

Dos años de pandemia de COVID-19 en América Latina y el Caribe

Reflexiones para avanzar hacia sistemas de salud y de protección social universales, integrales, sostenibles y resilientes

Camilo Cid
María Luisa Marinho



COVID-19
RESPUESTA



Gracias por su interés en esta publicación de la CEPAL



Si desea recibir información oportuna sobre nuestros productos editoriales y actividades, le invitamos a registrarse. Podrá definir sus áreas de interés y acceder a nuestros productos en otros formatos.

 www.cepal.org/es/publications

 www.cepal.org/apps

Dos años de pandemia de COVID-19 en América Latina y el Caribe

Reflexiones para avanzar hacia sistemas de salud y de protección
social universales, integrales, sostenibles y resilientes

Camilo Cid
María Luisa Marinho



COVID-19
RESPUESTA



Este documento fue preparado por Camilo Cid y María Luisa Marinho, Oficiales de Asuntos Sociales de la División de Desarrollo Social de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), para el proyecto "Reactivación transformadora: superando las consecuencias de la pandemia de COVID-19 en América Latina y el Caribe", que forma parte del programa de cooperación CEPAL-BMZ/GIZ. El proyecto es ejecutado por la CEPAL en conjunto con la Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) y financiado por el Ministerio Federal de Cooperación Económica y Desarrollo de Alemania (BMZ). Los autores agradecen a Alberto Arenas de Mesa, Director de la División de Desarrollo Social, y a Daniela Trucco, Rodrigo Martínez, Amalia Palma, Claudia Robles, Daniela Huneus y Nancy Rivas, de la CEPAL. Agradecen asimismo la colaboración y el acompañamiento brindado por el equipo de la GIZ.

Las opiniones expresadas en este documento, que no ha sido sometido a revisión editorial, son de exclusiva responsabilidad de los autores y pueden no coincidir con las de la Organización o las de los países que representa.

Publicación de las Naciones Unidas
LC/TS.2022/63
Distribución: L
Copyright © Naciones Unidas, 2022
Todos los derechos reservados
Impreso en Naciones Unidas, Santiago
S.22-00413

Esta publicación debe citarse como: C. Cid y M. L. Marinho, "Dos años de pandemia de COVID-19 en América Latina y el Caribe: reflexiones para avanzar hacia sistemas de salud y de protección social universales, integrales, sostenibles y resilientes", *Documentos de Proyectos* (LC/TS.2022/63), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2022.

La autorización para reproducir total o parcialmente esta obra debe solicitarse a la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), División de Documentos y Publicaciones, publicaciones.cepal@un.org. Los Estados Miembros de las Naciones Unidas y sus instituciones gubernamentales pueden reproducir esta obra sin autorización previa. Solo se les solicita que mencionen la fuente e informen a la CEPAL de tal reproducción.

Índice

Resumen	7
Introducción	9
I. La evolución de la pandemia y la profundización de la desigualdad	13
A. Los casos confirmados y muertes por COVID-19 en América Latina y el Caribe: la vulnerabilidad de la región	13
B. La desigualdad como causa y efecto: la interacción entre el COVID-19 y la desigualdad.....	17
II. De la emergencia en 2020 a la crisis sanitaria prologada en 2021 y 2022: el impacto en los sistemas de salud y en la salud de las personas	23
A. El efecto de la pandemia sobre sistemas de salud con debilidades estructurales y reproductores de la desigualdad.....	23
1. Las respuestas a la pandemia desde el financiamiento de la salud: desigualdad y sostenibilidad insuficiente	24
2. El exceso de mortalidad durante la pandemia: diferencias según el desarrollo de los sistemas de salud.....	27
3. Barreras financieras: dificultad de acceso a la salud durante la pandemia	29
B. Los desiguales resultados de la pandemia: la importancia de la protección financiera	31
III. La centralidad del acceso a las vacunas en el control de la crisis sanitaria y el rol de las respuestas multisectoriales ante una crisis que sigue vigente	35
A. La urgencia de acelerar los procesos de vacunación masiva.....	35
B. Medidas de salud pública: la relevancia de la multisectorialidad	39
IV. Reflexiones y aprendizajes para avanzar hacia sistemas de salud y de protección social universales, integrales, sostenibles y resilientes	45
Bibliografía.....	49

Gráficos

Gráfico 1	América Latina y el Caribe (33 países): casos confirmados y muertes diarias confirmadas por COVID-19, entre 1 de enero 2020 y 6 de marzo 2022 (promedio móvil).....	14
Gráfico 2	América Latina y el Caribe (33 países): defunciones por COVID-19 por cada 1.000 habitantes, entre marzo de 2020 - marzo de 2021 y marzo de 2021 - marzo de 2022	15
Gráfico 3	América Latina y el Caribe (33 países): participación de muertes confirmadas (promedio móvil 7 días) por COVID-19 comparada con otras regiones, 2020-2022	16
Gráfico 4	América Latina (17 países): exceso de mortalidad, según pobreza, 2020-2021	19
Gráfico 5	América Latina (17 países): exceso de mortalidad, según pobreza extrema, 2020-2021	20
Gráfico 6	América Latina y el Caribe (16 países): exceso de mortalidad, según informalidad laboral, 2020-2021.....	21
Gráfico 7	América Latina y el Caribe (33 países): cambios en el gasto público en salud como porcentaje del PIB y en el gasto de bolsillo en salud como porcentaje del gasto total en salud, entre 2014 y 2019	25
Gráfico 8	América Latina y el Caribe (33 países): trayectoria del gasto público en salud de América Latina y 5 países, 2000-2020	26
Gráfico 9	América Latina y el Caribe (33 países): gasto público y de bolsillo en salud y exceso de mortalidad	27
Gráfico 10	América Latina (21 países): hogares que declararon no tener acceso a la salud y exceso de muertes durante la pandemia del COVID-19	28
Gráfico 11	América Latina (11 países): razones para no acceder a servicios de atención de salud y exceso de mortalidad durante la pandemia del COVID-19 en 2020-2021.....	29
Gráfico 12	América Latina y el Caribe (24 países): hogares que declararon no tener acceso a la salud por falta de dinero durante la pandemia del COVID-19 (resultado más alto de encuestas para cada país en 2020 y 2021)	30
Gráfico 13	América Latina y el Caribe (15 países): hogares que declararon no tener acceso a la salud por falta de dinero durante la pandemia del COVID-19 (de las encuestas realizadas entre 2020 y 2021)	31
Gráfico 14	Exceso de mortalidad comparada: América Latina (20 países) versus países de Europa (20 países)	32
Gráfico 15	América Latina y el Caribe (21 países): expectativa de vida y porcentaje de exceso de mortalidad durante el COVID-19	33
Gráfico 16	Población con esquema completo de vacuna contra el COVID-19, según regiones, 2021-2022	36
Gráfico 17	América Latina y el Caribe (33 países): población con esquema completo de vacuna contra el COVID-19, según subregión, 2021-2022	37
Gráfico 18	América Latina y el Caribe (33 países): población con esquema completo de vacuna contra el COVID-19 al 4 de abril de 2022	38
Gráfico 19	América Latina y el Caribe (33 países): población con dosis de refuerzo de vacuna contra COVID-19, según subregión, 2021-2022	39
Gráfico 20	América Latina y el Caribe (13 países): índice de medidas de salud pública durante dos años de pandemia del COVID-19.....	40

Gráfico 21	América Latina y el Caribe (8 países): índice de medidas de salud pública y exceso de mortalidad según países, marzo 2020 a marzo 202242
Gráfico 22	América Latina (16 países): monto promedio mensual de las transferencias monetarias para enfrentar la pandemia en el periodo de marzo de 2020 a octubre de 2021..... 43
Diagrama	
Diagrama 1	Interacción entre COVID-19, enfermedades no transmisibles y determinantes sociales de la salud 18

Resumen

Luego de dos años desde que la OMS declarara la pandemia del COVID-19, los países de América Latina y el Caribe continúan afectados por una profunda crisis sanitaria, social y económica, que ha generado un gran deterioro en las condiciones de vida y salud de la población. La región ha mostrado ser particularmente vulnerable a la pandemia, agudizándose sus problemas estructurales y quedando al descubierto las debilidades y brechas de los sistemas de salud y de protección social. El análisis de la evolución de la pandemia realizado en este documento deja en evidencia el desigual impacto que ha tenido entre las regiones del mundo, entre los países de América Latina y el Caribe, y al interior de cada país, permitiendo visibilizar la centralidad de la salud para el desarrollo social inclusivo y el desarrollo sostenible de las sociedades, así como la interdependencia que existe entre las dimensiones social, económica y ambiental que constituyen el desarrollo sostenible. Asimismo, en el documento se reflexiona en torno a cómo la pandemia ha brindado una oportunidad para enfatizar la urgencia de invertir en sistemas de salud universales, integrales y sostenibles, así como también resilientes ante futuras crisis, en estrecha articulación con los demás sectores y, en particular, con los sistemas de protección social.

Introducción

Más de dos años han transcurrido desde que la Organización Mundial de la Salud (OMS) caracterizó el COVID-19 como una pandemia, el 11 de marzo de 2020 (OMS, 2020), y de la identificación del primer caso de COVID-19 en América Latina y el Caribe, el 26 de febrero de 2020 en la ciudad de São Paulo en el Brasil. Este fenómeno gatilló a nivel regional y mundial una profunda crisis sanitaria y social que sigue vigente y ha generado un gran deterioro en las condiciones de vida de la población, en su nivel de bienestar básico y en su estado de salud. Ello ha sido agravado por una crisis económica que mostró señales de recuperación en 2021, pero que proyecta una desaceleración en 2022 con altos niveles de incertidumbre y sin alcanzar los niveles de crecimiento previos a la pandemia (CEPAL, 2022a, 2022b). Esta crisis, que se ha prolongado por más tiempo del esperado inicialmente, ha dejado en evidencia no solo las debilidades de los sistemas de salud y de protección social de la región junto con la vulnerabilidad de la población ante las crisis, sino también la centralidad de la salud para el desarrollo social y económico.

Tal como han planteado la CEPAL y OPS (2020 y 2021), no hay un dilema entre la salud y la economía, toda vez que sin salud no es posible pensar en una recuperación sostenible y menos en el desarrollo económico. A principios de este siglo, la Comisión sobre Macroeconomía y Salud de la OMS, afirmaba que "...la salud es un objetivo prioritario por derecho propio, así como un elemento fundamental para el desarrollo económico y la reducción de la pobreza" (Comisión sobre Macroeconomía y Salud de la OMS/OMS, 2001, p. 23.). En dicha ocasión, la OMS desarrolló un análisis en el que planteaba que la ampliación de la cobertura de los servicios esenciales de salud, junto con intervenciones específicas enfocadas en la población en situación de pobreza, contribuiría a reducir la pobreza y estimular el desarrollo económico. La pandemia del COVID-19 ha permitido recuperar esta noción, haciendo más visible el vínculo entre las poblaciones sanas y la subsistencia misma de la sociedad, con posibilidades de educación, en articulación con políticas de protección social que contribuyan a esta ecuación, para un empleo más productivo y mayores oportunidades

de trabajo decente y un crecimiento económico inclusivo que apunte hacia el fin de la pobreza y la desigualdad. De este modo, la pandemia del COVID-19 constituye una oportunidad para enfatizar la centralidad de la salud en el desarrollo social inclusivo y en el desarrollo sostenible y, en consecuencia, resaltar la urgencia de aumentar los recursos públicos e invertir en sistemas de salud universales, integrales, sostenibles, así como también resilientes ante futuras crisis.

La centralidad de la salud también ha quedado en evidencia a través de los impactos de la pandemia del COVID-19 en los ingresos de los hogares y en el mercado laboral, los que se han visto gravemente afectados y seguirán estándolo mientras la crisis sanitaria no esté controlada. La CEPAL ha proyectado un retroceso de 27 años en los niveles de pobreza extrema para 2021, con 86 millones de personas en esta situación en América Latina y el Caribe, equivalente a un 13,8% de la población, junto a un aumento de la desigualdad en diversos ámbitos, observándose por ejemplo 0,7 puntos en promedio del coeficiente de Gini (CEPAL, 2022a). Esta situación no ha afectado a todas las personas por igual, sino que ha estado marcada por los ejes de la matriz de desigualdad social¹ (CEPAL, 2016), observándose un mayor aumento de la pobreza extrema entre quienes residen en áreas rurales; niñas, niños y adolescentes; personas afrodescendientes y pueblos indígenas (CEPAL, 2022a).

Ante la urgencia de garantizar las necesidades básicas de la población en este escenario de crisis y la necesidad de brindar las condiciones requeridas para que las medidas de salud pública, como el confinamiento y distanciamiento social, pudieran ser respetadas por la población, los gobiernos implementaron diversas políticas y medidas de protección social orientadas a proteger a los hogares y disminuir el impacto de la pandemia sobre la economía. Ello se tradujo en importantes aumentos en el gasto social y el gasto total del gobierno central, así como también en el gasto público en salud, que impidieron mayores incrementos en los niveles de pobreza y pobreza extrema (CEPAL, 2021, 2022a). Sin embargo, estos gastos se combinaron con grandes disminuciones en los ingresos públicos a raíz de la crisis económica, lo que ejerció presiones al espacio fiscal para salud. A ello se agrega que se espera que la capacidad de los hogares para pagar los gastos de salud de bolsillo sea menor y más regresiva en los próximos años, ya que la pandemia del COVID-19 ha reducido el monto de recursos potenciales disponibles para gastar en servicios de salud, pero lo ha hecho de la manera más perjudicial posible golpeando más duramente a los hogares más pobres y postergados. Esto deja en evidencia la necesidad de redoblar la reacción de las políticas de financiamiento y contar con políticas de sostenibilidad financiera que se hagan cargo de dotar a los países de sistemas de salud robustos, en articulación con sistemas de protección social que garanticen los ingresos y necesidades básicas de la población, sobre todo en un contexto de incertidumbre como el actual y donde la pandemia continúa.

Asimismo, el desigual impacto que ha tenido la pandemia entre las regiones del mundo, entre los países de América Latina y el Caribe, y al interior de cada país, ha permitido visibilizar la interdependencia que existe entre las dimensiones social, económica y ambiental que constituyen el desarrollo sostenible. Ello se ve claramente reflejado en la importancia que tienen los determinantes sociales de la salud y la necesidad de contar con políticas de salud integrales, en estrecha articulación con los demás sectores y, en particular, con los sistemas de protección social, que abarquen esta interdependencia. La Comisión sobre Equidad y Desigualdades en Salud en las Américas (OPS, 2018), plantea en su informe que una parte importante de los problemas de salud, reflejados en la esperanza de vida, la mortalidad infantil y niñas y niños con retraso de crecimiento, están determinados socialmente a través de las condiciones en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen. Entre otros factores, esto puede apreciarse en la mayor vulnerabilidad de América Latina y el Caribe frente a la pandemia, tanto en términos de casos confirmados como de muertes por COVID-19

¹ La CEPAL ha identificado un conjunto de ejes que estructuran la desigualdad social de América Latina, tales como el género, la pertenencia étnico-racial, la edad o etapa del ciclo de vida y el territorio entre otros, los que se entrecruzan y potencian entre sí, afectando particularmente a determinados grupos de la población (CEPAL, 2016).

(CEPAL, 2022a). Junto a una acumulación de desigualdades en salud y a una desigual distribución de los determinantes sociales de la salud, los sistemas de salud de la región, uno de los principales determinantes sociales de la salud, presentan un conjunto de problemas estructurales, tales como subfinanciamiento crónico, altos niveles de fragmentación y segmentación (CEPAL/OPS, 2020 y 2021). Ante ello, cobra especial importancia avanzar hacia sistemas de salud universales en que se garantice el acceso a los servicios de salud para todas las personas en igualdad de condiciones.

De igual manera, la pandemia ha dejado al descubierto la interdependencia sanitaria que existe entre los países a nivel regional e internacional a través de la imposibilidad de detener la propagación del virus a través de las fronteras. Frente a ello, la CEPAL ha enfatizado la urgencia de fortalecer los mecanismos de cooperación y coordinación regional en el ámbito sanitario (CEPAL, 2022a). La fragmentación que caracterizó la compra y acceso a las vacunas contra el COVID-19 por parte de los países de la región, junto con las asimetrías entre los países desarrollados y en desarrollo, generaron una situación de profunda desigualdad que marcó el segundo año de pandemia y sigue estando vigente. En este sentido, el desigual avance de los procesos de vacunación permite reconocer la necesidad de contar con mecanismos y herramientas sanitarias regionales de coordinación y colaboración con el fin de proteger la salud y bienestar de la población de toda la región.

En el presente documento se entrega un análisis sobre cómo ha evolucionado la pandemia en la región en estos últimos dos años, así como los principales desafíos que ella deja, con el objetivo de reflexionar sobre las principales lecciones y aprendizajes que entrega la pandemia, destacándose la necesidad de avanzar hacia sistemas de salud universales, integrales, sostenibles y resilientes ante futuras crisis. Dicho análisis deja en claro que la crisis sanitaria continúa vigente y que en un tercer año de pandemia la incertidumbre permanece.

Luego de esta introducción, en la primera sección del documento se analiza la evolución que ha tenido la pandemia durante los dos primeros años y cómo la desigualdad característica de la región la ha situado en una posición de particular vulnerabilidad en términos de contagios y muertes por COVID-19, afectando desproporcionadamente a determinados grupos de la población según los ejes estructurantes de la matriz de la desigualdad social. En la segunda sección se profundiza en los efectos que ha tenido la pandemia sobre los sistemas de salud durante estos dos años, considerando indicadores que caracterizan el estado de estos previo a la pandemia, como los de financiamiento y de acceso, e indicadores durante la pandemia, como aquellos relacionados con barreras de acceso económicas y de oferta, junto a un análisis del efecto agregado y global sobre el bienestar y la salud. La tercera sección se centra en el análisis de las diversas medidas que han tomado los gobiernos en América Latina y el Caribe desde el inicio de la pandemia para contener la propagación del virus y controlar la crisis sanitaria, destacando el rol central del acceso a las vacunas y el de las respuestas multisectoriales. En la cuarta sección se entregan reflexiones y aprendizajes de los dos primeros años de pandemia para avanzar hacia una protección social universal, integral, resiliente y sostenible en salud.

I. La evolución de la pandemia y la profundización de la desigualdad

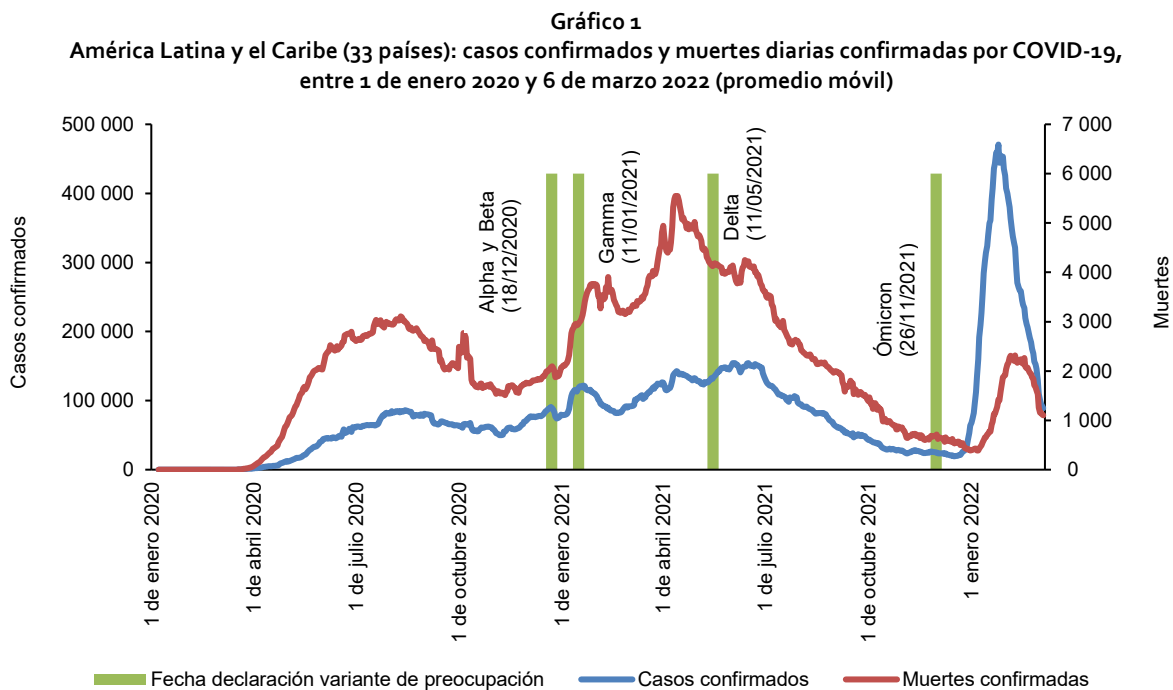
En la presente sección se entrega una descripción y análisis de la evolución que ha tenido la pandemia en América Latina y el Caribe durante los dos primeros años, desde el área de la salud y considerando la matriz de desigualdad social de la región desde el punto de vista de los determinantes sociales de la salud. Junto con presentar las distintas olas de contagio y muertes que se han desarrollado en este período, el análisis destaca que, a pesar de tratarse de un fenómeno con impacto y magnitud global, hay determinadas regiones del mundo que se han visto mayormente golpeadas por la pandemia, como es el caso de América Latina y el Caribe. En consecuencia, en la sección se analiza la particular vulnerabilidad de la región presentando datos que muestran el desigual impacto del virus SARS-CoV-2 dentro de esta y cómo, a su vez, la pandemia ha reproducido y profundizado la desigualdad.

A. Los casos confirmados y muertes por COVID-19 en América Latina y el Caribe: la vulnerabilidad de la región

El primer caso de COVID-19 en América Latina y el Caribe fue identificado el 26 de febrero de 2020 en el Brasil, fecha desde la que se han registrado cerca de 65 millones de casos y más de 1.600.000 muertes en la región hasta el 31 de marzo de 2022. Durante estos dos primeros años de pandemia, el virus SARS-CoV-2 ha experimentado cambios en distintas dimensiones de sus propiedades, tales como la velocidad o facilidad con que se propaga, la gravedad de la enfermedad que ocasiona o su reacción frente a medidas de salud pública como las vacunas, las pruebas de diagnósticos y los tratamientos (OMS, 2022a). Ello ha dado lugar a un conjunto de nuevas variantes, cinco de las cuales han sido clasificadas por la OMS como de preocupación, generando distintas olas de contagios y muertes a nivel global y regional. Estas son: Alpha y Beta, identificadas en 2020, y Gamma, Delta y Ómicron, detectadas en 2021. En el caso de Ómicron, un segundo sublinaje, denominado BA.2, fue identificado en febrero de 2022 y se ha propagado rápidamente a nivel mundial.

Todas las variantes de preocupación, así como el virus inicial, se han transmitido de manera comunitaria en América Latina y el Caribe. Entre 2020 y principios de 2022 han tenido lugar distintas olas de COVID-19 en la región que, en el caso de los contagios, coinciden con la aparición e identificación de las nuevas variantes de preocupación del virus, ocurriendo la ola más grande de contagios a fines de 2021 e inicios de 2022 en respuesta a la propagación de la variante Ómicron (véase el gráfico 1). En este último período, comprendido entre diciembre de 2021 y febrero de 2022, se alcanzó el número más alto de contagios diarios confirmados en la región, llegando a 470.715 en total el 25 de enero de 2022.

Al considerar la variación diaria de las muertes confirmadas por COVID-19 durante los dos primeros años de pandemia, se aprecia una sostenida caída de este indicador entre mayo de 2021 y enero de 2022, período en el que el porcentaje total de la población que contaba con esquema completo de vacunación (dos dosis) aumentó de un 8,6% a un 63,4%. El momento en que el número de defunciones alcanzó su nivel más alto fue el 12 de abril de 2021, con 5.547 muertes (promedio móvil), período en el que el porcentaje de la población vacunada con esquema completo contra el COVID-19 alcanzaba apenas el 2,7% del total de la población regional. Si bien a partir de enero de 2022 se observa un aumento en los fallecimientos diarios por COVID-19, momento en que la variante Ómicron era preponderante en la región, a mediados de febrero de 2022 este indicador comienza a descender, al igual que el número de contagios diarios.

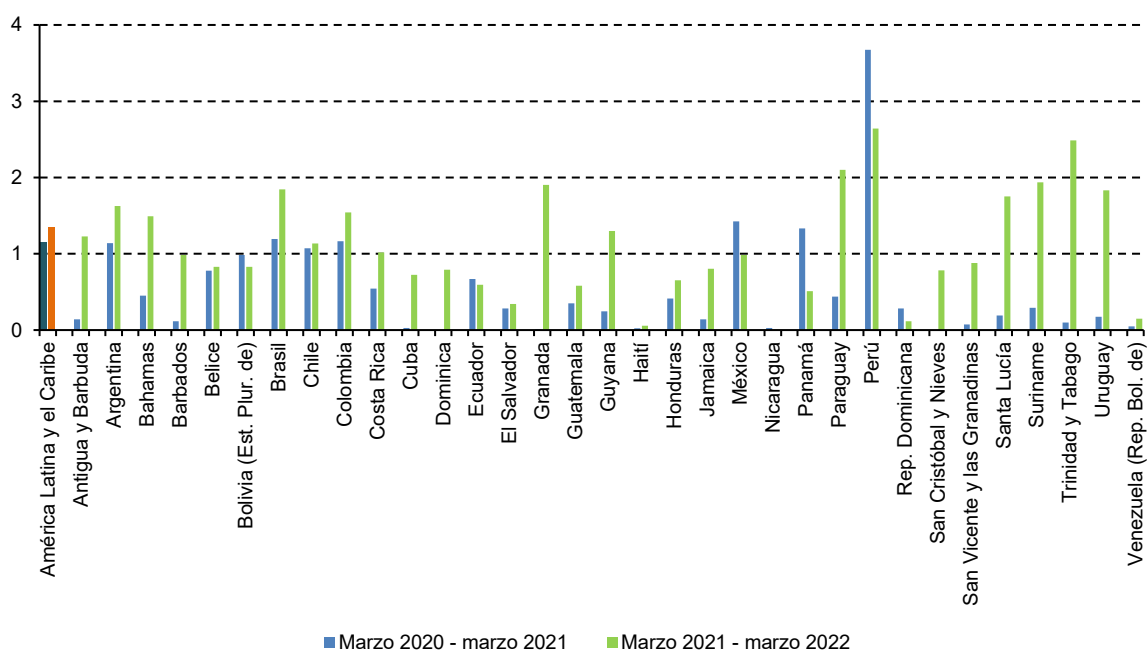


Fuente: Elaboración propia, sobre la base de la base de H. Ritchie y otros, "Coronavirus Pandemic (COVID-19)", Our World in Data, 2020 [en línea] <https://ourworldindata.org/coronavirus> y OMS (2022).

Con relación al número de defunciones por COVID-19 por cada 1.000 habitantes a nivel regional, el segundo año de pandemia, considerando el período entre marzo de 2021 y marzo de 2022, ha tenido un mayor número de defunciones por COVID-19 que durante el primer año (marzo de 2020 a marzo de 2021), aumentando de 1,15 muertes a 1,34 muertes confirmadas por COVID-19 por cada 1.000 habitantes (véase el gráfico 2). Esta tendencia, asociada al alto número de muertes por COVID-19

ocurridas entre enero y julio de 2021, se observa en la mayor parte de los países, siendo este aumento más pronunciado en los países del Caribe cuyas cifras durante 2020 se mantuvieron bajas con relación a América Latina. Si bien en el gráfico 2 se observa una tendencia común, también se revela una alta heterogeneidad entre los países de la región. En países de América Latina, como el Paraguay y el Uruguay, se habría producido un pronunciado aumento de la tasa de mortalidad por COVID-19, pasando de 0,44 a 2,10 muertes por cada 1.000 habitantes y de 0,17 a 1,83 muertes por cada 1.000 habitantes, respectivamente. En el caso del Caribe, dichas brechas son similares en magnitud en la mayoría de los países. Solamente en cinco países de la región se observó una disminución del número de defunciones en el segundo año (Estado Plurinacional de Bolivia, Ecuador, México, Panamá y Perú), siendo el caso más notorio el del Perú, que pasó de 3,67 a 2,64 defunciones por COVID-19 por cada 1.000 habitantes, a pesar de lo cual permanece como el país con la tasa de mortalidad por COVID-19 más alta de la región. Se espera que, debido a los mayores niveles de inmunidad frente al virus, tanto producto de las vacunas como por inmunidad por contagio, durante el tercer año de pandemia este indicador a nivel regional y nacional disminuya o al menos no aumente.

Gráfico 2
América Latina y el Caribe (33 países): defunciones por COVID-19 por cada 1.000 habitantes, entre marzo de 2020 - marzo de 2021 y marzo de 2021 - marzo de 2022

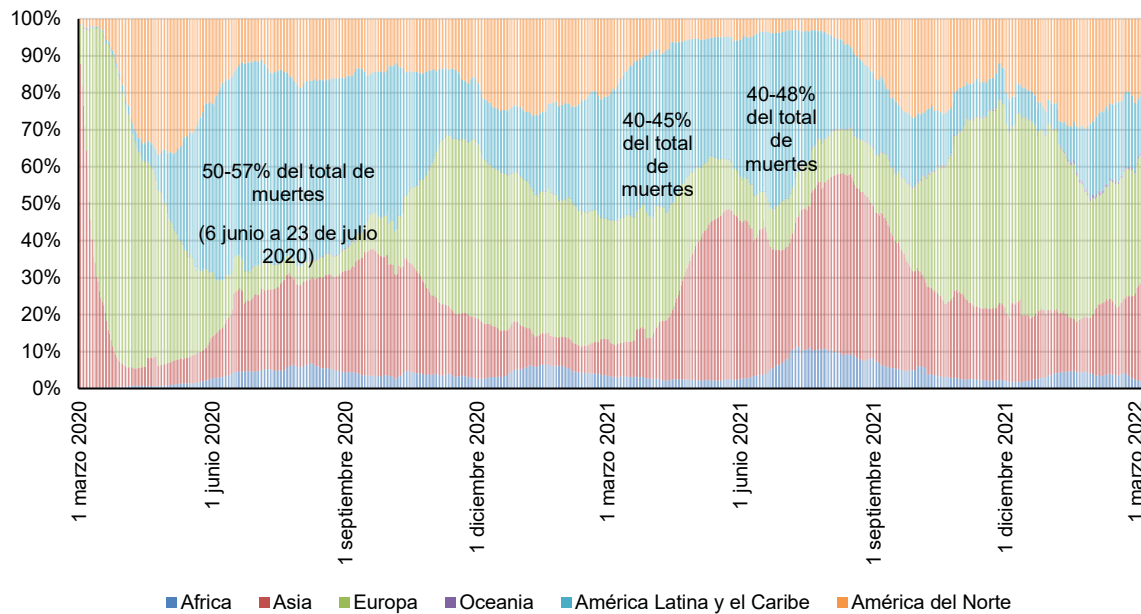


Fuente: Elaboración propia, sobre la base de H. Ritchie y otros, "Coronavirus Pandemic (COVID-19)", Our World in Data, 2020 [en línea] <https://ourworldindata.org/coronavirus>.

Al comparar la evolución de la pandemia en América Latina y el Caribe con las demás regiones del mundo, se confirma lo planteado por documentos anteriores respecto a la particular vulnerabilidad de la región frente al COVID-19 (CEPAL/OPS, 2021; CEPAL, 2022a). Ello se ha visto reflejado en una permanente sobrerrepresentación de los contagios y muertes confirmadas por COVID-19 en la mayor parte del tiempo transcurrido desde marzo 2020 hasta marzo 2022, tal como puede observarse en el gráfico 3. Si bien la población de la región corresponde al 8,4% del total de la población mundial

(Naciones Unidas, 2019), América Latina y el Caribe ha mantenido un promedio del 27% del total de muertes por COVID-19 a nivel mundial en el período comprendido entre el 1 de marzo de 2020 y el 9 de marzo de 2022. A mediados del año 2020 dicha proporción alcanzó el 57% del total mundial, mientras que en distintos períodos de tiempo en 2021 dicha proporción correspondía al 40% o más del total de las muertes, dejando en evidencia que el virus ha afectado de manera desigual a las distintas regiones (véase el gráfico 3). Cabe mencionar la centralidad que los sistemas de información de salud respecto al reporte de casos y muertes han adquirido durante la pandemia. Se observan diferentes capacidades institucionales entre regiones y países en esta materia, quedando en evidencia la necesidad de fortalecer los sistemas de estadísticas vitales y de información de salud (CEPAL, 2022a).

Gráfico 3
América Latina y el Caribe (33 países): participación de muertes confirmadas (promedio móvil 7 días)
por COVID-19 comparada con otras regiones, 2020-2022
(En porcentajes)



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de H. Ritchie y otros, "Coronavirus Pandemic (COVID-19)", Our World in Data, 2020 [en línea] <https://ourworldindata.org/coronavirus>.

Sin duda, los problemas estructurales de la región de pobreza, desigualdad, brechas de género, informalidad, espacio fiscal limitado y baja productividad están relacionados con la mayor vulnerabilidad de su población ante la pandemia y la consecuente crisis (CEPAL, 2021b y 2022b; CEPAL/OPS, 2020 y 2021). Dichos problemas están estrechamente asociados con los determinantes sociales de la salud, por lo que su magnitud en la región tiene una directa relación sobre el estado de la salud de las personas. A ello se agrega que los países de la región han debido enfrentar la pandemia con sistemas de protección social y de salud con importantes debilidades y significativos problemas de acceso, cobertura, financiamiento y suficiencia en el caso de las prestaciones de la protección social, así como con desafíos relacionados con la fragmentación y segmentación en el caso de los sistemas de salud. En este escenario de profunda y prolongada crisis, ambos sistemas se vieron expuestos a una presión de gran magnitud, agudizándose sus problemas estructurales y con diversos retos, como se verá en la segunda sección de este documento.

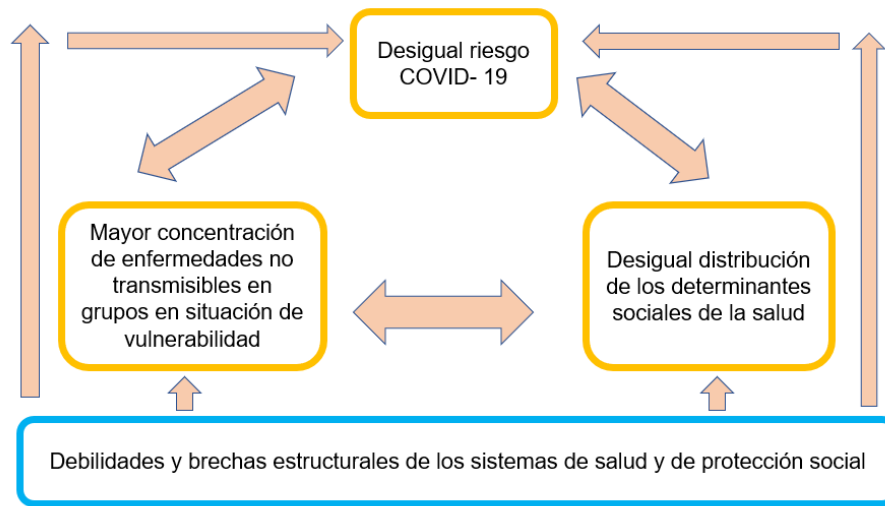
B. La desigualdad como causa y efecto: la interacción entre el COVID-19 y la desigualdad

Si bien durante los primeros meses de la pareció que todas las personas se encontraban en las mismas condiciones ante el virus del COVID-19, al poco tiempo se empezó a hacer evidente que no todas tienen las mismas probabilidades de contagio, de desarrollar una enfermedad grave por COVID-19 o de morir a causa de ello, replicándose esta tendencia en América Latina y el Caribe mediante gradientes asociadas a la matriz de la desigualdad social (CEPAL, 2016). A poco andar de la emergencia sanitaria se comenzó a observar el impacto desproporcionado del COVID-19 en quienes se encuentran en una situación de mayor vulnerabilidad, a saber: personas en situación de pobreza y pobreza extrema, personas migrantes, personas con discapacidad, personas mayores, personas afrodescendientes y pueblos indígenas, entre otros (OMS, 2021a). En este sentido, es posible observar cómo los ejes estructurantes de la matriz de la desigualdad social de la región han estado estrechamente relacionados con el desigual impacto de la pandemia en la población.

La desigualdad del impacto del COVID-19 replica el comportamiento de otras enfermedades, tanto transmisibles como no transmisibles o crónicas, que no se distribuyen de manera homogénea en la sociedad, sino que inequitativamente de acuerdo con la desigual distribución de los determinantes sociales de la salud. Es así como la prevalencia de enfermedades crónicas como la diabetes, hipertensión, enfermedades cardiovasculares y respiratorias, al igual que la presencia de factores de riesgo como la obesidad, es mayor entre las personas que viven en situación de pobreza, que no tienen acceso a servicios básicos como electricidad, saneamiento y agua potable, que trabajan en condiciones precarias o están desempleadas y que enfrentan diversos obstáculos para acceder a la salud y la protección social (OPS, 2018). Esta desigualdad, también conocida como la gradiente social en salud, se traduce en que, por ejemplo, la población de los países desarrollados o de mayores ingresos tenga una esperanza de vida más alta que quienes viven en países en desarrollo o de menores ingresos, siendo esta una tendencia que también se observa tanto entre los países como en su interior entre los grupos de la población en situación de vulnerabilidad y quienes tienen una mejor situación socioeconómica (OPS, 2018).

En línea con lo anterior, se ha planteado que la pandemia actual corresponde a una sindemia entre el COVID-19, las enfermedades crónicas y los determinantes sociales de la salud cuya interacción produce las desigualdades observadas en términos de contagio y muerte por COVID-19 (Bambra, Lynch y Smith, 2021; Bambra y otros, 2021). Tal como se presenta en el diagrama 1, la relación entre estas tres dimensiones es bidireccional toda vez que, en primer lugar, padecer una enfermedad crónica o no transmisible, como hipertensión, aumenta el riesgo de desarrollar un contagio grave o fallecer de COVID-19, al tiempo que la enfermedad generada por el coronavirus puede gatillar condiciones cardiovasculares a largo plazo (López-León y otros, 2021). En segundo lugar, diversos estudios muestran que las personas que viven en situación de pobreza han sido más vulnerables al COVID-19 (OMS, 2021a), a la vez que se han desarrollado análisis preliminares que sugieren un incremento de la pobreza luego de haber estado contagiado por dicho virus (Williamson y otros, 2022). En el caso de América Latina y el Caribe, ello va acompañado además por sistemas de salud y de protección social con importantes debilidades y brechas estructurales (CEPAL/OPS, 2021; CEPAL, 2022a), que tienen un impacto directo sobre estas dimensiones.

Diagrama 1
Interacción entre COVID-19, enfermedades no transmisibles y determinantes sociales de la salud



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de Bambra y otros, 2021.

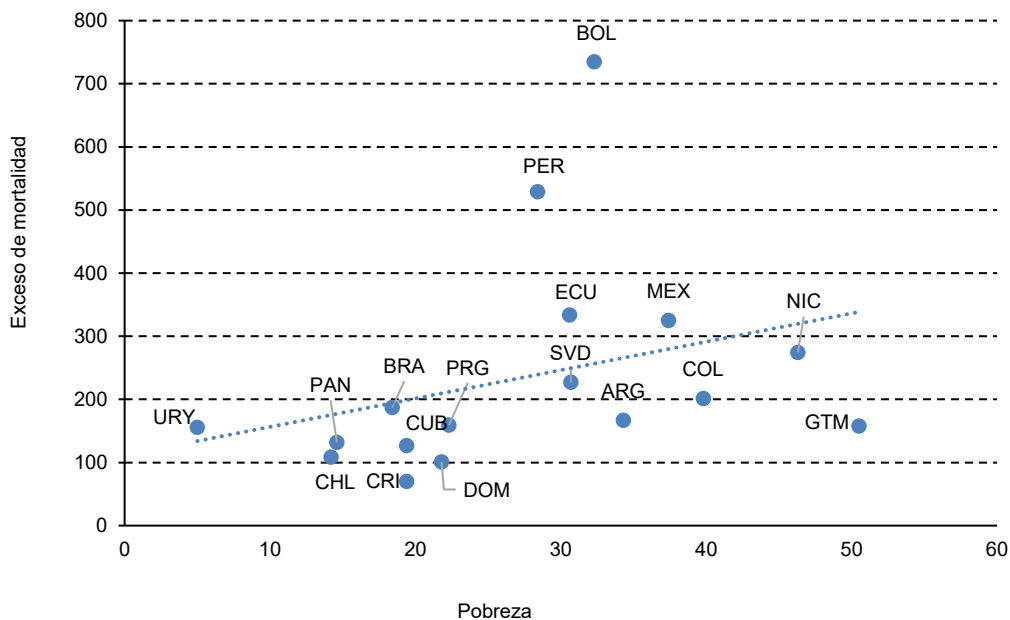
La pandemia del COVID-19 se ha desarrollado en América Latina y el Caribe en un contexto marcado por la matriz de desigualdad social. Esto alude a la presencia de un conjunto de ejes que estructuran la desigualdad social, tales como el género, la pertenencia étnico-racial, la edad o etapa del ciclo de vida y el territorio, entre otros, los que se entrecruzan y se potencian entre sí, afectando particularmente a determinados grupos de la población y generando núcleos de exclusión en diversas dimensiones (CEPAL, 2016). A su vez, ello se traduce en una desigual distribución de los determinantes sociales de la salud en la población junto a brechas relacionadas a enfermedades no transmisibles y factores de riesgo que, al interactuar con el virus SARS-CoV-2, reproducen y profundizan las desigualdades anteriores. Diversos análisis sobre la mortalidad por COVID-19 entre distintos grupos de población de la región muestran que las personas que viven en sectores marginales, que tienen menor nivel educativo, personas mayores, personas afrodescendientes, pueblos indígenas y personas con discapacidad, tienen mayores probabilidades de contagiarse de COVID-19 y desarrollar una enfermedad grave y/o fallecer (CEPAL, 2022a; Bermudi y otros, 2021; Bilal, Alfaro y Vives, 2021; Mena y otros, 2021; Macchia y otros, 2021; Werneck y otros, 2021). Adicionalmente, estos grupos de la población tienen mayor incidencia de enfermedades no transmisibles (Behm Rosas, 1992; Haebeler, Noguer y Mújica, 2015), lo que aumenta aún más su vulnerabilidad ante el COVID-19.

Estas desigualdades también pueden observarse a nivel del exceso de mortalidad durante los dos primeros años de pandemia. El exceso de mortalidad corresponde a la diferencia del número total de muertes durante una crisis comparado a las muertes que hubiesen ocurrido en circunstancias normales, por lo que incluye las muertes causadas por el COVID-19, tanto las registradas como las que no fueron clasificadas por esta causa, junto a los fallecimientos ocasionados por complicaciones posteriores a un contagio de COVID-19 y/o aquellos decesos producidos por otras enfermedades o causas que no se hubiesen producido si el acceso a los sistemas de atención de salud hubiera permanecido igual (OMS, 2022b). La OMS plantea que, si bien el número de muertes confirmadas por COVID-19 es un indicador clave de monitoreo de la pandemia, aún hay varios países con importantes debilidades en sus capacidades de registro y sistemas estadísticos además de la presencia de diferentes procesos

de pruebas y reporte de muertes por COVID-19, por lo que el indicador de exceso de mortalidad contribuye a medir de mejor manera el impacto de la pandemia y realizar comparaciones entre los países (OMS, 2022b). Entendida de esta manera, el exceso de mortalidad representa un indicador de impacto de la pandemia confiable dado que captura el conjunto del efecto en pérdidas de vidas producido por la crisis.

Los datos para los países de América Latina muestran que, en general, el exceso de mortalidad medido en tasa de muertes por cada 100.000 habitantes, es más alto en aquellos países donde hay mayores niveles de pobreza y pobreza extrema (véanse los gráficos 4 y 5). Es así como países como el Ecuador, México, Nicaragua y El Salvador, cuyos niveles de pobreza superan al 30% de la población, tuvieron una mayor proporción de exceso de mortalidad que países como el Paraguay, la República Dominicana, Costa Rica y Cuba, donde la pobreza afecta a menos de un cuarto de su población. La misma tendencia se observa al considerar el exceso de mortalidad según la proporción de la población en pobreza extrema; el exceso de mortalidad fue más alto en países como Nicaragua y el Ecuador. En ambos casos, se observa que los datos del Perú y del Estado Plurinacional de Bolivia están significativamente fuera de la tendencia, a pesar de no tener los niveles más altos de pobreza y pobreza extrema, lo que podría estar relacionado con los altos niveles de informalidad en dichos países, como se verá a continuación. También, en menor medida, se observa que en Guatemala y Colombia el exceso de mortalidad no ha sido particularmente alto aun cuando tienen altas tasas de pobreza y pobreza extrema, lo que sugiere la necesidad de analizar con más detalle estos casos.

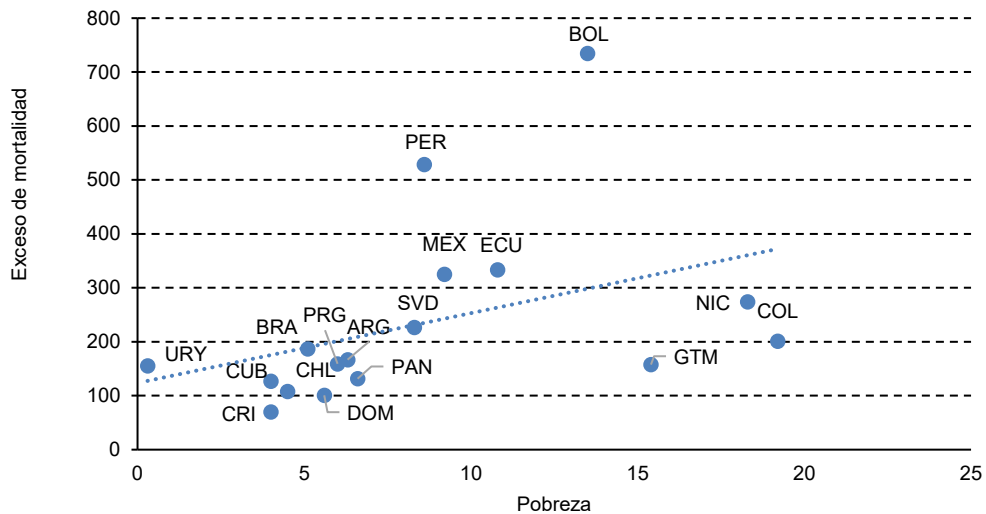
Gráfico 4
América Latina (17 países^a): exceso de mortalidad, según pobreza, 2020-2021
(En muertes por cada 100.000 habitantes y porcentajes)



Fuente: Elaboración propia, sobre la base del Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). COVID-19 Excess Mortality Estimates 2020-2021 y CEPALSTAT.

^a Países incluidos: Argentina, Estado Plurinacional de Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana y Uruguay.

Gráfico 5
América Latina (17 países^a): exceso de mortalidad, según pobreza extrema, 2020-2021
(En muertes por cada 100.000 habitantes y porcentajes)

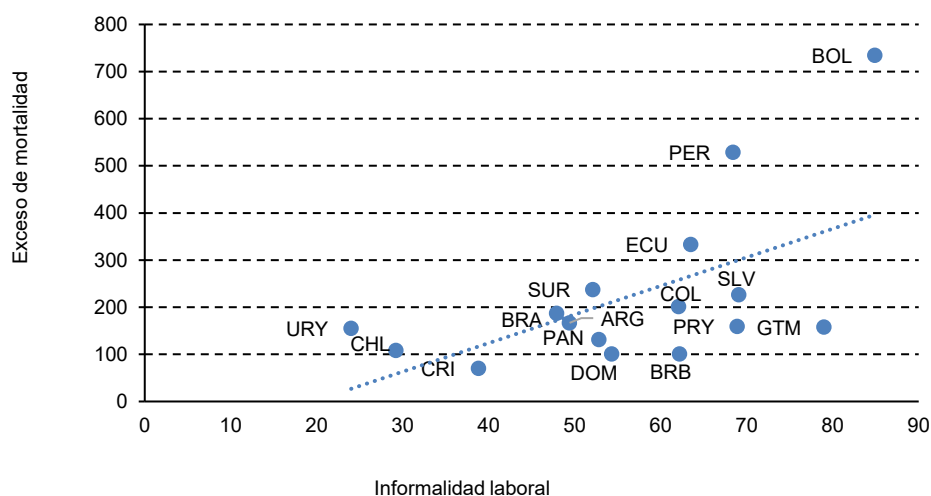


Fuente: Elaboración propia, sobre la base del Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). COVID-19 Excess Mortality Estimates 2020-2021 y CEPALSTAT.

^a Países incluidos: Argentina, Estado Plurinacional de Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana y Uruguay.

Una tendencia parecida se observa al analizar la relación entre la informalidad laboral y el exceso de mortalidad en América Latina, confirmando la mayor vulnerabilidad de los y las trabajadoras informales. En el gráfico 6 se observa que los países que tienen mayores porcentajes de informalidad laboral son también los que han sufrido mayores niveles de exceso de mortalidad en este período, destacándose los casos del Estado Plurinacional de Bolivia y el Perú. Previo a la pandemia, diversos estudios entregaban evidencia sobre los impactos negativos de la informalidad en la salud de los y las trabajadoras a través de mecanismos como la inseguridad de ingresos, pobreza, condiciones de trabajo precarias e insuficiente acceso a los servicios de salud y protección social, entre otros (Ruiz, 2017; Rodríguez-Loureiro, 2018; Silva Peñaherrera y otros, 2021). De este modo, junto al mayor impacto que la crisis del mercado laboral gatillada por la pandemia ha tenido entre los y las trabajadoras informales (CEPAL/OIT, 2021; Velásquez, 2021), también habría una mayor vulnerabilidad en términos de salud, tanto por las desigualdades de salud previas a la pandemia como por su imposibilidad de respetar las cuarentenas debido a la necesidad de trabajar a diario para tener ingresos a causa de la limitada cobertura en los sistemas de protección social. Esta situación enfatiza la importante deuda con los y las trabajadoras informales en términos de protección social que, pese a los esfuerzos realizados por los países de la región, deben ser abordados de manera urgente (CEPAL, 2021b).

Gráfico 6
América Latina y el Caribe (16 países^a): exceso de mortalidad, según informalidad laboral, 2020-2021
(En porcentajes y muertes por cada 100.000 habitantes)



Fuente: Elaboración propia, sobre la base del Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). COVID-19 Excess Mortality Estimates 2020-2021 y CEPALSTAT (estimaciones armonizadas de la OIT).

^a Países incluidos: Argentina, Barbados, Estado Plurinacional de Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Suriname y Uruguay.

Los problemas estructurales de la región asociados a los determinantes sociales de la salud también se han visto impactados y agudizados por la crisis social y económica gatillada por la pandemia. A mediano y a largo plazo esto tendrá un impacto negativo en la salud de la población, como se ha visto, por ejemplo, en el efecto que ha tenido la crisis en la salud mental. La pandemia ha generado un marcado deterioro de la salud mental de las personas con un incremento de la ansiedad, estrés y depresión gatilladas por los extensos períodos de confinamiento y cuarentenas, la pérdida de seres queridos, la inestabilidad laboral y las dificultades para satisfacer las necesidades básicas, entre otros motivos (CEPAL, 2021b; Santomauro y otros, 2021; OPS, 2021; UNICEF, 2021a; OCDE, 2021a). De acuerdo con las estimaciones de la CEPAL, la pobreza y la pobreza extrema aumentaron por sexto año consecutivo en 2020 y a pesar de la recuperación de la economía en 2021 se proyecta un aumento de la pobreza extrema presentando un retroceso de 27 años. Además, la desigualdad de ingreso aumentó entre 2019 y 2020, interrumpiendo la tendencia decreciente que se observaba en la región desde 2002 (CEPAL, 2021a y 2022b). A ello, se agrega la profunda crisis en el mercado laboral, marcada en el primer año de la pandemia por un aumento de la tasa de desocupación y una disminución de las tasas de participación y de ocupación, con una reducción del empleo concentrado en personas jóvenes y trabajadores informales. Si bien a partir del segundo año de pandemia se ha observado una recuperación del empleo, este ha tenido lugar principalmente entre los trabajadores por cuenta propia, indicando una recuperación del empleo en condiciones de menor calidad e informalidad, acompañado por una profundización de las brechas laborales entre hombres y mujeres (CEPAL/OIT, 2021a y 2021b; CEPAL, 2022a). Adicionalmente, la pandemia ha vulnerado diversos derechos de la niñez, tales como el derecho a la salud, a la educación, a la protección y la seguridad social, entre otros, que ha tenido y seguirá teniendo importantes efectos en su bienestar (Castillo y Marinho, 2022).

Se prevé que este conjunto de impactos de la pandemia en las dimensiones sociales y económicas empeorarán la desigual distribución de los determinantes sociales de la salud, profundizando de esta manera las desigualdades en la región, en particular en el ámbito de la salud. Esta situación es más preocupante aún al considerar el profundo impacto que la pandemia ha tenido sobre los sistemas de salud y cómo se espera que ello afectará la salud de las personas. Ello enfatiza en la necesidad de avanzar hacia sistemas de salud universales articulados con los sistemas de protección social y que garanticen el acceso a la salud asegurando la satisfacción de las necesidades básicas de los y las trabajadoras, junto a sus familias, independientemente de su situación laboral.

II. De la emergencia en 2020 a la crisis sanitaria prologada en 2021 y 2022: el impacto en los sistemas de salud y en la salud de las personas

En esta sección se profundiza en los efectos que ha tenido la pandemia sobre los sistemas de salud durante estos dos años. Para ello se toman como ejes algunos indicadores que caracterizan su situación previa, como los de financiamiento y de acceso, y se describirán indicadores durante la pandemia como aquellos relacionados con barreras de acceso económicas y oferta. Los países han ido reconociendo las consecuencias de la crisis prolongada en el sistema de salud: efecto desplazamiento, acumulación de demanda de patologías no COVID-19 y enfrentamiento de una demanda duplicada junto con la necesidad de continuar abordando la pandemia con el sistema de atención, las medidas de salud pública y el despliegue de la vacunación. En este sentido, se utilizan indicadores como el exceso de mortalidad en tanto síntesis de la capacidad de respuesta del sistema, la protección financiera vista como el efecto económico de las debilidades o fortalezas de los sistemas de salud y la utilización de servicios y el gasto público en salud, como complementos relevantes de estas tendencias. Finalmente, se analiza el efecto agregado y global que ha tenido la pandemia sobre el bienestar y la salud de la población.

A. El efecto de la pandemia sobre sistemas de salud con debilidades estructurales y reproductores de la desigualdad

Durante los dos primeros años de la pandemia de COVID-19 la debilidad de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe ha condicionado la respuesta ante la emergencia y la crisis prolongada. Al inicio de la pandemia, los sistemas de salud de la región se caracterizaban por un déficit de financiamiento que producía efectos de escasez de recursos críticos para el

funcionamiento de las intervenciones y los sistemas de atención. Además, los sistemas de salud estaban marcados por la desigualdad reproduciéndola mediante segmentos diferenciados que hacen parecer a la salud dentro de un país como si fueran países distintos, replicando de esta forma la matriz de la desigualdad social (CEPAL, 2016).

Los sistemas de salud al interior de los países de la región están compuestos, a grandes rasgos, por tres subsistemas: uno precario para personas de bajo nivel socioeconómico, otro más ajustados a las necesidades para los trabajadores formales, a su vez pertenecientes a los estratos medios de ingreso, y un tercero, habitualmente un sector privado, para los sectores de mayor nivel socioeconómico. Dado lo anterior, los gastos per cápita de estos distintos submodelos pueden a veces presentar brechas de hasta cuatro veces en términos de recursos respecto de aquellos subsistemas orientados a la atención de la población menos favorecida, lo que implica variaciones también en la calidad de la atención. Adicionalmente, los sistemas de atención se encuentran fragmentados dado que cada segmento posee su propia especialización en cuanto a nivel socioeconómico. Ello se refleja directamente en los prestadores que no se coordinan en su propio enclave ni menos a nivel general, lo que convive, en la mayoría de los casos, con una atención primaria de baja prioridad financiera y escasez de recursos humanos, infraestructura y tecnología clave para la generación de intervenciones y atenciones de salud (CEPAL/OPS, 2020 y 2021).

1. Las respuestas a la pandemia desde el financiamiento de la salud: desigualdad y sostenibilidad insuficiente

El gasto público en salud, catalizador del esfuerzo de los países en el sector para dotarlo de sostenibilidad, era muy bajo antes de la pandemia y mostraba heterogeneidades importantes entre los países, en tanto que el gasto de bolsillo era muy alto con importantes efectos empobrecedores y financieramente catastróficos para las familias (Cid y otros, 2021). A partir del año 2014, los países de la región se comprometieron a aumentar el gasto público en salud y disminuir el gasto de bolsillo (OPS, 2014); sin embargo, el avance ha sido modesto. De acuerdo con los datos de la OMS (2022), entre 2014 y 2019 los países aumentaron, en promedio, solo en 0,3 puntos porcentuales el indicador de la participación en el PIB del gasto público en salud. Esto significa que pasó de 3,6% a 3,9% del PIB, en promedio. Con relación al gasto de bolsillo, hubo una disminución en 2 puntos porcentuales pasando desde un promedio de 34% a 32% de participación de este gasto en el gasto total en salud de cada país² (véase el gráfico 7). Los datos muestran que sólo una decena de países de América Latina y el Caribe han avanzado en el sentido esperado, esto es, aumentando el gasto público en salud y disminuyendo el gasto de bolsillo en salud, mientras que otro grupo de países de tamaño similar, en una constatación muy preocupante, retrocede respecto de los promedios de estos indicadores tal como se aprecia en el gráfico 7.

² Los datos aquí analizados difieren de los presentados por la CEPAL en el *Panorama Social de América Latina*, dado que se consideran coberturas institucionales diferentes. En el presente documento se utiliza el gobierno general como cobertura institucional, mientras que la CEPAL realiza el análisis del gasto social, incluido el gasto en salud, a nivel del gobierno central.

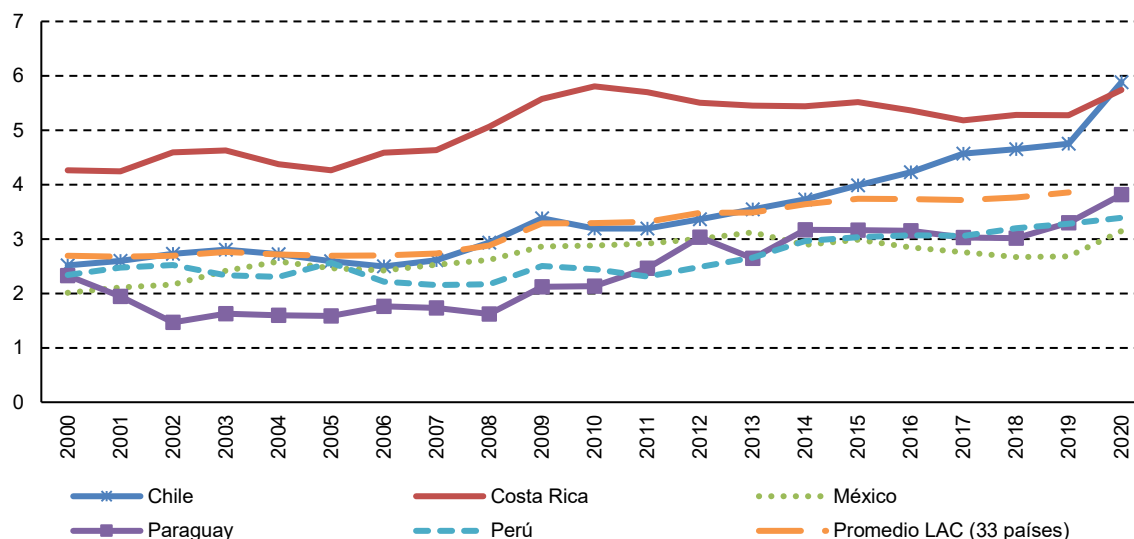
Gráfico 7
América Latina y el Caribe (33 países): cambios en el gasto público en salud^a como porcentaje del PIB y en el gasto de bolsillo en salud como porcentaje del gasto total en salud, entre 2014 y 2019
(En porcentajes)



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de datos del Global Health Expenditure Database de la OMS (GHED). Visitado el 28/02/2022.
^a El gasto en salud corresponde al gasto en salud del gobierno general en la nomenclatura de cuentas nacionales de salud (véase Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE)/Organización Mundial de la Salud (OMS)/Eurostat, A system of health accounts: 2011 Edition, Paris, OECD Publishing, 2011).
 Nota: Línea punteada representa la variación promedio de América Latina y el Caribe.

La respuesta en el primer año de pandemia en cuanto al financiamiento, a diferencia de la respuesta tradicional, fue contracíclica y apoyada por el gasto social, aumentando el gasto público en salud sobre el PIB y el gasto en salud per cápita. Se observa que incluso algunos países, como Chile, casi habrían ingresado al pequeño grupo de aquellos que muestran un gasto público en salud igual o superior al 6% del PIB (CEPAL, 2022a). Si bien este indicador habría estado explicado por la recesión económica (disminución del PIB), también es notable el aumento del gasto público en salud per cápita. En el gráfico 8 se ejemplifica esta situación para los países en que existe información como Chile, con el mayor crecimiento del gasto público en salud sobre el PIB, seguido del Perú, el Paraguay, México y Costa Rica. Ello significa que las políticas de financiamiento respondieron de forma positiva a la emergencia en casi todos los países de la región. No obstante, las tasas de aumento más destacadas se producen en el gasto social por las medidas de emergencia (CEPAL, 2022a), incluso en las medidas de soporte a la economía de las microempresas (Banco Mundial, 2021) y, en tercer término, en el gasto público en salud para paliar la situación de crisis.

Gráfico 8
América Latina y el Caribe (33 países): trayectoria del gasto público en salud
de América Latina y 5 países, 2000-2020
(En porcentajes del PIB)



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de datos GHED-OMS 2000-2019. Para 2020: México y Chile datos OECD. Costa Rica, Perú y Paraguay, estimaciones sobre la base de datos de CEPALSTAT.

^a El gasto en salud corresponde al gasto en salud del gobierno general en la nomenclatura de cuentas nacionales de salud (véase Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE)/Organización Mundial de la Salud (OMS)/Eurostat, A system of health accounts: 2011 Edition, Paris, OECD Publishing, 2011).

También se observa que el gasto de bolsillo en salud parece haber aumentado (Banco Mundial/OMS, 2021), lo que resulta contraintuitivo, ya que ocurre a pesar del aumento del gasto público en salud. Antes de la pandemia el gasto de bolsillo en salud ya provocaba efectos catastróficos y empobrecedores importantes para los hogares (Cid y otros, 2021; OPS, 2022). Dichos efectos pueden haberse visto acentuados en estos últimos dos años (OMS/Banco Mundial, 2021), lo que a la larga exacerba desigualdades y niveles de vulnerabilidad, impactando negativamente en la salud de las personas debido a su influencia en la matriz de desigualdades y los determinantes sociales de la salud.

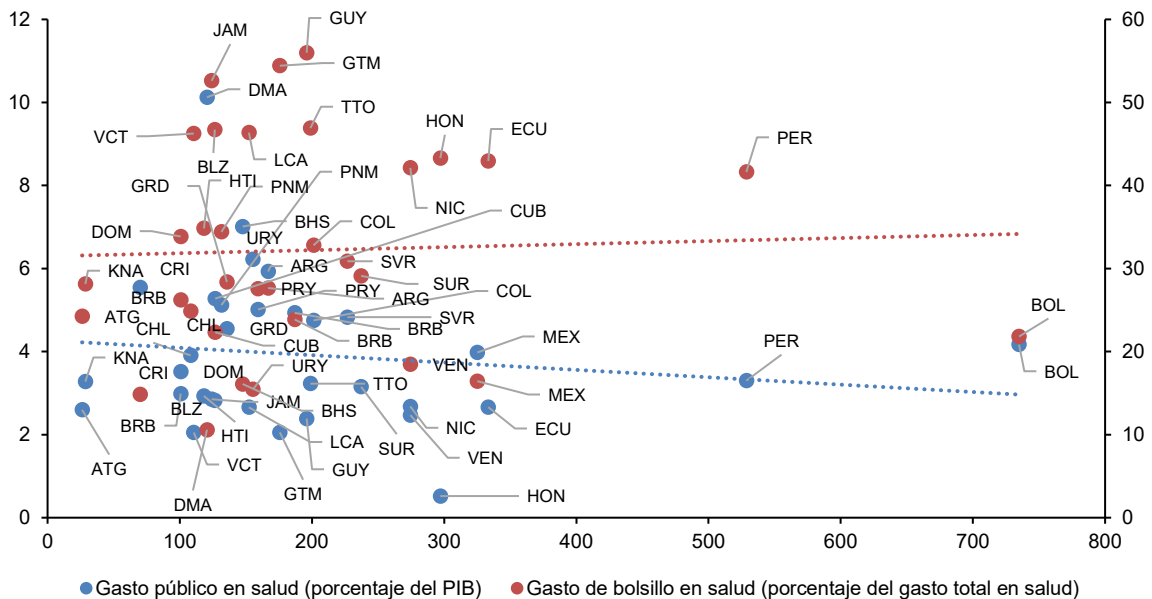
Durante el primer año de pandemia la política de financiamiento de la salud reaccionó en el sentido correcto, pero con una intensidad y sostenibilidad insuficiente y con una gran variabilidad entre países, persistiendo los problemas de acceso por la conformación anterior de los sistemas de salud con baja protección financiera, a lo que se agrega el efecto desplazamiento y de acumulación de demanda insatisfecha que emerge a raíz de la crisis sanitaria. Es probable que el escenario para el tercer año de pandemia (2022) resulte en un financiamiento poco sostenible y con un ajuste a la situación inicial de 2021. Para cambiar esta tendencia sería necesario que se realizaran esfuerzos proactivos orientados a aumentar el gasto público en salud para desplazar y disminuir el gasto de bolsillo eliminando copagos y otras tarifas en el momento y lugar de atención, ampliando la cobertura y el acceso con el fortalecimiento de la atención primaria. Ello, no solo para recuperar el terreno perdido, sino que también para acelerar el progreso hacia la salud universal en articulación con un fortalecimiento de la protección social, manteniendo las transferencias de emergencia para satisfacer las necesidades básicas (incluidos los servicios de salud) de las personas en situación de pobreza y hogares vulnerables.

2. El exceso de mortalidad durante la pandemia: diferencias según el desarrollo de los sistemas de salud

A pesar de los esfuerzos realizados por los países de la región en términos de políticas de financiamiento durante los dos primeros años de la pandemia, ello no fue suficiente para revertir el subfinanciamiento crónico de los sistemas de salud de la región ni sus efectos. Sin descartar la influencia de otros factores, ha existido una estrecha asociación, que tiende a consolidarse, entre los efectos más globales de la pandemia y el nivel de desarrollo de los sistemas de salud.

Si se interpreta el nivel de desarrollo de los sistemas de salud con el financiamiento y los efectos globales de la pandemia con la mortalidad en exceso (véase la sección I.B), se observa que mientras mayor es el gasto de bolsillo en salud y menor es el gasto público en salud, mayor pareciera ser el impacto de la pandemia medido como exceso de muertes. Esta situación, que es característica a nivel global (OMS, 2021), ya comienza a presentarse en la región y la posición de los países empieza a visibilizarse. En el gráfico 9 se observa la tendencia de que los países con mayor gasto público en salud y gastos de bolsillo moderados o bajos como Cuba, el Uruguay y Costa Rica presentan, a su vez, los menores niveles de mortalidad en exceso del grupo. De este modo, los casos del Estado Plurinacional de Bolivia y el Ecuador presentan altas tasas de exceso de mortalidad, aunque con niveles medios de gasto público en salud (una tendencia que es reciente) y niveles moderados de gasto de bolsillo. En el caso del Perú, su sistema de salud presenta niveles moderados en el gasto de bolsillo, pero el gasto público en salud es muy bajo. Sin duda existe la influencia de otros factores, y el elemento adicional más distintivo ha sido los niveles de informalidad laboral y la necesidad de satisfacer necesidades básicas, que de acuerdo con lo reportado influyeron fuertemente en que, en las grandes ciudades, como Lima, se hiciera imposible el acatamiento de los confinamientos por parte de la población (CEPAL, 2022a; Lizaraso y Del Carmen, 2021).

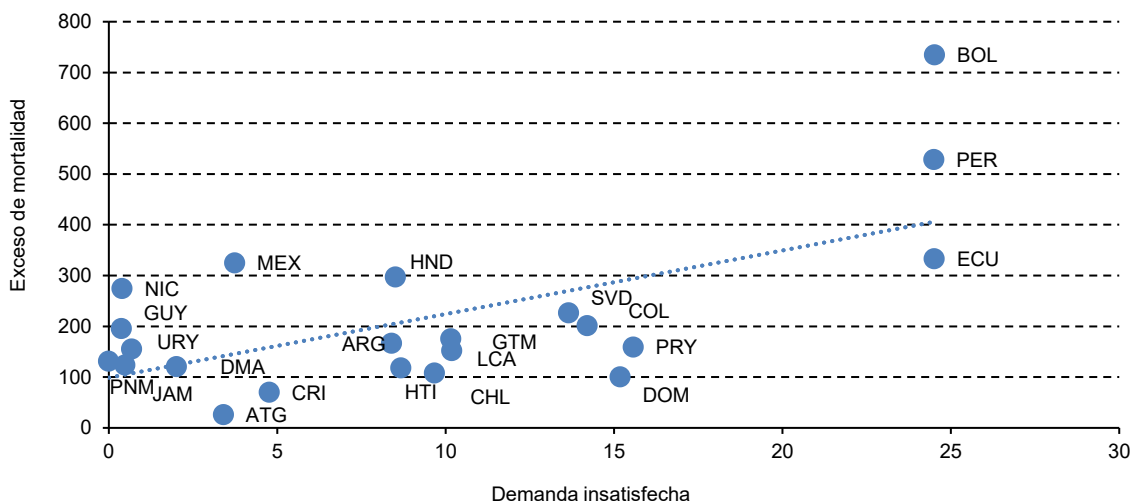
Gráfico 9
América Latina y el Caribe (33 países): gasto público y de bolsillo en salud y exceso de mortalidad
(En porcentajes)



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de datos del Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). COVID-19 Excess Mortality Estimates 2020-2021 y del GHED OMS de financiamiento de la salud.

A pesar del incremento del gasto público en salud y de una reorganización de los servicios para atender la pandemia, los problemas de acceso a la salud no pudieron evitarse y resultaron, entre otros, en importantes impactos en la salud medidos en exceso de muertes. Enfrentar al COVID-19 ha implicado concentrar las capacidades de los sistemas de salud en la atención de la enfermedad gatillada por el virus SARS-CoV-2, lo que además de las medidas de salud pública de distanciamiento físico y el temor de la población, ha generado un efecto de desplazamiento de la demanda regular (CEPAL, 2022a; CEPAL/OPS, 2021). Ello se tradujo en distintos niveles de demanda insatisfecha, entendida como población que necesitó atención sanitaria y que no la recibió, acumulándose un stock importante de problemas no resueltos y generando secuelas y muertes en exceso. Como puede observarse en el gráfico 10, en aquellos países de la región donde ha habido problemas de acceso a los servicios de atención de salud muy relevantes también se dieron mayores excesos de muertes, tal como es el caso del Estado Plurinacional de Bolivia, donde casi un cuarto de la población afirma no haber recibido la atención o tratamiento médico necesario y la tasa de exceso de mortalidad fue la más alta de los países considerados. Al tercer año de pandemia esta situación no se ha resuelto y desafía a las capacidades institucionales de los sistemas de salud, que deben ser analizadas y debidamente financiadas.

Gráfico 10
América Latina (21 países): hogares que declararon no tener acceso a la salud
y exceso de muertes durante la pandemia del COVID-19
(En tasas por 100.000 habitantes y en porcentajes)

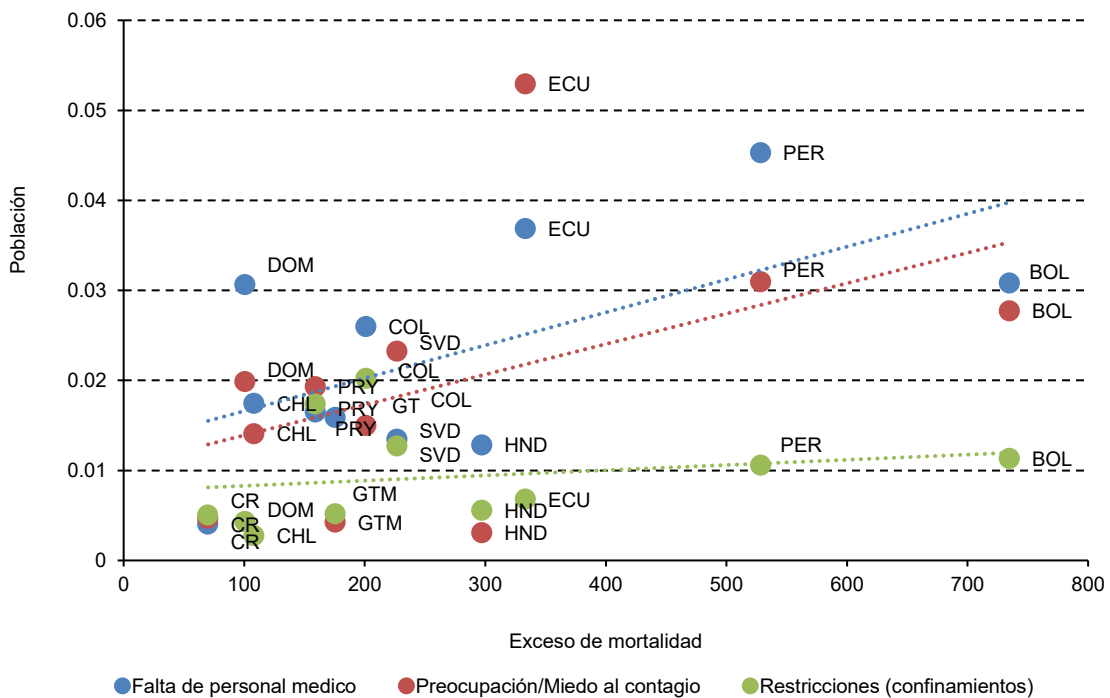


Fuente: Elaboración propia, sobre la base de las encuestas de alta frecuencia del Banco Mundial 2020 y 2021 y datos del Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). COVID-19 Excess Mortality Estimates 2020-2021.

Luego de dos años de crisis sanitaria se sabe que las debilidades que caracterizan a los sistemas de salud descritas aquí y en otros documentos (CEPAL/OPS, 2021; CEPAL, 2022a), repercutieron en la respuesta a la pandemia. Las primeras olas de COVID-19 debieron ser enfrentadas por los países con sistemas de salud en condiciones de graves restricciones financieras con grandes efectos en algunos de ellos, para luego normalizarse a partir de la implementación de programas o políticas específicas tendientes a superar, al menos momentáneamente, las normas jurídicas como, por ejemplo, en torno a la protección financiera. No obstante, los efectos del subfinanciamiento del sector de la salud tuvo consecuencias medidas en salud poblacional que pueden observarse en la asociación directa que existe

entre el exceso de mortalidad y la falta de acceso a la atención de salud por escasez de recursos, específicamente por falta de disponibilidad de personal médico (véase el gráfico 11). Dicha asociación también se observa en un grupo de países de la región con respecto a la falta de acceso a los servicios médicos por miedo al contagio.

Gráfico 11
América Latina (11 países): razones para no acceder a servicios de atención de salud y exceso de mortalidad durante la pandemia del COVID-19 en 2020-2021
(En porcentajes y mortalidad por 100.000 habitantes)

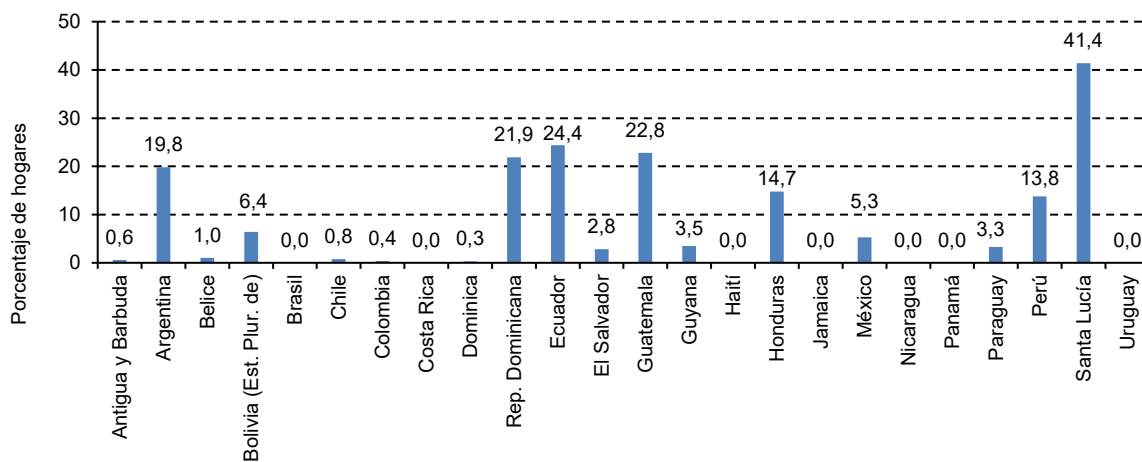


Fuente: Elaboración propia, sobre la base de las encuestas de alta frecuencia del Banco Mundial 2020 y 2021 y datos del Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). COVID-19 Excess Mortality Estimates 2020-2021.

3. Barreras financieras: dificultad de acceso a la salud durante la pandemia

Además del efecto de desplazamiento generado en la pandemia ocasionado tanto por la reorganización de los servicios de salud como por el temor de la población, en numerosos países la población enfrentó distintas dificultades al acceso a la salud, entre otros factores, producto de las barreras financieras. De acuerdo con datos recabados en distintos momentos de la pandemia (Banco Mundial, 2020), millones de personas no pudieron acceder a la salud simplemente por falta de dinero. Como puede observarse en el gráfico 12, más de un cuarto de los hogares de Santa Lucía reportó en una de las mediciones realizadas no haber accedido a la salud, a pesar de haberlo necesitado, debido a la falta de dinero, mientras que un 10% de los hogares en la Argentina indicaron haberse encontrado en la misma situación. Entre el 6,8% y el 7,4% de los hogares en el Perú, Honduras y el Ecuador mostraban este impacto, factor importante también en el Estado Plurinacional de Bolivia, Guyana y México con cerca del 3% de los hogares comprometidos.

Gráfico 12
América Latina y el Caribe (24 países): hogares que declararon no tener acceso a la salud por falta de dinero durante la pandemia del COVID-19 (resultado más alto de encuestas para cada país en 2020 y 2021)
(En porcentajes)



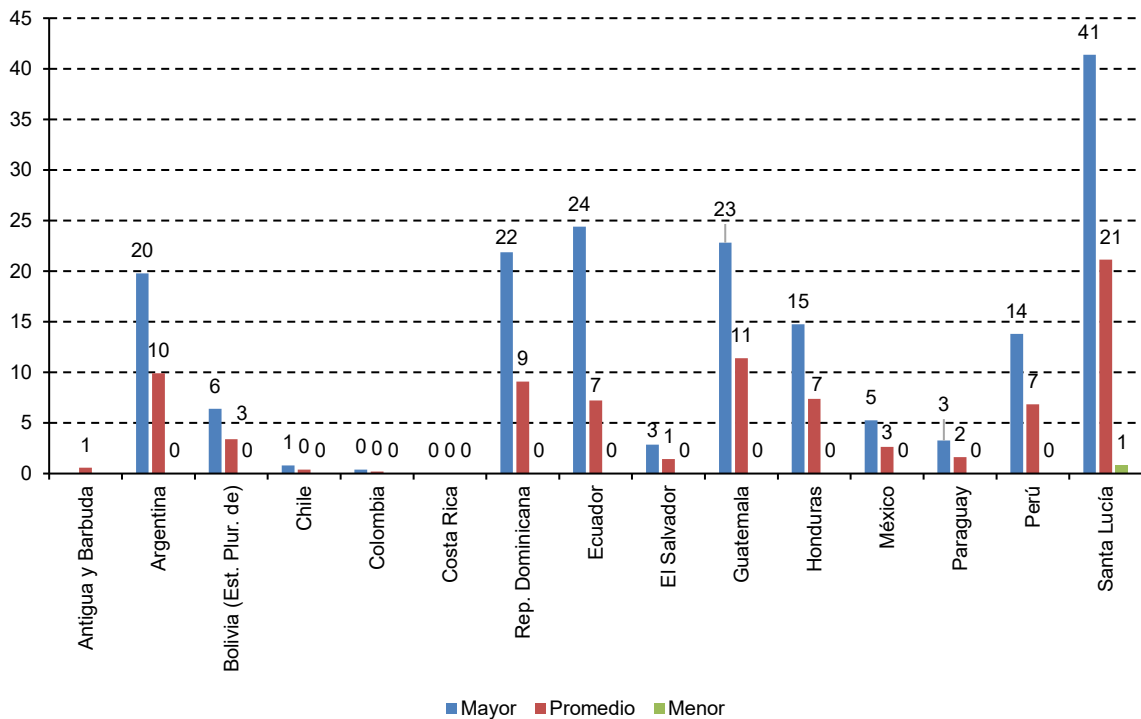
Fuente: Elaboración propia, sobre la base de las encuestas de alta frecuencia del Banco Mundial 2020 y 2021.

Al considerar distintos momentos de la pandemia entre 2020 y 2021, se observa que esta situación no fue permanente en el tiempo sino que, junto a momentos críticos de falta de acceso a la atención médica por falta de dinero también se dieron períodos en que ello mejoró significativamente (véase el gráfico 13). Por ejemplo, al considerar el caso del Ecuador se observa que, a pesar de que en un momento de la pandemia casi un cuarto de su población afirmaba no tener acceso a la salud por falta de dinero, en otro momento dicha proporción fue equivalente a cero. Es probable que en aquellas situaciones en que la falta de acceso por temas financieros reportada por la población fue baja o inexistente exista una relación con la capacidad de pago de las personas por las transferencias de emergencia, es decir, a través del gasto de bolsillo subsidiado. Ello, ya que no en todos los países de la región se legisló a favor de la protección financiera, con suspensión de copagos en los tratamientos y ampliación del acceso al sector privado financiado con gasto público. De este modo, como se aprecia en el gráfico 13, la barrera sólo prevaleció en las siguientes mediciones para Santa Lucía y Dominica con impactos menores al 1% de los hogares que presentaron barreras de este tipo.

En síntesis, si bien la crisis sanitaria llevó a los gobiernos de la región a incrementar el gasto social y, en particular, el gasto público en salud, permanece la incertidumbre respecto de si este aumento será puntual o si será sostenido en 2021 y en adelante. Entre otros factores, este escenario incierto encuentra sus bases en las dificultades en torno al espacio fiscal disponible en un contexto de deuda pública incrementada. Los aumentos en los gastos públicos se combinaron con grandes disminuciones en los ingresos de los gobiernos debido a la caída de la actividad y la recaudación, lo que aumentó la deuda pública. La caída en los ingresos públicos implicó niveles más altos de financiamiento del déficit y un salto en los niveles de deuda pública en la mayoría de los países, lo que ejerce una presión adicional sobre el espacio fiscal para salud y su sostenibilidad financiera en los próximos años, representando un importante desafío para la gran mayoría de los países de la región. A su vez, los datos muestran que el gasto de bolsillo ha ocupado un lugar central durante la pandemia, obstaculizando el acceso a la salud e incrementando la falta de atención sanitaria requerida, dejando en evidencia la centralidad de la protección financiera en salud. De este modo, alcanzar un aumento sostenible del gasto público en salud es fundamental no solo para apoyar la necesidad de seguir respondiendo a la crisis sanitaria del COVID-19,

sino también para responder a las listas de espera incrementadas por el efecto desplazamiento y al tratamiento de las secuelas de COVID-19. En definitiva, aumentar el gasto público en salud es clave para hacer frente a las reestructuraciones y/o cambios estructurales requeridos por los sistemas de salud para estar mejor preparados y ser más resilientes ante nuevas crisis.

Gráfico 13
América Latina y el Caribe (15 países): hogares que declararon no tener acceso a la salud por falta de dinero durante la pandemia del COVID-19 (de las encuestas realizadas entre 2020 y 2021)
(En porcentajes)



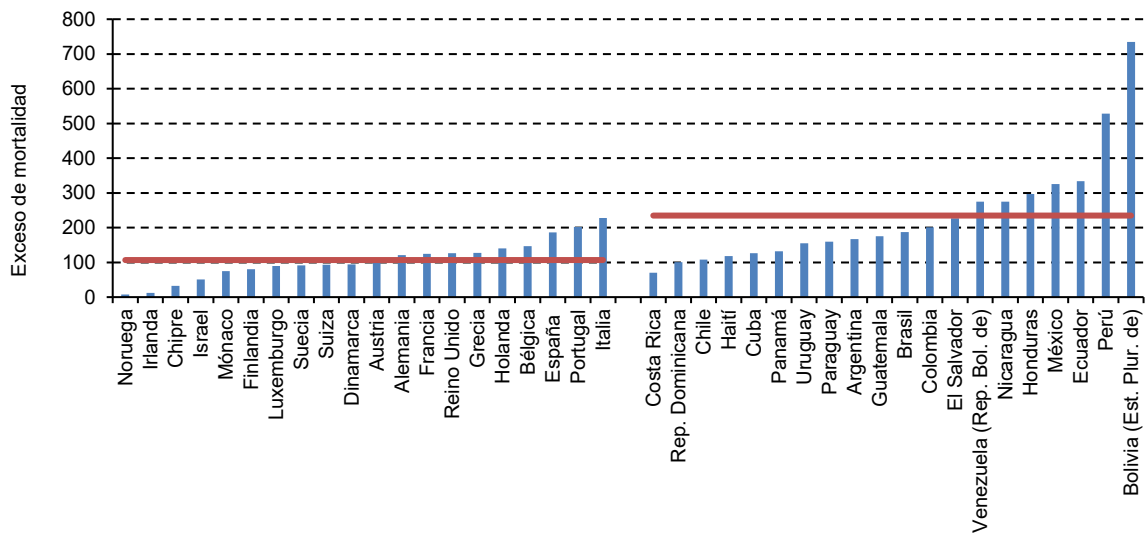
Fuente: Elaboración propia, sobre la base de las encuestas de alta frecuencia del Banco Mundial 2020 y 2021.
 Nota: se incluyen solo países con dos o más mediciones.

B. Los desiguales resultados de la pandemia: la importancia de la protección financiera

Como se analizó en la primera sección de este documento, los países de la región presentan diferencias marcadas en mortalidad y exceso de mortalidad respecto de los países de otras regiones más desarrolladas así como en cuanto a las características de sus sistemas de salud. Si bien estos efectos diferenciales no pueden ser atribuidos solamente a los sistemas de salud, como se ha mostrado en este y otros documentos, (CEPAL/OPS, 2021), es evidente que pueden describirse grandes diferencias respecto de las fortalezas de los sistemas de salud, tanto en gasto como en capacidad de infraestructura y recursos humanos, y donde los efectos agregados medidos en mortalidad excedida son marcadamente menores que los de los países de América Latina y el Caribe. Ningún país de Europa, región que se caracteriza por tener sistemas de salud más robustos, supera el promedio de exceso de

mortalidad de América Latina, mientras que en América Latina solo dos países presentan una cifra menor al promedio de Europa occidental. En el gráfico 14 se presenta el promedio de los países de América Latina y el Caribe, que corresponde a 235 muertes por cada 100.000 habitantes de exceso de mortalidad, en comparación al de los países europeos, de 107 muertes. Ello deja en evidencia, al momento de enfrentar crisis como la actual, la importancia de contar con sistemas de salud universales, integrales y sostenibles, estando estas características presentes en la mayor parte de los países de Europa.

Gráfico 14
Exceso de mortalidad comparada: América Latina (20 países) versus países de Europa (20 países)
(En porcentajes)

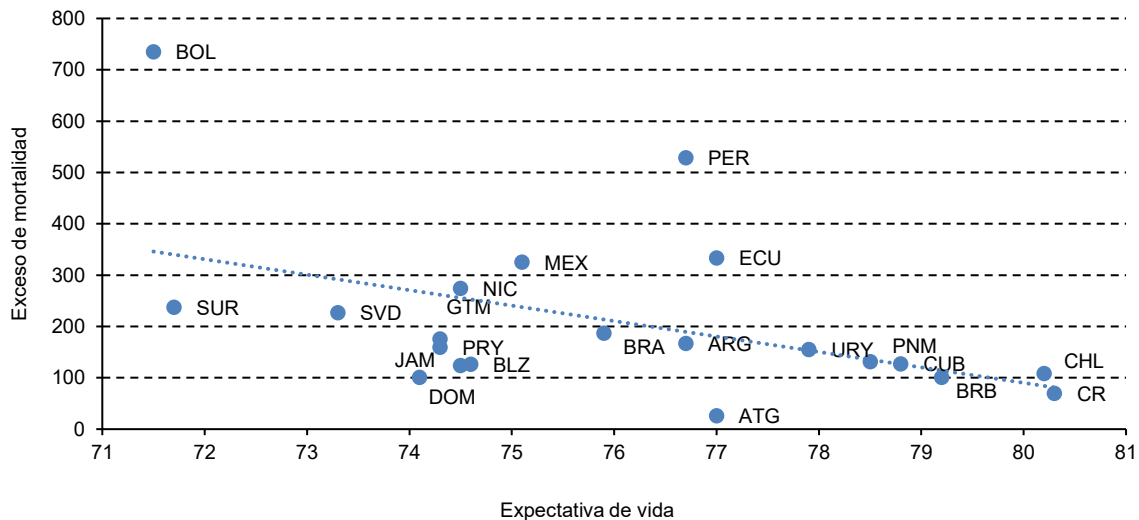


Fuente: Elaboración propia, sobre la base de datos del Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). COVID-19 Excess Mortality Estimates 2020-2021.

Otra manera de acercarse al estado de la salud de la población, tomando en consideración no solo los sistemas de salud sino también los demás determinantes de la salud, es a través de la expectativa de vida de su población. Si bien este es un indicador que cambia lentamente entre las distintas generaciones, es un hecho reportado que países desarrollados ya han registrado disminuciones en su esperanza de vida como consecuencia de la pandemia. De hecho, la esperanza de vida en 2020 disminuyó en 24 de los 30 países de la OCDE (OCDE, 2021). Este es un indicador que aumenta en el tiempo aun cuando, según informa el organismo internacional, el aumento de la esperanza de vida se había ralentizado notablemente en una serie de países de la OCDE antes de la pandemia, en gran parte debido a una desaceleración en la recuperación de enfermedades cardiovasculares, un aumento de la mortalidad por demencia y temporadas de gripe especialmente agresivas. No obstante, la pandemia ha generado un efecto que cambia dicha tendencia, observándose una disminución absoluta. La reducción anual fue particularmente importante en Estados Unidos (-1,6 años), España (-1,5 años), Lituania y Polonia (-1,3 años), así como en Bélgica e Italia (-1,2 años). La esperanza de vida en Italia, Polonia, España y el Reino Unido está ahora aproximadamente en torno a los niveles de 2010, mientras que, en los Estados Unidos, la esperanza de vida proyectada en 2020 es más de un año inferior a la de 2010.

A pesar de que estos datos aún no están disponibles para América Latina y el Caribe, puede observarse una tendencia de mayor impacto en términos de exceso de mortalidad en aquellos países que tienen menores niveles de bienestar, medidos en expectativa de vida, exacerbando de este modo la desigualdad de la región (véase el gráfico 15). Es muy probable que cuando se conozcan los datos sobre el impacto de la pandemia en la expectativa de vida en los países de América Latina y el Caribe también pueda apreciarse una disminución, dejando al descubierto la magnitud del impacto de la pandemia en términos de la caída en el bienestar de la población, así como también la relevancia de los determinantes sociales de la salud y el efecto de la matriz de la desigualdad social en la salud de las personas.

Gráfico 15
América Latina y el Caribe (21 países): expectativa de vida y porcentaje de exceso de mortalidad durante el COVID-19
(En muertes por cada 100.000 habitantes y años)



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de datos del Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), COVID-19 Excess Mortality Estimates 2020-2021y CEPALSTAT.

Como se desarrolló en la sección anterior, la pobreza y el deterioro de la salud están interrelacionadas (OMS, 2001; Wagstaff, 2002). Los países con menores niveles de ingreso tienden a presentar peores resultados sanitarios que los más desarrollados y, dentro de cada país, las personas y comunidades en situación de vulnerabilidad tienen más problemas de salud, lo que se ve exacerbado en la región de América Latina y el Caribe, entre otros factores, por la segmentación de los sistemas de salud y las desigualdades socioeconómicas. Como se mencionó anteriormente, la causalidad es bidireccional. La enfermedad puede tener un considerable efecto en los ingresos familiares y conducirla a estar por debajo de la línea de pobreza y permanecer allí a causa del excesivo gasto de bolsillo en salud. Así, la pobreza y los bajos ingresos son causa y consecuencia del deterioro de la salud de las personas. Las personas y las comunidades que viven en situación de pobreza sufren múltiples privaciones sociales que, ante la ausencia de sistemas de protección social universales, integrales y sostenibles, articulados con los sistemas de salud, se expresan en altos niveles de mala salud.

Además, es preciso reconocer que en el escenario actual ha existido un problema con el acceso a los medicamentos y muy probablemente un aumento de la automedicación, que también contribuye a aumentar el gasto de bolsillo en salud, ya que en la región suelen pagarse de manera privada (Banco Mundial y OMS, 2021). Según el Banco Mundial y la OMS (2021) este patrón de automedicación, que también genera externalidades negativas para la salud, se evidenció de manera global durante la pandemia en la alta demanda, las compras por pánico y el acaparamiento de medicamentos y artículos médicos, resultando en precios más altos de medicamentos, vacunas y otros productos básicos. Efectos similares se pudieron observar como consecuencia de las limitaciones asociadas a las restricciones de viaje y las interrupciones en las cadenas de suministro durante la pandemia.

La protección financiera de las personas y comunidades, es decir, que todas y todos obtengan los servicios de salud que necesitan sin experimentar dificultades económicas que los sometan a riesgos de empobrecimiento o los exponga a gastos catastróficos, es una parte fundamental de la cobertura y acceso universal a la salud (OPS, 2014). Los efectos perjudiciales de la mala salud sobre el nivel de vida familiar deben considerarse como una influencia inaceptable en la desigualdad social, ya que las pérdidas de ingresos y los pagos de la atención sanitaria asociados a la mala salud son simplemente la consecuencia involuntaria de situaciones negativas de salud. Esto distingue a la inversión en salud de la mayor parte de las demás partidas de los presupuestos familiares y conduce naturalmente a la idea de que la carga financiera de dichas situaciones debería ser soportada en forma colectiva, es decir, por el conjunto de la sociedad, en vez de permitir que tenga una repercusión negativa sobre la desigualdad de ingresos y en la pobreza. Se requiere de una política pública robusta, financieramente sostenible, representada por un sistema de salud que responda al problema.

Esta constatación es la que ha alimentado la formulación de metas en torno a los gastos de bolsillo y la protección financiera en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible a través del ODS 3, que busca garantizar una vida sana y promover el bienestar para todas y todos a lo largo del ciclo de vida (ONU, 2015). De este modo, se ha aceptado la idea prevaleciente en los países europeos y de la OCDE, de que el financiamiento de la salud no debería estar correlacionado con eventos y necesidades de salud en los hogares o, al menos debería depender de los ingresos de las familias de manera no regresiva. Por otra parte, debe entenderse que cuando se refiere a que la carga debiera ser soportada por el conjunto de la sociedad, ello alude no solo a la necesidad de contar con un nivel y una organización razonable de los recursos financieros, sino que también a que esa respuesta organizada del conjunto de la sociedad refiere al sistema de salud que los países son capaces de desarrollar. Así se entiende que la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible contenga también metas asociadas a sus niveles de acceso en el ODS 3 acerca de salud, siendo la protección financiera un indicador de la fortaleza de los sistemas de salud.

III. La centralidad del acceso a las vacunas en el control de la crisis sanitaria y el rol de las respuestas multisectoriales ante una crisis que sigue vigente

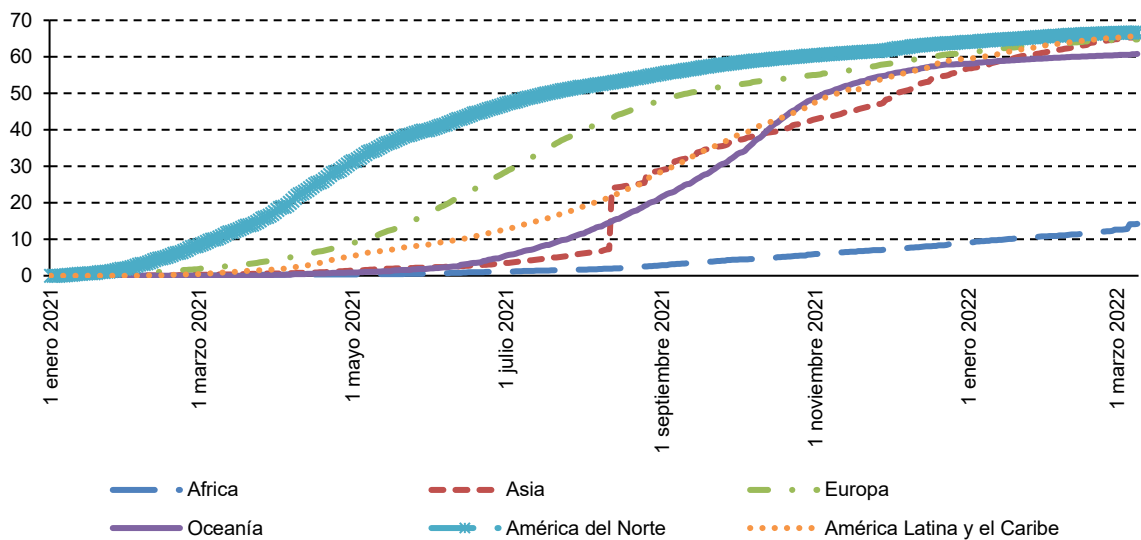
Las respuestas de los países de América Latina y el Caribe incluyeron un conjunto de medidas de salud pública y de protección social que buscaron contener la propagación del virus. En un principio, esto se hizo exclusivamente a través de períodos de confinamiento, distanciamiento social y uso de equipo de protección personal, como las mascarillas, junto con apoyos monetarios que permitieran a la población cumplir con dichas medidas. Durante el segundo año de la pandemia, a este conjunto de medidas se añadió la vacunación de la población contra el COVID-19, pasando esta a ser la principal herramienta de control de la crisis sanitaria, sin abandonar necesariamente las medidas anteriores. En esta sección se analizan las diversas medidas que han tomado los gobiernos desde el inicio de la pandemia para contener la propagación del virus y controlar la crisis sanitaria así como la evolución de los procesos de vacunación en la región, considerando la complejidad que ello ha significado para los países, para luego analizar las medidas de salud pública que se han implementado, tanto desde el área de la salud como otros sectores, como la protección social y la economía.

A. La urgencia de acelerar los procesos de vacunación masiva

El proceso de vacunación contra el COVID-19, iniciado a nivel global a fines de 2020 y en la región a inicios de 2021, ha estado marcado por importantes asimetrías entre los países desarrollados y en desarrollo, así como por una alta heterogeneidad entre los países de América Latina y el Caribe. Al comienzo de este proceso de vacunación de la población hubo una alta concentración de las vacunas por parte de los países desarrollados (CEPAL, 2021d), generándose en la región una escasez de vacunas que impedía ampliar la cobertura de vacunación a una velocidad que permitiera controlar la crisis sanitaria (CEPAL/OPS, 2021).

Frente a la situación de escasez de vacunas a nivel mundial y bajo el lema que “nadie está a salvo hasta que todos los estén” (UNICEF, 2021b), se creó el Mecanismo COVAX, liderado por CEPI, GAVI, OMS, con la colaboración de UNICEF y el apoyo de Fondo Rotatorio de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), con la misión de garantizar el acceso equitativo mundial a las vacunas contra el COVID-19. No obstante, dicho mecanismo ha experimentado diversas dificultades, en su mayoría ajenas a su funcionamiento, para cumplir con los compromisos asumidos (CEPAL/OPS, 2021), lo que ha contribuido a que persista una situación de desigual acceso a las vacunas a nivel mundial. Como puede observarse en el gráfico 16, la brecha respecto a la población con esquema completo de vacunación contra el COVID-19 entre América Latina y el Caribe y las regiones de Europa y América del Norte comienza a estrecharse recién hacia finales de 2021, alcanzándose niveles similares en marzo de 2022. No obstante, la situación de África, donde menos del 20% de la población cuenta con el esquema completo de vacunas, deja entrever la permanencia de la desigualdad en esta materia a nivel global, lo que se traduce en el riesgo de emergencia de nuevas variantes de SARS-CoV-2 que amenacen la efectividad de las vacunas desarrolladas.

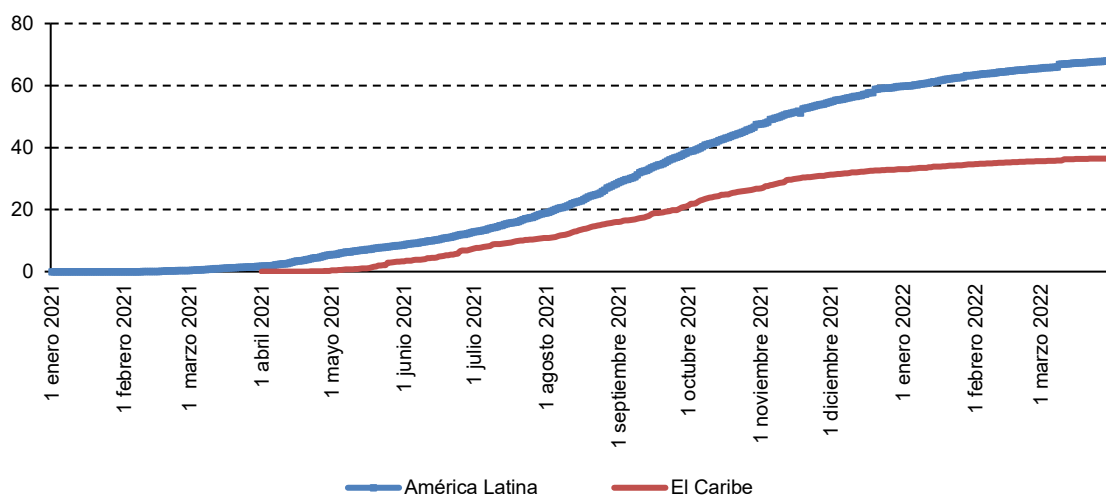
Gráfico 16
Población con esquema completo de vacuna contra el COVID-19, según regiones, 2021-2022
(En porcentajes)



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de Our World in Data.

Los países de América Latina y el Caribe han realizado grandes esfuerzos para acelerar la vacunación de su población, alcanzándose a nivel regional casi el 70% del total de la población con esquema completo contra el COVID-19 a fines de marzo de 2022. Sin embargo, la realidad entre las subregiones y entre los países está profundamente marcada por la desigualdad. En el gráfico 17 se sintetiza la evolución de este proceso por subregiones, observándose en el período comprendido entre marzo 2021 y marzo 2022 que América Latina logró vacunar al 66% del total de su población; sin embargo, dicha proporción alcanza solamente al 36% en el caso del Caribe. Si bien los países del Caribe iniciaron su proceso de vacunación algunos meses después que América Latina, puede observarse que entre mayo y agosto de 2021 tuvieron un ritmo de vacunación similar al resto de la región para luego disminuir dicha velocidad, produciéndose una notoria desaceleración a partir de mediados de noviembre del mismo año.

Gráfico 17
América Latina y el Caribe (33 países): población con esquema completo de vacuna
contra el COVID-19, según subregión, 2021-2022
(En porcentajes)

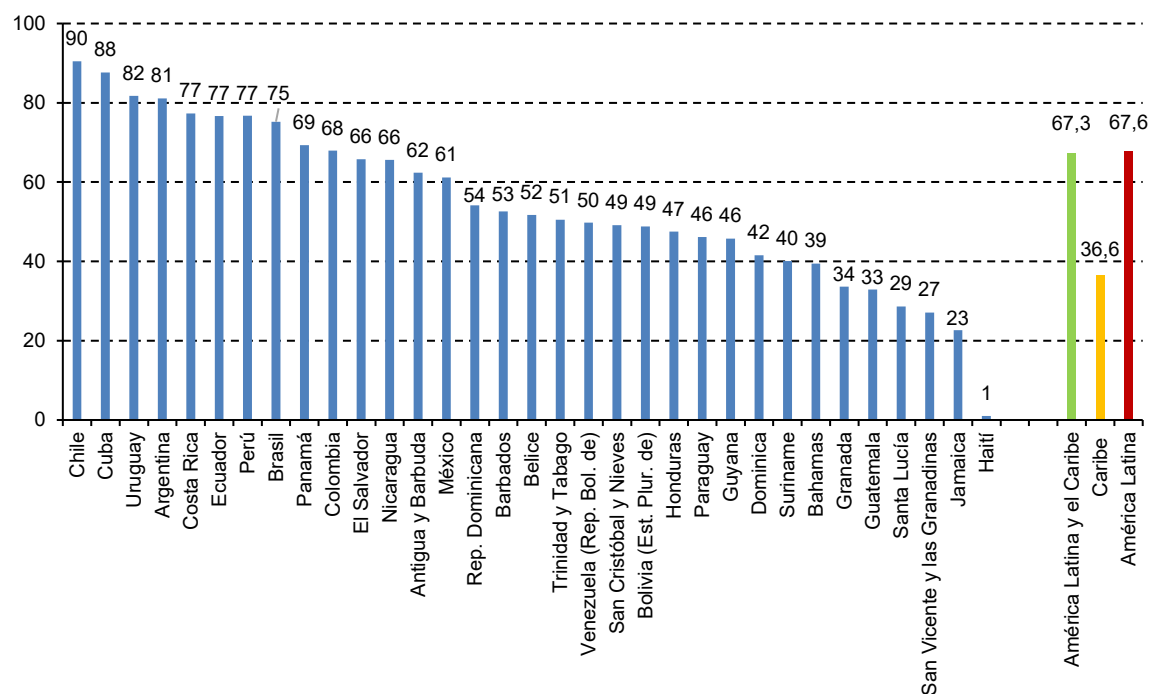


Fuente: Elaboración propia, sobre la base de H. Ritchie y otros, "Coronavirus Pandemic (COVID-19)", Our World in Data, 2020 [en línea] <https://ourworldindata.org/coronavirus>.

Esta situación de desigualdad es un reflejo de la gran heterogeneidad que se experimenta entre los países de América Latina y el Caribe. Mientras países como la Argentina, Chile, Cuba y el Uruguay han vacunado a más del 80% de su población a inicios de abril 2022, un total de siete países aún no alcanza el 40% de su población vacunada, siendo esta la meta establecida por la OMS para finales de 2021, observándose de esta manera un fuerte rezago (véase el gráfico 18). De igual modo, considerando la evolución que han tenido los países hasta el momento, se estima que al menos un tercio de ellos no alcanzará a vacunar al 70% del total de su población a mediados de 2022, no llegando a cumplir el objetivo mundial planteado por la OMS (OMS, 2021c). Estas brechas no solo reflejan la desigual distribución y capacidad para implementar los planes de vacunación entre los países, sino que también dejan en evidencia una situación en que una gran proporción de la población no tiene acceso garantizado a este bien común/global, siendo el caso de Haití el más preocupante en la región. De igual manera, la alta circulación del virus que se genera en localidades con bajos porcentajes de vacunación aumenta las probabilidades que surjan nuevas variantes y se produzcan retrocesos importantes en el control de la pandemia.

A pesar de que las vacunas son el principal instrumento para controlar la crisis sanitaria, investigaciones internacionales han sugerido que su efectividad disminuye con el tiempo y frente a la variante Ómicron (Candelli, 2022; Feikin y otros, 2022; Callaway, 2021; Barda y otros, 2021), por lo que la mayor parte de los países del mundo y de la región han iniciado el proceso de administrar una tercera dosis (o dosis de refuerzo) de la vacuna contra el COVID-19 para mantener la inmunidad frente al virus. Este proceso ha abierto un importante debate a nivel internacional toda vez que, por una parte, la evidencia sugiere la necesidad de implementar una dosis de refuerzo para compensar la pérdida de inmunidad luego de 5 meses de haber completado el esquema de vacunación contra el COVID-19 y a raíz de nuevas variantes más contagiosas, mientras que, por la otra, persiste la desigualdad a nivel global en términos de la distribución de las vacunas.

Gráfico 18
América Latina y el Caribe (33 países): población con esquema completo de vacuna
contra el COVID-19 al 4 de abril de 2022
(En porcentajes)



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de H. Ritchie y otros, "Coronavirus Pandemic (COVID-19)", Our World in Data, 2020 [en línea] <https://ourworldindata.org/coronavirus>.

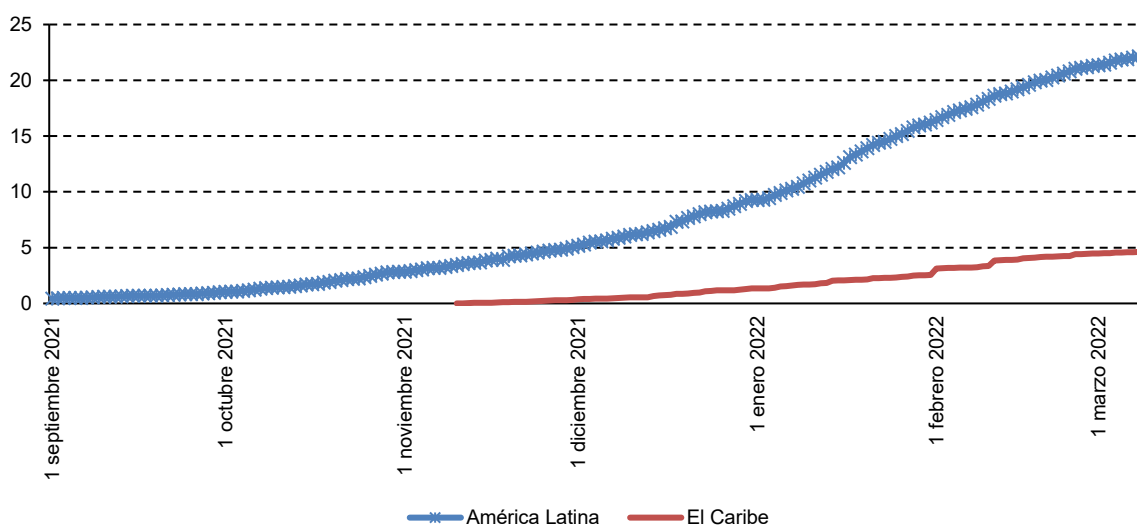
De acuerdo con la OMS, las decisiones relacionadas con las dosis de refuerzo deben basarse no solo en evidencias a nivel individual y de salud pública nacional, sino también en consideración de la necesidad de garantizar una igualdad de acceso a la vacuna a nivel global, de tal forma que se reduzcan los riesgos de aparición de nuevas variantes y una mayor prolongación de la pandemia (OMS, 2021b). Al observar la desigualdad entre las regiones, subregiones y países presentada en los gráficos anteriores, queda claro que dicha garantía no se ha logrado en lo que respecta al esquema completo. Por ello, resulta preocupante la desigualdad que se observa respecto al acceso a las vacunas de refuerzo, toda vez que su avance en los países desarrollados podría significar un retraso en la vacunación de la población sin vacuna. El director de la OMS afirmó el año pasado que "es probable que los programas generales de refuerzo prolonguen la pandemia, en lugar de ponerle fin, al desviar el suministro a países que ya tienen altos niveles de cobertura de vacunación, dando al virus más oportunidades de propagarse y mutar", enfatizando que ningún país puede salir de la pandemia mediante estos programas, mientras no se alcance la garantía global de acceso a las vacunas (OMS, 2021)³.

Esta tendencia también se observa a nivel regional en América Latina y el Caribe. Mientras que América Latina ha vacunado a un cuarto de su población con la dosis de refuerzo a inicios de abril de 2022, en el Caribe ello alcanza apenas al 5% de la población (véase el gráfico 19). Es fundamental

³ Véase [en línea] <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---22-december-2021>.

destacar que países como Chile, Cuba y el Uruguay ya tienen a más de la mitad de su población con la dosis de refuerzo e incluso han comenzado a aplicar una cuarta dosis, mientras que, a la misma fecha, seis países del Caribe aún no han alcanzado al 40% de su población con esquema completo de vacunación, dejando en evidencia la profunda desigualdad existente en la región en esta materia.

Gráfico 19
América Latina y el Caribe (33 países): población con dosis de refuerzo de vacuna contra COVID-19, según subregión, 2021-2022
(En porcentajes)



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de H. Ritchie y otros, "Coronavirus Pandemic (COVID-19)", Our World in Data, 2020 [en línea] <https://ourworldindata.org/coronavirus>.

El desigual acceso a las vacunas y la fragmentación regional con que se han enfrentado los países en esta materia han dejado en evidencia la necesidad de formular mecanismos de cooperación y colaboración regional que sean sostenibles, observándose algunos ejemplos que vale la pena destacar. Tal es el caso del Plan Integral de Autosuficiencia Sanitaria desarrollado por la CEPAL, en el marco de su trabajo con la CELAC, el que busca no solo acelerar los procesos de vacunación contra el COVID-19 orientados a controlar la crisis sanitaria actual, sino también, en un marco de tiempo más largo, fortalecer y generar capacidades tecnológicas y productivas que permitan avanzar en sistemas locales de producción de vacunas y medicamentos para la región, de tal modo que esté mejor preparada para futuras crisis (CEPAL, 2021d). Iniciativas como esta responden, por una parte, a la centralidad que tiene la solidaridad y coordinación regional ante las crisis, así como también a la relevancia de invertir en investigación, innovación y desarrollo de tecnologías para la salud en América Latina y el Caribe (CEPAL/OPS, 2021).

B. Medidas de salud pública: la relevancia de la multisectorialidad

Junto con los esfuerzos realizados para avanzar en la vacunación masiva de la población para controlar la crisis sanitaria, los países han implementado un conjunto de medidas de salud pública, políticas económicas y de protección social que fueron, y continúan siendo, centrales para la gestión de

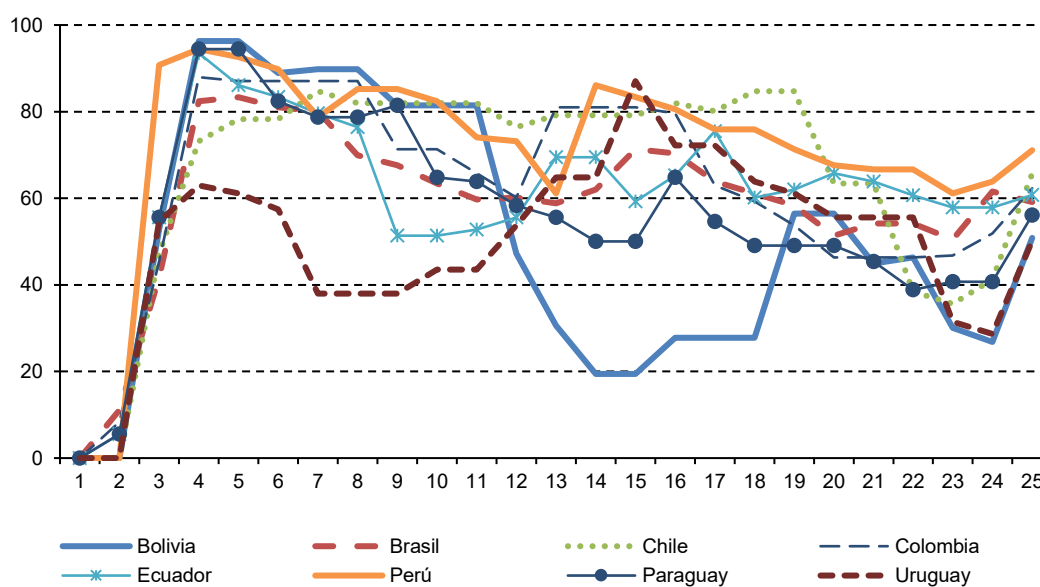
la pandemia. La CEPAL y OPS (2021) han enfatizado la necesidad de contar con un enfoque intersectorial en las políticas de salud y avanzar hacia mayores niveles de articulación entre los sistemas de salud y de protección social, de tal modo que actúen en conjunto para contener la crisis sanitaria y social gatilladas por la pandemia.

La Universidad de Oxford⁴ ha sintetizado este conjunto de medidas en un índice de rigor (*Stringency Index*), que incluye medidas tales como políticas de contención y cierre (cierre de escuelas y reducción de movilidad), políticas económicas o de protección social (transferencias de emergencia y subsidios al empleo), políticas del sistema de salud (testeo y trazabilidad) y políticas de vacunación (grupos elegibles, lista de priorización y costo individual). Al considerar este índice para América Latina y el Caribe, se observa que los países respondieron, en promedio, con medidas de salud pública medianamente estrictas dado que los promedios se encuentran alrededor de la mitad de la puntuación posible, es decir, entre 60 y 70 puntos de 120 puntos que considera el índice analizado.

En un comienzo, las respuestas más estrictas las protagonizaron el Estado Plurinacional de Bolivia y Guatemala (véase el gráfico 20), seguidos por el Perú y el Paraguay, en tanto las respuestas menos estrictas al comienzo de la pandemia fueron las de Chile y el Uruguay. Todo este grupo de países ha ido disminuyendo las medidas de salud pública en el tiempo. No obstante, el Estado Plurinacional de Bolivia y Barbados lo hacen de manera abrupta. Al final del período de 24 meses, después del inicio e importante, aunque disímil, avance en los procesos de vacunación, los países de medidas menos estrictas han sido el Estado Plurinacional de Bolivia, México y Chile, mientras que el Perú, el Brasil, el Ecuador y Suriname mantienen medidas relativamente más altas.

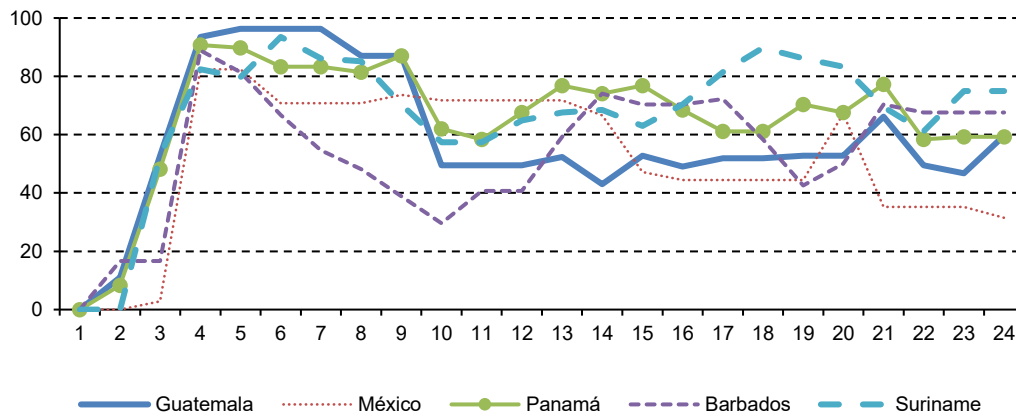
Gráfico 20
América Latina y el Caribe (13 países): índice de medidas de salud pública durante dos años de pandemia del COVID-19 (Enero 2020 a diciembre de 2021)

A. Bolivia (Est. Plur. De), Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Perú, Paraguay, Uruguay



⁴ Para mayor información, véase [en línea] <https://www.bsg.ox.ac.uk/research/research-projects/covid-19-government-response-tracker>.

B. Barbados, Guatemala, México, Panamá, Suriname



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de datos del Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), COVID-19 Excess Mortality Estimates 2020-2021.

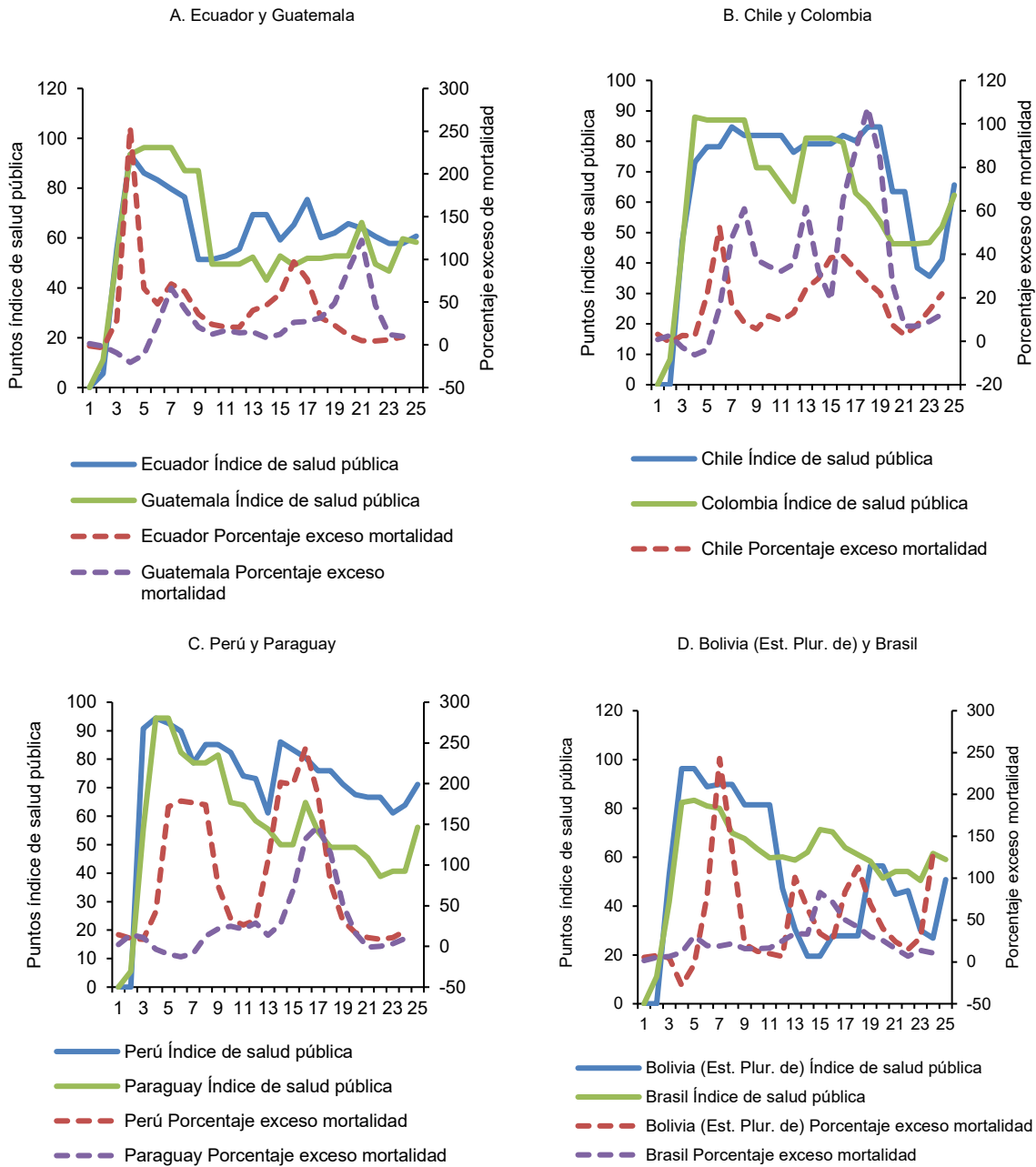
Si se compara el índice de medidas de salud pública tomadas por la autoridad con el exceso de mortalidad es posible tener una idea retrospectiva acerca de cómo los gobiernos pudieron reaccionar a los efectos en pérdidas humanas que iba ocasionando la pandemia (véase el gráfico 21). Puede decirse que, en efecto, en los 13 casos analizados se observa una asociación positiva entre la evolución de la mortalidad en exceso y las medidas de salud pública, con la excepción del Paraguay. No obstante, hay variaciones y casos sustantivamente diferentes a describir.

Se observa que algunos países sostienen medidas de salud pública que muestran una evolución muy apegada a la evolución del exceso de mortalidad, destacando los casos del Ecuador y México. Sin embargo, el Brasil, Chile, el Perú y el Uruguay responden con un nivel de asociación menor pero apreciable, considerando efectos en excesos de mortalidad muy disímiles entre ellos. Otros países exhiben lo que podría llamarse un desacople entre las medidas de salud pública y el impacto de la pandemia, ya sea porque mantienen unas medidas de salud pública relativamente altas e inalterables, o porque las mantienen muy bajas con independencia de la evolución del impacto de COVID-19 medido como excesos de mortalidad.

En el gráfico 21 se comparan algunos de estos casos. El impacto de la pandemia en el Ecuador en los primeros meses fue muy intenso alcanzando niveles de mortalidad en exceso superiores al 200%. Ello fue acompañado de medidas estrictas de más de 90 puntos en el índice que inmediatamente se relajaron. En cambio, en ese mismo período, en Guatemala se mantuvieron medidas aún más estrictas, prácticamente sin sufrir impacto, que luego igualmente fueron distendidas, pasando hacia el segundo año de pandemia a mantener medidas de salud pública menos estrictas que en el Ecuador con tendencia a aumentar hacia el final de 2021, cuando se enfrentó una ola importante que se reflejó en mortalidad en exceso cercana al 100%. En Chile y Colombia se mantuvieron medidas relativamente estrictas hasta avanzada la vacunación, aunque en Colombia fue menos constante y pareciera haberlas relajado antes de tiempo sin dar cuenta de la última ola que duplicó el exceso de mortalidad. En el Perú se intentó acompañar las olas, reflejadas en inmensos excesos de mortalidad, con aumentos en las medidas, mientras que en el Paraguay se hacía lo propio con medidas menos estrictas ante efectos también relativamente menores. La reacción del Estado Plurinacional de Bolivia y del Brasil durante el primer año es similar a la del Perú y el Paraguay, respectivamente, pero en el segundo año el Estado Plurinacional de Bolivia disminuyó drásticamente las medidas de salud pública,

mientras que en el Brasil se mantuvieron relativamente más altas. El Estado Plurinacional de Bolivia enfrentó dos alzas importantes de excesos de muertes en que estas se duplicaron y el Brasil enfrentó un momento de aumento cercano al 50% en el exceso de defunciones.

Gráfico 21
América Latina y el Caribe (8 países): índice de medidas de salud pública
y exceso de mortalidad según países, marzo 2020 a marzo 2022

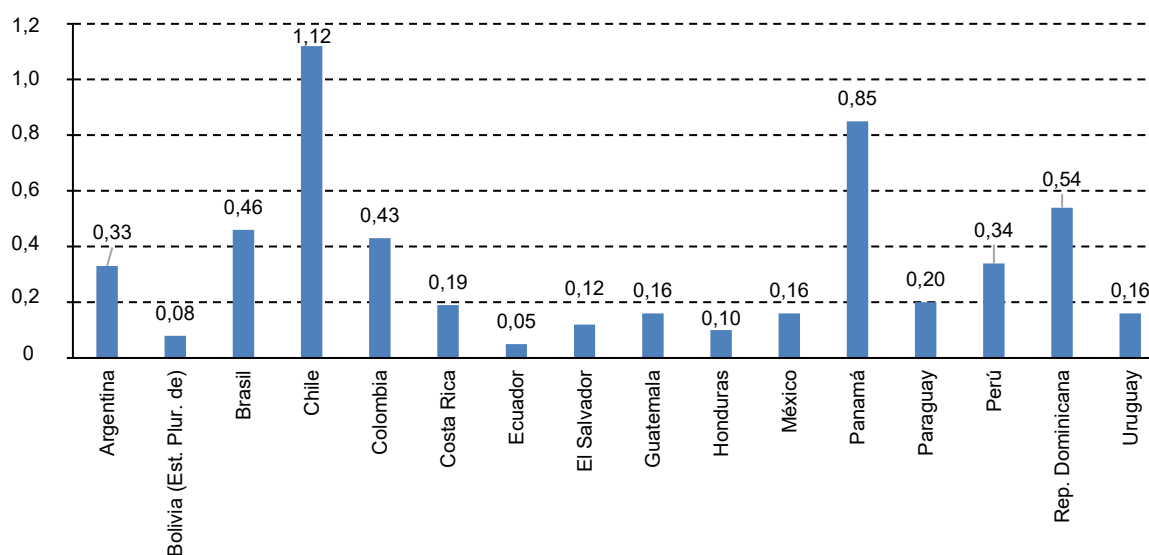


Fuente: Elaboración propia, sobre la base de datos de la OMS y del Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). COVID-19 Excess Mortality Estimates 2020-2021.

La respuesta de los países depende de una suma de variables, muchas de las cuales no se ven representadas en el índice. A su vez, se sabe que entre los países han existido niveles disímiles de acatamiento de las medidas de salud pública, los que también vienen determinados por algunas de esas mismas variables. Se trata de vulnerabilidades conocidas en América Latina y el Caribe, como los altos niveles de informalidad, de hacinamiento en las grandes ciudades o la falta de infraestructura en los hogares provocada por altos niveles de pobreza que impide contar con herramientas adecuadas para resistir períodos prolongados de confinamiento; es decir, factores que no permiten que las medidas de salud pública se concreten adecuadamente y tengan entonces el efecto esperado en el control de la transmisión del virus.

A la luz de estos análisis, las medidas de protección social cobran una relevancia especial, haciéndose patente la necesaria articulación entre los sistemas de salud y de protección social. Al garantizar las necesidades básicas, las medidas de protección social pueden permitir un mayor nivel de acatamiento de las disposiciones de salud pública en la medida que mitigan la pobreza e inseguridad alimentaria por la imposibilidad de trabajar y recibir ingresos. Se destaca el esfuerzo realizado por los países de la región, los que implementaron 468 medidas de emergencia de protección social no contributiva y otros apoyos para garantizar la satisfacción de las necesidades básicas de la población en situación de pobreza y vulnerabilidad durante los dos primeros años de pandemia (CEPAL, 2022a). De ellas, 378 han sido medidas no contributivas bajo la forma de transferencias monetarias de emergencia (207 medidas), transferencias en especie (122) y medidas para el acceso a servicios básicos (49). Se estima que estas medidas sumaron cerca de 90 mil millones de dólares en 2020, lo que se redujo prácticamente a la mitad en 2021, a pesar de que la pandemia sigue vigente (CEPAL, 2022a). Los aportes fueron variados entre los países, pero en general se caracterizaron por la insuficiencia de las prestaciones. Solo un país superó la línea de la pobreza en el aporte per cápita y solo 3 de ellos superaron la línea de pobreza extrema (véase el gráfico 22).

Gráfico 22
América Latina (16 países): monto promedio mensual de las transferencias monetarias para enfrentar la pandemia en el periodo de marzo de 2020 a octubre de 2021
(En múltiplos de la línea de pobreza de cada país)



Fuente: CEPAL, Panorama Social de América Latina 2021.

En general, la tendencia que se aprecia es que los países que fueron más estrictos en medidas de salud pública, a su vez hicieron un esfuerzo mayor en el monto de las medidas de protección social de emergencia no contributivas, no solo en términos de transferencias monetarias de emergencia, sino también mediante otras medidas como transferencias en especies, subsidios, fijación de precios y otras⁵. Dicho de otra manera, aparentemente, los países con medidas de salud pública más laxas no compensaron los efectos de la crisis social con aportes suficientes en la protección social de emergencia. El caso del Perú es destacable dado que es el país que en promedio tuvo mayor respuesta en medidas de salud pública, pero a la vez tuvo el segundo mayor exceso de muertes. Respecto al esfuerzo fiscal en medidas de emergencia, en relación con los demás países se encuentra en el tramo alto, pero ha sido claramente insuficiente con un aporte promedio mensual equivalente a 0,34 veces la línea de pobreza durante los dos primeros años de la pandemia.

Es fundamental que se mantengan medidas de salud pública, como el uso de mascarillas y el distanciamiento social, junto con una aceleración de la vacunación masiva de la población en cada uno de los países de la región, hasta alcanzar una situación endémica en que la pandemia se haya superado. Asimismo, es central que la articulación entre estas medidas y las de protección social continúe hasta que la crisis social gatillada por la pandemia haya sido controlada (CEPAL, 2022a), junto con medidas sanitarias que permitan mitigar el efecto de desplazamiento de enfermedades distintas a COVID-19⁶ y, por ejemplo, continuar los tratamientos de las enfermedades crónicas no transmisibles.

⁵ Para más información, véase [en línea] <https://dds.cepal.org/observatorio/socialcovid19/>.

⁶ Los países de la región adoptaron diversas medidas sociosanitarias que contribuyeron no solo a contener la propagación del COVID-19 sino también a mitigar el efecto de la pandemia y la crisis sanitaria en la salud de las personas. La telemedicina y el uso de herramientas de la tecnología de información y comunicación ocuparon un lugar central en ello. Para más detalles, véase Moller (2020).

IV. Reflexiones y aprendizajes para avanzar hacia sistemas de salud y de protección social universales, integrales, sostenibles y resilientes

El mundo está viviendo el tercer año de la pandemia del COVID-19 luego de haberse cumplido dos años desde la declaración de la OMS, el 11 de marzo de 2020. En dicho período, a nivel global, millones de personas han fallecido de COVID-19, cientos de millones se han contagiado y cinco variantes de preocupación del virus SARS-CoV-2 han emergido, ocasionando una crisis sanitaria de gran magnitud que gatilló una profunda crisis social, económica y en algunos casos, política. Como se planteó en este documento, los países de América Latina y el Caribe mostraron ser particularmente vulnerables a la pandemia, agudizándose sus problemas estructurales y quedando en evidencia la urgencia de avanzar hacia sistemas de protección social y de salud universales, integrales, sostenibles y resilientes ante crisis como la actual.

El análisis de la evolución de la pandemia en la región durante estos primeros dos años, tanto en términos de contagios y muertes como respecto a las respuestas desde los sistemas de salud y de protección social y el impacto de las medidas de salud pública implementadas, permite recoger un conjunto de lecciones desde diversos ámbitos y de recomendaciones orientadas a fortalecer los sistemas de salud y de protección social de los países de la región. En este sentido, y en el contexto de un aumento de los desastres y riesgos frente a una crisis climática que ya se encuentra en curso (CEPAL, 2021c), el ejercicio realizado en este documento ha estado orientado a gatillar la reflexión acerca de cómo consolidar sistemas de salud y de protección social que estén mejor preparados para enfrentar futuras crisis, poniendo en el centro a las personas, su salud y bienestar, así como también la igualdad y la sostenibilidad. A continuación, se presenta un conjunto de aprendizajes y orientaciones derivadas del análisis.

El primer gran aprendizaje de la pandemia es que **la salud es central para el desarrollo social inclusivo, económico y sostenible de los países y las regiones**. La naturaleza de la crisis actual, que ha puesto bajo riesgo la salud de todas las personas, ha dejado en evidencia que no es posible pensar en una recuperación económica sostenible y con igualdad sin que la salud esté garantizada, toda vez que la población se ve imposibilitada de trabajar, estudiar y cuidar, entre otras actividades esenciales para el desarrollo. Ello explica por qué la crisis sanitaria ocasionada por la pandemia del COVID-19 gatilló, a su vez, la mayor crisis económica en los últimos 120 años así como retrocesos en décadas de avances en materia de desarrollo social (CEPAL, 2022a). En este sentido, la pandemia constituye una oportunidad para vislumbrar la centralidad que tiene la salud para las sociedades y para alcanzar el desarrollo social inclusivo y sostenible.

En segundo lugar, ha quedado de manifiesto la **profunda interdependencia que existe entre las dimensiones social, económica y ambiental y, por ende, la necesidad de contar con políticas integrales en salud**. Ejemplo de ello fue la necesidad de acompañar las medidas de salud pública que los países implementaron para proteger la salud de las personas con diversos programas y medidas de protección social, modalidades de educación a distancia y protección a las micro, pequeñas y medianas empresas, entre otras medidas, que estuvieron orientadas a mitigar la pérdida de ingresos de la población y permitir que se respetaran las indicaciones de las autoridades sanitarias. De igual manera, el desigual impacto del virus SARS-CoV-2 entre los distintos grupos de la población, marcado por la matriz de la desigualdad social de América Latina y el Caribe y los determinantes sociales de la salud, revela la imposibilidad de separar las dimensiones que constituyen el desarrollo sostenible. De este modo, cobra relevancia la sostenibilidad financiera de la inversión pública en salud, ya que esta contribuye sustantivamente a mejorar la educación, el empleo, el crecimiento económico y la sostenibilidad ambiental, junto con disminuir la pobreza y la desigualdad. Asimismo, alcanzar mayores niveles de igualdad en sus diversas dimensiones, junto con mejorar las condiciones de vida, contribuye a la salud de la población (OPS, 2018). La pandemia ha permitido debatir y plantear, desde una nueva perspectiva, la urgencia de comprender la relación sistémica que hay entre estos ámbitos para, de esta manera, avanzar hacia medidas y políticas de salud y de protección social que sean integrales y den lugar a una recuperación transformadora con igualdad y sostenibilidad (CEPAL, 2020). Para esto es fundamental que dichas políticas incorporen el enfoque de determinantes sociales de la salud en su formulación e implementación, lo que hace indispensable avanzar en mayores niveles de articulación entre los sistemas de salud y los de protección social (Abramo y otros, 2020).

En tercer lugar, **la desigualdad que ha marcado los procesos de vacunación a nivel mundial y regional**, acompañada de la aparición de nuevas variantes en distintos lugares del mundo, ha entregado lecciones sobre la **importancia de la cooperación y coordinación regional y de la colaboración internacional**. Si bien cada país ha tomado medidas de salud pública específicas a su realidad y posibilidades, la vacunación y los esfuerzos que deben realizarse para vacunar al menos al 70% de la población son comunes, a pesar de darse con distintas magnitudes entre los países de la región. En este sentido, y basándose en las experiencias de colaboración observadas a lo largo de estos dos años, es fundamental fortalecer la cooperación regional, buscando mecanismos de coordinación entre los países que permitan un mejor acceso a la salud a nivel regional y nacional, reconociendo que las enfermedades transmisibles circulan entre los distintos países. Adicionalmente, dichos mecanismos debieran contribuir al desarrollo de sistemas de monitoreo sanitario que permitan generar respuestas articuladas ante futuros brotes epidemiológicos y aumentar la seguridad sanitaria regional y, por ende, contar con sistemas de salud resilientes y preparados para enfrentar nuevas epidemias y pandemias (Heymann y otros, 2015; Lal y otros, 2021).

En cuarto lugar, el análisis de la evolución de la pandemia confirma la **urgencia de reestructurar los sistemas de salud de los países de la región y avanzar hacia la universalidad**. La salud universal se ha definido como la situación en que todas las personas y comunidades pueden utilizar servicios de salud integrales de calidad cuando los necesiten, a lo largo de su curso de vida y sin dificultades financieras. Estas características constituyen las bases de un sistema de salud igualitario y eficiente que apunta a alcanzar la salud y el bienestar de la población. Históricamente, momentos de graves y profundas crisis han dado lugar a importantes reformas a los sistemas de salud que han contribuido a la disminución de las desigualdades (Hiam y Yates, 2021), por lo que el momento actual constituye una ventana de oportunidad que los países de la región debiesen aprovechar. En este escenario, es fundamental que los países de América Latina y el Caribe tomen acciones orientadas a garantizar el acceso y cobertura universal a la salud que asegure una atención oportuna y de calidad a toda la población, superando las desigualdades estructurales que se traducen en un conjunto de barreras que impiden la utilización de los servicios de salud (OPS, 2014). Ello debe acompañar los esfuerzos para la transformación de los sistemas de salud que impliquen la ampliación del acceso y el fortalecimiento del enfoque de atención primaria, con modelos de atención que se centren en las necesidades de las personas, sus familias y comunidades con servicios organizados en redes integradas de servicios con un primer nivel de atención fuerte, resolutivo y capaz de articularse con los niveles de mayor complejidad.

El quinto aprendizaje que ha entregado la pandemia es que la reestructuración de los sistemas de salud debe **avanzar en la sostenibilidad financiera del sector y aumentar el gasto público en salud sobre la base de un nuevo pacto fiscal**. La probabilidad de que el empeoramiento del acceso a la salud que ha significado la pandemia y de que la protección financiera y sus consecuencias para la salud se sostenga en el mediano plazo plantea la urgencia de incrementar la inversión en salud, aumentando el gasto público y disminuyendo el gasto de bolsillo, con eliminación de copagos y otras tarifas en el momento y lugar de la búsqueda de atención, tanto para casos de COVID-19 como para otras enfermedades, con sostenibilidad financiera. Para aumentar el acceso a los servicios de salud y que estos sean de calidad e impacten positivamente en los indicadores de salud de las poblaciones, de tal forma que se alcancen niveles más elevados de desarrollo humano y de bienestar social, el financiamiento y la organización de los servicios de salud financiados con esos recursos deben ser suficientes para cubrir a toda la población, eliminando la capacidad de pago como barrera de acceso y protegiendo a los individuos del riesgo financiero derivado de la mala salud. Desde el punto de vista de las personas y las comunidades, los recursos públicos destinados a la salud deben generar una reducción de los gastos de bolsillo para permitir el acceso a servicios de salud de calidad, logrando un doble objetivo: la recuperación de la salud y la eliminación de las dificultades financieras de los hogares por eventos de salud. Sobre la base de un nuevo pacto fiscal, los mecanismos actuales de financiamiento deben reemplazarse por nuevos recursos sostenibles, enmarcados en sistemas de prepago mancomunados y financiados solidariamente. Los países que más han avanzado en el logro de estas metas presentan un gasto público en salud de 6% o más del PIB, referencia que permanece vigente en el contexto actual de crisis sanitaria.

En sexto lugar, a nivel de los sistemas de salud, la evolución de la pandemia deja en claro que **la reorganización de los servicios de salud en redes integradas de servicios de salud y atención primaria debiera ser el principal destinatario de los nuevos recursos públicos**. Ello, de tal forma que puedan implementarse modelos de atención centrados en las necesidades de las personas, sus familias y comunidades, organizados en redes integradas de servicios de salud y atención primaria con un primer nivel de atención fortalecido y que no desatienda las necesidades de una red hospitalaria más segura, resiliente, eficiente y accesible capaz de proveer los servicios de calidad que se requieren de manera oportuna cuando estos no puedan resolverse en el primer nivel de atención.

Finalmente, la crisis sanitaria ha resaltado **la necesidad de fortalecer la resiliencia de los sistemas de salud y acentuar los esfuerzos para contar con servicios cercanos a la población y con capacidad de proyectarse hacia la comunidad**. Es fundamental revertir las tendencias inerciales, es decir, no solo para una recuperación de la atención de salud a niveles pre-pandémicos en los países, sino que también para acelerar el progreso hacia la salud universal, integral y sostenible, con sistemas resilientes mejor preparados para enfrentar las amenazas de eventos extremos producto del cambio climático y de brotes epidémicos de COVID-19 u otros que puedan surgir. Esto implica, además, incorporar lecciones aprendidas durante la pandemia como, por ejemplo, la necesidad de fomentar una mayor autonomía para la producción de medicamentos, vacunas, insumos y dispositivos médicos y posicionar la salud como un sector dinamizador del desarrollo sostenible que permita avanzar hacia una recuperación transformadora con igualdad y sostenibilidad (CEPAL, 2020).

Bibliografía

- Abramo, L., S. Cecchini y H. Ullmann (2020), "Enfrentar las desigualdades en salud en América Latina: el rol de la protección social", *Ciência e Saúde Coletiva*, vol. 25, N° 5, Río de Janeiro, Asociación Brasileña de Salud Colectiva (ABRASCO), 2020.
- Bambra, C., J. Lynch y K. E. Smith (2021), *The unequal pandemic: COVID-19 and health inequalities*, Bristol, Bristol University Press.
- Bambra, C. y otros (2021), "The COVID-19 pandemic and health inequalities", *J Epidemiol Community Health*, 2020 Nov; 74(11), pp. 964-968.
- Bermudi, P. M. 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, enero-febrero.
- 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, febrero.
- Callaway, E. (2021), "Omicron likely to weaken COVID vaccine protection", *Nature*, vol. 600, diciembre.
- Candelli M. (2022), "COVID-19 vaccine: what are we doing and what should we do?", *The Lancet. Infectious diseases*, S1473-3099(22)00003-2. Advance online publication. Disponible [en línea] [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(22\)00003-2](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(22)00003-2).
- Castillo, C. y M. L. Marinho (2022), "Los impactos de la pandemia sobre la salud y el bienestar de niños y niñas en América Latina y el Caribe: la urgencia de avanzar hacia sistemas de protección social sensibles a los derechos de la niñez", Documentos de Proyectos (LC/TS.2022/25), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Cid, C. y otros (2021), "Objetivos de Desarrollo Sostenible: impacto de la falta de protección financiera en salud en países de América Latina y el Caribe", *Revista Panamericana Salud Pública* 45, septiembre.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (2022a), *Panorama Social de América Latina, 2021* (LC/PUB.2021/17-P), Santiago.
- _____ (2022b), *Balance Preliminar de las Economías de América Latina y el Caribe, 2021* (LC/PUB.2022/1-P), Santiago.
- _____ (2021a), "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.

- _____ (2021b), *Panorama Social de América Latina, 2020* (LC/PUB.2021/2-P/Rev.1), Santiago.
- _____ (2021c), *Desastres y desigualdad en una crisis prolongada: hacia sistemas de protección social universales, integrales, resilientes y sostenibles en América Latina y el Caribe* (LC/CDS.4/3), Santiago.
- _____ (2021d), *Lineamientos y propuestas para un plan de autosuficiencia sanitaria para América Latina y el Caribe* (LC/TS.2021/115), Santiago.
- _____ (2020), *Construir un nuevo futuro: una recuperación transformadora con igualdad y sostenibilidad* (LC/SES.38/3-P/Rev.1), Santiago.
- CEPAL/OIT (Comisión Económica para América Latina y el Caribe/Organización Internacional del Trabajo) (2021a), "Trabajo decente para los trabajadores de plataformas en América Latina", *Coyuntura Laboral en América Latina y el Caribe*, N° 24 (LC/TS.2021/71), Santiago.
- _____ (2021b), "Políticas de protección de la relación laboral y de subsidios a la contratación durante la pandemia del COVID-19", *Coyuntura Laboral en América Latina y el Caribe*, N° 25 (LC/TS.2021/163), Santiago.
- CEPAL/OPS (Comisión Económica para América Latina y el Caribe/Organización Panamericana de la Salud) (2021), "La prolongación de la crisis sanitaria y su impacto en la salud, la economía y el desarrollo social", *Informe COVID-19 CEPAL-OPS*, Santiago, octubre.
- _____ (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, julio.
- Feikin, D.R. y otros (2022), "Duration of effectiveness of vaccines against SARS-CoV-2 infection and COVID-19 disease: results of a systematic review and meta-regression", *Lancet*, 2022 Mar 5, vol. 399(10328), pp. 924-944.
- Heymann, D.L. y otros (2015), "Global health security: the wider lessons from the west African Ebola virus disease epidemic", *Lancet*, 2015, vol. 385(9980), pp. 1884-1901.
- Hiam, L. y R. Yates (2021), "Will the COVID-19 crisis catalyse universal health reforms?", *Lancet*, vol. 398, N° 10301, agosto.
- Lal A. y otros (2021), "Fragmented health systems in COVID-19: rectifying the misalignment between global health security and universal health coverage", *Lancet* 2021, vol. 397, pp. 61-67.
- Lizaraso Caparó, F. y J.C. Del Carmen Sara (2021), "COVID-19: Lecciones aprendidas tras un año de pandemia en el Perú", *Horizonte Médico (Lima)*, 21(1), e1364. Disponible [en línea] <https://doi.org/10.24265/horizmed.2021.v21n1.01>.
- Lopez-Leon, S. y otros (2021), "More than 50 long-term effects of COVID-19: a systematic review and meta-analysis", *Sci Rep* 11, 16144.
- 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, Chile", *Science*, vol. 372, N° 6545, mayo.
- Moller, S. (2020), "Intervenciones socio-sanitarias y uso de las tecnologías de la industria 4.0 para enfrentar la enfermedad por coronavirus (COVID-19) en América Latina y el Caribe", *serie Políticas Sociales*, N° 234 (LC/TS.2020/87), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Naciones Unidas (2019), *World Population Prospects 2019*. Disponible [en línea] <https://population.un.org/wpp/>.
- OCDE (Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos) (2021a), *Tackling the mental health impact of the COVID-19 crisis: An integrated, whole-of-society response*, OCDE.
- _____ (2021b), *Health at a Glance 2021: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris. Disponible [en línea] <https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en>.
- OMS (Organización Mundial de la Salud) (2022a), *Tracking SARS-CoV-2 variants*. Disponible [en línea] <https://www.who.int/en/activities/tracking-SARS-CoV-2-variants/>.
- _____ (2022b), "The true death toll of COVID-19: estimating global excess mortality". Disponible [en línea] <https://www.who.int/data/stories/the-true-death-toll-of-covid-19-estimating-global-excess-mortality>.
- _____ (2021a), *COVID-19 and the social determinants of health and health equity: evidence brief*. Disponible [en línea] <https://www.who.int/publications/i/item/9789240038387>.

- _____ (2021b), "Interim statement on booster doses for COVID-19 vaccination". Disponible [en línea] <https://www.who.int/news/item/22-12-2021-interim-statement-on-booster-doses-for-covid-19-vaccination---update-22-december-2021>.
- _____ (2021c), *Strategy to Achieve Global Covid-19 Vaccination by mid-2022*, Ginebra. Disponible [en línea] https://cdn.who.int/media/docs/default-source/immunization/covid-19/strategy-to-achievegloabl-covid-19-vaccination-by-mid-2022.pdf?sfvrsn=5a68433c_5.
- _____ (2020), COVID-19: cronología de la actuación de la OMS, 27 de abril de 2020, Declaración. Disponible [en línea] <https://www.who.int/es/news/item/27-04-2020-who-timeline---covid-19>.
- Comisión sobre Macroeconomía y Salud de la OMS/OMS (2001), "Macroeconomía y salud: invertir en salud en pro del desarrollo económico: informe de la Comisión sobre Macroeconomía y Salud: sinopsis". Organización Mundial de la Salud.
- OMS/Banco Mundial (Organización Mundial de la Salud/Banco Mundial) (2021), "Global monitoring report on financial protection in health 2021". Geneva: World Health Organization and International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- OPS (Organización Panamericana de la Salud), (2022), "La protección financiera de la salud en la Región de las Américas. Métodos para medir el gasto catastrófico y empobrecedor". Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2021. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponible [en línea] <https://doi.org/10.37774/9789275323823>.
- _____ (2021), "Impact of the COVID-19 pandemic on the mental health of the population", *Disasters Newsletter*, N° 131.
- _____ (2018), "Sociedades justas: equidad en la salud y vida digna. Resumen Ejecutivo del Informe de la Comisión de la Organización Panamericana de la Salud sobre Equidad y Desigualdades en Salud en las Américas". Washington, D.C.: OPS; 2018.
- Rodriguez-Loureiro, L. y otros (2020), "Health inequalities related to informal employment: gender and welfare state variations in the Central American region", *Critical Public Health*, 30:3, 306-318, DOI: 10.1080/09581596.2018.1559923.
- Ruiz, M. y otros (2017), "How does informal employment impact population health? Lessons from the Chilean employment conditions survey", *Safety Science*, vol. 10, Part A.
- Santomauro, D. y otros (2021), "Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic", *The Lancet*, vol. 398, octubre 2021.
- Silva-Peñaherrera, M. y otros (2021), "Association between informal employment and mortality rate by welfare regime in Latin America and the Caribbean: an ecological study", *BMJ Open* 2021;11:e044920. DOI:10.1136/bmjopen-2020-044920.
- UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia) (2021a), "Impact of COVID-19 on poor mental health in children and young people 'tip of the iceberg'", Press release 04 October 2021.
- _____ (2021b), "No-one is safe until everyone is safe – why we need a global response to COVID-19, Statement", Disponible [en línea] <https://www.unicef.org/press-releases/no-one-safe-until-everyone-safe-why-we-need-global-response-covid-19>.
- Werneck, G. L. y otros (2021), *Mortes evitáveis por COVID-19 no Brasil*, Centro Brasileño de Estudios de Salud (CEBES). Disponible [en línea] <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2021/06/Nota-Tecnica-Mortes-Evitaveis-por-Covid-19-no-Brasil.pdf>.
- Williamson A. y otros (2022), *Acute and long-term impacts of COVID-19 on economic vulnerability: a population-based longitudinal study* (COVIDENCE UK).

A dos años de que la Organización Mundial de la Salud (OMS) declarara la pandemia de enfermedad por coronavirus (COVID-19), los países de América Latina y el Caribe continúan viéndose afectados por una profunda crisis sanitaria, social y económica. La región ha mostrado ser particularmente vulnerable a la pandemia; sus problemas estructurales se han agudizado y han quedado al descubierto las debilidades y brechas de los sistemas de salud y de protección social. El análisis de la evolución de la pandemia realizado en este documento contribuye a visibilizar la centralidad de la salud para el desarrollo social inclusivo y el desarrollo sostenible de las sociedades, así como la interdependencia que existe entre las dimensiones social, económica y ambiental del desarrollo sostenible. Asimismo, se destaca cómo la pandemia constituye una oportunidad para poner énfasis en la urgencia de invertir en sistemas de salud universales, integrales, sostenibles y resilientes ante las crisis que puedan surgir en el futuro, en estrecha articulación con los demás sectores y, en particular, con los sistemas de protección social.