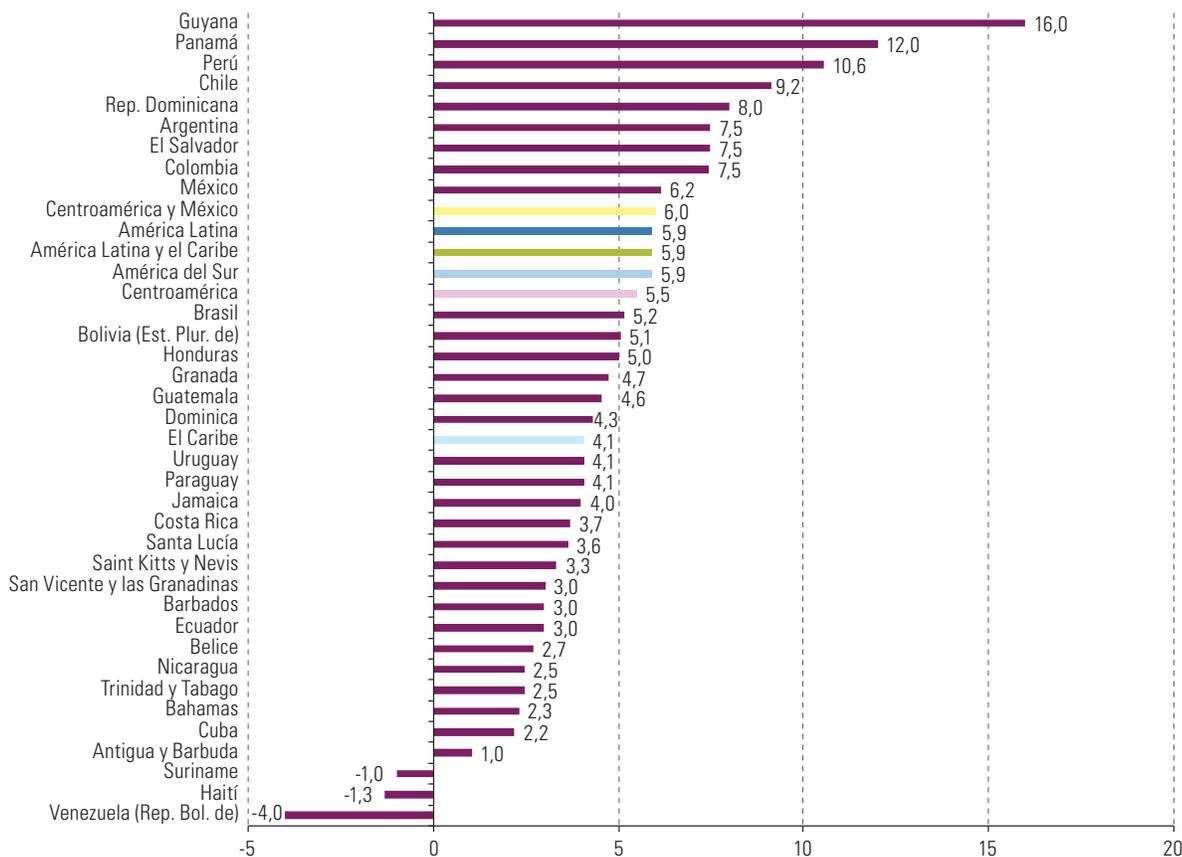
(En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de J. Bolt y J. van Zanden, "Maddison style estimates of the evolution of the world economy. A new 2020 update", Maddison Project Database 2020 y cifras oficiales.

**Gráfico 10 | América Latina y el Caribe (33 países): proyección de la tasa de crecimiento del PIB, 2021**

(En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de cifras oficiales.

- Si bien responde a las mejoras en las condiciones externas, la creciente apertura de las economías y la flexibilización de las medidas de distanciamiento físico, la dinámica de crecimiento de la región durante este año se explica principalmente por una base de comparación muy baja con resultado de la fuerte caída de 2020. Este crecimiento esperado para 2021 no será suficiente para que la región recupere el nivel de PIB anterior a la crisis; solo 6 de los 33 países lo lograrán. En 2022, en tanto, con un crecimiento esperado promedio del 2,9%, otros 8 países podrán alcanzar los niveles de 2019.
- La dinámica y la persistencia del crecimiento futuro, más allá del rebote de este año, están sujetas a las incertidumbres derivadas de los avances desiguales en los procesos de vacunación y el resto de las medidas de salud pública de contención de la pandemia, así como a la capacidad de los países para revertir los problemas estructurales que subyacen tras la baja trayectoria de crecimiento que exhibían antes de la pandemia.

## 2. Esfuerzos fiscales de los países para mitigar el impacto de la pandemia en términos sociales y productivos

- En 2020, la política fiscal demostró ser una herramienta de política económica fundamental para responder a la crisis provocada por la pandemia de COVID-19. Los países de la región anunciaron importantes paquetes de medidas fiscales que, en promedio, representaron un 4,6% del PIB. Estos esfuerzos se tradujeron en un alza del gasto público, que alcanzó un nivel histórico en América Latina al aumentar del 21,4% del PIB en 2019 al 24,7% del PIB en 2020.
- Las medidas fiscales se enfocaron en fortalecer los sistemas de salud, apoyar a las familias por medio de transferencias monetarias y proteger la estructura productiva a través de medidas de liquidez (además de garantías estatales de crédito por un 2,5% del PIB). Si bien estos paquetes lograron atenuar los efectos negativos de la pandemia, se profundizaron las brechas estructurales: desigualdad, pobreza, informalidad, espacio fiscal limitado, baja productividad y fragmentación de los sistemas de protección social y salud.
- Ante la persistencia de la pandemia en 2021, varios países de América Latina han anunciado nuevos planes fiscales de emergencia, equivalentes al 2,2% del PIB. Al mismo tiempo, los países de la región han dado a conocer su intención de impulsar la inversión pública como instrumento para reactivar la actividad económica y crear empleo, lo que se ha traducido en mayores erogaciones por gastos de capital en varios países.

## 3. El impacto de la crisis sanitaria en el mercado laboral

- Los efectos de la crisis provocada por la pandemia de COVID-19 en el mercado de trabajo fueron mucho mayores que en crisis anteriores, tanto en lo que respecta a la pérdida en los niveles de ocupación y la caída en la participación laboral, como en lo relativo a los aumentos en la tasa de desocupación.
- El impacto fue mayor en el empleo femenino y en los grupos más vulnerables. Entre 2019 y 2020, el nivel de ocupación se redujo casi 25 millones de personas, cerca de 13 millones de las cuales son mujeres. Esto resultó en una tasa de desempleo femenino del 11,9%, superior al 9,3% de 2019. En tanto, la tasa de desempleo de los hombres en 2020 fue del 9,3%, frente a un 6,9% en 2019. La tasa de participación femenina bajó del 51% en 2019 al 46,9% en 2020, mientras que la tasa de participación masculina descendió del 74,7% al 69,6%. La reducción anotada en la tasa de participación femenina la ubica en niveles similares a los de 2002.
- Al primer trimestre de 2021, a pesar del aumento en el nivel de ocupados, la región solo logró recuperar un 58% del total de los empleos que se perdieron durante la crisis. Para 2021 se estima que la tasa de participación laboral se incrementará 3,4 puntos porcentuales, al pasar del 57,7% en 2020 al 61,1%, con un aumento que será mayor para los hombres que para las mujeres (CEPAL, 2021c).
- El lento incremento en los niveles de ocupación y las mayores tasas de participación permiten prever que la tasa de desocupación en 2021 será mayor que en 2020, y alcanzará un 11%, comparado con el 10,5% de 2020. Al igual que en las tasas de participación, las mujeres muestran un peor resultado, ya que su tasa de desocupación sería del 12,7% y se ubicaría tres puntos porcentuales por encima de la de los hombres (9,7%) (CEPAL, 2021a).

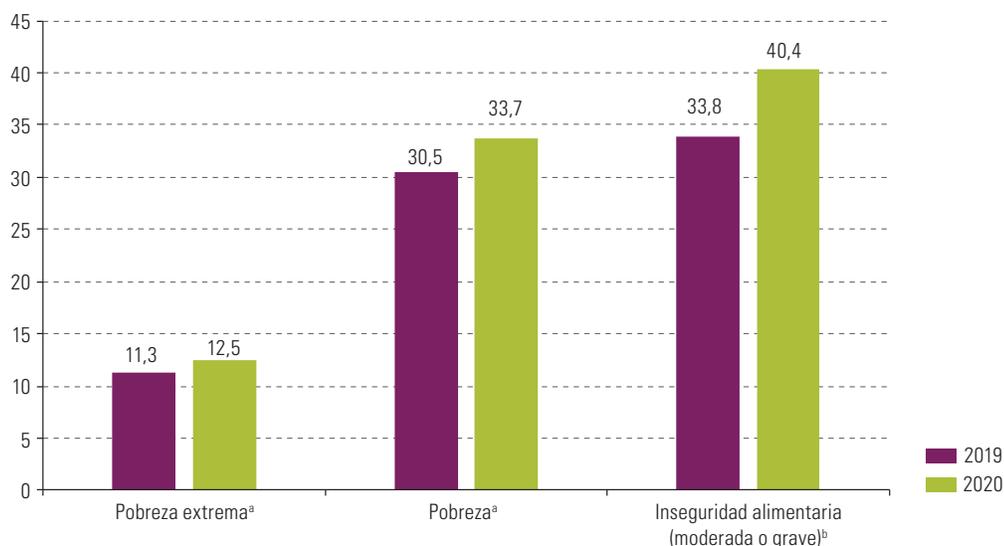
## B. La crisis social aún no muestra señales de recuperación

### 1. La pobreza y la desigualdad se han profundizado

- La crisis ha tenido efectos negativos en amplios grupos de la población de América Latina y el Caribe, especialmente en los estratos de menores ingresos, que reflejan la matriz de la desigualdad social en la región, cuyos ejes estructurantes son la pertenencia a distintos estratos socioeconómicos o clases sociales, el género, la etapa del ciclo de vida, la condición étnico-racial y el territorio, a lo que se suman otros factores como la situación de discapacidad o el estatus migratorio. Estas desigualdades se acumulan, se potencian e interactúan entre sí, causando múltiples discriminaciones que conllevan diferencias en el ejercicio de los derechos (CEPAL, 2020).
- Según la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL, 2021c), en 2020, en América Latina la tasa de pobreza extrema habría alcanzado el 12,5% y la de pobreza habría sido del 33,7% (véase el gráfico 11). Por tanto, el número de personas en situación de pobreza extrema alcanzaría los 78 millones (8 millones más que en 2019) y el número de personas en situación de pobreza llegaría a 209 millones (22 millones más que el año anterior). En 2020, en América Latina y el Caribe también aumentó la inseguridad alimentaria, un fenómeno estrechamente ligado a la pobreza extrema. La incidencia de la inseguridad alimentaria moderada o grave alcanzó al 40,4% de la población, frente a un 33,8% en 2019 (Torero, 2021).

**Gráfico 11 | América Latina y el Caribe: incidencia de pobreza extrema, pobreza e inseguridad alimentaria, 2019 y 2020**

(En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de Banco de Datos de Encuestas de Hogares (BADEHOG) y M. Torero, "Presentación", Tercera Reunión Hemisférica de Ministros/as y Secretarios/as de Agricultura de las Américas, Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), 15 de abril de 2021.

<sup>a</sup> Los países considerados son: Argentina, Bolivia (Estado Plurinacional de), Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Uruguay y Venezuela (República Bolivariana de). Los datos de 2020 corresponden a proyecciones que tienen en cuenta el efecto de los programas de transferencias de emergencia.

<sup>b</sup> Corresponde a América Latina y el Caribe.

- La pérdida de ingresos laborales debido a la interrupción del empleo es el primer factor a considerar al evaluar los impactos en la desigualdad del ingreso. De acuerdo con las proyecciones realizadas por la CEPAL (2021c), en 2020 el aumento de la proporción de personas que dejarían de percibir ingresos laborales en el primer quintil con respecto a 2019 y la disminución de los ingresos laborales durante la pandemia, que también afecta proporcionalmente más al primer quintil, se traducirían en un aumento de la desigualdad del ingreso total por persona, que daría lugar a un índice de Gini promedio un 5,6% más alto que el registrado en 2019. Al incorporar las transferencias de emergencia realizadas por los gobiernos, cuya distribución tiende a ser progresiva, este aumento sería del 2,9%.

- Si bien la crisis afecta a toda la fuerza de trabajo, la situación de los trabajadores informales, especialmente las mujeres y las personas jóvenes, indígenas, afrodescendientes y migrantes, resulta de la confluencia de los ejes de la desigualdad y constituye un fuerte núcleo de vulnerabilidad. Muchas mujeres que perdieron el empleo en 2020 no han vuelto a buscar trabajo debido a la sobrecarga de la demanda de cuidados en los hogares en un contexto de cierre de establecimientos educativos y carencia de servicios de cuidados (CEPAL, 2021b).

## **2. Efecto sobre la educación: el riesgo de una generación perdida que debe abordarse con urgencia**

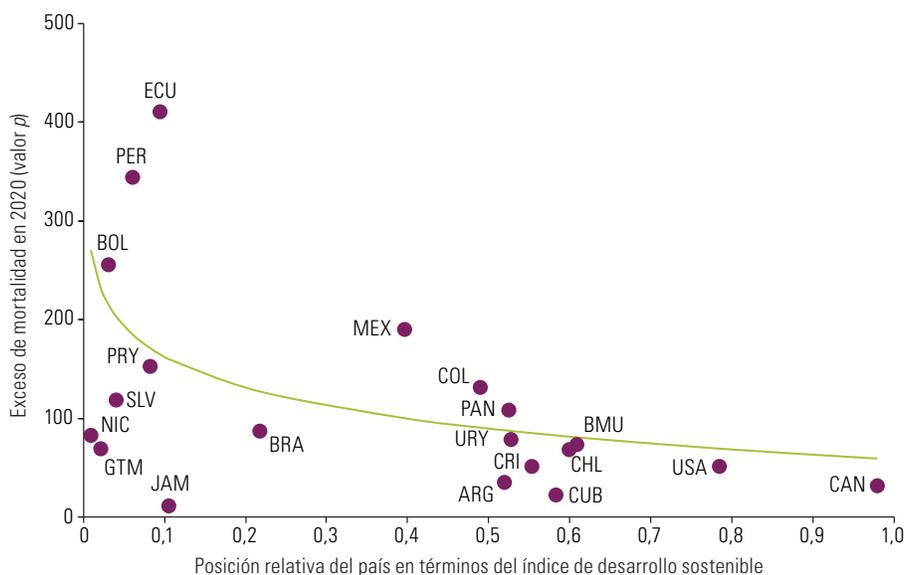
- La mayoría de los países de América Latina y el Caribe llevan más de un año sin clases presenciales o con períodos extensos de interrupción (CEPAL, 2021c). Con un promedio de cierre mayor a un año académico, esta es una de las regiones del mundo que ha tenido un período más largo de cierre completo o parcial de los centros educativos. Esto tendrá serias repercusiones en los niños, niñas, adolescentes y jóvenes, que se verá en el mediano plazo en significativas brechas de aprendizaje y mayores tasas de abandono escolar, así como en otras áreas del bienestar, como la alimentación y nutrición, la salud mental y el riesgo a sufrir distintos tipos de violencia.
- Previo a la pandemia, la pobreza y, especialmente, la pobreza extrema afectaba en mayor medida a la población más joven, sobre todo a niñas, niños y adolescentes de hasta 14 años. La pobreza infantil en 2020 habría afectado al 51,3% de esta población, es decir, a más de 91 millones de niñas, niños y adolescentes (CEPAL, 2021b). Las personas dentro de esta franja etaria corren más riesgo de padecer inseguridad alimentaria, de sufrir violencia o maltrato físico, y de aumentar su exposición al trabajo infantil.
- El sistema educativo juega un papel muy importante en la protección del conjunto de los derechos de la infancia, en particular para quienes viven en situación de pobreza, ya que las escuelas cumplen una función de protección y monitoreo que va mucho más allá de los propósitos académicos. Los centros educativos velan también por la sociabilidad, la prevención de la violencia y el cuidado de la salud, entre otros factores que afectan el bienestar y protegen los derechos de niñas, niños y adolescentes. El confinamiento prolongado, sumado a las dificultades para mantener el vínculo con el sistema educativo por vía remota, implica una fuente adicional de vulnerabilidad y exposición a riesgos para esta población. Cualquier amenaza para su funcionamiento es preocupante para la sociedad en general y debe ser parte de la elaboración de políticas sociales integradas y articuladas para enfrentar la crisis y el período de recuperación. De este modo, en este nuevo contexto adverso, la necesidad de invertir en infancia, adolescencia y juventud recobra importancia.
- Cabe mencionar que las escuelas son también la vía institucional disponible más importante para apoyar las tareas de cuidado, que, por la forma tradicional de la división sexual del trabajo en las sociedades de América Latina y el Caribe, recaen de manera considerable sobre las mujeres. Por ello, el traslado de la educación y los procesos de aprendizaje al hogar ha significado para gran parte de las mujeres no solo una limitación para salir al mercado laboral remunerado, sino un notable aumento del trabajo y las tareas de cuidado que ya realizaban en el hogar y a las que hoy se suma el apoyo pedagógico.

## **C. La vulnerabilidad aumenta el riesgo de contagio y muerte por COVID-19**

- Las personas en condiciones de vulnerabilidad socioeconómica tienen mayor riesgo de contagio y muerte por COVID-19 (Wachtler y otros, 2020). Las desigualdades están relacionadas tanto con la capacidad de protección respecto del contagio, como con una incidencia más alta de comorbilidades que se asocian a una mayor gravedad de la enfermedad y a la muerte que se dan entre los grupos más vulnerables de la población.
- Las personas en situación de pobreza, que tienen un mayor grado de precariedad laboral, viven con altos niveles de hacinamiento y experimentan dificultades de acceso al agua y servicios sanitarios, presentan mayores desafíos a la hora de protegerse contra el virus. A la dificultad en la prevención se suman las desigualdades en el acceso a tests y las brechas con respecto al acceso a los servicios de salud, que pueden influir de manera significativa en el tratamiento y en la sobrevivencia a la enfermedad.

- Existe una correlación entre el exceso de mortalidad y el porcentaje de población en condiciones de hacinamiento, de modo que las áreas con mayor proporción de personas hacinadas son las más afectadas por la pandemia de COVID-19. Este patrón se extiende a otros indicadores de vulnerabilidad habitacional, como el acceso al agua o el saneamiento, o a indicadores de vulnerabilidad social, como el acceso a la educación de niñas, niños y jóvenes o la capacidad económica del hogar (CEPAL, 2021b).
- Asimismo, de acuerdo con datos disponibles para 20 países de América Latina y el Caribe sobre el exceso de mortalidad informada por todas las causas en el bienio 2020-2021 respecto de la mortalidad informada entre 2015 y 2019, se observa que los países con una peor posición relativa en términos del índice de desarrollo sostenible, que incluye medidas de ingreso, educación y agua y saneamiento, enfrentan niveles más altos de exceso de mortalidad por todas las causas en 2020 (véase el gráfico 12).

**Gráfico 12 | América Latina y el Caribe (18 países y territorios): mortalidad informada por todas las causas, según índice de desarrollo sostenible, 2015-2019 y 2020-2021**



Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS), sobre la base de Our World in Data [en línea] [www.ourworldindata.org](http://www.ourworldindata.org).

- Existe una alta correlación entre la vulnerabilidad socioeconómica y el nivel de gravedad y muerte por COVID-19. En la ciudad de São Paulo, por ejemplo, se observó que las áreas de bajos ingresos fueron las más afectadas (Bermudi y otros, 2021), que la mayoría de las muertes en exceso ocurrieron en hospitales públicos y entre la población afrodescendiente, asiática e indígena, y que un 19,1% de las defunciones por COVID-19 de personas en lista de espera por camas de UCI ocurrió en hospitales públicos, mientras que un 1% correspondió a hospitales privados (Werneck y otros, 2021). Por otra parte, en la ciudad de Santiago se encontró que un año más de educación se asociaba a una mortalidad un 9% más baja antes de la pandemia y un 13,8% más baja durante la pandemia (Bilal, Alfaro y Vives, 2021), y que un 5% de incremento en el porcentaje de viviendas hacinadas está asociado a un 22% de aumento de la mortalidad antes de la pandemia y a un 32% durante la crisis sanitaria (Bilal, Alfaro y Vives, 2021). Además, la población más vulnerable ha podido reducir menos la movilidad y mostrar menor adherencia al aislamiento social debido a sus restricciones económicas (Mena y otros, 2021).
- En la ciudad de Buenos Aires se observa que a pesar de que los habitantes de los barrios marginales representan el 7% de la población, contribuyeron con el 40% de los casos, y que el riesgo de muerte en esos barrios resultó significativamente superior pese a tener una estructura etaria más joven (Macchia y otros, 2021). En el Perú, el país con mayor tasa de defunciones informadas por COVID-19 de la región, con alta informalidad y falta de equipamiento en los hogares (un 40% de las personas tienen refrigerador), la mayor parte de la población hace las compras diarias en mercados públicos donde se registran aglomeraciones de personas (Taylor, 2021). Ello contribuyó a que las cuarentenas no fueran efectivas y a que el efecto fuera más grave en los

estratos de mayor vulnerabilidad. En un análisis sobre la población indígena y las áreas rurales de Colombia se encontraron resultados similares (Cifuentes y otros, 2021). En relación con los pueblos indígenas, los datos para el Brasil, Chile, Colombia, México y el Perú mostraban para 2020 un impacto de la mortalidad significativo y en algunas áreas geográficas muy por encima de los promedios nacionales (CEPAL y otros, 2020).

- Entre los factores de riesgo individuales, asociados a una mayor gravedad de la enfermedad y distribuidos de manera desigual en la sociedad, se encuentran las enfermedades cardiovasculares, las afecciones pulmonares (como bronquitis crónica), las enfermedades del hígado, la diabetes, el cáncer y el compromiso de sistema inmune (Wachtler y otros, 2020). Actualmente se habla del tabaquismo y la obesidad, que también están más presentes en grupos en situación de vulnerabilidad socioeconómica, como posibles factores de riesgo adicionales en relación con el coronavirus (Vardavas y Nikitara, 2020; Sattar, McInnes y McMurray, 2020). Un 22% de la población de América Latina y el Caribe, equivalente a 145 millones de personas, tiene un mayor riesgo de presentar COVID-19 grave por tener 14 condiciones de salud subyacentes (OPS, 2021a). Es importante mencionar que cerca de 104 millones de estas personas pertenecen al grupo de personas en edad de trabajar (15 a 64 años), lo que permite vislumbrar la magnitud del impacto a nivel económico en la región.

#### **D. El papel central de la protección social ante un aumento de la vulnerabilidad**

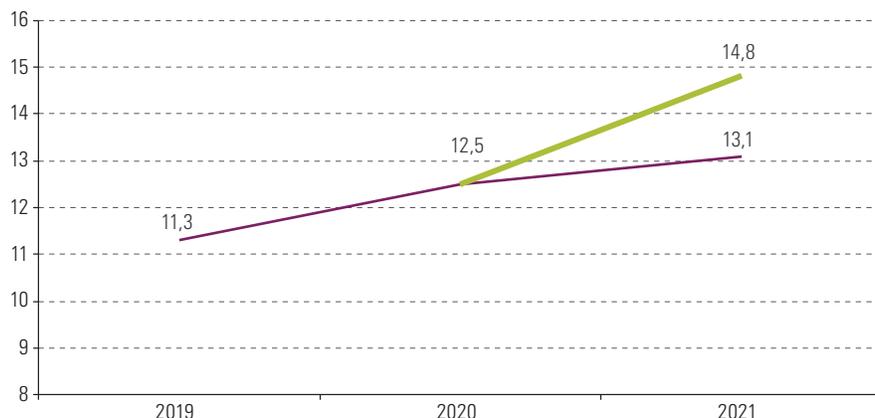
- La crisis derivada de la pandemia ha puesto en evidencia la vulnerabilidad en que vive buena parte de la población en los estratos de ingresos medios, caracterizados por bajos niveles de cotización a la protección social contributiva y muy baja cobertura de la protección social no contributiva (CEPAL, 2021b). Se estima que, en 2020, 491 millones de latinoamericanos (el 79,4% de la población) vivían con ingresos hasta tres veces el valor de la línea de pobreza (CEPAL, 2021c), con un alto grado de vulnerabilidad ante circunstancias como el desempleo o la disminución de los ingresos laborales.
- Para enfrentar los elevados niveles de pobreza y vulnerabilidad, los países de la región han adoptado medidas de protección social no contributiva, orientadas a mantener el consumo y garantizar condiciones de vida básicas. Desde el comienzo de la pandemia y hasta fines de junio de 2021, 33 países de América Latina y el Caribe adoptaron 430 medidas de protección social no contributiva, entre las que se incluyen las transferencias monetarias y en especie y el aseguramiento del suministro de servicios básicos. Entre marzo de 2020 y junio de 2021, las transferencias de emergencia llegaron a 105 millones de hogares latinoamericanos y caribeños, a los que corresponden aproximadamente 395 millones de personas, el 59,6% de la población de la región. En 2020, los anuncios relacionados con estas medidas fueron equivalentes a 86.214 millones de dólares en América Latina y el Caribe, lo que equivale a 78 dólares por habitante (CEPAL, 2021c).
- En el primeros seis meses de 2021, en la región se anunciaron medidas de transferencias de emergencia o de extensión de dichas transferencias equivalentes a unos 21.300 millones de dólares. De mantenerse este nivel de gasto en el segundo semestre de 2021, se alcanzaría un gasto anual en torno al 50% de lo gastado en transferencias de emergencia en 2020.
- En el ámbito de la protección social contributiva, en solo ocho países latinoamericanos y tres caribeños que cuentan con seguro de desempleo (CEPAL, 2020) se han implementado varias adaptaciones para enfrentar la crisis: se flexibilizaron los requisitos para el acceso al seguro (por ejemplo, cantidad de cotizaciones previas), se extendieron los seguros para grupos de trabajadores que antes se encontraban excluidos (como las trabajadoras domésticas), se amplió la duración de las prestaciones y los montos, y se crearon programas adicionales.
- Asimismo, los impactos de la crisis en el mercado laboral repercutieron negativamente en la cotización a los sistemas de pensiones: el número de cotizantes en 11 países de América Latina disminuyó un 5,3%, si se comparan los datos para el cuarto trimestre de 2020 y de 2019. La caída habría sido mayor entre las contribuyentes mujeres que entre los contribuyentes hombres (CEPAL, 2021b).

- La continuidad de las transferencias de emergencia es crucial, dado que los beneficios de la recuperación económica no serán suficientes para enfrentar la crisis sanitaria y social. La CEPAL (2021b) ha estimado que la continuidad del 50% de las transferencias implementadas en 2020 implicaría en 2021 una mitigación del aumento de la pobreza extrema y la pobreza de 1,7 puntos porcentuales. Sin embargo, este esfuerzo no detendría el incremento de la pobreza extrema en América Latina (véase el gráfico 13).

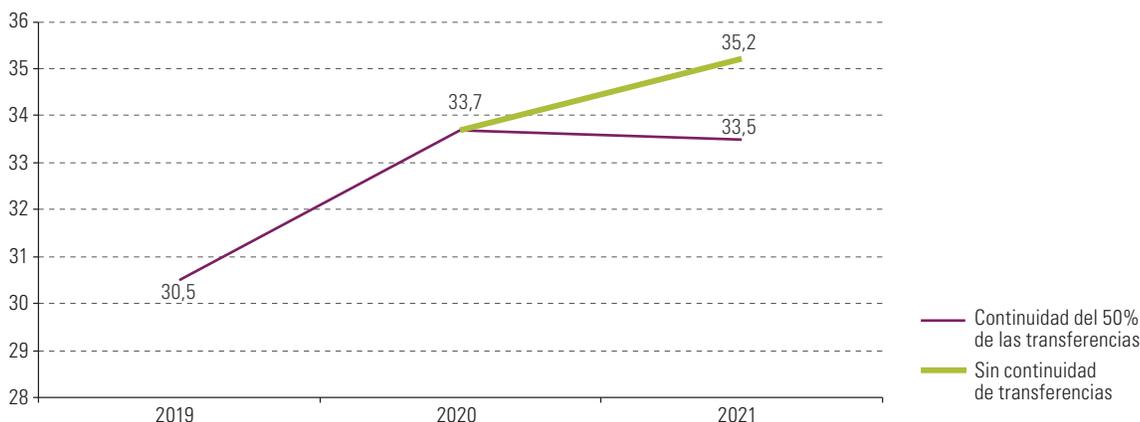
**Gráfico 13 | América Latina (18 países)<sup>a</sup>: pobreza y pobreza extrema, 2019, 2020 y 2021<sup>b</sup>**

(En porcentajes)

**A. Pobreza extrema**



**B. Pobreza**



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base del Banco de Datos de Encuestas de Hogares (BADEHOG).

<sup>a</sup> Los países considerados son: Argentina, Bolivia (Estado Plurinacional de), Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Uruguay y Venezuela (República Bolivariana de).

<sup>b</sup> Los valores de 2020 y 2021 corresponden a proyecciones. Se supone que la distribución del ingreso no presentaría cambios en 2021 con respecto a 2020 y que todas las corrientes de ingreso mantendrían una estructura y participación constante.

- La protección social universal adquiere un papel clave y es necesario aumentar la cobertura y la suficiencia de las prestaciones de los programas de emergencia, además de fortalecer los sistemas de pensiones mediante reformas que enfatizan la cobertura, la suficiencia, la sostenibilidad financiera y la solidaridad. También es imprescindible avanzar en sistemas de protección social universales, integrales y sostenibles, en el marco de sociedades del cuidado que garanticen niveles de bienestar para la población, sin sobrecargarse en el trabajo no remunerado de las mujeres.

**E. El papel esencial del Estado durante la pandemia**

- El Estado ha desempeñado un papel clave e indispensable a la hora de responder a los desafíos de la pandemia y debe seguir teniendo ese papel para tomar un nuevo rumbo de política pública, a fin de construir sociedades más igualitarias, inclusivas y resilientes, mediante la implementación de políticas universales, redistributivas y solidarias, con un enfoque de derechos.

- Se espera que la crisis ayude a generar un consenso en torno al impulso de una recuperación transformadora y la construcción de un nuevo estilo de desarrollo, es decir, una recuperación con un cambio estructural progresivo, la expansión de la protección social y el avance hacia Estados de bienestar (CEPAL, 2021b), que, a su vez, consolide las tres dimensiones del desarrollo sostenible: social, ambiental y económica (CEPAL, 2020). En este marco, las políticas sociales tienen una función transformadora, donde los sistemas de salud y los sistemas de protección social forman parte fundamental de la acción pública para mitigar las carencias y atender las necesidades de la población en un contexto de crisis sanitaria y económica, y también en el proceso de reconstrucción (CEPAL, 2020).
- Tras la prolongación de la crisis sanitaria, la relevancia de la acción del Estado se ha confirmado como un aspecto central para el control de la crisis y la recuperación transformadora con igualdad. En este sentido, el papel que ha jugado el Estado y las políticas y medidas implementadas han sido esenciales para controlar la crisis económica y mitigar el impacto de la pandemia en dimensiones fundamentales para el desarrollo social (CEPAL, 2021b).
- Debe considerarse, además, que la pandemia golpeó a la región cuando algunos países atravesaban un período de descontento social marcado por una ola de protestas masivas, impulsadas, entre otras cosas, por las crecientes desigualdades y los escándalos de corrupción (CEPAL, 2021c; OCDE, 2020). Durante la pandemia también debieron enfrentarse nuevos desafíos en la gestión de los aspectos operativos y de comunicaciones de la crisis, en todos los niveles de los gobiernos (OCDE, 2020).
- El fortalecimiento de las capacidades del Estado durante la pandemia ha sido un imperativo para robustecer la interacción y los acuerdos entre el gobierno y la sociedad civil a la hora de formular e implementar estrategias para enfrentar la situación. Se ha necesitado diálogo y participación social, con espacios para la coordinación, de modo de garantizar un enfoque integrado. Los países han respondido a este requerimiento de maneras diversas.
- La participación de actores sociales y organismos estatales de diferentes sectores institucionales facilitaría un enfoque territorial que incluya distintas necesidades de la población. Esto abarca desde comités de respuesta a nivel nacional, hasta el despliegue de la acción comunitaria del primer nivel de atención de salud, en función de la estrategia de contención y superación de la crisis (CEPAL/OPS, 2020). Ha sido fundamental, además, la existencia de una coordinación intersectorial adecuada para garantizar la sinergia y coherencia de las políticas públicas, así como una articulación y una flexibilidad que permitan adaptar las respuestas a cada realidad local, donde se combinen las políticas sociales, económicas y de salud con un enfoque territorial.
- En este contexto, la adopción de políticas que promueven el distanciamiento físico<sup>4</sup> y de comunicación frente a la crisis describe, en parte<sup>5</sup>, la acción de mitigación, contención y control frente a la pandemia por parte de los gobiernos (Hallas y otros, 2021). La implementación de medidas ha sido heterogénea entre los países de la región, variando sustancialmente en relación con las tasas diarias de casos y adquiriendo patrones particulares en determinados países y grupos de países, pero en general (en promedio) se han desacoplado en períodos álgidos de la crisis (véase el gráfico 14).
- El Estado no solo debe implementar este tipo de medidas, sino que también debe fiscalizar que se estén cumpliendo de modo satisfactorio. Aunque todavía no hay un indicador suficientemente adecuado para medir el rigor en su aplicación, la efectividad de estas medidas puede verse reflejada en un aumento o una reducción de la movilidad ante las medidas anunciadas.
- El desajuste de las medidas puede responder a diversos motivos que van desde la inaplicabilidad por las condiciones sociales y la falta de poder de fiscalización de las políticas, hasta las presiones para lograr la reapertura económica, pasando por los posibles errores en la evaluación de las condiciones epidemiológicas y decisiones poco acertadas en algunos casos, incluidas fallas en la comunicación y el negacionismo, junto con los problemas ya descritos de implementación de los planes de vacunación. En todo caso, esto muestra, en buena parte, las debilidades institucionales y las necesidades de recursos.

<sup>4</sup> Entre las políticas de distanciamiento físico se encuentran las cuarentenas en los hogares, el cierre de escuelas y lugares de trabajo, la cancelación de eventos públicos, las restricciones al tamaño de las reuniones, la restricción del transporte público y del movimiento de viajeros internacionales, y las campañas de información pública sobre salud y medidas de salud pública.

<sup>5</sup> Decimos "en parte" porque la implementación de las medidas depende de otras cuestiones, como el tamaño del sector informal, el acceso a los programas de transferencias de emergencia (y sus condiciones en cada país), el acceso a redes sociales de apoyo y el acceso a Internet.

**Gráfico 14 | América Latina y el Caribe (28 países)<sup>a</sup>: índice de medidas de salud pública de los gobiernos durante la pandemia de COVID-19 frente a casos diarios informados de COVID-19, 25 de enero de 2020 a 21 de septiembre de 2021**



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de datos de la Universidad de Oxford para el índice y la Organización Mundial de la Salud (OMS), para los datos diarios de la pandemia de COVID-19.

<sup>a</sup> Los países considerados son: Argentina, Aruba, Bahamas, Barbados, Belice, Bolivia (Estado Plurinacional de), Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Dominica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Suriname, Trinidad y Tabago, Uruguay y Venezuela (República Bolivariana de).

## F. Fortalecimiento institucional e inversión pública en salud

- Los desafíos resultantes de la pandemia de COVID-19 revelaron, aún más, las debilidades institucionales del sector de la salud y, en especial, sus desafíos para abordar particularidades del contexto social y económico de los países de América Latina y el Caribe. Para poder responder a las emergencias de salud, con un enfoque integral e integrado y una salud pública más sólida, es necesario mejorar la elaboración y puesta en marcha de políticas dentro de un marco legislativo y regulatorio también mejorado. Cualquier respuesta integral deberá vincularse a acciones de salud pública dentro de la seguridad sanitaria y esfuerzos de fortalecimiento de los sistemas de salud, así como mejorar la colaboración intersectorial para abordar los determinantes sociales de la salud y proteger y promover el derecho a la salud. Estas condiciones han justificado la necesidad de una agenda de fortalecimiento institucional del Estado en materia de salud.
- Un análisis enfocado desde el marco de funciones esenciales de salud pública permite explicitar tanto el alcance como el tipo de respuesta desde el Estado a través de un amplio abanico de intervenciones. Estas intervenciones están referidas no solo a los sistemas de salud, sino también a los factores y determinantes sociales de salud de la población. Este mismo ejercicio permitió reconocer algunos problemas referidos a la implementación efectiva de ciertas intervenciones críticas y a los retos que deberían enfrentarse para fortalecer las capacidades institucionales correspondientes (véase el diagrama 1).
- Esta agenda de fortalecimiento institucional necesita una estrategia de incremento de la inversión pública para resolver vulnerabilidades estructurales en materia de financiamiento. No obstante, el bajo nivel de inversión pública en salud ha sido predominante en la región (salvo en unos pocos países), lo que, además, se correlaciona con un alto nivel de gasto de bolsillo para compensar y un aumento del riesgo de empobrecimiento y catástrofe financiera en el contexto de una pandemia. El ritmo de crecimiento del gasto público en salud<sup>6</sup> en América Latina y el Caribe ha sido lento durante el período 2000-2018 (subió un punto porcentual del PIB en casi 20 años), incluso si se toma el indicador de priorización fiscal en salud (gasto público en salud como porcentaje del gasto público total), que subió 2 puntos porcentuales en promedio (véase el gráfico 15).

<sup>6</sup> El gasto público en salud corresponde al gasto corriente del gobierno general en salud.

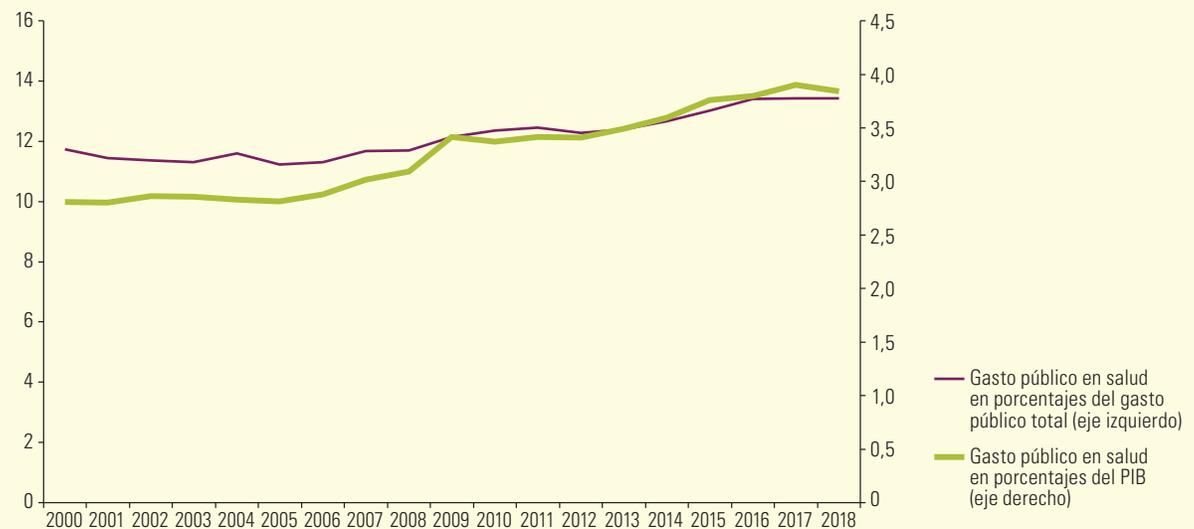
**Diagrama 1 | América Latina: problemas referentes a la implementación del ciclo de políticas de funciones esenciales de salud pública en el marco de la pandemia de COVID-19**

Etapa	Debilidades en la respuesta al COVID-19	Países	Desafíos para fortalecer las capacidades
<b>Evaluación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Retrasos en la notificación de casos</li> <li>Capacidades de prueba limitadas</li> <li>Aislamiento inadecuado</li> <li>Falta de información sobre mortalidad</li> <li>Falta de medidas preventivas</li> </ul>	Chile, Ecuador, México, Bolivia (Est. Plur. de), Uruguay y Brasil	Vigilancia sanitaria y análisis de determinantes de la salud (capacidades de estructura, supervisión y desempeño)
<b>Desarrollo de políticas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Medidas estrictas que resultan en desempleo e informalidad</li> <li>Problemas de coordinación sectorial e intersectorial</li> </ul>	Brasil, Colombia y México	Debilidad de los sistemas de protección social y fragmentación institucional del sector de la salud (capacidades formales, supervisión y estructura)
<b>Asignación de recursos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Informalidad y precariedad laboral sin capacidad de trabajo remoto</li> <li>Equipos de salud insuficientes</li> <li>Escasez de recursos financieros</li> </ul>	Brasil, Chile y Honduras	Déficit de recursos (humanos, financieros y tecnológicos) alineados con prioridades de salud pública (capacidades formales, estructura y desempeño)
<b>Acceso</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Confinamiento y pobreza: barreras de acceso a servicios esenciales (atención médica y ayuda alimentaria)</li> </ul>	Todos los países	Debilidad en la gestión y coordinación de servicios de salud y políticas públicas (capacidades de estructura y desempeño)

Fuente: E. Báscolo y otros, "Contributions of the new essential public health functions framework to address the COVID-19 pandemic", *Pan American Journal of Public Health*, por aparecer.

**Gráfico 15 | América Latina y el Caribe (33 países): gasto público en salud, 2000-2018**

(En porcentajes del PIB y del gasto público total)



Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS), "Global Health Expenditure Database", 2020 [en línea] <https://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en>.

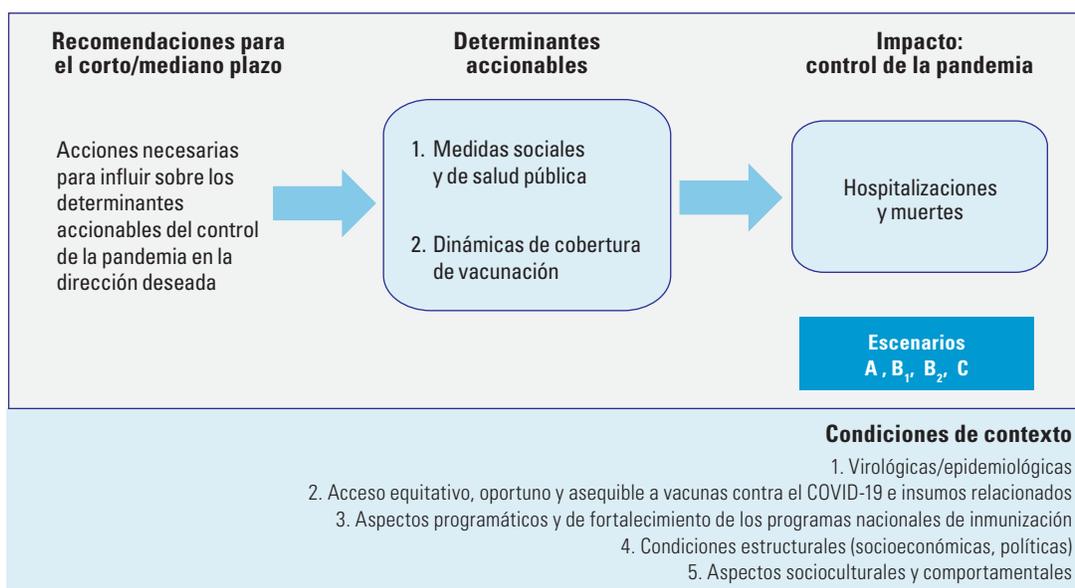
- Dos manifestaciones estructurales deben explicitarse en relación con el bajo nivel de financiamiento público: i) un nivel deficiente de inversión en recursos humanos para la salud, ya sea en la contratación, las condiciones dignas de trabajo, la formación y la capacitación permanente, y ii) una falta de priorización del primer nivel de atención, lo que se convirtió en un factor crítico que

ha limitado la efectividad de diversas acciones de salud pública, como las estrategias de testeo, el seguimiento de casos, la continuidad de los servicios esenciales y el avance de las campañas de vacunación. En cuanto a los desafíos, es necesario poner énfasis en la necesidad de un financiamiento que garantice la respuesta oportuna a los impactos generados por la pandemia, asegurando la gestión y el acceso del conjunto de intervenciones de salud pública, y, al mismo tiempo, sostener condiciones de acceso a los servicios de salud esenciales. En este marco, no hay que subestimar la relevancia del financiamiento de los planes de vacunación (más allá de los costos de adquisición de las dosis), en un contexto en el que será necesario garantizar en forma sostenible las mejores condiciones de acceso a las vacunas de toda la población tanto durante este año como en los próximos.

### III. Posibles escenarios de control de la pandemia en el corto plazo

- El curso de la pandemia de COVID-19 en América Latina y el Caribe aún es altamente incierto. Un análisis prospectivo en el que se consideren posibles escenarios a corto plazo (seis a nueve meses) puede facilitar la comprensión sobre cuáles son las áreas críticas que deben abordarse para controlarla. Además, dada la incertidumbre sobre la eficacia de las vacunas contra el COVID-19 para la prevención de la transmisión del virus SARS-CoV-2 en el contexto de la evolución de las variantes, el objetivo a corto plazo sigue siendo la reducción de las hospitalizaciones y las muertes.
- Los posibles escenarios presentados en esta sección son una representación esquemática de la situación en los países de la región. Se han elegido dos factores accionables, es decir, sobre los cuales los países tienen un alto grado de control, para la definición de los escenarios futuros: i) la implementación de medidas sociales y de salud pública y ii) la dinámica de la cobertura de vacunación. La pandemia de COVID-19 y el análisis de los determinantes que afectan las tasas de cobertura de vacunación<sup>7</sup> han puesto de relieve la necesidad de evaluar la dinámica de la cobertura de vacunación.
- Es importante tener en cuenta que tanto la implementación de las medidas sociales y de salud pública como la dinámica de cobertura de vacunación dependen de las siguientes condiciones: i) el contexto virológico y epidemiológico; ii) el acceso equitativo, oportuno y asequible a las vacunas contra el COVID-19 y los suministros correspondientes; iii) la capacidad para la implementación efectiva de los programas nacionales de inmunización; iv) las condiciones estructurales (socioeconómicas, políticas), incluidas las capacidades para implementar medidas de protección social, y v) los aspectos socioculturales y de comportamiento de la población (véase el diagrama 2).

**Diagrama 2 |** Marco lógico para la definición de posibles escenarios de control de la pandemia en el corto plazo



Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS).

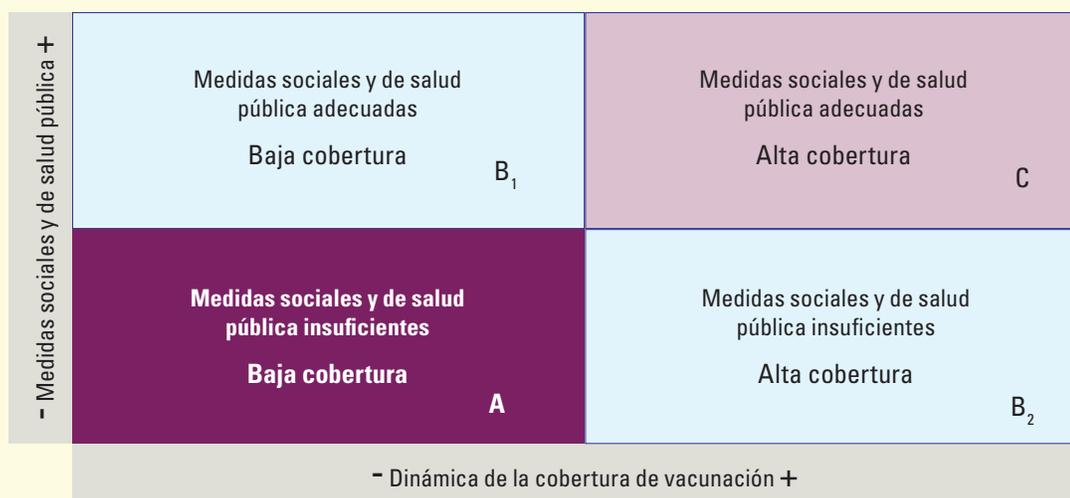
<sup>7</sup> Medido por la proporción de personas vacunadas con esquema completo dentro de un grupo objetivo, lo que varía según tipo de vacuna.

- Si bien se reconocen los esfuerzos que ha realizado la región para desarrollar capacidades para la producción de vacunas, estos no darán lugar a una mayor disponibilidad de vacunas a corto plazo. Por lo tanto, los posibles efectos de este proceso no se incluyen en el análisis de posibles escenarios, sino que se considerarán como recomendaciones a largo plazo en la sección IV.

## A. Posibles escenarios de control de la pandemia

Sobre la base de los dos factores accionables mencionados anteriormente, es posible prever tres escenarios epidemiológicos de COVID-19 a corto plazo (véase el diagrama 3)

**Diagrama 3** | Posibles escenarios epidemiológicos de COVID-19 a corto plazo (seis a nueve meses)



Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS).

### Escenario A:

- En esta situación, en aquellos países donde hay una implementación insuficiente de medidas sociales y de salud pública y, al mismo tiempo, una baja cobertura de vacunación, se espera que continúen las altas tasas de transmisión comunitaria, con lo que se generan tasas sostenidas de hospitalizaciones y muertes.

### Escenario B:

- Este escenario representa una situación epidemiológica en la que podría haber un cambio de la incidencia de casos basado en la influencia de los dos factores accionables mencionados.
  - **Escenario B<sub>1</sub>:** En aquellos países que mantengan niveles adecuados de implementación de las medidas sociales y de salud pública, pero bajas coberturas de vacunación, se producirían incrementos periódicos de casos, por lo que se espera observar hospitalizaciones y muertes.
  - **Escenario B<sub>2</sub>:** En algunos países que podrían alcanzar altas coberturas de vacunación, con niveles homogéneos a lo largo del tiempo, pero una implementación insuficiente de las medidas sociales y de salud pública, es probable que periódicamente surjan notorios aumentos de casos.
- Los países en estos dos escenarios podrían retroceder en forma periódica al escenario A, cambiando de un escenario a otro, dependiendo de cada situación.

### Escenario C:

- El último escenario es el deseado: existe una implementación adecuada de las medidas sociales y de salud pública y una alta cobertura de vacunación, con lo que se logra generar una situación en la que la hospitalización y las muertes se reducen con el tiempo. En definitiva, la transición del escenario A al B o al C dependerá, en gran medida, de las condiciones contextuales que afectan la implementación de las medidas sociales y de salud pública y la dinámica de la cobertura de vacunación.

- Con el objetivo de proporcionar un primer acercamiento a la ubicación de los países de la región en los diferentes escenarios epidemiológicos presentados, se realizó un análisis de conglomerados y se crearon subgrupos en función de los valores actuales de indicadores indirectos (*proxy*) para los dos factores accionables y el contexto<sup>8</sup>. Como resultado de este análisis, al considerar 29 países con información disponible, se observa que 2 países se ubican en el escenario A, 9 pertenecen al escenario B<sub>1</sub>, 11 corresponden al escenario B<sub>2</sub> y 7 se ubican en el escenario C.

## B. Condiciones contextuales que afectan los escenarios epidemiológicos

### 1. Condiciones virológicas/epidemiológicas

- Los escenarios descritos anteriormente se basan en varios supuestos relacionados con la eficacia de las vacunas y su impacto en los resultados de interés (por ejemplo, la reducción del número de pacientes con COVID-19 grave y de muertes). En primer lugar, se asume que la eficacia de las vacunas sigue siendo alta frente a las variantes circulantes<sup>9</sup>. En segundo término, la eficacia de las vacunas no disminuye de manera significativa con el tiempo y específicamente en el período de seis a nueve meses cubierto por estos escenarios (Khoury y otros, 2021).
- Aunque aún no se dispone de datos sobre todas las combinaciones posibles de vacunas de uso de emergencia de la OMS y las variantes de preocupación, los estudios actuales muestran que se mantiene una alta eficacia de la vacuna para evitar casos de enfermedad grave de COVID-19 o muerte (actualización semanal de la OMS 54, 24 de agosto de 2021). Sin embargo, no se puede excluir la posibilidad de la aparición de una nueva variante que sea menos susceptible a la inmunidad inducida por la vacuna. Del mismo modo, hasta la fecha solo hay una cantidad limitada de pruebas concluyentes que sugieren que se requerirán dosis de refuerzo para mantener altos niveles de protección y evitar casos de COVID-19 grave y la muerte en la población general (Declaración provisional de la OMS sobre las dosis de refuerzo de la vacuna contra la COVID-19, 10 de agosto de 2021). Por tanto, la OMS recomienda centrarse en aumentar la cobertura mundial de vacunación con la serie primaria de vacunas. Sin embargo, se está monitoreando la posible disminución de la inmunidad, particularmente en el contexto de la circulación generalizada de variantes de preocupación.
- La combinación de estas dos condiciones potencialmente interrelacionadas (variantes de preocupación e inmunidad disminuida) podría afectar los esfuerzos necesarios para lograr una alta cobertura de vacunación como se define en los escenarios B<sub>2</sub> y C.
- Al 27 de septiembre de 2021, todos los países de América Latina y el Caribe y sus territorios, junto con los Estados Unidos y el Canadá habían informado de alguna variante de preocupación: 49 habían detectado la variante alfa, 25 habían detectado la beta, 39 la gamma y 52 la delta. Aunque a esa fecha la variante delta había sido identificada en la mayoría de los países, aún no se había convertido en la variante predominante en la mayor parte de la región (con excepción de México, los Estados Unidos y el Canadá). Sin embargo, esto podría evolucionar con el tiempo y tener implicaciones en términos de mayor transmisibilidad.

### 2. Acceso equitativo, oportuno y asequible a las vacunas contra el COVID-19 y los suministros relacionados

- El acceso a las vacunas es una variable importante que impacta directamente en la dinámica de la cobertura de vacunación. La experiencia en 2021 con productos de vacunas contra el COVID-19 recientemente desarrollados mostró que las inversiones considerables para la producción o el

<sup>8</sup> Índice de movilidad de la población como indicador indirecto de la implementación de medidas sociales y de salud pública, valores actuales de niveles de vacunación como indicador indirecto de la dinámica de la cobertura de vacunación, y el índice de desarrollo humano como indicador indirecto de las condiciones de contexto. Se realizó un análisis de conglomerados que permite clasificar los países en los escenarios descritos. Es una herramienta de reducción de datos que crea subgrupos o conglomerados de países a través del análisis de las variables. Los datos utilizados de movilidad se actualizan diariamente en el sitio web "Informes de Movilidad Local sobre el COVID-19" [en línea] <https://www.google.com/covid19/mobility/>, los datos de cobertura de vacunación provienen de la OPS y el índice de desarrollo humano (IDH) se obtuvo de la base de datos del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), "Global Human Development Indicators" [en línea] <http://hdr.undp.org/en/countries>. Se utilizó el índice de movilidad de Google como un indicador indirecto para medidas sociales y de salud pública, entendiendo sus limitaciones en términos de no incluir el uso de mascarillas ni el lavado de manos. Se encontraron 29 países de la región con datos de movilidad de Google. Todas las variables de movilidad, con la excepción de la residencia, se agregaron para proporcionar un solo índice. El cambio porcentual en la movilidad se obtuvo comparando la movilidad promedio durante las primeras tres semanas de la pandemia con la de las últimas tres semanas (al 10 de septiembre de 2021).

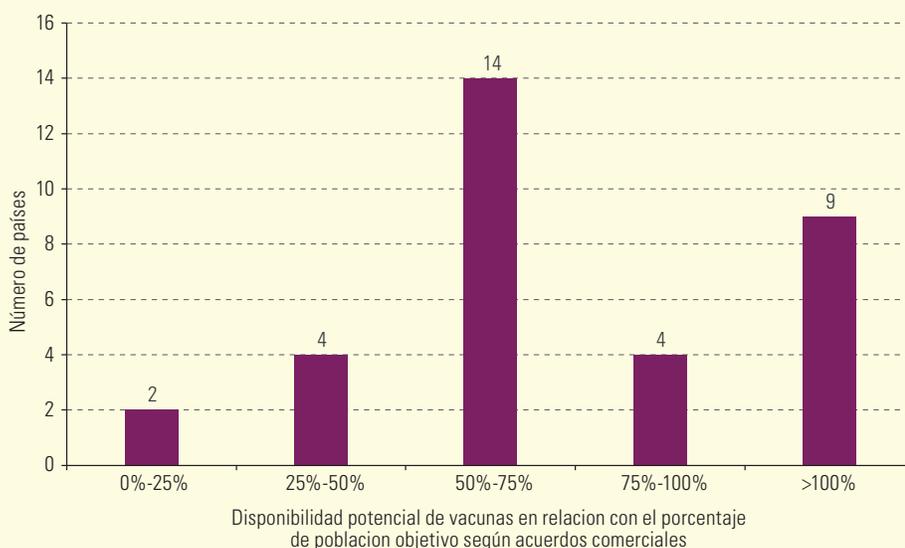
<sup>9</sup> Umbral de la OMS del 50% de eficacia sobre una base poblacional (OMS, 2020d).

aseguramiento de acuerdos de suministro no se traducen necesariamente en una dinámica de acceso al mercado equilibrada y sostenible. En el contexto de la limitada capacidad de producción de las vacunas contra el COVID-19, en particular durante las primeras etapas de la pandemia, fue necesario aplicar un conjunto de principios para asegurar la equidad y la justicia en el acceso a las vacunas a nivel mundial:

- Vacunación de poblaciones en condiciones de vulnerabilidad: para prevenir muertes y hospitalizaciones, y después ir ampliando gradualmente el acceso a la población general para controlar y prevenir la transmisión de la enfermedad. La distribución equitativa de las cantidades de suministro disponibles entre los países es fundamental para este principio.
- Seguridad, calidad y eficacia comprobadas: a través de la generación de estudios clínicos poblacionales de acuerdo con las normas internacionales, supervisados por las autoridades reguladoras nacionales que cuentan con las capacidades regulatorias necesarias para la autorización de uso de emergencia de los productos, incluidas las buenas prácticas de fabricación. Todas las poblaciones conservan el derecho a acceder a vacunas contra el COVID-19 que sean seguras, de calidad y de eficacia comprobada.
- Costo: idealmente basado en principios de asequibilidad y equidad con precios planos y rendimientos marginales sobre los costos de producción. Se estima que para un país típico de la región, la carga de costos iniciales para vacunar a la población total con vacunas contra el COVID-19 es de 12 a 18 veces el presupuesto nacional anual de inmunización<sup>10</sup>. Para adquirir la vacuna para las personas consideradas de mayor riesgo (el 20% de la población total), los países de la región necesitan invertir de tres a cuatro veces sus presupuestos anuales actuales de inmunización en el Mecanismo COVAX.

- Al final del tercer trimestre de 2021, el mundo continúa siendo testigo de una significativa inequidad entre los países en el acceso a las vacunas contra el COVID-19. En América Latina y el Caribe, la mayoría de las dosis se entregaron a través de acuerdos bilaterales nacionales (basados en la capacidad fiscal), mientras que las dosis entregadas a través del Mecanismo COVAX (basado en la cooperación mundial y los principios de equidad) representaron alrededor del 10% del total. En virtud del número de dosis que se prevé que el Mecanismo COVAX entregará a finales de 2021 y del mapeo no oficial de los acuerdos bilaterales, la donación y otras vías de acceso, es posible estimar la disponibilidad de vacunas por país para alcanzar la población objetivo, en el caso de que se cumplan todos estos compromisos (véase el gráfico 16)<sup>11</sup>.

**Gráfico 16 | América Latina y el Caribe (33 países): países con potencial disponibilidad de vacunas al cierre de 2021 de acuerdo con compromisos comerciales**



Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS).

<sup>10</sup> Según el costo promedio ponderado por dosis, con dos dosis por curso (asunción del Mecanismo COVAX durante el proceso de acuerdos de compromiso que tuvo lugar entre el tercer y el cuarto trimestre de 2020).

<sup>11</sup> Asumiendo los esquemas recomendados por la OMS (una, dos o tres dosis por persona) para cada producto y sin considerar refuerzos, y suponiendo que la capacidad de implementación programática exista y la población esté dispuesta a aceptar las vacunas.

- De cumplirse todos los compromisos y acuerdos comerciales establecidos, dos países dispondrían de dosis que podrían alcanzar para vacunar hasta el 25% de su población objetivo y nueve países dispondrían de dosis suficientes de vacunas para cubrir más del 100% de su población objetivo<sup>12</sup>.
- No obstante, las experiencias de 2021 mostraron que la dinámica impulsada por el mercado, basada en las capacidades financieras y de negociación nacionales, socavó en gran medida la disponibilidad de suministro para mecanismos mundiales como el Mecanismo COVAX. A finales del tercer trimestre de 2021, los países que aseguraron grandes volúmenes de vacunas están canalizando un número considerable de donaciones de dosis a través de la negociación directa con proveedores a otros países necesitados, ya sea en forma directa o a través del Mecanismo COVAX. Si bien se alientan esas donaciones, persisten complicaciones en la planificación de los envíos, la logística de suministros y la garantía de equidad en el acceso a los países más necesitados.
- La dinámica de acceso a las vacunas contra el COVID-19 en 2022 dependerá principalmente de cómo se pueda facilitar la correspondencia entre la demanda y la oferta de manera eficiente y equitativa. Solo a través de esfuerzos concentrados y con la participación activa de los fabricantes de vacunas y su compromiso con los principios de equidad, los países de América Latina y el Caribe tendrán la oportunidad de pasar de una menor cobertura (escenarios A y B<sub>1</sub>) a una de mayor alcance (escenarios C y B<sub>2</sub>).
- Otra aproximación consiste en utilizar la metodología de la CEPAL para estimar cómo se podría avanzar en los procesos de vacunación (CEPAL, 2021d) considerando: i) la aprobación por parte de la autoridad sanitaria del país de las vacunas que ya han sido adquiridas o que se vayan a adquirir, ii) la capacidad de los laboratorios fabricantes para cumplir con los calendarios de entrega y iii) la capacidad de organización del despliegue de la vacunación reflejada en la capacidad logística para la adquisición y el transporte de las dosis<sup>13</sup>. En base a ello y en un escenario de incertidumbre es posible generar probabilidades para los diferentes países y las distintas condiciones señaladas. Según esta aproximación, es posible estimar tres grupos de países: un primer grupo de 11 países podría tener disponibilidad para vacunar al 70% de su población con esquema completo entre fines de 2021 y mediados de 2022; un segundo grupo de 7 países tendría tal disponibilidad para fines de 2022, y un tercer grupo de 15 países estaría en tales condiciones recién en 2023.
- Se espera que la cobertura de vacunación varíe considerablemente durante 2022 en función de la disponibilidad de diferentes productos con distintos niveles de eficacia y de las capacidades de los países para garantizar la disponibilidad de dichos productos, así como de la dinámica del mercado mundial.
- En tales circunstancias, es difícil realizar un análisis cuantitativo preciso sobre cómo se verían los niveles de cobertura en cada país en 2022. Es posible identificar importantes lecciones aprendidas que podrían guiar a los países para aumentar sus niveles de cobertura de vacunación, tales como: i) el fortalecimiento de la planificación de programas y el mapeo de los grupos objetivo con dinámica epidemiológica en relación con la disponibilidad de vacunas; ii) la mejora continua de las cadenas de suministro y las operaciones de inmunización para fortalecer las capacidades de entrega, y iii) la inversión en solidaridad y colectivismo de la demanda en las estrategias de acceso mientras se cultivan asociaciones.
- Si bien los esfuerzos, en muchos casos en forma competitiva, realizados por cada país, impactaron sobre la equidad en el acceso a las vacunas en 2021, los países de América Latina y el Caribe deben centrarse en opciones colaborativas más amplias en toda la región en 2022 (CEPAL, 2021e). Se requiere un mayor fortalecimiento del Mecanismo COVAX para acelerar las entregas de las vacunas en la región. Se insta a la acción colectiva con los posibles países donantes en su toma de decisiones y puesta en práctica de las donaciones a la región. La colaboración con los países donantes debe extenderse más allá de la dinámica de las donaciones hacia una planificación conjunta de la demanda, la gestión de las reservas de vacunas y la coordinación logística correspondiente. Los países de la región, que tienen diferentes capacidades financieras y niveles de acceso, deben aumentar y consolidar la colaboración y el liderazgo regional para apoyar la adquisición regional y complementaria de vacunas al Mecanismo COVAX, incluso a través del Fondo Rotatorio de la OPS. En este marco, este Fondo está apuntando a estrategias regionales para aumentar las opciones de acceso a los Estados miembros de la OPS en el corto plazo.

<sup>12</sup> Cabe señalar también que la proyección se basa en la entrega exitosa y oportuna de acuerdos bilaterales mapeados y algunos esfuerzos de producción nacional. Los acuerdos bilaterales mapeados no son información oficial y sus plazos de entrega podrían retrasarse con variaciones.

<sup>13</sup>  $\sum_{j=1}^n \text{Vacunas}_{ij} = \sum_{j=1}^n (\text{Comp Vacunas} + \text{Pot Comp Vacunas})_{ij} * \text{Pr}(\text{Dem}_{ij}) * \text{Pr}(\text{Ofert}_{ij})$  donde  $i$  se refiere al país contratante de las vacunas mientras que  $j$  es el productor de las dosis.

### 3. Capacidad para la implementación efectiva de los programas nacionales de inmunización

- El acceso oportuno a las vacunas contra el COVID-19 es uno de los determinantes de la dinámica de la cobertura de vacunación. Otros determinantes incluyen: i) la preparación de los países para la introducción y el despliegue de la vacuna, incluida la capacidad reguladora; ii) la planificación y presupuestación de programas de inmunización; iii) la planificación de la demanda y priorización de los grupos objetivo; iv) la armonización de los procesos regulatorios nacionales; v) el fortalecimiento de la cadena de suministro y la cadena de frío; vi) la vigilancia epidemiológica de posibles eventos adversos atribuibles a la vacunación (ESAVI); vii) la capacitación, gestión de programas y supervisión de apoyo; viii) la prestación de servicios, ix) el monitoreo y la evaluación; x) la movilización social y comunicaciones, y xi) la toma de decisiones basada en datos según las necesidades de los programas nacionales de inmunización. A continuación, se ofrece una descripción de algunos de estos elementos clave.
  - Planificación y despliegue de la vacunación. Los países deben formular un plan nacional de vacunación, documento que guiará la asignación general de recursos para una campaña de vacunación exitosa al garantizar la disponibilidad de recursos en todos los niveles de operación (por ejemplo, equipo de protección personal, suministro de vacunas, almacenamiento y transporte dentro de un sistema de cadena de frío continua, recursos humanos, seguridad y otros requisitos). Un aspecto esencial de este documento es que establezca quién debe recibir la vacuna contra el COVID-19 con prioridad. Se alienta a los países a seguir la hoja de ruta del Grupo de Expertos en Asesoramiento Estratégico sobre inmunización (SAGE) de la OMS para priorizar los usos de las vacunas COVID-19 (OMS, 2021b), que considera las poblaciones prioritarias para la vacunación en función del entorno epidemiológico y los escenarios de suministro de vacunas.
  - Financiamiento del programa de vacunación contra el COVID-19. A fin de prepararse para la distribución de vacunas contra el COVID-19 autorizadas, los países deben comprometer fondos para desarrollar infraestructura programática, incluida la cadena de frío, garantizar los recursos humanos y comprar las dosis. Los gobiernos deben considerar los retos que enfrentan los programas ampliados de inmunizaciones, como la falta de fondos, recursos humanos, infraestructura logística, transporte y comunicación social para llegar a ciertas zonas de difícil acceso. Los gobiernos también deben garantizar la disponibilidad de fondos adicionales para ampliar el programa de vacunación una vez que haya más dosis de vacunas contra el COVID-19 disponibles en 2022.
  - Cadena de frío y suministro. Deben asegurarse las operaciones de almacenamiento de la cadena de frío de la vacuna y planificar y estimar la cantidad de vacunas necesarias para garantizar que el número adecuado de dosis de vacunas esté disponible en todos los niveles y que estas dosis puedan almacenarse a las temperaturas correctas. Un desafío adicional en el contexto del COVID-19 es que cada vacuna actualmente autorizada tiene requisitos específicos de cadena de frío y necesidades especiales de almacenamiento y preparación. Por ejemplo, las vacunas con un perfil de cadena de frío de temperatura ultrabaja plantean varios desafíos debido a la falta de capacidad existente en los sistemas de salud e inmunización. Además, los trabajadores de la salud deben estar capacitados para manejar todos los requisitos de vacunación. Se debe prestar especial atención a las fechas de vencimiento, que difieren según el tipo de vacuna y las condiciones de almacenamiento.
  - Seguridad de las vacunas. Los países deben tener la capacidad de monitorear los posibles eventos adversos atribuibles a la inmunización, algo imperativo en el contexto de la vacunación actual. Además, los gobiernos deben participar en los sistemas de vigilancia pasiva y activa establecidos por la OPS y la OMS para detectar y refinar los hallazgos sobre seguridad de las vacunas contra el COVID-19 recientemente autorizadas.
  - Sistemas de gestión de datos de vacunas. Es necesario contar con sistemas de información de salud adecuados para la documentación y la gestión de datos a fin de rastrear el progreso, identificar desafíos y proporcionar información empírica para tomar decisiones informadas. Los sistemas de datos robustos, con identificadores personales únicos, podrían formar una base de datos para identificar y certificar a las personas vacunadas, al tiempo que podrían apoyar la investigación sobre la efectividad de las vacunas. Esta se presenta como una oportunidad para la modernización y digitalización de los programas de inmunización.

#### 4. Condiciones estructurales

- Dado el supuesto de que el análisis prospectivo actual está pensado para los próximos seis a nueve meses, y que los países difieren mucho en varias características estructurales, hay varios elementos de contexto que no están sujetos a cambios, pero tienen un fuerte impacto tanto en las medidas sociales y de salud pública como en las tasas de cobertura de vacunación.
- Con respecto a la eficacia de las medidas sociales y de salud pública, existen determinantes culturales, geográficos, demográficos y socioeconómicos que pueden hacer más factible —o incluso necesario— aplicar ciertos niveles de medidas en algunos contextos y no en otros. Por ejemplo, las zonas con menor densidad poblacional pueden ser menos propensas a las interacciones sociales y, por lo tanto, necesitan niveles más bajos de restricciones de movilidad en comparación con las zonas con mayor densidad de población. Los países con mayores niveles de pobreza y exclusión social pueden no ser capaces de implementar medidas de distanciamiento físico o prácticas de lavado de manos como los países más ricos y con mayor equidad, a la vez que pueden tener una menor capacidad para poner en marcha y mantener medidas de protección social de emergencia, que han demostrado ser un elemento clave para el cumplimiento de las medidas sociales y de salud pública en el corto plazo.
- En el caso de la dinámica de la cobertura de vacunación, existen determinantes mundiales, como la capacidad mundial de producción de vacunas, que se fijan a corto y medio plazo. Además, la capacidad de negociación bilateral de los países —determinada, en gran medida, por sus ingresos— está dada y no necesariamente sujeta a cambios durante el período considerado. Por lo tanto, estas condiciones estructurales o características de los países no se consideran accionables, sino contextuales, solo modificables en el largo plazo. Por último, estos elementos de contexto varían en los países y entre ellos. Antes de desarrollar buenas prácticas generales o recomendaciones, es necesario considerar que las políticas no se aplican en el vacío y, por lo tanto, no existe un enfoque único para avanzar en los próximos meses.

#### 5. Aspectos socioculturales y conductuales

- Es fundamental comunicar información precisa sobre las vacunas contra el COVID-19. El lanzamiento de los programas de vacunación ha dejado al descubierto que existen problemas de aceptabilidad de la vacunación, independientemente de sus beneficios comprobados. Las preocupaciones de aquellos que aún no han sido vacunados deben abordarse con urgencia, proporcionando información adecuada y accesible sobre los beneficios de las vacunas, así como su seguridad.
- También debe ponerse un énfasis adecuado en la educación masiva sobre el COVID-19 y las políticas de campaña de vacunación. Estas acciones deben incluir el trabajo directo con los trabajadores de la salud como actores que facilitan la confianza de sus comunidades en lo que respecta a la vacunación. El trabajo puede incluir responder a las preocupaciones y posibles dudas, formar y consolidar una comunicación interpersonal, y proporcionar los recursos necesarios. Además, las asociaciones con líderes comunitarios (por ejemplo, líderes religiosos) son clave para otorgar confianza y servir como puente de información al público, además de que pueden ayudar a promover la vacunación al mejorar el grado de aceptabilidad.
- La colaboración con periodistas y su capacitación pueden ayudar a abordar la sobreabundancia de información y detener la propagación de información errónea al proporcionar al público información electrónica confiable proveniente de fuentes verificadas. Estos esfuerzos también pueden incluir la colaboración con organizaciones de verificación de hechos y socios de la sociedad civil.

### IV. El control de la crisis sanitaria es fundamental para avanzar hacia una recuperación económica sostenible y con igualdad

- Tras más de un año y medio de pandemia, el panorama de la región muestra que la crisis sanitaria aún no se ha controlado, lo que cuestiona la posibilidad de avanzar hacia una recuperación transformadora en estas condiciones. Aun cuando se observa una recuperación económica en 2021, las características que esta ha adquirido revelan que no está centrada ni en la igualdad ni en la sostenibilidad ambiental, y que se da en un contexto de mantenimiento de los retrocesos en el desarrollo social. Por ello, se reafirma la necesidad de controlar la crisis sanitaria, en una

primera instancia desde un enfoque integral, para generar las condiciones que permitan a los Estados avanzar hacia una recuperación que dé lugar a sociedades más inclusivas y sostenibles, y acerque a los países al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). En esta línea, a continuación, se presentan un conjunto de recomendaciones:

## **A. Es necesario incorporar el enfoque intersectorial en las políticas de salud**

- La pandemia ha dejado en evidencia la necesidad de construir una agenda de salud pública con una perspectiva integral e integrada, que reconozca la interdependencia que existe entre las dimensiones de salud, social, económica y ambiental, y que aborde los determinantes sociales de la salud para reducir inequidades. De este modo, es necesario avanzar hacia una mayor articulación de los sistemas de salud y las políticas de salud con los sistemas y las medidas de protección social, de modo que actúen en conjunto para contener la crisis social y su impacto sobre la desigual distribución de los determinantes sociales de la salud, contribuyendo al cumplimiento de las medidas de salud pública y garantizando un piso de bienestar en ese contexto, además de favorecer el acceso equitativo a los servicios de salud.
- Es preciso comprender que el sector de la salud es una parte del sistema de protección social. La pandemia ha dejado en claro que las consecuencias de la crisis sanitaria no pueden atenderse solamente desde el sistema de salud y que es necesario contar con un sistema de protección social universal, integral y sostenible. Este enfoque permitirá considerar los factores que han mostrado estar asociados a una mayor vulnerabilidad ante la crisis sanitaria, como la informalidad, la pobreza y el hacinamiento.
- Además, es necesario fortalecer la coordinación entre sectores estratégicos, como los de la salud, la ciencia, la tecnología y la industria. En este marco, es indispensable contar con una hoja de ruta que genere prioridades en las políticas nacionales de desarrollo científico y tecnológico.

## **B. Es necesario transformar los sistemas de salud teniendo en cuenta la centralidad de la atención primaria de salud, la equidad en salud, la sostenibilidad financiera y el papel del Estado**

- Una agenda de fortalecimiento de la respuesta a la pandemia necesita una estrategia de mayor inversión pública para la salud, que comprenda prioridades de corto y mediano plazo que garanticen la sostenibilidad financiera de una agenda de fortalecimiento de las capacidades institucionales del Estado.
- En el corto plazo, es necesario garantizar un aumento real del gasto en salud, en particular del componente público, que atienda a las nuevas necesidades que surgieron con la pandemia y, a su vez, fortalezca la provisión de otros servicios esenciales de salud. Para ello, se debe garantizar que los recursos adicionales relacionados con la pandemia no impliquen una reasignación dentro del sector de la salud que ocurrió en las fases iniciales y de mayor emergencia y, por ende, no se traduzcan en la postergación de la prestación de servicios no relacionados al COVID-19.
- Asimismo, deben establecerse las bases para una transformación del sistema de salud, con un enfoque de atención primaria de salud que responda a las necesidades específicas y diferenciadas de las personas, aumentando el gasto en salud pública, consolidando su sostenibilidad financiera y priorizando la asignación de recursos al primer nivel de atención. También es necesario fortalecer la organización de los servicios de salud y generar respuestas adecuadas a los problemas de fragmentación y segmentación. Ello permitirá recuperar y fortalecer el acceso a servicios de salud esenciales a través de una reconstrucción de la red de los servicios de salud, de tal manera que la mayoría de las necesidades de salud se resuelvan en el primer nivel de atención. Esto implica sostener los esfuerzos de cierre de brechas de cobertura y de acceso equitativo a la salud, con protección financiera, apoyándose en la mayor amplitud posible de fondos para el sector de la salud.
- Es imprescindible fortalecer la capacidad de las redes de servicios de salud para ampliar el acceso, priorizando la inversión en el primer nivel de atención, para apoyar la prestación de servicios de salud integrales y de calidad (tanto individuales como poblacionales) y mejorar la adaptabilidad, la capacidad de respuesta y la resiliencia de los sistemas de salud. La capacidad para mantener un nivel básico de servicios de salud preventivos y habituales, incluidos los relacionados con los

programas prioritarios, y para ampliar a mayor escala algunos servicios específicos en caso de una emergencia de salud pública dependerá de la capacidad resolutoria de toda la red, incluidos el primer nivel de atención y los servicios especializados (OPS, 2021c). En el corto plazo, es necesario asegurar los recursos adicionales para garantizar el acceso a las vacunas y fortalecer el primer nivel de atención considerando los elementos de organización y gestión, así como de comunicación para el despliegue acelerado de la vacunación restante.

- Debe fortalecerse la gobernanza de los sistemas de salud con una mejora de la gestión y la coordinación a fin de aprovechar la capacidad de todos los subsistemas y sectores (público y privado). Para eso es necesario aumentar la capacidad de gestión de las redes de salud. A su vez, para obtener mejoras continuas en la prestación de servicios de salud de calidad, hay que establecer mecanismos a fin de coordinar la atención a lo largo del proceso continuo de los servicios de salud según las necesidades de los pacientes (OPS, 2021c)
- Debe prepararse al sistema de salud, de forma resiliente y sostenible, para enfrentar el período de prolongamiento de la crisis con esfuerzos redoblados a fin de responder a una demanda también aumentada. Para ello es necesario fortalecer el financiamiento de las funciones esenciales de salud pública mediante una perspectiva integral que refuerce las capacidades de respuesta al conjunto de intervenciones de salud pública. En este sentido, los países deberían enfocarse más en una planificación estratégica a mediano plazo que en el modo de financiamiento de la crisis, en el entendido de que la enfermedad como tal no se erradicará en un futuro cercano.
- A su vez, es necesario que los países realicen ejercicios sistemáticos de exploración de posibles fuentes de financiamiento público para la salud que, por definición, no comprometan otras áreas de gasto público ni la sostenibilidad de la posición financiera del sector público en materia de deuda. Para ello se necesitan elementos de cambio estructural que, a largo plazo, permitirán que los sistemas de salud estén mejor preparados ante futuras pandemias o crisis sanitarias.
- Es imperioso avanzar en una agenda de fortalecimiento institucional del Estado para garantizar el derecho a la salud de la población. Ello implica reforzar las capacidades de las autoridades de salud, en sus diferentes niveles institucionales y en conjunto con otros sectores institucionales y actores sociales. Incluye la revisión y mejora de los marcos normativos, regulatorios y legislativos, con posibles influencias sobre los factores de riesgo y determinantes de la salud. En forma complementaria, es necesario contar con las competencias de las estructuras y los organismos del Estado responsables para ejercer funciones esenciales de salud pública, así como las que pudieran agregar valor a las intervenciones de salud digital, dotadas de recursos humanos capacitados, con infraestructura y soporte tecnológico adecuados, y un financiamiento también adecuado y sostenible. Por último, estas capacidades deben complementarse con mecanismos de rendición de cuenta que legitimen una mejor y mayor articulación entre la sociedad civil y las funciones del Estado.

### **C. Es necesario acelerar los procesos de vacunación masiva para controlar la crisis sanitaria**

- Es fundamental completar exitosamente el proceso de vacunación masiva, reforzando el plan de vacunación con un fuerte apoyo en el primer nivel de atención de salud. Esto implica establecer mecanismos de disponibilidad rápida de vacunas y fortalecer las capacidades de los servicios de salud y las comunicaciones para la aceptación y el seguimiento de la población vacunada.
- En lo que se refiere al financiamiento de los planes nacionales de vacunación contra el COVID-19, se recomienda que los países conozcan su costo, en virtud de las dosis de vacunas necesarias, así como los demás costos asociados con la implementación, de tal modo que, en caso de que la disponibilidad de vacunas para la región aumente de manera considerable, se tenga la capacidad necesaria de absorción y rápida implementación de dichos planes.
- Asimismo, si bien en el corto plazo la mayoría de los países ha recurrido a líneas o programas extrapresupuestarios para la implementación de los planes de vacunación debido a su naturaleza impredecible, para el mediano plazo se deberían canalizar los recursos (tanto financieros como materiales y humanos) mediante el fortalecimiento de los programas ampliados de vacunación que se consideran en los presupuestos regulares, evitando la creación de mecanismos paralelos y considerando que es muy probable que las campañas de vacunación contra el COVID-19 adquieran un carácter recurrente, al menos en los próximos años.

- La asimetría mundial y la fragmentación regional en lo que respecta a la adquisición de las vacunas demuestra la urgencia de fortalecer los mecanismos de coordinación e integración regional, así como también la cooperación internacional. Si se consideran las dificultades que ha experimentado el Mecanismo COVAX para cumplir con los compromisos asumidos hasta el momento, por motivos principalmente ajenos a su funcionamiento, parece razonable que en el mediano plazo (seis a nueve meses), los países de América Latina y el Caribe apuesten al mecanismo regional de compra de vacunas del Fondo Rotatorio de la OPS, que, al haber sido creado a la medida de las necesidades de los países de la región, seguramente pueda responder más ágilmente a sus necesidades. Esta reformulación de la estrategia para el acceso a las vacunas debería producirse sin perjuicio de mantener los compromisos pactados con el Mecanismo COVAX hasta la actualidad y, por tanto, debería pensarse para el acceso a vacunas más allá de las que ya están aseguradas a través de dicho mecanismo.
- Asimismo, para obtener mejores resultados y la optimización de la correspondencia entre la demanda y la oferta, se plantea que la colaboración con los países donantes no se centre solamente en la dinámica de la donación, sino que incluya también la planificación conjunta de la demanda, la gestión de existencias de los proveedores y la coordinación logística. Los países con diferentes niveles de capacidad financiera y de acceso deberían formar parte colectivamente de una coordinación regional en lugar de estar separados. La experiencia histórica y la pandemia actual de COVID-19 han demostrado que el establecimiento y la gestión de dicha coordinación regional es posible.
- Debe comunicarse información precisa sobre las vacunas contra el COVID-19. El lanzamiento de los programas de vacunación muestra que la vacilación existe, independientemente de los beneficios comprobados de las vacunas. Es necesario abordar con urgencia las inquietudes proporcionando información adecuada a los posibles receptores sobre los beneficios de las vacunas seguras y eficaces. También hay que poner énfasis en la educación masiva sobre el COVID-19 y las políticas de campañas de vacunación.
- Para alcanzar a toda la población, sin dejar a nadie atrás, las campañas de vacunación deberán adoptar un enfoque de universalismo sensible a las diferencias, de tal forma que, además de cumplir con el principio de universalidad, los países deberán implementar acciones específicas orientadas a romper las barreras de acceso a las vacunas con las que se enfrentan las personas en condiciones de desigualdad y exclusión, como las personas con discapacidad o las personas indígenas. Para ello será fundamental, por ejemplo, que tanto la información sobre las vacunas como el proceso de vacunación tengan un formato accesible y culturalmente pertinente.

#### **D. Es necesario lograr avances tecnológicos para la salud y el desarrollo sostenible a nivel regional**

- Si bien la pandemia ha puesto de manifiesto la vulnerabilidad sanitaria de la región, esta es una oportunidad para desplegar capacidades productivas y tecnológicas, y reformular las estrategias y políticas destinadas a fortalecer los sistemas locales de producción de vacunas y medicamentos esenciales para el consumo de la propia región. Se abren también mayores espacios para que los esfuerzos de política pública a nivel nacional se complementen y articulen con acciones en el ámbito regional. Estas iniciativas han empezado a hacerse realidad a través de acciones regionales concretas, como los *Lineamientos y propuestas para un plan de autosuficiencia sanitaria para América Latina y el Caribe* (CEPAL, 2021e) y la Plataforma Regional para el Avance en la Producción de Vacunas y otras Tecnologías Sanitarias para la COVID-19 en las Américas (OPS, 2021b y 2021d). Los siguientes puntos se sitúan dentro de este ámbito de acción.
- El fomento de una mayor producción regional y local puede reducir la dependencia de las importaciones de fuera de la región y fortalecer la seguridad sanitaria nacional y la preparación para otras emergencias de salud internacionales que puedan presentarse en el futuro, estimular capacidades nacionales de innovación y transferencia tecnológica, generar demanda de empleo calificado y estimular el desarrollo de la economía basada en el conocimiento (OMS, 2011). Por este motivo es necesario fortalecer las capacidades productivas en la industria manufacturera de la salud con un enfoque de políticas integrales con miras a facilitar el acceso y reforzar la preparación ante futuras emergencias de salud pública.

- Para ello es preciso un abordaje intersectorial, que aúne los esfuerzos de los sectores público, empresarial y académico en el marco de las políticas de salud, industriales y científico-tecnológicas orientadas a esta misión, y que articule y coordine las políticas y los programas públicos, resguardando las competencias sectoriales y las autonomías jurisdiccionales, entre el sistema nacional de salud, de ciencia y tecnología, y productivo, entre otros.
- Al mismo tiempo, las políticas integrales son un instrumento esencial para alcanzar la colaboración entre el sector público y el sector privado, mejorar la disponibilidad de medicamentos y otras tecnologías de salud, y promover el acceso a estos insumos, además de un desarrollo económico sostenible.
- En la dimensión de la salud pública, las políticas para mejorar la capacidad de desarrollo y producción deben centrarse en productos que resulten útiles para dar respuesta a las necesidades de salud nacionales y de la región.
- En la dimensión económica, las políticas deben fomentar el desarrollo industrial, la generación de empleo y el desarrollo económico de los países, analizando la coyuntura local y las herramientas disponibles para mejorar la competitividad y las condiciones macroeconómicas para fomentar la inversión.
- En la dimensión tecnológica, las consideraciones sobre las capacidades deben orientarse a caracterizar la base tecnológica existente para desarrollar y producir un determinado tipo de producto o tecnología sanitaria, así como las oportunidades para desarrollar nuevas capacidades orientadas a atender necesidades de salud de forma competitiva y sostenible.
- En virtud de la gran heterogeneidad de la región en términos de la base tecnológica existente y del desarrollo de capacidades para la innovación y producción de medicamentos y otras tecnologías sanitarias, se identifican algunas posibles líneas de acción asociadas con el desarrollo de programas de fortalecimiento de capacidades para la innovación en la industria de la salud y capacidades de regulación para fiscalizar la seguridad, calidad y eficacia de medicamentos y otras tecnologías de la salud.
- Es necesario fortalecer la cooperación regional e internacional para facilitar el intercambio de información, la adquisición y distribución de insumos críticos, y la preparación de recomendaciones sobre aspectos regulatorios, éticos y de uso adecuado y seguro. Estas medidas permitirían aprovechar complementariedades al tiempo que se comparten conocimientos, se busca la convergencia regulatoria y se capitalizan los mecanismos de integración para facilitar el acceso al mercado regional.
- Debe fomentarse el comercio intrarregional mediante el desarrollo de una base mínima de proveedores locales que operen en la región y puedan garantizar el cumplimiento de los estándares de calidad, seguridad y oportunidad de abastecimiento, así como precios adecuados.
- Por último, los países de la región deben fortalecer la coordinación de compras públicas para la adquisición de medicamentos, vacunas y dispositivos médicos, a través, por ejemplo, del Fondo Rotatorio de la OPS, de forma de lograr precios más competitivos y un mejor acceso a productos esenciales.

## **E. Es necesario acelerar los procesos de transformación digital del sector de la salud**

- La pandemia de COVID-19 ha agudizado la necesidad de adoptar con prontitud soluciones digitales en el área de la salud pública y la gran mayoría de los países ya están trabajando en este proceso para fortalecer el acceso a servicios de salud y el contacto con las poblaciones, mejorar la información en materia de salud y aumentar la disponibilidad de inteligencia y datos para la toma de decisiones y la formulación de políticas. Existe la necesidad urgente de acelerar la transformación digital del sector de la salud, una transformación orientada específicamente a garantizar el acceso equitativo a sus beneficios para todos los grupos poblacionales, en especial los que están en situación de vulnerabilidad. La mitad de la población mundial aún no tiene acceso a Internet y, por consiguiente, no tiene acceso a salud, educación y muchos otros servicios de los que podría beneficiarse gracias a una transformación digital segura, ética, regulada y sostenible, por lo que el cierre de la brecha digital debe también ser una prioridad en el contexto de la salud pública y los determinantes sociales de la salud (OPS, 2021c).

## **F. Es necesario que el Estado mantenga políticas fiscales expansivas y que se fortalezca la inversión pública para avanzar hacia una recuperación transformadora**

- Deben mantenerse políticas fiscales expansivas para continuar mitigando los efectos de la pandemia y avanzar en una recuperación transformadora con igualdad. Además de mantener las transferencias sociales de emergencia, es esencial avanzar hacia mejores ingresos laborales, promover políticas a favor del empleo y apoyar a los sectores productivos en riesgo de quiebra (CEPAL, 2021a).
- A su vez, es fundamental aumentar las tasas de inversión y revertir la caída observada en esta área desde hace largo tiempo. La recuperación transformadora implica la necesidad de aumentar la inversión en un conjunto de sectores dinamizadores que permitirían la generación de empleos de calidad, la innovación, la diversificación de las exportaciones, la puesta en marcha de acciones de adaptación y mitigación de los efectos del cambio climático, y la concreción de esfuerzos de cooperación regional (CEPAL, 2021a). En el contexto actual, cobrarían gran importancia las medidas de inversión pública que tendrían un impacto positivo en la salud, como, por ejemplo, la inversión para universalizar los servicios de agua potable, saneamiento y electricidad, y, por supuesto, la inversión en el sistema público de salud.

## **G. Es necesario fortalecer la integración regional y la colaboración internacional en materia de salud**

- El contexto actual ha demostrado lo indispensable de una articulación colaborativa entre los actores y espacios institucionales que determinan el marco normativo y el soporte necesario de la cooperación técnica, que operan en la integración regional y la colaboración internacional, sobre todo en los factores que tienen incidencia en la respuesta a la pandemia de COVID-19. Esa articulación debe incorporar a diferentes actores, como los organismos de las Naciones Unidas, los bancos multilaterales de desarrollo y las organizaciones que participan en el financiamiento y la gestión de recursos, así como en el soporte de la cooperación técnica que se brinda a los países.
- Debe considerarse un enfoque multisectorial e interdisciplinario, incorporando actores que previamente no fueron considerados clave para intervenciones en el área de la salud, como los de los sectores de las telecomunicaciones y del desarrollo tecnológico. Durante la pandemia, se observó una fragmentación nacional e internacional con respecto a iniciativas de apoyo financiero, de cooperación técnica y de adopción de estándares internacionales para soluciones digitales de aplicación local, con cierta indefinición de los papeles que los socios deberían cumplir en la interacción con los países. En este sentido, se plantea la necesidad de fortalecer la coordinación de los cooperantes en materia de apoyo financiero para toda la respuesta al COVID-19 a nivel de los países. Además, se debe estimular un diálogo más estrecho entre los ministerios de salud, de finanzas o economía, y de relaciones exteriores de los países en lo que respecta al manejo de los recursos, tanto nacionales como internacionales, para enfrentar la pandemia.

## **H. Es necesario consolidar Estados de bienestar con políticas universales, redistributivas y solidarias con enfoque de derechos**

- En el contexto de la pandemia, la protección social universal, integral y sostenible es más importante que nunca. Además de aumentar y mantener la cobertura de los programas de protección social de emergencia, es clave fortalecer los sistemas de pensiones, mediante los procesos de reforma en curso o nuevas reformas previsionales, con énfasis en el aumento de la cobertura, la suficiencia de las prestaciones, la sostenibilidad financiera y la solidaridad social como criterios transversales en su formulación.
- En el corto plazo, es de suma importancia la continuidad de las transferencias de emergencia para contener el aumento de la desigualdad y el incremento de la pobreza y la pobreza extrema que ha ocasionado la pandemia. Dado que los beneficios de la recuperación económica no serán suficientes para continuar enfrentando la prolongación de la crisis sanitaria y social, es crucial que los gobiernos otorguen continuidad a estos programas de protección social (CEPAL, 2021b).

- A mediano y largo plazo, es necesario avanzar hacia la construcción de sistemas de protección social universales, integrales y sostenibles en el marco de sociedades del cuidado que garanticen niveles de bienestar para la población, cuya base casi exclusiva no sea el trabajo no remunerado de las mujeres (CEPAL, 2021b).
- Es esencial que dichos sistemas de protección social se encuentren articulados con los sistemas de salud, de modo que actúen en conjunto sobre la desigual distribución de los determinantes sociales de la salud y los ejes estructurantes de la matriz de la desigualdad social de la región. Dado el papel fundamental que juegan los sistemas de protección social en la superación de la pobreza y la reducción de la desigualdad, dichos sistemas constituyen una herramienta del Estado capaz de influir en los determinantes sociales de la salud (CEPAL, 2021c). Por ello, es fundamental fortalecer los vínculos entre los sistemas de salud con cobertura y acceso universal y los sistemas de protección social universales, integrales y sostenibles que permitan construir sociedades más igualitarias, inclusivas y resilientes ante las crisis (Etienne y otros, 2020).
- Dado el profundo impacto que la crisis sanitaria prolongada ha tenido en términos de la educación y bienestar de niñas, niños y adolescentes, es central promover el retorno seguro y gradual a las escuelas, con una amplia coordinación con el sector de la salud. Volver a la escuela es muy importante, especialmente para los sectores más desfavorecidos. A su vez, se debe relevar la necesidad de invertir en el bienestar de niñas, niños, adolescentes y jóvenes para garantizar su desarrollo en un contexto lleno de adversidades, unas nuevas y otras más antiguas.
- Las políticas para la recuperación transformadora deben reconocer la interdependencia que existe entre las dimensiones de salud, social, económica y ambiental, y basarse en una estrategia de cambio estructural centrada en un gran impulso inversor para la sostenibilidad económica, social y ambiental (CEPAL, 2021b). Ello torna imprescindible la articulación de las políticas de salud, económicas y sociales, junto con la consideración transversal del género, el territorio, la condición étnico-racial, el ciclo de vida, la situación de discapacidad y el estatus migratorio, entre otros ejes estructurantes de la desigualdad, así como la desigual distribución de los determinantes sociales de la salud asociada a dichos ejes, de tal modo que la recuperación dé lugar a sociedades más inclusivas y sostenibles, y acerque a los países al cumplimiento de los ODS. La prolongación de la crisis sanitaria ha dejado en evidencia y profundizado las brechas históricas que caracterizan a la región y han puesto de relieve la urgencia de fortalecer el Estado de bienestar e implementar políticas universales, redistributivas y solidarias con enfoque de derechos, para no dejar a nadie atrás (CEPAL, 2020). El Estado de bienestar debe orientarse a garantizar el ejercicio de los derechos de las personas, junto con la consolidación del desarrollo sostenible.

## Bibliografía

- Bermudi, P. y otros (2021), "Spatiotemporal ecological study of COVID-19 mortality in the city of São Paulo, Brazil: shifting of the high mortality risk from areas with the best to those with the worst socio-economic conditions", *Travel Medicine and Infectious Disease*, vol. 39.
- Bilal, U., T. Alfaro y A. Vives (2021), "COVID-19 and the worsening of health inequities in Santiago, Chile", *International Journal of Epidemiology*, vol. 50, N° 3.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2021a), *Estudio Económico de América Latina y el Caribe*, 2021 (LC/PUB.2021/10-P), Santiago, 2021.
- \_\_\_(2021b), "La paradoja de la recuperación en América Latina y el Caribe. Crecimiento con persistentes problemas estructurales: desigualdad, pobreza, poca inversión y baja productividad", *Informe Especial COVID-19*, N° 11, Santiago, julio.
- \_\_\_(2021c), *Panorama Social de América Latina, 2020* (LC/PUB.2021/2-P/Rev.1), Santiago.
- \_\_\_(2021d), "El avance de la vacunación contra el COVID-19 en América Latina y el Caribe", inédito.
- \_\_\_(2021e), *Lineamientos y propuestas para un plan de autosuficiencia sanitaria para América Latina y el Caribe* (LC/TS.2021/115), Santiago.
- \_\_\_(2021f), *Observatorio Demográfico América Latina y el Caribe 2020* (LC/PUB.2020/20-P), Santiago.
- \_\_\_(2020), "El desafío social en tiempos del COVID-19", *Informe Especial COVID-19*, N° 3, Santiago, 12 de mayo.

- CEPAL/OPS (Comisión Económica para América Latina y el Caribe/Organización Panamericana de la Salud) (2020), "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", *Informe COVID-19 CEPAL-OPS*, Santiago, 30 de julio.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) y otros (2020), "El impacto del COVID-19 en los pueblos indígenas de América Latina-Abya Yala: entre la invisibilización y la resistencia colectiva", *Documentos de Proyectos* (LC/TS.2020/171), Santiago.
- Cifuentes, M. y otros (2021), "Socioeconomic inequalities associated with mortality for COVID-19 in Colombia: a cohort nationwide study", *Journal of Epidemiology and Community Health*.
- Cohen, J. (2021), "For WHO leader, a 'feeling that we're failing'", *Science*, vol. 372, N° 6549, 25 junio.
- Etienne, C. y otros (2020), "COVID-19: transformative actions for more equitable, resilient, sustainable societies and health systems in the America", *BMJ Global Health*, vol. 5, N° 8.
- Hallas, L. y otros (2021), "Variation in US states' responses to COVID-19 3.0.", *BSG Working Paper Series*, BSG-WP-2020/034, Universidad de Oxford.
- Hanlon, P. y otros (2020), "COVID-19: exploring the implications of long-term condition type and extent of multimorbidity on years of life lost: a modelling study", *Wellcome Open Research*, vol. 5, N° 75.
- Heuveline, P. y M. Tzen (2021), "Beyond deaths per capita: comparative COVID-19 mortality indicators", *BMJ*, vol. 11, N° 3.
- Khoury, D.S. y otros (2021), "Neutralizing antibody levels are highly predictive of immune protection from symptomatic SARS-CoV-2 infection", *Nature Medicine*, vol. 27.
- Macchia, A. y otros (2021), "COVID-19 among the inhabitants of the slums in the city of Buenos Aires: a population-based study", *BMJ Open*, vol. 11, N° 1.
- Mena, G. y otros (2021), "Socioeconomic status determines COVID-19 incidence and related mortality in Santiago", *Science*, vol. 372.
- Meyerowitz, G. y L. Merone (2020), "A systematic review and meta-analysis of published research data on COVID-19 infection fatality rates", *International Journal of Infectious Diseases*, vol. 101.
- Naciones Unidas (2021), "Discurso del Secretario General ante la Asamblea en el 76° período de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas" [en línea] <https://www.un.org/sg/es/node/259283>.
- \_\_\_ (2020), *Policy Brief: The Impact of COVID-19 on Older Persons*, Nueva York, mayo.
- \_\_\_ (2019), *World Population Prospects 2019: Online Edition*, Nueva York [en línea] <https://population.un.org/wpp/>.
- Nepomuceno, M. y otros (2020), "Besides population age structure, health and other demographic factors can contribute to understanding the COVID-19 burden", *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*. vol. 117, N° 25.
- OCDE (Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos) (2020), *COVID-19 en América Latina y el Caribe: panorama de las respuestas de los gobiernos a la crisis. Actualizado al 11 de noviembre de 2020* [en línea] <https://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/covid-19-en-america-latina-y-el-caribe-panorama-de-las-respuestas-de-los-gobiernos-a-la-crisis-7d9f7a2b/>.
- OMS (Organización Mundial de la Salud) (2021a), *Second round of the national pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic: January-March 2021. Interim report 22 April 2021*, Ginebra.
- \_\_\_ (2021b), "Who sage roadmap for prioritizing uses of COVID-19 vaccines in the context of limited supply" [en línea] <https://www.who.int/publications/i/item/who-sage-roadmap-for-prioritizing-uses-of-covid-19-vaccines-in-the-context-of-limited-supply>.
- \_\_\_ (2021c), "Interim statement on COVID-19 vaccine booster doses", 10 de agosto [en línea] <https://www.who.int/news/item/10-08-2021-interim-statement-on-covid-19-vaccine-booster-doses>.
- \_\_\_ (2020a), "WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard" [en línea] <https://covid19.who.int/>.
- \_\_\_ (2020b), *The impact of the COVID-19 pandemic on noncommunicable disease resources and services: results of a rapid assessment*, Ginebra.
- \_\_\_ (2020c), *Decade of Healthy Ageing: Baseline Report. Summary*, Ginebra.
- \_\_\_ (2020d), "WHO Target Product Profiles for COVID-19 Vaccines" [en línea] [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/blue-print/who-target-product-profiles-for-covid-19-vaccines.pdf?sfvrsn=1d5da7ca\\_5&download=true](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/blue-print/who-target-product-profiles-for-covid-19-vaccines.pdf?sfvrsn=1d5da7ca_5&download=true).
- \_\_\_ (2020e), "Preventing and managing COVID-19 across long-term care services", *Policy Brief*, 24 de julio.

- \_\_\_(2011), *Local Production for Access to Medical Products: Developing a Framework to Improve Public Health* [en línea] [https://www.who.int/phi/publications/Local\\_Production\\_Policy\\_Framework.pdf?ua=1](https://www.who.int/phi/publications/Local_Production_Policy_Framework.pdf?ua=1).
- OPS (Organización Panamericana de la Salud) (2021a), “COVID-19 and comorbidities in the Americas” [en línea] [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53254/PAHOIMSPHECOVID-19210003\\_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53254/PAHOIMSPHECOVID-19210003_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y).
- \_\_\_(2021b), “CD59/11- Estrategia para el establecimiento de sistemas de salud resilientes y la recuperación en la etapa posterior a la pandemia de COVID-19 a fin de mantener y proteger los logros de la salud pública” [en línea] <https://www.paho.org/es/file/94617/download?token=FRI8v5wVW>.
- \_\_\_(2021c), “CD59/6-Hoja de ruta para la transformación digital del sector de la salud en la Región de las Américas” [en línea] <https://www.paho.org/es/documentos/cd596-hoja-ruta-para-transformacion-digital-sector-salud-region-americas>.
- \_\_\_(2021d), “CD59/8-Increasing Production for Essential Medicines and Health Technologies” [en línea] [CD59-8-e-production-capacity \(3\).pdf](#).
- \_\_\_(2020), “Directora de la OPS advierte sobre interrupciones en servicios de salud esenciales debido a la COVID-19”, *Noticias*, 4 de agosto.
- Peto, J. (2020), “Covid-19 mass testing facilities could end the epidemic rapidly”, *BMJ*, N° 368, marzo.
- Raftery, A. y otros (2020), *Evaluating Data Types: A Guide for Decision Makers using Data to Understand the Extent and Spread of COVID-19*, Washington, D.C., The National Academies Press.
- Sattar, N., I. B. McInnes y J. McMurray (2020), “Obesity a risk factor for severe COVID-19 infection: multiple potential mechanisms”, *Circulation*, vol. 142, N°1.
- Taylor, L. (2021), “COVID-19: Why Peru suffers from one of the highest excess death rates in the world”, *BMJ*, vol. 372, N° 611.
- Torero, M. (2021), “Presentación”, Tercera Reunión Hemisférica de Ministros/as y Secretarios/as de Agricultura de las Américas, Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), 15 de abril.
- Wachholz, P. y otros (2020), “COVID-19: challenges in long-term care facilities for older adults in Hispanic American countries”, *Geriatrics, Gerontology and Aging*, vol. 14, N° 4.
- Wachtler, B. y otros (2020), “Socioeconomic inequalities and COVID-19—A review of the current international literature”, *Journal of Health Monitoring*, vol. 5, N° S7.
- Vardavas, C. I. y K. Nikitara (2020), “COVID-19 and smoking: A systematic review of the evidence”, *Tobacco Induced Diseases*, vol. 18, marzo.
- Werneck, G. y otros (2021), *Mortes evitáveis por COVID-19 no Brasil*, Oxfam, junio.

Para la elaboración de esta publicación se contó con los aportes de especialistas de la CEPAL y la OPS.

CEPAL: Alberto Arenas de Mesa, Simone Cecchini, Camilo Cid, Helena Cruz Castanheira, Fabiana del Popolo, Nicolo Gligo, Xavier Mancero, María Luisa Marinho, Amalia Palma, Fernando Sossdorf, Daniel Titelman, Daniela Trucco y Cecilia Vera.

OPS: Jarbas Barbosa, James Fitzgerald, Sebastián García, Amalia Del Riego, Ernesto Báscolo, Juan Pablo Pagano, Mónica Brana, Ana Riviere-Cinamond, Cuauhtémoc Ruiz, John Fitzsimmons, Murat Ozturk, Margherita Ghiselli, Martha Velandía, Lionel Gresh, Enrique Pérez, Andrea Vicari, Marcelo D'Agostino, Óscar Mújica y Patricia Solís.

Este informe fue preparado por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). La Secretaría Ejecutiva de la CEPAL, Alicia Bárcena, y la Directora de la OPS, Carissa F. Etienne, dirigieron su elaboración.

Copyright © OPS y Naciones Unidas, 2021

La OPS y la CEPAL han adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación. No obstante ello, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la OPS y/o la CEPAL podrán ser consideradas responsables de daño alguno causado por su utilización.



Comisión Económica para  
América Latina y el Caribe (CEPAL)  
[www.cepal.org](http://www.cepal.org)



Organización Panamericana  
de la Salud (OPS)  
[www.paho.org](http://www.paho.org)

