

LECCIONES DE LA COVID-19

La CASAB reconoce la importancia de compartir las estrategias implementadas por los países miembros en la lucha contra la COVID-19 durante la emergencia sanitaria iniciada en 2020. Asimismo, considera relevante analizar las diversas medidas adoptadas en esa emergencia, con el fin de formular recomendaciones generales y específicas que puedan ser útiles para los miembros de la CISS en futuras situaciones similares.

Breviarios CASS es una colección de las Comisiones Americanas de Seguridad Social (CASS), compuesta por textos elaborados por uno o más autores que profundizan en temas de interés para la CASS. Estos textos abordan los antecedentes, las tendencias actuales y los futuros ámbitos de trabajo en cada tema, y se redactan con el objetivo de ofrecer la máxima accesibilidad a la membresía en general.

LECCIONES DE LA COVID-19



LECCIONES DE LA COVID-19

Zabala del Ángel y Cardona Acuña

*Abel Eduardo Zavala del Ángel
Luz Angela Cardona Acuña*

Investigación

BREVIARIOS
CASS

LECCIONES DE LA COVID-19

Conferencia Interamericana de Seguridad Social

Presidente de la Conferencia Interamericana

Zoé Robledo Aburto

Secretario General

Alvaro Velarca Hernández

Comisión Americana de Salud y Bienestar (CASAB 2022–2024)

- Instituto Mexicano del Seguro Social de los Estados Unidos Mexicanos
- Junta de Pensiones y Jubilaciones del Magisterio de la República de Costa Rica
- Ministerio de Salud y Deportes del Estado plurinacional de Bolivia
- Seguro Social de Salud de la República de Perú
- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado de los Estados Unidos Mexicanos
- Dirección General de Información y Defensa de los Afiliados de la República Dominicana

Coordinación de especialistas de las CAAS

Luz Angela Cardona Acuña

Abel Eduardo Zavala del Ángel

Editor

Mario Jursich Durán

Diseño y formación

José Gabriel Guzmán Flores

Impreso en México

ISBN: En trámite

Noviembre, 2024

LECCIONES DE LA COVID-19

Abel Eduardo Zavala del Ángel
Luz Angela Cardona Acuña



CISS
CONFERENCIA INTERAMERICANA
DE SEGURIDAD SOCIAL



CASAB
COMISION AMERICANA
DE SALUD Y BIENESTAR

Breviarios CASAB es una publicación de periodicidad irregular, editada por la Conferencia Interamericana de Seguridad Social. San Ramón s/n, Col. San Jerónimo Lídice, Alcaldía Magdalena Contreras, C. P. 10100, Ciudad de México. Tel. 5553774700, <https://ciss-bienestar.org/>

Citación sugerida: Zavala del Ángel, Abel y Luz Angela Cardona Acuña, *Lecciones de la COVID-19* (México: Conferencia Interamericana de Seguridad Social, 2024), 156 p.

Las opiniones expresadas en este documento son responsabilidad exclusiva de sus autores, y su publicación no implica que la Conferencia Interamericana de Seguridad Social o las instituciones que integran las Comisiones Americanas de Seguridad Social las respalden. Esta obra y sus contenidos han sido sometidos a arbitraje científico.

Se permite la reproducción parcial o total de este documento, siempre que se cite debidamente la fuente.

El uso de un lenguaje inclusivo es un compromiso de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social. Sin embargo, no existe consenso sobre la forma adecuada de implementarlo en el idioma español. Para evitar la sobrecarga gráfica que supondría el uso de expresiones como «o/a», «x» o «@», se ha optado por emplear el masculino genérico clásico, bajo la premisa de que este representa a mujeres y hombres por igual.

Índice	
Agradecimientos	12
Presentación	13
Introducción	15
1. Propagación de la COVID-19 en el mundo	19
1.1. Identificación del virus	20
1.2. Características del SARS-CoV-2	21
1.3. Llegada y propagación de la COVID-19 al continente americano	22
2. Magnitud de la pandemia en los países miembros de la CISS	25
2.1. Morbilidad por COVID-19	25
2.2. Mortalidad por COVID-19	26
2.3. Letalidad por COVID-19	26
3. Contexto durante la pandemia por SARS-CoV-2	31
3.1 Contexto demográfico	31
3.2. Contexto epidemiológico	35
3.3. Contexto de la seguridad social	40

4. Medidas para la contención, aseguramiento y atención durante la pandemia por COVID-19	51
4.1. Medidas de contención	52
4.2. Medidas de aseguramiento social	58
4.3. Medidas de atención	72
5. Salud mental y la percepción de las necesidades	83
6. Infodemia y desinformación	87
7. La COVID persistente y su efecto en la seguridad social	91
8. Financiación	93
9. Conclusiones	99
10. Recomendaciones específicas	101
10.1. Planes nacionales ante pandemias.	101
10.2. Acceso a las vacunas y su eficacia	101
10.3. Estrategias de priorización en la vacunación	101
10.4. Monitorización de los viajeros	101
10.5. Eficacia de la restricción de viajes	102
10.6. Estrategias específicas de distanciamiento social	102

10.7. Estrategias eficaces para el uso de mascarillas	102
10.8. Estrategias de cribado	102
10.9. Identificación de los grupos vulnerables en materia de seguridad social	103
10.10. Equidad en las cantidades transferidas	103
10.11. Acceso para los trabajadores informales	103
10.12. Seguridad de los profesionales de la salud	103
10.13. Coordinación con los servicios de salud privados	104
10.14. Coordinación con otros servicios públicos	104
10.15. Inversión en tecnologías digitales para reducir los trámites burocráticos	104
10.16. Las herramientas digitales deben permitir el contacto humano	104
10.17. Reducir los efectos colaterales de la reconversión hospitalaria	104
10.18. Uso de la telemedicina	105
10.19. Legislar sobre telemedicina	105
10.20. Implementar las consultas a domicilio	105

10.21. Fortalecimiento de los sistemas de registro de muertes	105
10.22. Atención a la salud mental	106
10.23. Comunicación fiable con la población	106
10.24. Seguimiento de la magnitud de la COVID persistente	106
10.25. Incremento de la financiación	106
10.26. Uso adecuado del financiamiento	107
11. Recomendaciones generales	109
11.1. Destinar recursos a áreas clave	109
11.2. Crear modelos prospectivos que identifiquen las mejores opciones para cada contexto	109
11.3. Mantener la recopilación de datos y diseñar estrategias de recolección de información durante situaciones de emergencia	110
11.4. Evaluar detalladamente cada una de las estrategias implementadas	110
11.5. Desarrollo de metodologías de evaluación	111
11.6. Empleo de diversos enfoques en la respuesta a la pandemia	111
11.7. Elaboración de guías para la evaluación de estrategias sociales	112

Bibliografía	115
Sobre los autores	151

Agradecimientos

Este Breviario es el resultado del trabajo conjunto de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social, de los miembros de la Junta Directiva de la Comisión Americana de Salud y Bienestar (CASAB) y de la Secretaría General, en particular a través de la colaboración de la Consejería Técnica y Jurídica y la Coordinación de Especialistas de las Comisiones Americanas de Seguridad Social. Es fundamental agradecer a la Junta Directiva de la CASAB, especialmente al Dr. Mauricio Hernández Ávila, por su contribución en la conceptualización de este documento técnico y al Mtro. Antonio Heras Gómez por su constante retroalimentación durante su elaboración. También se reconoce el esfuerzo de los vicepresidentes de esta Comisión: el Prof. Errol Pereira, el Dr. Rubén Colque Mollo, el Dr. Israel Antonio Acosta Ibarra y la Mtra. Julissa Magallanes Pérez, cuyas recomendaciones complementaron y fortalecieron el contenido de este documento.

Presentación

La Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS), con 82 años de trayectoria, es un organismo internacional técnico y permanente dedicado a promover el desarrollo del bienestar y la seguridad social en América. A lo largo de su historia, la CISS ha fomentado la cooperación y el intercambio de experiencias entre instituciones de seguridad social y organizaciones afines, al tiempo que ha impulsado la investigación, la recopilación y la difusión de estudios sobre los sistemas de seguridad social.

Para alcanzar estos objetivos, se han creado las Comisiones Americanas de Seguridad Social (CASS), órganos especializados en temas prioritarios de seguridad social en América y el Caribe. Las CASS, coordinadas y supervisadas por la CISS, son cuerpos técnicos responsables de cumplir los objetivos establecidos. Actualmente, la CISS cuenta con seis comisiones, integradas por expertos de su membresía, que abordan temas como los riesgos profesionales, las personas mayores, los asuntos jurídicos, la salud y el bienestar, la organización y la administración de los sistemas de seguridad social, y la actuaría y el financiamiento.

Dentro de sus actividades, las CASS han retomado el proyecto editorial Breviarios de Seguridad Social, iniciado en 2009. Con un enfoque renovado, pero manteniendo el espíritu de esta iniciativa, ahora se publican los Breviarios CASS, como parte de las colecciones que estos órganos lanzan para cumplir con sus funciones de cooperación técnica e investigación.

Con este propósito, la Comisión Americana de Salud y Bienestar (CASAB) presenta el nuevo documento titulado *Lecciones de la COVID-19*, cuyo objetivo principal es compartir las estrategias

implementadas por los países miembros en la lucha contra la COVID-19 durante la emergencia sanitaria iniciada en 2020.

Me complace presentar este Breviario CASS, con la esperanza de que las ideas expuestas en este documento se conviertan en un recurso valioso para los miembros y sirvan como referencia en caso de futuros eventos similares a esta crisis sanitaria. Felicito a los coordinadores de este breviario y agradezco al equipo de trabajo que apoyó la conceptualización, redacción y publicación de esta obra.

Alvaro Velarca Hernández
Secretario General

Introducción

La seguridad social abarca la protección que las sociedades ofrecen a sus poblaciones, no solo como individuos, sino también en el contexto de sus hogares. Incluye el acceso a la asistencia médica y la garantía de un ingreso en casos de vejez, desempleo, enfermedad, invalidez, accidentes laborales o maternidad (Organización Internacional del Trabajo, 2003).

El derecho a la salud, en el nivel más alto posible, tanto en el ámbito físico como mental, está consagrado en diversos instrumentos internacionales, como el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Generalmente, este derecho incluye el acceso a servicios de salud de calidad, sin ningún tipo de discriminación (Organización Mundial de la Salud, 2023a).

La emergencia sanitaria provocada por la enfermedad del coronavirus (COVID-19, por sus siglas en inglés) ha sido el problema de salud global más significativo de este siglo. Algunas personas expertas incluso la comparan con epidemias históricas como la peste bubónica o la tuberculosis (Feehan y Apostolopoulos, 2021).

Esta pandemia de la COVID-19 fue reconocida a nivel mundial como un fenómeno rápido y complejo que generó una gran incertidumbre global (Tsao *et al.*, 2021). Además, vulneró significativamente la salud de las poblaciones, lo que se reflejó en un aumento de la morbilidad y mortalidad, así como en un rezago económico para todos los países.

Las características de la realidad globalizada y del virus facilitaron su propagación en todos los países, lo que puso a prueba a los gobiernos, exponiendo su limitada capacidad para contener la pandemia, asegurar a sus poblaciones y adaptarse para brindar atención sanitaria, a pesar de ser la época con la tecnología y comunicación global más avanzada (Triggle *et al.*, 2021). Algunos países, particularmente en el continente americano, optaron por implementar medidas de contención, aseguramiento y atención sanitaria de manera expedita para intentar proteger a sus poblaciones.

La Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS) ha identificado la necesidad de realizar una revisión documental que integre las principales estrategias empleadas para el cuidado de la salud en los países miembros. Por ello, la Comisión Americana de Salud y Bienestar (CASAB) se ha propuesto compilar dichas estrategias en un documento técnico que sirva como referencia para todos los países y como guía ante futuras emergencias similares. El objetivo de este documento es reflexionar sobre las medidas de protección implementadas durante la emergencia sanitaria en los países miembros de la CISS. Para ello, fue necesario revisar exhaustivamente la información públicamente disponible.

Para alcanzar el objetivo general, se han definido varios objetivos específicos:

- Analizar el proceso de propagación y las características del virus.
- Caracterizar la carga de la enfermedad en los países miembros, expresada en términos de morbilidad, mortalidad y letalidad.
- Describir las poblaciones de los países miembros, teniendo en cuenta las características epidemiológicas, demográficas y de seguridad social que actuaron como factores de vulnerabilidad.

- Analizar las medidas de contención, aseguramiento y atención sanitaria implementadas, junto con las problemáticas y sugerencias públicas emitidas por organismos internacionales y personas expertas.
- Describir los efectos a largo plazo de la COVID-19 en la seguridad social.
- Analizar las medidas de financiamiento internacional y regional necesarias para hacer frente a la crisis sanitaria.

Este documento aborda estos objetivos a través de nueve secciones. En la primera, se describen los mecanismos a través de los cuales el virus se propagó por todo el mundo hasta llegar a los países miembros de la CISS. La segunda sección detalla la magnitud de la pandemia en las poblaciones de la membresía. En la tercera, se presenta el contexto en el que se encontraban estas poblaciones al inicio de la propagación y los factores que provocaron una crisis sanitaria. La cuarta sección integra las medidas de contención, aseguramiento y atención implementadas durante la emergencia sanitaria, junto con recomendaciones para una mejor aplicación. La quinta sección examina el impacto de la COVID-19 en la salud mental a corto y largo plazo. En la sexta, se reflexiona sobre la infodemia y la desinformación, que actuaron como factores de vulnerabilidad durante la pandemia. La séptima sección analiza el posible efecto a largo plazo que tendrá el virus de la COVID-19 en las poblaciones. La octava sección aborda las formas de financiamiento actuales y las opciones futuras. Finalmente, en las secciones novena y décima, se presentan las conclusiones y recomendaciones generales que la CASAB comparte con los países miembros de la CISS.

1. Propagación de la covid-19 en el mundo

Los primeros datos sobre la pandemia del SARS-CoV-2 sugieren que la primera persona con síntomas se presentó el 1 de diciembre de 2019 en la provincia de Wuhan (China) (Huang *et al.*, 2020). El paciente presentó fiebre, tos, dolor muscular y fatiga, aunque posteriormente se identificaron otros síntomas, como la pérdida del olfato y del gusto, y la congestión pulmonar, que se manifiesta con dificultad respiratoria y bajos niveles de oxigenación (Hu *et al.*, 2021; Mao *et al.*, 2020). Días después de declararse la emergencia, se estableció que el contagio había comenzado en un mercado de alimentos del mar en la misma provincia.

Aunque el contagio de este primer paciente parecía ser el más antiguo según fuentes oficiales, algunos medios de comunicación reportaron que se habían observado síntomas similares en hospitales desde noviembre del mismo año en la misma localidad de China. En ese momento, nadie sospechaba que se tratara de un nuevo agente infeccioso (Bryner, 2020; Davidson, 2020). Además, se determinó que el llamado «paciente cero» no había tenido contacto con el mercado, lo que sugiere que el informe oficial sobre el lugar del primer contagio podría ser impreciso.

Días después del primer registro oficial, el número de pacientes con síntomas de «neumonía» comenzó a aumentar, llamando la atención de organismos internacionales. El 8 de diciembre, el

Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades recomendó la primera medida de contención: el distanciamiento social (European Centre for Disease Prevention and Control, 2020b).

Si los primeros informes de la COVID-19 presentados en los medios de comunicación se consideran los casos más antiguos, se podría afirmar que el Gobierno chino tardó casi dos meses en enviar un informe oficial a la Organización Mundial de la Salud (OMS). El informe, publicado el 31 de diciembre de 2019, indicaba la posible presencia de un nuevo virus que causaba síntomas similares a los de la neumonía. Sin embargo, para esa fecha ya se había producido un brote con 27 casos, de los cuales siete estaban en condición crítica (European Centre for Disease Prevention and Control, 2020a).

1.1. Identificación del virus

El 9 de enero de 2020, los científicos de un laboratorio chino notificaron a la Organización Mundial de la Salud (OMS) la identificación del agente infeccioso responsable del brote (Organización Mundial de la Salud, 2020e). Dos días después, se hizo un anuncio oficial a nivel mundial y, en los días siguientes, se publicó la primera secuencia del virus, inicialmente denominado 2019-nCoV y posteriormente renombrado SARS-CoV-2. Esta secuencia se difundió sin la aprobación del Gobierno chino, lo que llevó a la clausura del laboratorio al día siguiente (Allam, 2020; Schnirring, 2020).

A pesar de que varios científicos ya habían alertado sobre la facilidad con la que virus como los del dengue o el zika se propagaban debido a los viajes internacionales (Gubler, 2011; Imperato, 2016), los Estados no habían implementado un sistema de vigilancia adecuado. Esto contribuyó a la rápida propagación del SARS-CoV-2, facilitada por la alta frecuencia e intensidad de los viajes (Bickley *et al.*, 2021). El 13 de enero, un mes después de la detección del paciente cero, se reportó el primer caso confirmado fuera de China: una fiebre detectada en el aeropuerto de Tailan-

dia. Dado que este paciente no había estado en contacto con el mercado de mariscos de Wuhan, la OMS se vio obligada a ampliar sus hipótesis sobre el origen del virus, considerando otros posibles reservorios, como los murciélagos (Organización Mundial de la Salud, 2020c). Poco después, se detectó el primer caso en Japón y, posteriormente, en la República de Corea (Allam, 2020).

1.2. Características del SARS-CoV-2

Para entonces, ya estaba claro que el brote era causado por un virus denominado SARS-CoV-2. El nombre se desglosa de la siguiente manera: «SARS» corresponde a «síndrome respiratorio agudo severo» en inglés; «CoV» hace referencia a un grupo de virus, conocidos como *Coronaviridae*, que suelen causar infecciones en las vías respiratorias superiores y que se encuentran en diversas especies animales; y el número «2» lo distingue de un virus similar identificado en 2002, que causó la epidemia conocida como SARS.

La familia de los coronavirus se reconoció por primera vez en muestras nasales en 1965 (Mahase, 2020). Aunque el origen exacto del SARS-CoV-2 sigue siendo incierto, algunos científicos han especulado que podría haberse originado en un laboratorio o derivado de un virus similar. Sin embargo, los estudios sobre el SARS-CoV-2 mediante modelos predictivos y análisis genéticos han demostrado que ciertas secuencias del virus son únicas en comparación con otros virus conocidos, lo que respalda la teoría de una evolución natural (Chaturvedi *et al.*, 2020; Wan *et al.*, 2020). A pesar de estos avances, la comunidad científica aún no ha llegado a una conclusión definitiva sobre el origen del virus.

Las principales vías de transmisión del SARS-CoV-2 fueron las microgotas producidas por la tos, un síntoma común de la enfermedad. Sin embargo, también se identificaron métodos menos frecuentes de transmisión, como el contacto con superficies contaminadas o fómites. Los primeros informes sobre estos modos de transmisión fueron cruciales para desarrollar estrategias de prevención y limitar la propagación del virus (Otter *et al.*, 2016; Yu *et al.*, 2004).

Una de las preguntas recurrentes desde el inicio de la pandemia ha sido por qué el SARS-CoV-2 causaba un brote tan incontrolable en comparación con otros virus. La respuesta es compleja y está relacionada en gran medida con sus variantes. Los científicos explicaron que el SARS-CoV-2 mostraba una mayor capacidad de infectar tejidos y una alta transmisibilidad en comparación con otros virus similares (Kumar *et al.*, 2021). Aunque la patogenicidad del virus —su capacidad para causar enfermedad— era relativamente baja, al comienzo de la pandemia ocho de cada diez infectados no presentaban síntomas, lo que los convertía en portadores silenciosos y complicaba las medidas de contención (Wu y McGoogan, 2020). Además, el SARS-CoV-2 tenía una ventaja sobre otros virus respiratorios en términos de letalidad. Su baja tasa de mortalidad favorecía la propagación, ya que la muerte del infectado disminuye las oportunidades de transmisión y, por ende, limita la propagación del virus (De-Paris *et al.*, 2014; Figueiredo *et al.*, 2021).

1.3. Llegada y propagación de la covid-19 al continente americano

Con el objetivo de evitar la expansión del virus, la OMS publicó una guía estableciendo las medidas internacionales para su contención. Una de las prioridades era prestar especial atención a los viajeros provenientes de Wuhan. A pesar de ello, se enfatizó que no era necesario restringir los viajes internacionales, aunque estos eventualmente se convirtieron en la principal vía de propagación del virus (Schnirring, 2020). Según los reportes oficiales, el virus tardó aproximadamente cinco semanas en pasar del continente asiático al americano. El 20 de enero de 2020 se reportó el primer caso en Estados Unidos, que posteriormente se ubicó en el cuarto lugar mundial en términos de número de contagios (Allam, 2020).

Entre los Estados miembros de la Conferencia Interamericana de Salud Social (CIS), Canadá fue el primero en confirmar un caso el 25 de enero de 2020 (Canadian Institute for Health Information, 2020). Brasil, México y Ecuador reportaron sus primeros

casos poco más de un mes después, mientras que el resto de los países lo hizo hasta marzo (Agência Saúde, 2020; Secretaría de Salud, 2020a; Secretaría General de Comunicación de la Presidencia, 2020).

El 63% de los países miembros de la CISS adquirieron el virus a través de viajeros provenientes de Europa, el 22% de los contagios se originaron en Estados Unidos, mientras que solo Bahamas y Turcos y Caicos no encontraron relación entre el primer caso reportado y algún viaje internacional.

2. Magnitud de la pandemia en los países miembros de la CISS

Para comprender la magnitud de la pandemia en nuestra región, es crucial analizar indicadores que reflejen la intensidad y la frecuencia de la COVID-19. Este documento se centra en indicadores de los países miembros de la CISS, para lo que utiliza datos del Coronavirus Resource Center de la Universidad Johns Hopkins. Esta plataforma integra información de diversas fuentes oficiales gubernamentales y proporciona acceso público a sus datos (Dong *et al.*, 2022). Es relevante señalar que solo se incluyen datos de aquellos países miembros que cuentan con información pública disponible para cada indicador.

Para los propósitos de este documento, se considera un periodo que abarca desde el 30 de enero de 2020 hasta el 10 de marzo de 2023. Este rango es representativo de la emergencia sanitaria por la COVID-19, ya que la mayoría de las fuentes de información internacionales dejaron de recopilar datos antes de que se declarara el fin de la emergencia sanitaria el 5 de mayo de 2023 (Organización Mundial de la Salud, 2023d).

2.1. Morbilidad por COVID-19

La morbilidad es un indicador clave porque refleja la frecuencia de aparición de una enfermedad en relación con el tamaño de la población (Organización Panamericana de la Salud, 2018). Como se muestra en la gráfica 1, la mediana de la morbilidad en los países

miembros de la CISS fue de 1,474 casos por cada 100,000 habitantes. Durante la emergencia sanitaria, Aruba y Barbados, dos países insulares, registraron las tasas más altas, con 36,425 y 35,379.4 casos por cada 100,000 habitantes, respectivamente. En contraste, México, Honduras y, en particular, Nicaragua tuvieron las tasas más bajas de morbilidad, con 5,052.8; 5,052.8 y 250.7 casos por cada 100,000 habitantes, respectivamente (ver gráfica 1).

2.2. Mortalidad por COVID-19

La mortalidad se refiere al número de personas que fallecieron a causa de la COVID-19 en relación con la población total de cada país. En los países miembros de la CISS, la mortalidad fue menor que la prevalencia reportada en Estados Unidos o Italia, que se consideraron epicentros de la pandemia, con tasas de 200.5 frente a 341.1 y 311.7 muertes por cada 100,000 habitantes, respectivamente. Sin embargo, la mediana de mortalidad de la CISS superó a la de países que demostraron una respuesta eficaz ante la pandemia, como China, Catar y Japón, cuyas tasas fueron de 7.3; 23.9 y 57.7 muertes por cada 100,000 habitantes, respectivamente. Como se muestra en la gráfica 2, durante el periodo de emergencia sanitaria, Perú presentó la tasa de mortalidad más alta, con 665.8 muertes por cada 100,000 habitantes, aproximadamente el doble que la de Chile, que ocupó el segundo lugar, y superior a la de Brasil, que ocupó el tercero. Por otro lado, Nicaragua reportó la tasa de mortalidad más baja, con solo 3.7 muertes por cada 100,000 habitantes (ver gráfica 2).

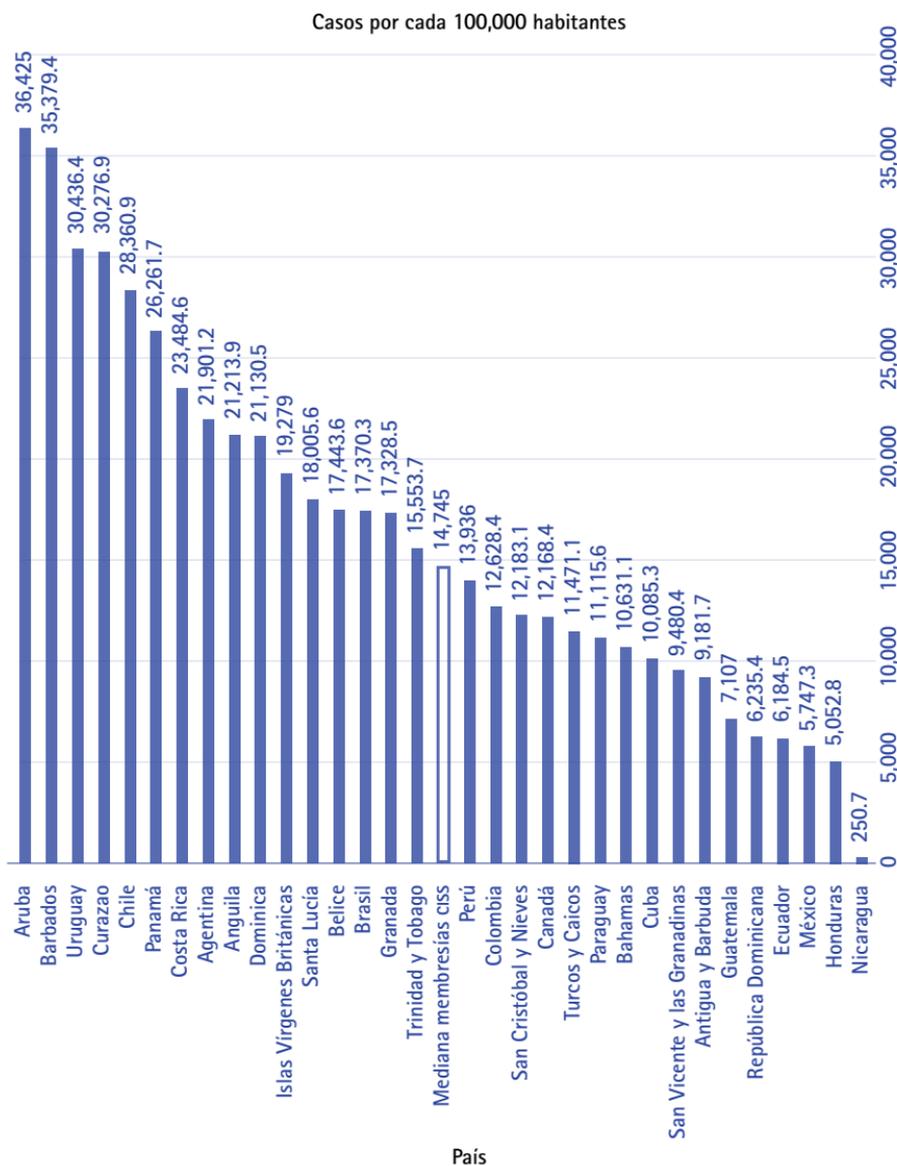
2.3. Letalidad por COVID-19

La letalidad es el porcentaje de personas que fallecieron en relación al número de enfermos a causa de la COVID-19 en los países miembros de la CISS; la mediana de letalidad fue del 1.2% (Figueiredo *et al.*, 2021). Perú y México tuvieron las tasas de letalidad más altas, con un 4.9% y un 4.5% de los infectados, respectivamente, que fallecieron a causa del virus.

Es interesante observar la relación entre letalidad y características geográficas de los países. Los ocho países con las tasas de letalidad más bajas son islas, mientras que los cinco países con las tasas más altas son continentales (ver gráfica 3).

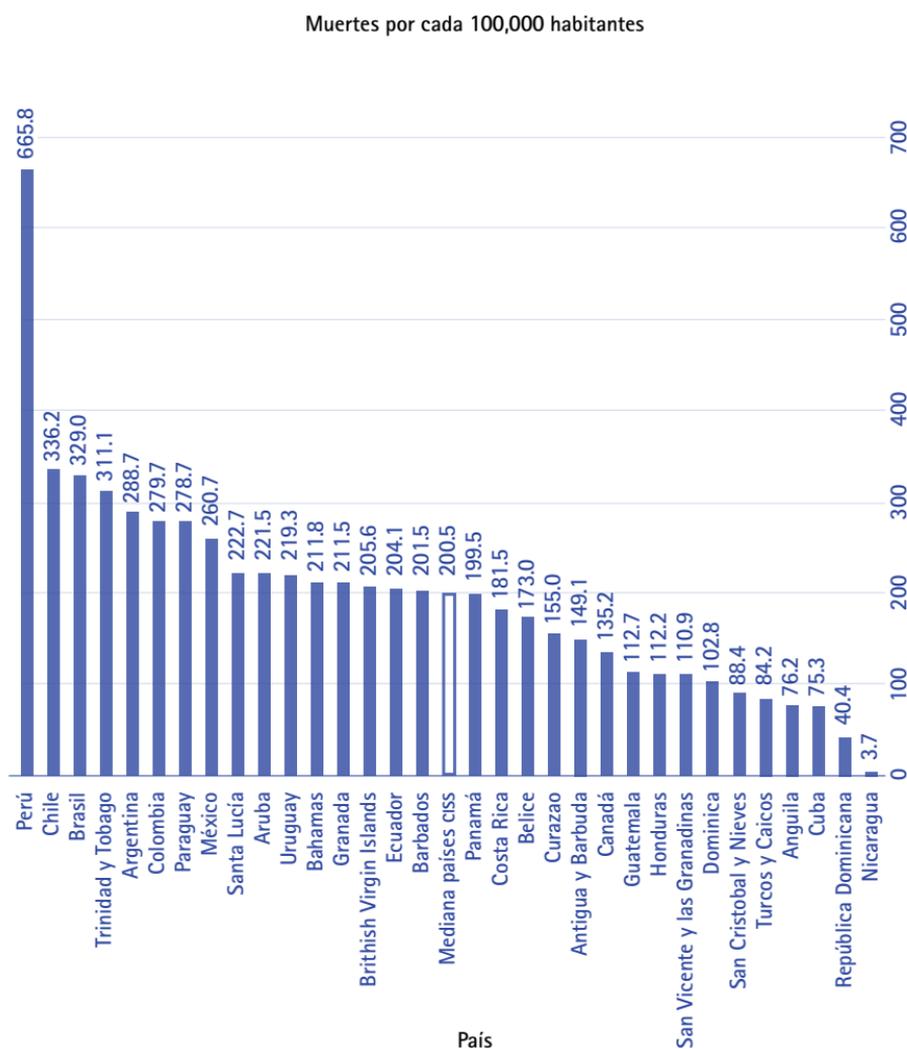
Los países continentales miembros de la CISS presentaron una baja tasa de contagios, pero una alta letalidad. Esto significa que la probabilidad de contraer la enfermedad era menor en estos países, pero el riesgo de fallecer si se contraía el virus era más alto en comparación con los países insulares. En los países continentales, la tasa de contagios fue de 15,144.4 casos por cada 100,000 habitantes, frente a los 17,723.6 casos por cada 100,000 habitantes en los países insulares. Además, la letalidad en los países continentales fue del 2%, en comparación con el 1% en las islas. La mayor morbilidad y menor letalidad en los países insulares podrían explicarse por el hecho de que, aunque experimentaron una mayor tasa de casos por habitante, estos casos llegaron con retraso. En contraste, en los países continentales, el contagio fue más temprano y se propagó más rápidamente (Sindico *et al.*, 2020), lo que probablemente provocó una sobrecarga en la capacidad de sus sistemas de salud.

Gráfica 1. Tasa de morbilidad por covid-19 durante la pandemia en los países miembros de la ciss



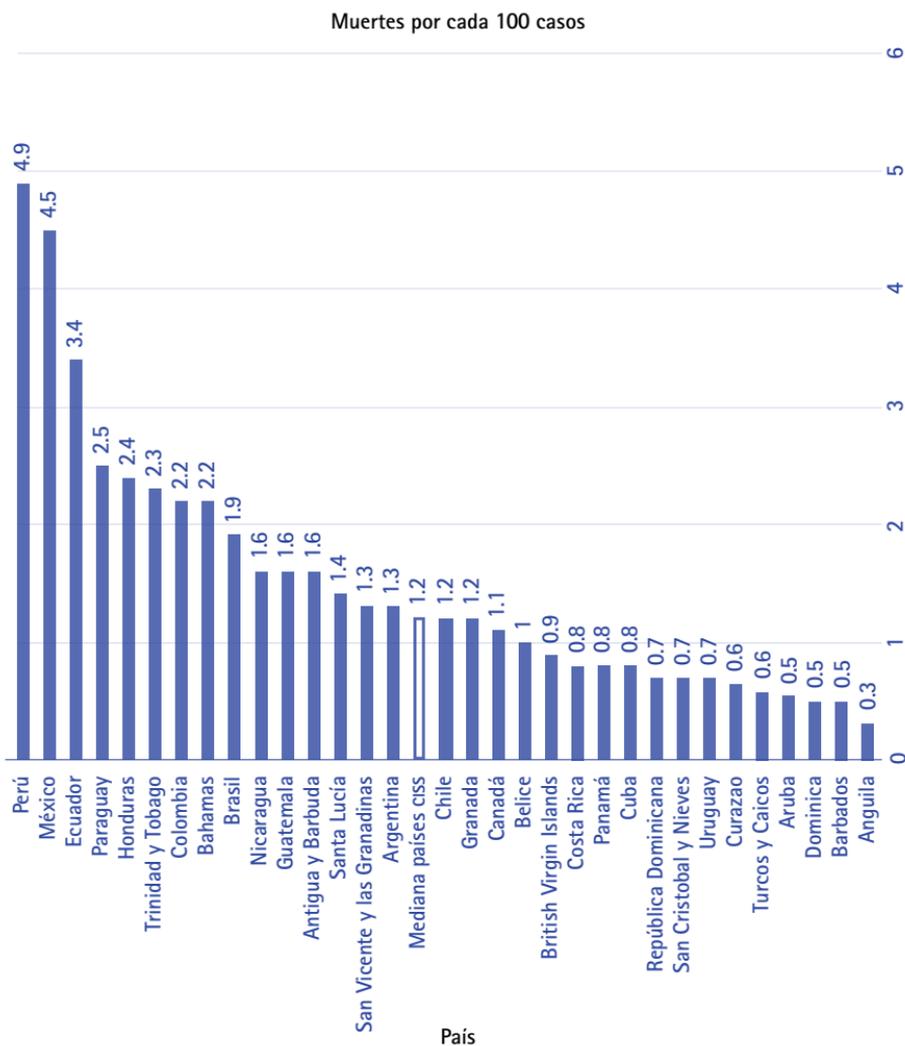
Fuente: Elaboración propia con base en datos de morbilidades calculadas a partir de Worldometer covid-19 Data, actualizado al 10 de marzo de 2023.

Gráfica 2. Tasa de mortalidad por covid-19 durante la pandemia en los países de la membresía ciss



Fuente: Elaboración propia con datos del Coronavirus Resource Center de la Universidad Johns Hopkins, actualizados hasta el 10 de marzo de 2023.

Gráfica 3. Porcentaje de letalidad de la covid-19 durante la pandemia en los países de la membresía ciss



Fuente: Elaboración propia con datos del Coronavirus Resource Center de la Universidad Johns Hopkins, actualizados hasta el 10 de marzo de 2023.

3. Contexto durante la pandemia por SARS-CoV-2

Para describir las condiciones en las que los países recibieron la pandemia, es importante considerar los contextos demográfico, epidemiológico y de seguridad social. Estas dimensiones son vitales para comprender los riesgos preexistentes en las poblaciones, como su estructura por edad y sexo, el estado de salud general de la población al inicio de la pandemia, así como las tendencias de seguridad y empleo. Las primeras permiten comprender qué proporción de la población se encontraba en las edades de mayor riesgo de exposición; las segundas ayudan a entender la condición de salud y las enfermedades preexistentes que incrementan el riesgo de deterioro de la salud y muerte de un paciente con SARS-CoV-2; y, finalmente, las condiciones de seguridad social y empleo reflejan las condiciones de vulnerabilidad y riesgo asociadas a la accesibilidad a la atención sanitaria, prestaciones y un ingreso para hacer frente a la pandemia.

3.1. Contexto demográfico

Uno de los principales factores que influyen en la capacidad de aseguramiento de las poblaciones, y que complican el panorama, es el cambio en la estructura de la pirámide poblacional, también conocido como transición demográfica. Este proceso se inicia

cuando tanto la mortalidad como la fecundidad disminuyen, lo que da como resultado una mayor proporción de personas mayores y un número reducido de jóvenes (Análisis del Programa Especial de Análisis de Salud, 2002; Turra y Fernandes, 2021). Casi todos los países del continente americano han seguido estos patrones, que comenzaron en Europa y se extendieron a Estados Unidos y Canadá. Actualmente, afectan a todos los países miembros de la CISS (Turra y Fernandes, 2021).

Durante la segunda mitad del siglo xx, es decir, después de la Segunda Guerra Mundial y hasta el inicio de los setenta, en Estados Unidos se produjo un *baby boom*, concepto que básicamente explicaba cómo el índice de natalidad se incrementó de forma acelerada durante esas décadas (Feldstein y Liebman, 2002). Para los responsables de los sistemas de seguro, esta transición representó un problema a largo plazo, ya que estos *baby boomers* acabarían necesitando también ayudas gubernamentales. Esto significaba que para 2050 sería necesario el doble del presupuesto del producto interno bruto solo para mantener dichas ayudas (Feldstein y Liebman, 2002).

Los países del continente americano han seguido un patrón similar. A finales de los años sesenta, la mayoría de ellos inició su transición demográfica de manera comparable, aunque a diferentes ritmos, en función del nivel de desarrollo de cada nación. Cuanto más avanzado es el desarrollo, más rápida ha sido la transición (Agar y Ferrer, 2000).

En consecuencia, la esperanza de vida en el continente americano aumentó de 68.6 años en 1979 a 73 años en 2019, al inicio de la pandemia. Durante ese mismo periodo, la población mayor de 65 años aumentó un 237% y, en promedio, vivió 6.4% más (Organización Mundial de la Salud, 2023c). Además, según los datos de los países miembros de la CISS, al inicio de esta transición en los años setenta, el porcentaje de personas de 65 años y más pasó del 3.7% al 8.8% en 2019 (ver gráfica 4).

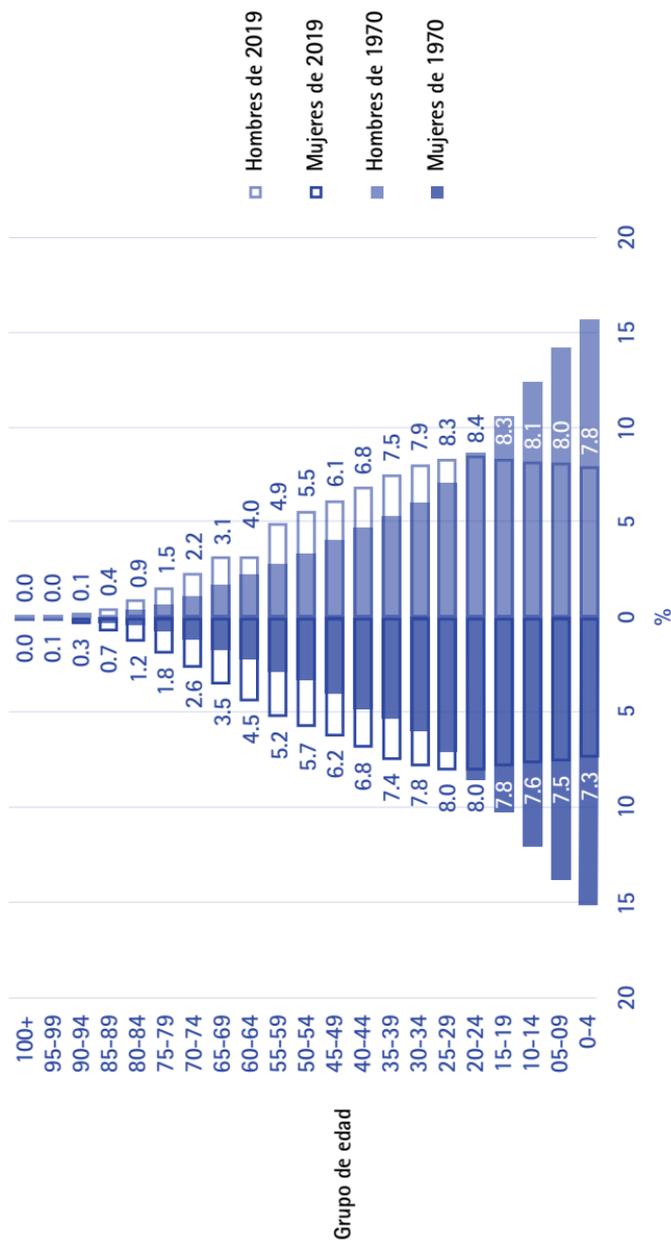
Durante la pandemia, las personas mayores de 60 años experimentaron un exceso de mortalidad por COVID-19, según algunos

informes. A nivel mundial, se estima que este grupo fue uno de los más vulnerables, con un exceso de 781 muertes por cada 100,000 habitantes (Shahid *et al.*, 2020; Shang *et al.*, 2022). Dada la escasez de información disponible y extrapolando estos datos a la población de los países miembros de la CISS, se calcula que más de 647,000 personas mayores de 60 años podrían haber fallecido debido al mayor riesgo de infección (ver gráfica 4).

Es bien sabido que, a medida que las personas envejecen, sus ingresos económicos disminuyen, mientras que sus necesidades y gastos en salud aumentan. Algunos informes de la región indicaron que, durante la emergencia sanitaria, este grupo fue particularmente vulnerable a no encontrar nuevas fuentes de ingresos en caso de perder su empleo, a recibir salarios más bajos y a sufrir discriminación a la hora de obtener créditos (Montenovo *et al.*, 2022; Montoya-Arce *et al.*, 2016; Programa Nuestros Mayores Derechos en El Salvador, 2015).

Sin duda, las personas mayores fueron el grupo más susceptible de contraer y morir a causa de la COVID-19, debido a la disminución de su respuesta inmune, consecuencia natural del envejecimiento. No obstante, los jóvenes también se vieron gravemente afectados por los deficientes estados de salud que ya se manifestaban desde años anteriores.

Gráfica 4. Cambio en la pirámide poblacional de los países de la membresía ciss



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del portal Population Division de la Organización de las Naciones Unidas.

3.2. Contexto epidemiológico

El aumento de la longevidad está estrechamente relacionado con los avances tecnológicos en el campo de la salud. Gracias a la vacunación, se ha conseguido reducir la letalidad de infecciones como la neumonía, así como la mortalidad por enfermedades como el sarampión y la tuberculosis. Estos progresos también han permitido prevenir complicaciones derivadas de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) como la diabetes y el cáncer, lo que ha contribuido a reducir las muertes prematuras asociadas a estos padecimientos (Lindgren, 2016).

El desafío para el aseguramiento de la salud surge cuando consideramos que, al igual que las personas mayores, los adultos jóvenes están experimentando un aumento en la prevalencia de enfermedades crónicas, muchas de ellas incapacitantes y permanentes. Este patrón responde a un fenómeno conocido como transición epidemiológica, que se refiere al cambio en los patrones de enfermedad en la población (Durán, 2005).

El cambio en las causas de la morbilidad es una consecuencia directa de ciertos patrones alimentarios, factores ambientales y la falta de actividad física. Es alarmante que en 2019, el año en que se descubrió el virus, ya se observaran crecientes niveles de sobrepeso y obesidad, especialmente en el continente americano (Durán, 2005; Organización Mundial de la Salud, 2024a, 2024b). A continuación, se analizarán las tendencias de peso que condujeron a complicaciones de salud, así como las tendencias de enfermedades crónicas no transmisibles, y su relación con la COVID-19.

3.2.1. Tendencias de sobrepeso

Al inicio de la pandemia, los países miembros de la CISS presentaban una alta prevalencia de sobrepeso, definido como un índice de masa corporal (IMC) igual o superior a 25 en personas mayores de 25 años. La mediana de la prevalencia del sobrepeso en estos países era del 64.7% en el grupo de edad mencionado. Chile, Ba-

hamas y México registraron las tasas más elevadas, con un 76.2%, un 74.2% y un 72.1%, respectivamente. Además, la mayoría de los adultos de todos los países de la región compartían esta condición (Organización Mundial de la Salud, 2024b). En cuanto a la obesidad ($IMC \geq 30$), la mediana de prevalencia en los países miembros de la CISS era del 30.2%, con Bahamas, Belice y Chile a la cabeza, con tasas del 45.1%, 40.1% y 36%, respectivamente (Organización Mundial de la Salud, 2024a, 2024b).

3.2.2. Carga de las enfermedades crónicas no transmisibles

La inflamación endócrina causada por el sobrepeso y la obesidad ya contribuía al desarrollo de enfermedades cardiovasculares, cánceres y diabetes (Lega y Lipscombe, 2020). Esta situación representaba un problema de salud pública, no solo por su alta prevalencia, sino también por su aparición en personas cada vez más jóvenes. Los informes internacionales de 2019 ya identificaban estas enfermedades como las principales causas de muerte (National Cancer Institute, 2023; Palacios *et al.*, 2021; Tabish, 2007).

Al inicio de la pandemia, las enfermedades isquémicas del corazón y los accidentes cerebrovasculares figuraban entre las tres principales causas de pérdida de años de vida a nivel mundial, con tasas de 1,907.2 y 835.5 años de vida perdidos (AVP) por muertes prematuras, respectivamente, por cada 100,000 habitantes (Organización Panamericana de la Salud, 2021). En 2019, la mayoría de las personas morían tras haber padecido al menos una enfermedad no transmisible (ENT), lo que reducía la esperanza de vida libre de discapacidad, un indicador crucial para las instituciones de aseguramiento social (Beltrán-Sánchez *et al.*, 2015; Pan American Health Organization, 2021).

En 2019, los países miembros de la CISS presentaban una mediana de muertes por ENT ligeramente inferior a la de Europa, con 446.9 y 427.1 muertes por cada 100,000 habitantes, respectivamente (Organización Mundial de la Salud, 2019). La distribución de la

mortalidad por ENT en estos países justo antes de la pandemia de la COVID-19 era heterogénea: Granada y Honduras registraban las mayores tasas de mortalidad, con 618.7 y 614.5 muertes por cada 100,000 habitantes, y, en consecuencia, también los mayores números de AVP, con 23,020 y 22,215.1 años por cada 100,000 habitantes. En contraste, Canadá y Perú lideraban entre los países menos afectados por ENT (ver gráfica 5).

3.2.3. Asociación de las enfermedades crónicas no transmisibles y la COVID-19

Durante la emergencia sanitaria, la COVID-19 no superó a las ENT como principal causa de muerte, pero sí exacerbó sus efectos, alcanzando el tercer lugar entre las principales causas de muerte en su primer año y reduciendo la esperanza de vida en la región en 1.8 años (Organización Panamericana de la Salud, 2021).

Además del riesgo de mortalidad asociado a las ENT, las personas con estas comorbilidades tuvieron una probabilidad significativamente mayor de desarrollar complicaciones graves y de sufrir secuelas a causa de la COVID-19. Los expertos han descrito esta combinación como la «tormenta perfecta», y han destacado cómo las enfermedades crónicas debilitaron la respuesta inmune ante la infección (Ajebli *et al.*, 2021; Pizuorno y Fierro, 2021).

Las personas fallecían más rápido por COVID-19 cuando presentaban la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), que si bien era una enfermedad no tan frecuente en comparación con otras ENT, por sí sola representaba para las personas contagiadas por COVID-19 el mayor riesgo de morir (OR = 2.95), seguido de la enfermedad renal crónica (OR = 2.85), la enfermedad coronaria (OR = 2.46) y las enfermedades cerebrovasculares (OR = 2.46) (Geng *et al.*, 2021).

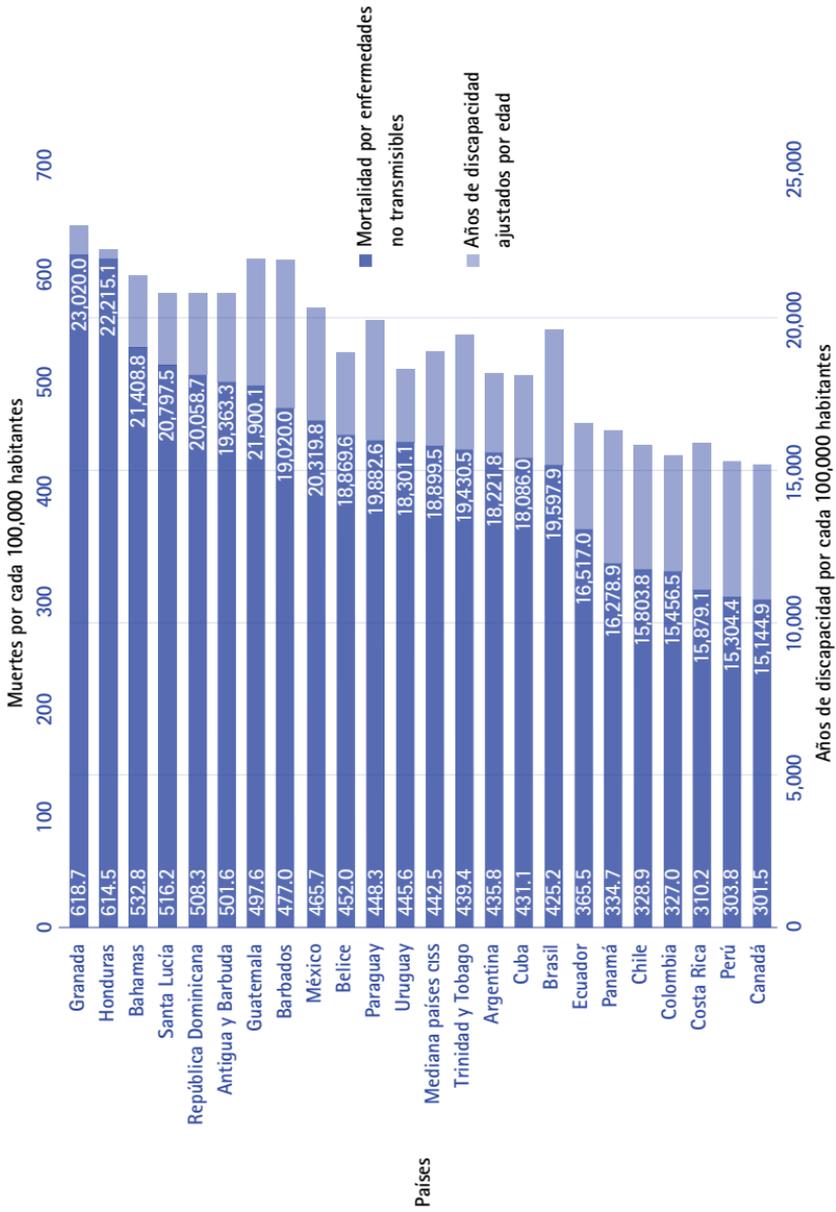
No obstante, la alta prevalencia de otras comorbilidades podría haber sido aún más relevante que la del EPOC (8.9%) en el contexto de la COVID-19. En los países miembros de la CISS, una de cada tres personas padecía diabetes. Poco después del inicio de la pandemia, se observó que esta condición dificultaba tanto el ac-

ceso a los servicios de salud como la obtención de medicamentos para el control glucémico. Esto provocó un aumento del número de personas con descontrol glucémico que, como consecuencia, se encontraban inmunosuprimidas y tenían un mayor riesgo de morir por la infección de la COVID-19 (Fang *et al.*, 2020; Kruse *et al.*, 2022; Olortegui-Rodriguez *et al.*, 2022; Sánchez Talanquer *et al.*, 2024; World Bank, 2021). Otro aspecto paradójico en la asociación entre la diabetes y la alta mortalidad por COVID-19 es que una persona sana que sufre una infección grave tiene más dificultades para regular su glucosa, lo que incrementa su probabilidad de desarrollar diabetes (Kapoor *et al.*, 2020).

Otra comorbilidad de alta prevalencia fue la hipertensión arterial (HTA). Paraguay, República Dominicana y Argentina presentaron las frecuencias más altas, con prevalencias de 56.4%, 49.1% y 47.5%, respectivamente. La mediana de la prevalencia de la HTA en los países de la CISS era del 39.3%, la más alta en comparación con cualquier otra región del mundo y registrada solo un año antes del inicio de la pandemia (Organización Mundial de la Salud, 2021).

Se ha demostrado que la HTA aumenta el riesgo de muerte por COVID-19. Este hecho es crucial, ya que la HTA es la enfermedad crónica más común en la región. Durante la pandemia, algunos países miembros de la CISS informaron de que hasta el 60% de las personas con HTA no cumplían con su tratamiento hipertensivo. Las principales razones para esta falta de adherencia incluyeron el acceso limitado a los servicios de salud, el temor a acudir a los hospitales para recibir medicamentos y la desconfianza hacia el personal médico (Rivera-Lozada *et al.*, 2023; Sánchez Talanquer *et al.*, 2024; Velásquez Montenegro *et al.*, 2022).

Gráfica 5. Mortalidad y años de vida perdidos por enfermedades crónicas no transmisibles en los países de la membresía ciss en 2019



Fuente: Elaboración propia a partir de información del Global Health Security Index. No fue posible incluir a algunos países de la ciss sin esta información pública.

3.3. Contexto de la seguridad social

La seguridad social surgió como un sistema de apoyo para las personas mayores que ya no podían obtener ingresos regulares suficientes para mantener una buena calidad de vida. Inicialmente, estos beneficios estaban restringidos a las personas mayores y dependían de su nivel de ingresos o de su situación laboral. En la actualidad, los países han ampliado estas medidas para proteger a otros grupos de población (Feldstein y Liebman, 2002).

Dentro de los diversos aspectos que abarca la seguridad social, el gasto social y la cobertura legal son dos de los principales desafíos a los que se enfrentan los países miembros de la CISS. Analizar el gasto social y su cobertura legal es relevante no solo para comprender cómo los Estados intentaron mitigar los efectos de la pandemia por COVID-19, sino también para evaluar el alcance real de estas medidas en sus poblaciones.

3.3.1. Gasto social

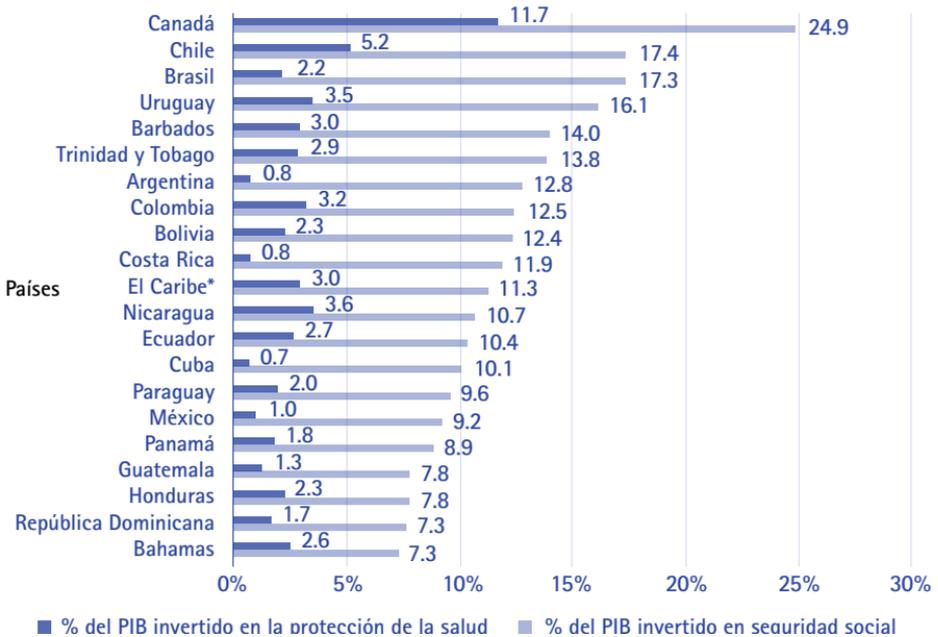
El gasto social, que se define como el importe de los recursos destinados a financiar políticas de protección social, educación, salud, vivienda, actividades recreativas y protección del medio ambiente, revela las prioridades y preferencias de los Estados en estos ámbitos (Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2024; Martínez y Collinao, 2010).

Comprender el contexto de la seguridad social al inicio de la pandemia es esencial para evaluar las medidas adoptadas por los Estados. Mientras en Europa se destinaba cerca de una tercera parte de su PIB a la seguridad social (28.8%), la mayoría de los países miembros de la CISS invertían menos de una séptima parte en este ámbito (ver gráfica 6) (Eurostat, 2019; Organización Mundial de la Salud, 2020b).

En 2019, Canadá fue el país de la CISS con el mayor gasto social en relación con su PIB, destinando cerca del 49% a la protección de la salud. En comparación con otros países miembros de la CISS cla-

sificados como países en vías de desarrollo, el gasto en seguridad social de Canadá era aproximadamente el triple que el de países como Chile (17.4%), Brasil (17.3%) y Uruguay (16.1%). En términos de gasto social dedicado a la protección de la salud, Chile (5.2%), Nicaragua (3.6%) y Uruguay (3.5%) tenían los porcentajes más altos (Organización Mundial de la Salud, 2020 b).

Gráfica 6. Gasto en el aseguramiento en los países de la membresía ciss en 2019



Fuente: Elaboración propia a partir de información Bases de Datos y Publicaciones Estadísticas, CEPALSTAT, Organización de las Naciones Unidas.

* No se encontraron datos por países de la región del Caribe por lo que se presenta como un promedio general. Algunos países miembros de la ciss no fueron incluidos debido a que no hay datos públicos al respecto.

Según la OMS, para lograr una cobertura sanitaria adecuada y una atención primaria de calidad, los países con ingresos medianos o bajos deben destinar al menos el 3.3% de su PIB a la salud de su población (Organización Mundial de la Salud, 2020b). Solo unos pocos miembros de la ciss, como Canadá, Nicaragua, Colombia, Barbados, Uruguay y Chile, cumplían con este criterio.

3.3.2. Cobertura de seguridad social

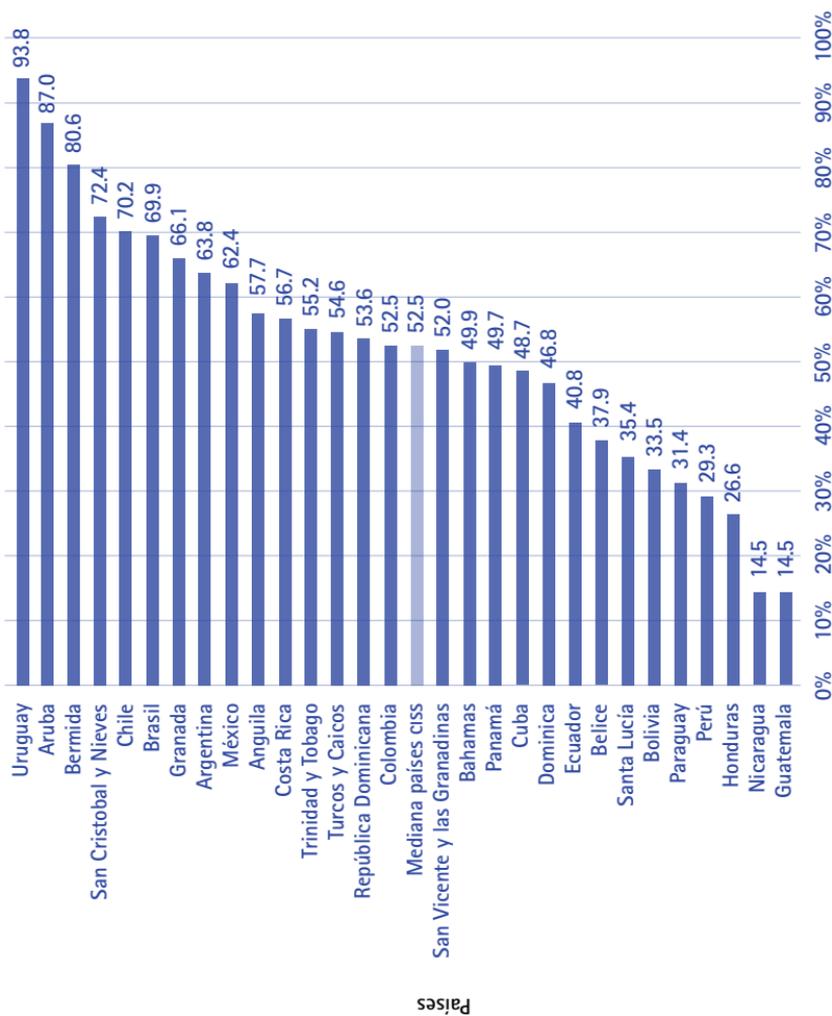
La cobertura legal permite identificar el acceso formal a las prestaciones establecidas por ley, aunque esto no siempre se traduce en una ejecución efectiva (Mesa-Lago, 1985). Esta cuestión es relevante porque, justo un año antes del inicio de la pandemia, casi todos los sistemas de seguridad social de los Estados miembros de la CISS no lograban ofrecer una cobertura legal completa a toda su población. En promedio, los regímenes jurídicos e internos de estos Estados solo brindaban acceso a prestaciones sociales a cuatro de cada diez habitantes. La cobertura de la seguridad social es un importante indicador de desarrollo según la Organización de las Naciones Unidas (ONU). Las personas sin acceso a la seguridad social suelen estar empleadas en el sector informal o en trabajos de bajos ingresos, y enfrentan un mayor riesgo de caer en la pobreza.

Durante la emergencia sanitaria, las personas del sector informal tuvieron un riesgo significativamente mayor de contraer el virus, ser hospitalizadas e incluso morir a causa de la COVID-19. Esto se debió en gran parte a su alta exposición laboral y a su limitado acceso a la atención médica (Arceo-Gomez *et al.*, 2022; Bargain y Aminjonov, 2020; Organización de las Naciones Unidas, 2020).

La proporción de población cubierta por niveles mínimos de protección social en los Estados miembros de la CISS fue heterogénea. Uruguay, que tuvo uno de los mayores gastos sociales, también destacó por una alta cobertura de protección social, con más del 93% de su población recibiendo al menos un beneficio social (ver gráfica 7).

En contextos de riesgo severo, como el que supuso la pandemia, la protección social que implica contar con seguridad social es una red de protección frente a la ausencia de ingresos regulares, pensiones y atención sanitaria. En pocas emergencias recientes se había notado tan claramente la necesidad de contar con políticas de salud integrales, articuladas con los sistemas de protección social, para atender las necesidades básicas de las poblaciones (Cid y Marinho, 2022).

Gráfica 7. Población con cobertura social en los países de la membresía ciss en 2019



Fuente: Elaboración propia a partir de información de la International Labour Organization. Algunos países miembros de la ciss no fueron incluidos debido a que no se cuenta con información pública con los datos de interés.

3.3.3. Los sistemas de salud

A nivel mundial, los efectos de las medidas adoptadas para garantizar la salud de las poblaciones dependieron en gran medida de la fortaleza de los sistemas de salud. Para comprender la situación en el continente, se utilizan los resultados del Índice de Seguridad Sanitaria Mundial, presentado solo un año antes de la pandemia. Este índice mide la capacidad de los países para prevenir que un brote se convierta en una pandemia (Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, 2020).

Para los países miembros de la CISS, los resultados generales del índice revelan deficiencias significativas en este aspecto, destacando una marcada diferencia entre Canadá y los demás países latinoamericanos (ver gráfica 8).

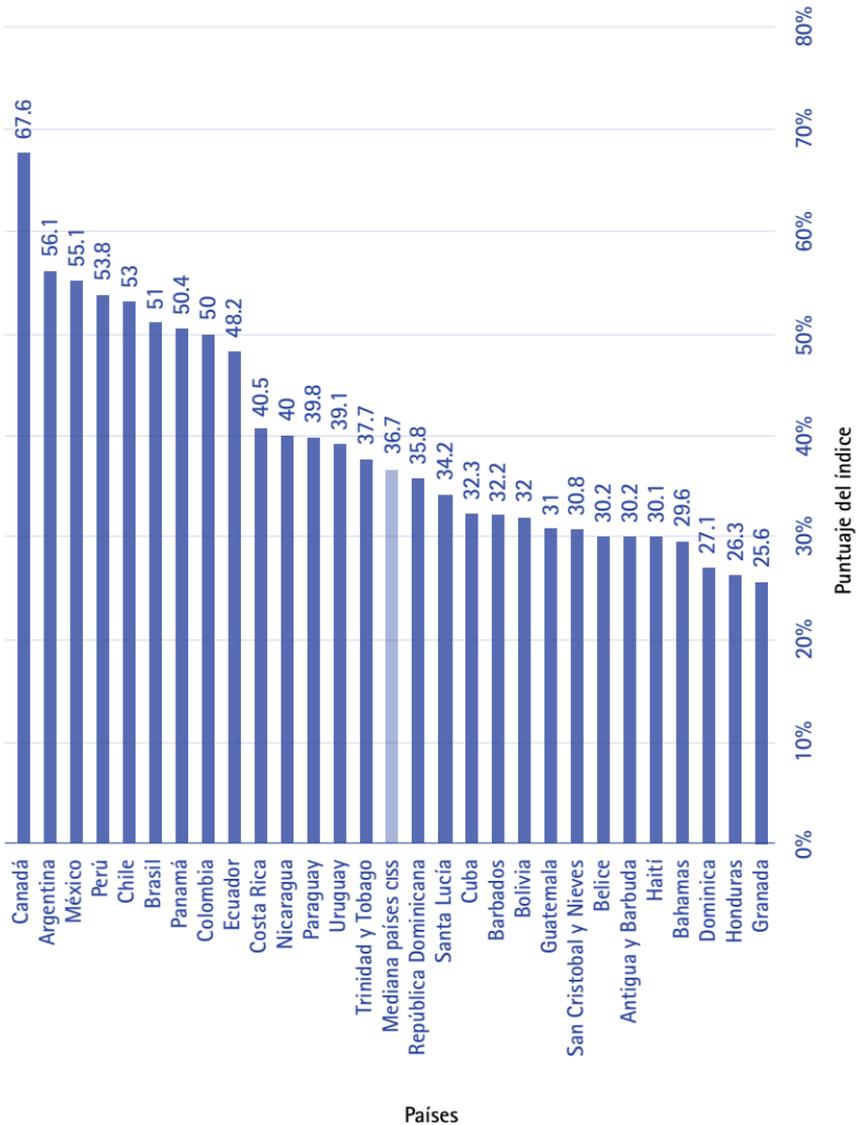
Según los indicadores, los países miembros de la CISS obtuvieron una puntuación media de 36.8. Aunque este resultado los clasifica como «más preparados», solo 3 puntos los separaban de la categoría de «menos preparados» (Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, 2020).

A nivel mundial, ningún país estaba completamente preparado para una emergencia de la magnitud de la COVID-19. Sin embargo, los países de la CISS ya presentaban deficiencias previas, en gran medida debido a la fragmentación de sus instituciones. Estas deficiencias se reflejaron en una atención sanitaria inadecuada durante la pandemia, especialmente para aquellos sin acceso a la seguridad social, como los trabajadores informales.

La ausencia de cobertura universal en el acceso a la salud es un objetivo que la Cepal y la ONU ya habían establecido en 2015 dentro de sus Objetivos de Desarrollo Sostenible. La garantía de una vida sana y la promoción del bienestar de sus poblaciones es uno de los principales ideales en nuestra región y, para ello, se considera la cobertura sanitaria universal, la protección ante los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales, medicamentos y a vacunas de calidad. No obstante, la crisis sanitaria tuvo un notable impacto en la prestación de estos servicios, efecto que fue más marcado en

las personas sin empleo formal, que en la mayoría de las ocasiones carecieron de acceso efectivo.

Gráfica 8. Índice de Seguridad Sanitaria de los países de la membresía ciss en 2020



Fuente: Elaboración propia a partir de información del Global Health Security Index.

No fue posible incluir a algunos países de la membresía ciss porque no contaban con esta información pública.

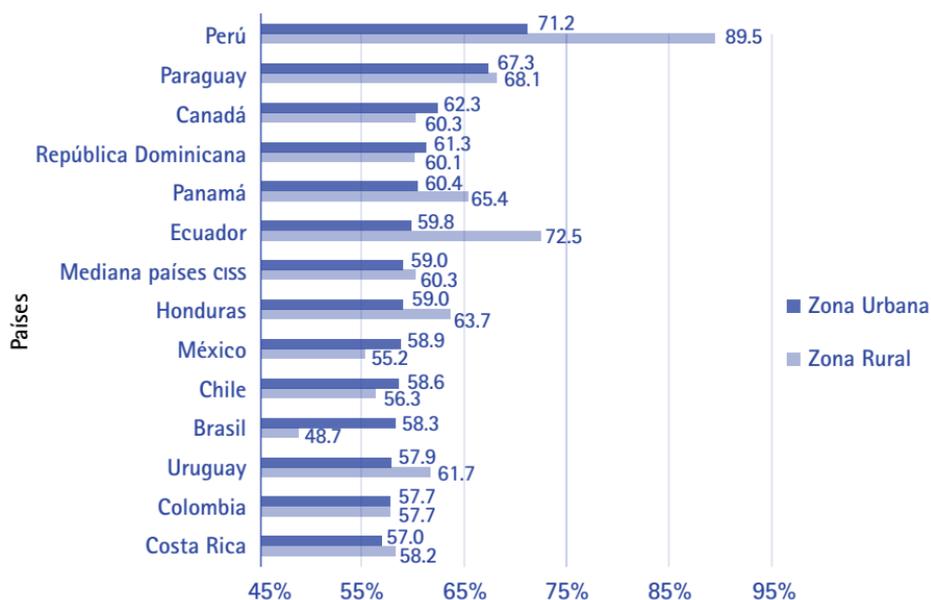
3.3.4. Empleo

La población con empleos formales generalmente está protegida por sistemas de seguridad social, ya que la mayoría de estos sistemas se basan en cotizaciones que garantizan aspectos esenciales como el acceso a la salud (Organización Internacional del Trabajo, 2003). Esta información es relevante, dado que en sistemas de seguridad social y de salud fragmentados, el empleo es uno de los principales medios para acceder a la protección social. La mayoría de los países miembros de la CISS se enfrentan al desafío de lograr una cobertura universal.

Actualmente, hay pocos datos disponibles sobre la proporción de trabajadores en empleos formales e informales. En los países miembros de la CISS que disponen de datos abiertos sobre el empleo, se observa que en 2019 la mayoría de las personas de 15 años o más estaban empleadas, tanto en zonas rurales (59%) como urbanas (60.3%). Perú destacaba por tener la mayor proporción de empleo en zonas rurales y la segunda mayor en zonas urbanas (gráfica 8). Cabe destacar que este análisis no distingue entre empleos formales e informales (ver gráfica 9).

Durante el inicio de la pandemia en 2020, varios Estados miembros de la CISS dejaron de publicar sus indicadores de empleo. Los países que sí mantuvieron información pública reportaron una disminución del empleo tanto en zonas urbanas como rurales. En particular, se observó una mayor reducción del empleo en las zonas urbanas en Perú (-12.9%), Colombia (-7.8%), Costa Rica (-6.9%), Brasil (-5.3%), República Dominicana (-4.8%) y Paraguay (-3.7%). En contraste, en países como Honduras (10.4%), Chile (9.5%) y Ecuador (7.5%), los empleos en las zonas rurales experimentaron una disminución más significativa.

Gráfica 9. Proporción de poblaciones empleadas por zonas en países de la membresía CISS en 2019



Fuente: Elaboración propia a partir de información de la International Labour Organization.

Se considera la población con 15 años o más.

Algunos países miembros de la CISS no fueron incluidos debido a que no se cuenta con la información pública con los datos de interés.

3.3.5. Empleo informal

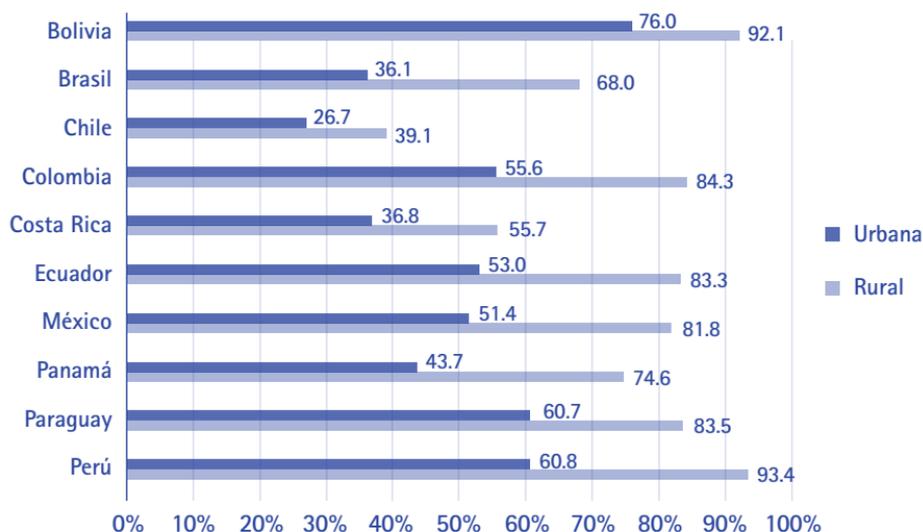
Los trabajadores informales generalmente no están cubiertos por los sistemas de seguridad social, ya que estos sistemas suelen vincular la cobertura con el empleo formal. Por lo tanto, no es sorprendente que los Estados miembros de la CISS hayan tenido dificultades para proporcionar beneficios sociales a estas poblaciones durante la pandemia (Busso *et al.*, 2021).

A pesar de la importancia del empleo informal, pocos países publican datos detallados sobre este tema. Sin embargo, se observa que, en 2019, la mayoría de los empleos en zonas rurales pertenecían al sector informal (ver gráfica 10).

Durante 2020, el primer año de la emergencia por COVID-19, Brasil, Chile y Costa Rica experimentaron una notable disminución del trabajo informal en zonas urbanas, con reducciones de -2.2%, -2.15% y -2.0%, respectivamente. Un patrón similar se observó en sus zonas rurales, con disminuciones de -1.9%, -2.5% y -1.5%, respectivamente. En contraste, Perú registró un aumento del 1% en la informalidad en zonas urbanas y del 0.4% en zonas rurales.

Contar con indicadores detallados sobre la informalidad laboral por parte de todos los Estados miembros de la CISS sería fundamental para evaluar los riesgos que enfrentan estos trabajadores y para implementar medidas adecuadas para su protección y evaluación.

Gráfica 10. Proporción de poblaciones con empleo informal por zona en países de la membresía CISS en 2019



Fuente: Elaboración propia a partir de información de la International Labour Organization.

Se considera la población con 15 años o más.

Algunos países miembros de la CISS no fueron incluidos debido a que no se cuenta con información pública con los datos de interés.

4. Medidas para la contención, aseguramiento y atención durante la pandemia por covid-19

Es fundamental conocer las estrategias adoptadas por los Estados miembros de la CISS para la contención, el aseguramiento y la atención de sus poblaciones durante la pandemia.

Las *medidas de contención* incluyen estrategias como la vacunación, las restricciones de viaje, el distanciamiento social, el uso de mascarillas y los programas de detección, que abarcan la aplicación adecuada de pruebas virales y de anticuerpos para la COVID-19.

Las *medidas de aseguramiento* incluyen estrategias para garantizar el acceso a la seguridad social, proteger a los trabajadores sanitarios, aumentar el acceso a incapacidades, reconvertir la capacidad hospitalaria, digitalizar las prestaciones e integrar los sistemas de salud con otros sectores que garanticen la cobertura del personal sanitario.

Las *medidas de atención* comprenden estrategias de telemedicina, atención a domicilio y servicios funerarios.

El objetivo de este apartado es describir las estrategias empleadas por los países miembros de la CISS, explicar los retos a los que se enfrentaron y detallar las conclusiones de la literatura científica sobre su implementación. Este análisis servirá como referencia para otros países de la CISS que se enfrenten a una emergencia similar a la pandemia de la COVID-19.

4.1. Medidas de contención

Las medidas de contención se diseñaron para reducir el riesgo de transmisión de la COVID-19 entre las personas. Para ello, se consideró que la exposición a microgotas producidas por la tos y el contacto con superficies contaminadas eran los principales mecanismos de transmisión del patógeno (véase la sección 1.3). Las estrategias incluyeron limitar el acceso a lugares públicos en determinadas circunstancias e implementar la inmunización. Aunque la vacuna resultó ser la estrategia más efectiva, hubo un retraso significativo en su disponibilidad para la población. Además, en la mayor parte de los países de la región, el acceso a las pruebas rápidas fue tardío y muy vinculado a la cobertura en zonas urbanas.

4.1.1. Vacunación

Sin duda, la vacunación fue la estrategia más crucial para contener la propagación de la COVID-19. No obstante, a pesar de que la mayoría de los países participaron en mecanismos internacionales para acceder a las vacunas, la distribución de las dosis fue desigual. Esta inequidad se debió a las diferencias económicas entre los Estados y al acaparamiento de la producción y compra de vacunas por parte de las principales potencias globales (Stephenson, 2021). Para mitigar esta disparidad, algunos países miembros de la CISS, como Argentina, Brasil y Chile, realizaron acuerdos de compra con actores privados. Además, Argentina y Brasil construyeron plantas de producción de vacunas, mientras que Colombia y México establecieron acuerdos con diversos socios para su desarrollo (The Covax Facility, 2020).

La inversión en el desarrollo de vacunas resultó ser incosteable para la mayoría de los Estados miembros de la CISS. No obstante, la participación en ensayos clínicos para adaptar las vacunas a las características específicas de sus poblaciones fue fundamental para el éxito de los programas de vacunación. Los países que participaron en estos ensayos demostraron tener un éxito aproximada-

mente 240% mayor en sus estrategias de vacunación (The Covax Facility, 2020).

Algunos de los países con las economías más grandes de los miembros de la CISS, como México y Colombia, permitieron el acceso a ensayos clínicos y comenzaron la vacunación de manera más rápida, en diciembre de 2020 (Index *et al.*; Shao, 2024). Afortunadamente, para muchos países de menor ingreso, como los del Caribe, su baja densidad poblacional ayudó a mantener bajas tasas de contagio al inicio de la pandemia. Esto fue especialmente relevante porque las vacunas en estos países llegaron después del segundo trimestre de 2021 (Index *et al.*; Pinzón, 2021; Shao, 2024).

A pesar de la falta de criterios técnicos internacionales para definir la priorización en la vacunación —es decir, el orden en que los distintos grupos poblacionales accederían al biológico—, la mayoría de los países adoptó estrategias similares, basadas principalmente en la disponibilidad de las vacunas. Generalmente, los países con mejor acceso comenzaron la vacunación en una gama más amplia de grupos poblacionales. En contraste, en la mayoría de los países miembros de la CISS, el acceso a las vacunas fue muy limitado, lo que llevó a priorizar a los grupos de mayor riesgo, considerando tanto la edad como el riesgo de contagio asociado a las ocupaciones. En consecuencia, se dio prioridad a las personas mayores y a los trabajadores de la salud (Index *et al.*).

Actualmente, sabemos que las estrategias de vacunación deben integrarse como una medida a largo plazo, especialmente en los países con acceso más limitado (Jeyanathan *et al.*, 2020). Durante el primer y segundo año, se recomienda inmunizar primero a los grupos más susceptibles de enfermar. En el caso de la COVID-19, estos grupos incluyeron a los trabajadores sanitarios, personas con comorbilidades, personas mayores y poblaciones étnicas consideradas minorías. En el segundo año, se debería incluir también a las personas que, habiendo estado previamente expuestas al virus, mostraron una respuesta inmune deficiente. Finalmente, cuando sea posible, se debe avanzar hacia la inmunización universal (Jeyanathan *et al.*, 2020).

4.1.2. Restricción de viajes

Las primeras recomendaciones emitidas por la OMS estaban dirigidas a los viajeros internacionales que se dirigían a o salían de Wuhan (China). Se les aconsejaba evitar el contacto cercano con personas enfermas de infecciones respiratorias, lavarse las manos frecuentemente, evitar el contacto con animales y adoptar técnicas para reducir el riesgo de contagio a través de la saliva, expulsada al estornudar o toser (Organización Mundial de la Salud, 2020d). Sin embargo, no se emitieron recomendaciones similares para los viajeros procedentes de otros destinos.

A pesar de la falta de recomendaciones específicas, todos los países miembros de la CISS implementaron restricciones a los viajes internacionales, que resultaron ser una vía principal de propagación del SARS-CoV-2 (Index *et al.*). Las principales estrategias de restricción de viajes incluyeron:

- Solicitar pruebas negativas de PCR a los viajeros provenientes de países con alta incidencia de la COVID-19.
- Prohibir los viajes no esenciales durante períodos específicos o en zonas de alta incidencia.
- Requerir la vacunación contra la COVID-19 una vez que la vacuna estuvo disponible.

Hoy sabemos que la eficacia de las restricciones de viaje dependió en gran medida de la rapidez con la que se implementaron. En general, los países que impusieron estas restricciones al inicio de la transmisión comunitaria, es decir, cuando se detectaron los primeros casos de infección local, obtuvieron mejores resultados (Chu *et al.*, 2020).

4.1.3. Distanciamiento social

Los organismos internacionales subrayaron el distanciamiento social como una estrategia clave para controlar la propagación de

la COVID-19 (Organización Panamericana de la Salud, 2020a). Esta medida, aplicable a todas las personas sin importar su estado de salud, tenía como objetivo restringir la interacción y el contacto directo, que desde el principio se sospechó que era la principal vía de transmisión del virus (Rahman *et al.*, 2020). En los países miembros de la CISS, el distanciamiento social se implementó a través de diversas medidas (Blackman *et al.*, 2020; Index *et al.*), que incluyeron:

- El cierre de lugares públicos, como escuelas, centros de trabajo y centros comerciales.
- La limitación de las congregaciones a un aforo máximo de entre 10 y 50 personas.
- La implementación de toques de queda para restringir el tránsito en lugares públicos fuera del horario laboral, siendo el horario más común el comprendido entre las 6:00 p. m. y las 5:00 a. m.
- La reducción del aforo en el transporte público.
- La restricción del tráfico mediante el control de los números de matrícula.
- La cancelación de eventos públicos y reuniones masivas.
- El confinamiento obligatorio generalizado.
- El confinamiento dirigido a los grupos más susceptibles de contraer la infección, como personas mayores de 60 o 70 años, mujeres embarazadas y personas con comorbilidades.

La necesidad de las estrategias de aislamiento social fue indiscutible. Sin embargo, los confinamientos generalizados, que afectaban a toda la población, exacerbaban las dificultades económicas, lo que resultó en la caída de los salarios y un aumento de la pobreza, especialmente en las zonas rurales (Blackman *et al.*, 2020).

El confinamiento debería gestionarse en función de los diferentes contextos, horarios de aplicación y teniendo en cuenta la población y las actividades específicas que realiza. Cuando se implementa un confinamiento generalizado, es crucial acompañarlo de estrategias para mitigar su impacto, como proporcionar apoyo económico o mejorar la cobertura de internet para facilitar el trabajo desde casa cuando las características del empleo lo requieran. No obstante, estas medidas suelen ser menos efectivas para los sectores más vulnerables, como las poblaciones rurales.

4.1.4. Uso de cubrebocas

Al inicio de la pandemia, la oms recomendó el uso de mascarillas en lugares cerrados, mal ventilados o donde no se pudiera mantener una distancia física adecuada (Naciones Unidas, 2020). La obligatoriedad del uso de mascarillas generó controversia en diversas sociedades, y una parte significativa de la población no adoptó esta medida en los espacios públicos. Algunos autores sugieren que esta resistencia se debió a dudas sobre su eficacia, falta de acceso a cubrebocas o escepticismo sobre la existencia del virus (Roniger y Senkman, 2023).

Actualmente sabemos que el uso de cubrebocas puede reducir significativamente la probabilidad de contagio. Su eficacia depende principalmente de dos factores: la obligatoriedad de su uso y el material con el que están fabricados (Coclite *et al.*, 2021; Santariero *et al.*, 2021).

La obligatoriedad es crucial porque influye en la cantidad de personas y espacios donde se utiliza el cubrebocas. Por ello, es esencial implementar estrategias complementarias, como campañas educativas para informar sobre la importancia del uso de cubrebocas y facilitar su acceso a la población.

La eficacia de los cubrebocas también depende del material con el que están fabricados. Los cubrebocas quirúrgicos, por ejemplo, han demostrado ser esenciales para proteger contra patógenos y partículas debido a su capacidad para ofrecer una barrera efec-

tiva contra virus y bacterias, al mismo tiempo que permiten una respiración adecuada (Santarsiero *et al.*, 2021). La calidad y el tipo de material afectan directamente a la seguridad y la comodidad del cubrebocas, factores cruciales para su uso, especialmente en entornos médicos y en espacios dedicados a la atención sanitaria (Coclite *et al.*, 2021).

En resumen, los expertos señalan dos contextos clave: en situaciones donde no todos utilizan el cubrebocas, es fundamental que el material sea de alta calidad para asegurar la eficacia de la estrategia (Blackman *et al.*, 2020; Coclite *et al.*, 2021; Santarsiero *et al.*, 2021). Sin embargo, cuando el uso del cubrebocas es obligatorio para toda la población, la eficacia de la medida sigue siendo alta incluso si se emplean cubrebocas fabricados con materiales variados (Coclite *et al.*, 2021).

4.1.5. Detección y tamizaje

La mayoría de los países implementaron estrategias de tamizaje para la población en general, aunque algunos solo lo hicieron para individuos con síntomas sugerentes de coronavirus causante de la enfermedad de la COVID-19 y otros se centraron únicamente en los sintomáticos pertenecientes a grupos vulnerables (Blackman *et al.*, 2020; Index *et al.*).

En la actualidad, se reconoce que el cribado masivo es poco efectivo si no se puede garantizar una cobertura adecuada, idealmente, alrededor del 5% de la población semanalmente. Durante la pandemia de la COVID-19, las campañas de cribado detectaron solo el 25% de los casos debido al número limitado de pruebas realizadas (Girum *et al.*, 2020; Kucharski *et al.*, 2020; Viswanathan *et al.*, 2020).

Para los países con limitaciones económicas u operativas que dificultaron un tamizaje extensivo, una alternativa más eficaz fue focalizar el diagnóstico en grupos vulnerables. Estos grupos incluían a los viajeros, las personas mayores, aquellos con enfermedades no transmisibles y el personal sanitario junto con sus contactos (Kucharski *et al.*, 2020; Viswanathan *et al.*, 2020).

4.2. Medidas de aseguramiento social

Las medidas de seguridad social consisten en estrategias destinadas a proporcionar al menos un ingreso básico a las poblaciones con menores ingresos o en situación de pobreza (Miranda Muñoz, 2020). Durante la emergencia sanitaria, uno de los principales desafíos a los que se enfrentaron los países fue que enfocaron sus esfuerzos en la pobreza estructural —la pobreza preexistente y sistemática— en lugar de en la pobreza transitoria, que surgió como resultado directo de la crisis económica provocada por la COVID-19.

Las principales medidas de aseguramiento social adoptadas por los países miembros de la CISS incluyeron (Filgueira *et al.*, 2020; Index *et al.*):

- 1 Transferencias no contributivas para grupos vulnerables, como niños, adultos mayores y personas en situación de pobreza.
- 2 Congelamiento de los precios de ciertos productos alimenticios, de salud y servicios, como el agua, la electricidad, internet, la telefonía móvil y la televisión.
- 3 Suspensión o retraso en el pago de servicios básicos.
- 4 Congelamiento de las tasas de préstamos hipotecarios.
- 5 Suspensión de pagos de hipotecas, préstamos y tarjetas de crédito.

A pesar de las estrategias implementadas, muchas tuvieron dificultades para llegar a los hogares con trabajadores informales, quienes representan a las personas más vulnerables. En el caso de las transferencias no contributivas, se estima que la cantidad proporcionada no fue suficiente para mantener a los beneficiarios más vulnerables por encima del umbral de pobreza extrema (Filgueira *et al.*, 2020).

La situación es especialmente complicada para los países miembros de la CISS. Se estima que un sistema de seguridad social capaz de otorgar al menos el importe equivalente a la línea de pobreza extrema durante seis meses podría requerir más del 4.7% del PIB. Si el objetivo fuera proporcionar una transferencia equivalente a la línea de pobreza, el coste sería superior al 10% del PIB (Filgueira *et al.*, 2020). Según Filgueira (2020), las transferencias no contributivas equivalentes a una línea de pobreza podrían haberse distribuido entre categorías específicas de la población: pobres (3.5% del PIB), infancias (2.9% del PIB), trabajadores informales (2% del PIB) y personas mayores (0.9% del PIB). De haberse adoptado una medida así, se habría logrado una reducción del gasto y una mejor atención a la población (Filgueira *et al.*, 2020). Sin embargo, una opción posiblemente más efectiva, aunque supondría un reto administrativo mayor, podría haber sido el apoyo al crédito en lugar de al gasto (Blackman *et al.*, 2020).

Además de las transferencias, algunos Estados optaron por eximir del pago del IVA a productos de la cesta de la compra, medicamentos y equipos médicos. También se concedieron prórrogas para el pago de servicios públicos como la electricidad y el agua, o se prohibió el corte de estos suministros. Algunos países establecieron convenios que impidieron a los bancos desalojar a las personas por falta de pago de hipotecas o crearon prórrogas para el pago de cuotas de créditos (Blackman *et al.*, 2020). Estos beneficios resultaron especialmente importantes durante el confinamiento, ya que incrementaron el uso de todos estos servicios públicos y productos financieros (Blackman *et al.*, 2020).

Para lograr una operatividad más eficaz del aseguramiento social, es fundamental considerar diferentes grupos y centrarse en aquellos con mayor riesgo. Una clasificación general podría ser la siguiente:

- Personas con acceso a la seguridad social.
- Personas con esquemas de apoyo no contributivos o dependientes de programas gubernamentales.

- Personas sin acceso a apoyos, como los autoempleados, los trabajadores informales y sus familias.

Es importante destacar que los miembros de los dos últimos grupos tuvieron más dificultades para acceder a la seguridad social y a los apoyos disponibles. Estos grupos fueron los más vulnerables, ya que cayeron en pobreza transitoria con mayor facilidad (Blackman *et al.*, 2020; Filgueira *et al.*, 2020).

● 4.2.1. Acceso a la seguridad social y protección de beneficios sociales

La COVID-19 impactó significativamente en las relaciones laborales, modificando los esquemas de trabajo. Como se detalló anteriormente (ver sección 3.3.4), el número total de empleos disminuyó, mientras que la proporción de empleos informales aumentó. Estos cambios afectaron a los salarios, las jornadas laborales y el acceso a las prestaciones sociales (OIT, 2020a).

Las estimaciones de 2017 ya indicaban que en el continente americano solo el 16.7% de las personas en edad laboral contaban con acceso a planes de protección contra el desempleo. Estos planes estaban diseñados principalmente para retener la fuerza laboral, proporcionar seguridad de ingresos y facilitar la adopción de nuevos sistemas de empleo. Sin embargo, la baja cobertura de estos seguros en los países en desarrollo sugiere que una adopción universal de esta estrategia durante la pandemia habría sido demasiado costosa (Organización Internacional del Trabajo, 2017, 2020b).

A pesar de los desafíos, algunos Estados implementaron medidas extraordinarias para mitigar el impacto de la pandemia de la COVID-19 en las poblaciones con acceso a la seguridad social.

- *Conservación del empleo*: varios países adoptaron estrategias para evitar despidos masivos.
 - Argentina: se proporcionó un subsidio salarial a los empleadores afectados por la disminución del volumen de negocios y de trabajadores, con el fin de mantener el empleo (Poder Ejecutivo Nacional, 2020).

- En Chile, se permitió la suspensión temporal del trabajo para prevenir despidos masivos (Dirección del Trabajo, 2021).
- República Dominicana: continuaron concediéndose beneficios sociales para el desempleo parcial (Dirección del Trabajo, 2021; Organización Internacional del Trabajo, 2020c).
- En México, se implementó un listado de actividades esenciales para garantizar la producción y preservar los empleos. Asimismo, se establecieron permisos especiales, similares a las incapacidades temporales, que obligaban a las empresas a mantener el respaldo legal que cubriera la ausencia del trabajador en su lugar de trabajo. Además, se definieron medidas para ajustar el descuento de las cuotas obrero-patronales en sus obligaciones de seguridad social y para facilitar el pago de subsidios en caso de que la COVID-19 fuera tratada como una enfermedad general (Gobierno de México, 2024; Secretaría de Salud, 2020).
- *Incremento de la cobertura de los beneficios por desempleo:* algunos países ampliaron el alcance de los seguros por desempleo y facilitaron el acceso a estos beneficios:
 - Chile: se redujo de seis a tres meses el periodo de cotización necesario para acceder al seguro por desempleo, se ajustó la base de cálculo promedio de 12 a tres meses y se incluyó a los trabajadores domésticos como beneficiarios de los seguros de cesantía (Dirección del Trabajo, 2021; Velásquez Pinto, 2021).
 - Ecuador: se ampliaron las prestaciones de seguridad social durante 60 días para los trabajadores desempleados durante los meses más críticos y se redujo el periodo mínimo para solicitar el seguro de cesantía de 90 a siete días (Velásquez Pinto, 2021).
- *Prestaciones por reducción del empleo:* en países sin un régimen de protección para el desempleo surgió la necesidad de crear nuevas prestaciones para cubrir a las poblaciones más vulnerables, como los trabajadores con jornadas parciales, empleos temporales o informales (Organización Internacional del Trabajo, 2020b, 2020c). Las medidas adoptadas incluyeron:
 - En Argentina, se concedieron ayudas únicas a quienes perdieron recientemente su empleo (Velásquez Pinto, 2021).

- Brasil: se implementaron pagos para quienes experimentaron una reducción en su jornada laboral (Velásquez Pinto, 2021).
- En Chile, además de los pagos por reducción de jornada, se ampliaron las ayudas a quienes sufrieron un cese temporal de contrato (Ministerio de Economía, 2020).
- En Uruguay se creó un subsidio especial para desempleados parciales o temporales (Velásquez Pinto, 2021).
- *Para los trabajadores informales:*
 - Paraguay: se ofreció la mitad de un salario mínimo en dos pagos a los empleados informales (Congreso de la Nación Paraguaya, 2020).
 - Perú: se proporcionó un pago único a los trabajadores informales (Organización Internacional del Trabajo, 2020c).
- *Incremento en el acceso a las prestaciones:* para mejorar el acceso a las prestaciones por desempleo, se implementaron estrategias de agilización y simplificación en el trámite de solicitudes:
 - Brasil: Se utilizaron aplicaciones móviles para identificar a trabajadores no registrados en los sistemas gubernamentales pero con derecho a prestaciones.
 - En Costa Rica se emplearon tecnologías digitales para divulgar los mecanismos de registro y facilitar la obtención de ayudas.

A pesar de que las medidas implementadas ayudaron a mitigar los efectos de la pandemia por COVID-19, pocas de ellas tuvieron en cuenta a las personas con trabajos informales, que fueron particularmente afectadas por el confinamiento y representaban la mayoría de los trabajadores en nuestra región. Las medidas de apoyo para estos trabajadores informales se centraron principalmente en transferencias, como en el caso de Uruguay, o en planes de emergencia generales. Sin embargo, estas ayudas no iban específicamente dirigidas a este colectivo, sino a otros grupos vulnerables, como las personas en situación de pobreza, los adultos mayores

y las familias con menores de 18 años (Index *et al.*; Montt *et al.*, 2021).

En respuesta a esta situación, en 2020 la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) recomendó a los gobiernos establecer programas para la formalización del empleo y acompañar esta estrategia con mediciones sobre su impacto (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, 2020a). La combinación de estas estrategias podría ser esencial para reducir la informalidad laboral, que afecta a una parte significativa de la población de los Estados miembros de la CISS.

4.2.2. Protección de los trabajadores de la salud

Durante el confinamiento por la emergencia sanitaria, las personas que continuaron trabajando estuvieron más expuestas al riesgo de contraer la COVID-19. Los trabajadores de la salud de América Latina fueron uno de los grupos más vulnerables y experimentaron altos niveles de contagio y, en los casos graves, una mayor mortalidad y prevalencia de secuelas temporales y permanentes.

La seguridad de estos profesionales resultó ser una situación compleja, especialmente en nuestra región. Según algunos informes, cerca de una cuarta parte del personal de varios países miembros de la CISS no tuvo acceso a medidas adecuadas de protección en sus lugares de trabajo. La falta de equipo de protección personal, como protectores faciales (67.4%), mascarillas N95 (32.7%) y trajes de seguridad (43.9%), se atribuye a un alto número de contagios (Delgado *et. al.*, 2020). Es fundamental tener en cuenta que los distintos niveles de atención requieren diferentes tipos de protección, por lo que el suministro de equipos debería haberse ajustado a estas necesidades y dirigido especialmente a quienes estaban en la primera línea (Delgado *et al.*, 2020).

Uno de los principales factores que contribuyeron a la escasez de equipo de protección fue su alta demanda, lo que provocó un aumento en los precios y evidenció la falta de reservas estratégicas en la mayoría de los sistemas de salud (Cohen y Rodgers, 2020).

Además, el pánico entre la población llevó a compras masivas que agotaron las cadenas de suministro de las empresas manufactureras. Paradójicamente, esto afectó la calidad de la atención, ya que muchos de los compradores, al requerir posteriormente servicios de salud, fueron atendidos por personal sin equipo de protección adecuado (Mason y Friese, 2020).

Además de la falta de equipo, los profesionales de la salud reportaron una falta de apoyo por parte de las instituciones médicas en las que trabajaban. También sufrieron abusos como discriminación (28.1%), agresiones verbales (14%), amenazas (11.2%) y acoso (7.2%) (Medina Guillén *et al.*, 2020). Esto subraya la importancia de capacitar al personal en estrategias de resolución de problemas, reducción del estigma y discriminación, así como de garantizar la vigilancia del cumplimiento de normas en las unidades médicas, especialmente en situaciones de alta demanda durante una crisis sanitaria (Delgado *et al.*, 2020; Medina Guillén *et al.*, 2020).

Los abusos contra el personal sanitario aumentaron su vulnerabilidad en comparación con la población general, especialmente durante el primer año de la pandemia. La atención a la crisis sanitaria exacerbó la ansiedad, el estrés, la fatiga, la depresión y el *burnout* entre los profesionales de la salud (Vaca *et al.*, 2022). Además, estos trabajadores enfrentaron el estigma de ser percibidos como «principales fuentes de contagio», lo que desencadenó violencia en su contra basada en estas creencias. Estas condiciones agravaron la dificultad para tomar decisiones y aumentaron la incertidumbre en la prestación de tratamientos adecuados durante la crisis (Vaca *et al.*, 2022). Sin duda, la situación del personal sanitario fue un tema crucial en la política laboral durante la crisis, y el aumento en la concesión de incapacidades fue una de las principales medidas para proteger su salud y derechos laborales.

Ante la vulnerabilidad del personal de salud que atendió a pacientes con COVID-19, los sistemas de seguridad social adoptaron diversas estrategias para protegerlos. Estas incluyeron la incorporación de nuevo personal médico y de enfermería para evitar jor-

nadas laborales extenuantes, la creación de incentivos económicos para el personal en la primera línea, que en algunos casos representaron hasta un 20% de sobresueldo, la concesión de permisos por enfermedad laboral para aquellos infectados o más susceptibles a la infección, y la compra de equipo de protección personal a precios incrementados debido a su alta demanda. No obstante, a pesar de estas medidas, la mortalidad del personal de salud fue muy alta tanto en el sector público como en el privado (Bandyopadhyay *et al.*, 2020).

4.2.3. Incapacidades

En febrero de 2021, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) estableció que las infecciones por COVID-19 contraídas como resultado de la actividad laboral deberían considerarse enfermedades o lesiones laborales. La OIT recomendó que las personas infectadas tuviesen acceso a atención médica, a incapacidades y a otras formas de compensación. Además, indicó que, en caso de fallecimiento debido a la infección, los familiares dependientes recibirían estos beneficios, así como una compensación adicional para el funeral (Organización Internacional del Trabajo, 2021b).

En respuesta a esta recomendación, algunos sistemas de seguridad social del continente comenzaron a otorgar permisos de incapacidad temporal por COVID-19, siempre que la infección fuera reconocida como una enfermedad laboral. Estas incapacidades temporales se concedieron principalmente al personal sanitario.

Durante la emergencia sanitaria, los trabajadores de este sector tuvieron acceso a la totalidad de su salario durante el periodo de ausencia laboral. En algunos países, esto se implementó a través de decretos, subsidios o fondos de protección (Centro de Información Oficial, 2021). Los requisitos para recibir esta incapacidad generalmente incluían haber trabajado al menos 14 días antes de la infección y presentar una prueba diagnóstica confirmatoria.

En este periodo también aumentaron las infecciones en otros sectores laborales y los trabajadores de estos sectores tuvie-

ron dificultades para obtener bajas temporales por enfermedad laboral. En respuesta a ello, algunos países adaptaron sus sistemas de seguridad social para extender este tipo de incapacidad a otros sectores esenciales y a trabajadores con un riesgo adicional de contraer el virus debido a su actividad laboral. Esto incluía a aquellos que tenían contacto frecuente con compañeros o con la población general, siempre que pudieran demostrar un nexo causal con la enfermedad (Centro de Información Oficial, 2021; Enríquez-Miranda *et al.*, 2023; Superintendencia de Seguridad Social, 2022).

El reconocimiento de la incapacidad laboral temporal por COVID-19 fue una necesidad prioritaria para el personal de salud. Algunos países, como México, la reconocieron como enfermedad de trabajo incluso antes de que su legislación incluyera la infección en el catálogo de enfermedades profesionales. Los permisos se otorgaron siguiendo los mecanismos tradicionales de incapacidad, que requerían la visita al médico y una prueba diagnóstica. Sin embargo, este proceso burocrático implicaba traslados, a pesar de que las recomendaciones internacionales instaban al confinamiento para disminuir el riesgo de contagio (Centro de Información Oficial, 2021; Enríquez-Miranda *et al.*, 2023). Para mitigar este riesgo, algunas instituciones, como el Instituto Mexicano del Seguro Social, emplearon innovaciones tecnológicas para otorgar permisos. En México, se implementó el Permiso COVID-19, un servicio digital que eliminaba la necesidad de acudir a los hospitales (Gobierno de México, 2020). De manera similar, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) implementó un portal y una línea de asistencia, Asissstecovid (Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, 2022).

Inicialmente, este reconocimiento estuvo limitado al personal de salud, pero poco después se amplió el acceso a otros trabajadores (Enríquez-Miranda *et al.*, 2023).

Para aquellos trabajadores de sectores distintos al sanitario, que también pudieron acceder a incapacidades por COVID-19 como enfermedad general, generalmente se les concedió una fracción del último salario cotizado, siguiendo la normativa vigente para

otras incapacidades en cada país (Enríquez-Miranda *et al.*, 2023; Superintendencia de Seguridad Social, 2022).

Durante la emergencia sanitaria, la incapacidad temporal por COVID-19 cubría aproximadamente 14 días. Sin embargo, estudios continuos sobre la infección revelaron que, hacia el final de la emergencia, las personas con enfermedad leve dejaban de ser contagiosas después del quinto día. Por lo tanto, la duración de esta incapacidad se redujo a entre cinco y siete días (Walsh *et al.*, 2020).

4.2.4. Integración de sistemas de salud con otros sectores y servicios

A nivel internacional y también en el continente americano, las estrategias de mitigación de la COVID-19 se centraron principalmente en el sector de la salud. No obstante, la falta de integración entre los sistemas de seguridad social y otros sectores dificultó una gestión coordinada que habría permitido una implementación más eficaz de estas estrategias (Herrero y Nascimento, 2020).

4.2.4.1. Sector de la salud privado

En los países miembros de la CISS se implementaron diversas estrategias de coordinación con el sector privado para ampliar el acceso a los servicios de salud. En México, se establecieron convenios con el sector privado que, sin duda, contribuyeron a la atención de determinados problemas de salud de pacientes con padecimientos no graves y esto permitió la reducción de la presión en los sistemas de atención pública. En la República Dominicana, además, se cubrieron los gastos de pruebas diagnósticas en laboratorios privados (Consejo Nacional de Seguridad Social, 2020).

En general, en aquellos países de la membresía con sistemas de salud fragmentados, el acceso a la salud para aquellos que no estaban inscritos en algún plan de seguridad social público o privado fue limitado o nulo. Esto representa una gran desigualdad y vulnerabili-

dad para estas poblaciones y esta «grieta», que ya se presentaba desde antes, fue más evidente durante esta emergencia sanitaria.

Algunas otras estrategias de los diferentes países estuvieron encaminadas a crear una intercomunicación del sector de la salud con los demás servicios productivos de la sociedad.

4.2.4.2. Servicios educativos

La educación es un ámbito crítico para la formación de las personas en una sociedad, lo que hizo que la adopción de clases virtuales fuera un requisito fundamental para evitar los contagios por la aglomeración de estudiantes. En casi todos los países, a excepción de Nicaragua, fue necesario implementar modalidades virtuales para que los estudiantes pudieran asistir a clases sincrónicas en línea, así como para acceder a contenido educativo fuera del horario escolar (De Santiago, 2020).

El cierre generalizado de las escuelas tuvo un impacto directo en la nutrición de los estudiantes, un problema que afectó de manera particular a las personas más pobres. En la mayoría de los países del continente americano, se distribuyeron kits de alimentos para preparar en casa. En otros casos, se proporcionaron almuerzos, transferencias monetarias o vales de despensa para paliar esta situación (De Santiago, 2020).

4.2.4.3. Servicios de transporte

La movilidad en transportes públicos suponía un alto riesgo de infección. Para mitigar este riesgo, se implementaron acciones basadas en cuatro ejes principales, conforme a las recomendaciones internacionales (Coca *et al.*, 2020; Organización Panamericana de la Salud, 2021):

- **Fortalecimiento del transporte público:** se implementaron medidas como la desinfección de los vehículos fuera de los horarios laborales, el uso de pagos electrónicos para minimizar el riesgo de contagio por contacto con dinero y la reestruc-

turación de los horarios laborales para evitar la saturación en horas pico. Además, se capacitó al personal para canalizar a los pasajeros en caso de emergencias.

- *Cuidado de los conductores:* se monitorizó su salud y se les formó sobre los cuidados necesarios para prevenir infecciones. También se evaluaron las rutas con mayor riesgo de contagio y se proporcionó equipo e insumos de protección.
- *Vigilancia de las unidades de transporte:* se controló el aforo, se informó sobre el número de pasajeros permitido, se señaló para mantener la distancia entre los usuarios y se garantizó una ventilación adecuada en los vehículos.
- *Uso de equipos de protección:* tanto conductores como usuarios debían usar equipos de protección dentro de los vehículos, evitar el contacto directo con otras personas y abstenerse de consumir alimentos durante los traslados.

● 4.2.4.4. Sector comercial

En el sector comercial, especialmente en la venta de productos alimentarios, las estrategias de salud se centraron en la gestión del riesgo para evitar que los empleados de estas actividades esenciales se contagiaran y, a su vez, contaminasen productos y superficies.

Estas estrategias se enfocaron en la prevención del contagio de persona a persona mediante el aislamiento y el monitoreo de los trabajadores con síntomas, la gestión de los proveedores con buenas prácticas de higiene y el control de la entrada simultánea de consumidores. Además, donde fue posible, se incentivó la compra de productos a través de plataformas electrónicas y servicios de entrega a domicilio, lo cual ayudó a reducir el contacto físico. Sin embargo, esta medida solo estuvo disponible para quienes tenían acceso a dispositivos y conexión a internet (Romero *et al.*, 2020).

La falta de integración con otros sectores y servicios fue una limitación durante la pandemia. Algunos autores señalan que una

mejor coordinación entre sectores podría haber permitido racionalizar y optimizar el uso de recursos, haciendo las estrategias de mitigación más eficientes tanto durante la crisis como en la recuperación posterior a la pandemia (Ruiz *et al.*, 2021).

4.2.5. Estrategias de digitalización y prestaciones sociales

Los países miembros de la CISS implementaron diversas estrategias que incluían la creación, adaptación o ampliación de la cobertura de las prestaciones sociales. Sin embargo, en muchos casos, acceder a estos beneficios implicaba exponerse a espacios públicos como oficinas u hospitales, lo que aumentaba el riesgo de contagio y propagación del virus.

El uso de tecnologías digitales como mecanismos de gobernanza y prestación de servicios públicos ya era una de las principales estrategias en las agendas internacionales de protección social universal antes de la pandemia (Organización Internacional del Trabajo, 2024; Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, 2020b). No obstante, la crisis sanitaria actuó como un catalizador para su implementación, ya que estos mecanismos permitían alcanzar dos objetivos cruciales en la lucha contra la COVID-19: reducir la exposición al virus e incrementar el acceso a los servicios (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, 2020b).

En algunos países de Asia y Europa, la adopción de estas tecnologías ya estaba en marcha y contribuyó a mitigar los efectos de la pandemia. Sin embargo, en América Latina y el Caribe, el proceso de digitalización fue más complejo y menos efectivo debido a la falta de desarrollo en el ecosistema digital y a la fragmentación de los sistemas de seguridad social. Algunos estudios indican que en 2019, el 26.5% de los hogares en América Latina no tenía acceso a internet, y en 2020, el 92.4% de la población no utilizó ninguna plataforma digital para el cuidado de su salud (Katz *et al.*, 2020).

Brasil se destacó como uno de los principales referentes en la digitalización de las prestaciones de seguridad social. El país creó una plataforma que permitía gestionar a distancia servicios básicos, desde el proceso de inscripción y citas médicas hasta beneficios como la jubilación, el pago por maternidad y préstamos de nómina para los asegurados (Asociación Internacional de la Seguridad Social, 2020; Serviços e Informações do Brasil, 2021).

A pesar de la limitada infraestructura en algunos países, se implementaron medidas para facilitar la obtención de incapacidades digitales, tanto por maternidad como por coronavirus. Estas estrategias fueron fundamentales para los sistemas de salud con alta demanda hospitalaria, como en México y Uruguay (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2020a; Ministerio de Salud Pública, 2022). Además, varios países aprovecharon la digitalización para simplificar la programación de citas médicas, tanto para la atención de la COVID-19 como para otras enfermedades, y para gestionar las cotizaciones de jubilación (Agencia de Gobierno Electrónico y Sociedad de la Información y del Conocimiento, 2020; Instituto Mexicano del Seguro Social, 2020b).

En Costa Rica, Guatemala y Colombia también se habilitaron plataformas para solicitar medicamentos digitalmente, con opciones de entrega a domicilio o en puntos de recogida (Asociación Internacional de la Seguridad Social, 2021a; Ministerio de Salud Pública, 2020).

Sin duda, la digitalización de prestaciones contribuyó a reducir la aglomeración en lugares públicos y, sobre todo, a minimizar la brecha de acceso a estas prestaciones, a pesar de que pocos países contaban con la infraestructura necesaria para su implementación. Un claro ejemplo de la eficacia de las prestaciones digitales fue el uso de la telemedicina para proporcionar atención primaria.

Como consecuencia de la emergencia sanitaria, expertos de organizaciones internacionales formularon una serie de recomendaciones para la creación y aplicación de estrategias de digitalización de prestaciones en el servicio público de nuestra región (Cristia y Vlaicu, 2022):

- *Priorizar proyectos que aumenten los beneficios y reduzcan los costes:* una estrategia eficaz de digitalización no solo disminuye los costes y la burocracia, sino que también acorta los tiempos de solicitud.
- *Mantener el componente humano en la digitalización:* los proyectos que combinan elementos digitales y humanos suelen tener una mejor aceptación por parte de los usuarios. Para lograr esto, es fundamental experimentar y evaluar constantemente las estrategias.
- *Invertir en tecnologías intuitivas y fiables:* es crucial desarrollar herramientas accesibles incluso para las personas con habilidades digitales limitadas.
- *Promover el acceso a las prestaciones a través de plataformas digitales:* es necesario analizar el comportamiento de los usuarios con estas tecnologías para optimizar su uso.
- *Asegurar la compatibilidad con dispositivos móviles:* la digitalización debe enfocarse en ser compatible con los teléfonos celulares, ya que estos dispositivos tienen una mayor adopción por parte de la población en comparación con los computadores de escritorio.
- *Aprovechar los avances tecnológicos:* la digitalización debe utilizar los avances tecnológicos para convertirse en una herramienta cada vez más eficiente, evaluando continuamente el acceso y uso que tienen las poblaciones objetivo.

● 4.3. Medidas de atención

Los sistemas de salud y los profesionales médicos se han centrado en ofrecer atención a través de diagnósticos y tratamientos de enfermedades, pero en los últimos años también se ha concedido gran importancia a la prevención y la promoción de la salud.

La pandemia por COVID-19 complicó considerablemente la atención sanitaria, lo que llevó a la necesidad de estrategias innovadoras y poco convencionales. Estas estrategias fueron cruciales, ya que las interrupciones en los servicios de salud afectaron a toda la población. En particular, los servicios ambulatorios se vieron seriamente afectados por la reconversión hospitalaria, lo que tuvo un impacto directo en los pacientes con enfermedades no transmisibles (ENT), como la diabetes y la hipertensión (Organización Panamericana de la Salud, 2020c).

Entre las estrategias alternativas a la atención convencional se destacaron la reconversión hospitalaria, la telemedicina y la atención domiciliaria. Aunque estas opciones no estuvieron disponibles para todas las poblaciones, desempeñaron un papel fundamental en la provisión de atención y en la prevención de la sobresaturación de los sistemas de salud.

4.3.1. Reconversión hospitalaria

Durante la pandemia, todas las unidades médicas aumentaron su capacidad operativa. Esto requirió modificaciones en las prestaciones habituales de los servicios, incluyendo un incremento de los recursos humanos y materiales, así como la adaptación de los existentes para proporcionar atención primaria a las personas afectadas por la COVID-19 (Secretaría de Salud, 2020b). La estrategia de reconversión hospitalaria se originó a principios del siglo XX en respuesta a la epidemia de gripe y en esta ocasión se centró principalmente en la detección temprana de la COVID-19 en el primer nivel de atención. Para lograrlo, se establecieron unidades dedicadas a la recepción y atención de pacientes con síntomas indicativos de la infección (Delfín Geronimo *et al.*, 2023; Organización Panamericana de la Salud, 2020e).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) emitió recomendaciones para la reconversión hospitalaria, teniendo en cuenta la complejidad de las unidades y el comportamiento de la pandemia (Organización Panamericana de la Salud, 2020e).

En general, el proceso de reconversión se puede describir en tres etapas: evaluación de las capacidades de las unidades; proceso de reconversión general; y reconversión especializada.

La evaluación inicial fue crucial para determinar los recursos técnicos disponibles, incluidos ventiladores, compresores, tomas de oxígeno, insumos, equipo médico y personal. El objetivo era adaptar los espacios para cumplir con los requisitos de la COVID-19 y fortalecer aquellas unidades con capacidad limitada para atender otras patologías. Esta adaptación tenía como fin reducir el riesgo de contagio para pacientes con otras enfermedades y evitar que las unidades reconvertidas se sobresaturaran con consultas no relacionadas con el coronavirus (Secretaría de Salud, 2020b).

El proceso de reconversión hospitalaria se ajustó continuamente en función del aumento del número de pacientes graves. En ocasiones, esto requirió utilizar camas de unidades de cuidados intensivos, ventiladores y el sistema eléctrico existente (Secretaría de Salud, 2020b).

Cuando la capacidad de las unidades se vio superada por la demanda de enfermos, fue necesario implementar la reconversión hospitalaria para redirigir a los pacientes graves a otras áreas de atención, como las terapias intermedias y otras zonas de hospitalización. Estas áreas debieron equiparse con ventiladores, tomas de oxígeno y otros recursos necesarios (Secretaría de Salud, 2020b).

Por último, cuando la cantidad de pacientes infectados superó la capacidad de la reconversión hospitalaria, se optó por utilizar todas las camas disponibles en las unidades médicas, excepto las de reanimación. Además, en casos extremos, se habilitaron espacios públicos ajenos a los hospitales, equipándolos con material médico adecuado (Secretaría de Salud, 2020).

4.3.2. Retos de la reconversión hospitalaria

Las reconversiones hospitalarias implementadas al inicio de la pandemia fueron uno de los pilares en la gestión de la crisis sa-

nitaria. Ante la limitada capacidad de las unidades de salud, fue necesario ampliar sus posibilidades de atención. Sin embargo, esto generó un inconveniente significativo: la reducción en el acceso a la atención de enfermedades distintas de la COVID-19 como las enfermedades no transmisibles (ENT), que ya presentaban altas prevalencias en nuestra región —véase sección 3.2— (Del Cura-González *et al.*, 2022).

El proceso de reconversión interrumpió el tratamiento de otras patologías y saturó las unidades, lo que limitó el acceso a los servicios sanitarios y complicó el control de ciertas enfermedades no transmisibles (ENT). Esta falta de control representó un problema grave, ya que generó desafíos económicos y sociales adicionales para los pacientes afectados. Muchos de ellos se vieron obligados a buscar atención médica privada, lo cual tuvo un impacto financiero significativo (Del Cura-González *et al.*, 2022). Además, la atención a la salud mental también se vio comprometida, lo que afectó tanto a los usuarios ya existentes como a las millones de personas que desarrollaron trastornos mentales como consecuencia directa o indirecta de la COVID-19 —véase la sección de Salud Mental— (Huarcaya-Victoria, 2020; Tausch *et al.*, 2022).

La evidencia actual muestra claramente que la implementación de la reconversión hospitalaria tuvo costes significativos para la población en general. También es fundamental considerar que este proceso exigió turnos prolongados de trabajo y expuso constantemente al personal médico al virus, lo que incrementó el riesgo de contagio tanto para ellos mismos como para sus familias y comunidades. Además, estas jornadas laborales extendidas agravaron la carga de trabajo del personal sanitario. Por lo tanto, cualquier estrategia futura de reconversión debe priorizar el bienestar de los trabajadores de la salud mediante la promoción e innovación de protocolos de asepsis y antisepsia, la provisión de condiciones adecuadas para un descanso reparador, la limitación de las jornadas laborales a un máximo de ocho horas diarias y la capacitación continua para mantener la bioseguridad y evitar exposiciones innecesarias (Mendoza-Popoca y Suárez-Morales, 2020).

Además de la desatención de otras patologías y del riesgo adicional para el personal sanitario, a pesar de los esfuerzos de los Estados por aumentar la oferta de servicios mediante la reconversión hospitalaria, en ciertos sectores de la población se evitó el ingreso a los hospitales por temor al contagio. Se estima que, en algunos países miembros de la CISS, solo una cuarta parte de las personas diagnosticadas recibió atención hospitalaria, mientras que la mayoría de los pacientes no acudieron a ningún centro médico, por lo que su atención y fallecimiento ocurrieron en sus hogares (Agostoni *et al.*, 2022).

No cabe duda del esfuerzo que implicó la reconversión hospitalaria y de los resultados que se lograron al ampliar la oferta de servicios de atención sanitaria para los pacientes infectados. Sin embargo, el contexto en el que se encontraban las poblaciones, caracterizado por una alta prevalencia de enfermedades crónicas y una prolongada duración de la emergencia, causó daños significativos y potencialmente mortales, aunque no padecían COVID-19, pero sí requerían otros servicios, como tratamientos, cirugías o atención psicológica.

4.3.3. Telemedicina

Antes de la pandemia, ya existían antecedentes del uso de la telemedicina y la OMS había anticipado que esta herramienta permitiría desarrollar estrategias para el cuidado de las poblaciones, así como para la investigación y evaluación de los proveedores de salud. Durante la pandemia de la COVID-19, la telemedicina fue crucial para la atención de los pacientes, ya que permitió prestar servicios médicos, odontológicos, psicológicos y nutricionales. Esto facilitó un enfoque integral en el tratamiento de patologías crónicas no transmisibles que, de otro modo, habrían sido desatendidas debido a la priorización de la pandemia.

Algunos países miembros de la CISS con sistemas de salud fragmentados, como Chile, Argentina, México, Uruguay y Perú, encontraron en la telemedicina una herramienta valiosa para aumen-

tar el acceso a la atención, reducir costes y minimizar el riesgo de contagio a través de consultas virtuales (Asociación Internacional de la Seguridad Social, 2021b). Este servicio permitió evaluar los datos clínicos de los pacientes, ofrecer diagnósticos y tratamientos mediante tecnologías de la comunicación, y evitar la sobrecapacidad de las unidades de atención (Camacho-Leon *et al.*, 2022).

Sin embargo, la telemedicina no puede sustituir a una consulta presencial, ya que no permite una evaluación física completa del paciente. Además, para muchas personas, la interacción directa con el personal médico es fundamental (Monraz-Pérez *et al.*, 2021). La implementación de la telemedicina en algunos países de la CISS también presentó desafíos persistentes, como la falta de acceso a internet y a dispositivos electrónicos.

En respuesta a estos desafíos, varios países adoptaron la telemedicina junto con estrategias para mejorar el acceso a internet, como la instalación de puntos de acceso wifi públicos (*hotspots*) y la distribución de dispositivos electrónicos, a menudo acompañados de formaciones tecnológicas. Aunque la telemedicina ha demostrado ser una herramienta valiosa, su implementación debe tener en cuenta las brechas de conectividad que afectan con mayor frecuencia a las poblaciones en condiciones de pobreza o geográficamente aisladas (Camacho-Leon *et al.*, 2022).

Además, la mayoría de los países de la región que implementaron la telemedicina lo hicieron sin un marco legal específico que la regulara. Esto podría haber puesto en riesgo la confidencialidad y la privacidad de los pacientes debido a la falta de normas sobre el almacenamiento y el manejo de los datos clínicos (Camacho-Leon *et al.*, 2022).

En contraste, los países miembros de la CISS con una regulación más avanzada, como Chile y Brasil, han desarrollado marcos normativos que abordan diversas dimensiones. Estos marcos consideran aspectos clave, como la gobernanza, la protección de los datos personales, los aspectos tecnológicos involucrados y el papel de las instituciones y los pacientes en el proceso de consulta digital (Aizenberg, 2022).

A pesar de la falta de regulación en muchos casos y de los problemas asociados, es innegable que la telemedicina ha creado oportunidades de atención en áreas donde antes no las había. Por lo tanto, ampliar su aplicación en los distintos países es crucial para reducir las brechas de acceso a la atención médica.

4.3.4. Atención a domicilio

La crisis sanitaria reveló las deficiencias de los sistemas de salud, que, a pesar de las estrategias de expansión, como la reconversión hospitalaria, no lograron evitar la sobresaturación de las unidades médicas en las áreas de alta densidad poblacional y en aquellas con equipo médico insuficiente (Sánchez-Duque *et al.*, 2020). Además, algunos pacientes necesitaron seguimiento y medidas de aislamiento adecuadas, por lo que la atención primaria a domicilio se volvió crucial. Esta estrategia no solo ayudó a tratar la COVID-19 y a reducir la saturación de hospitales, sino que también disminuyó el riesgo de contagio en las poblaciones más vulnerables, como los ancianos y aquellos con comorbilidades (Cortes *et al.*, 2021).

La consulta domiciliaria ofreció una ventaja sobre la telemedicina, ya que permitía una evaluación física del paciente y de su entorno de aislamiento, además de una interacción directa con el paciente y sus familiares. Sin embargo, una desventaja importante fue la mayor exposición al virus para el personal sanitario, que a menudo carecía del equipo de protección adecuado —véase la sección 4.2.2— (Cortes *et al.*, 2021; Medina Guillén *et al.*, 2020). En Latinoamérica, donde se brindaron consultas sin que los pacientes salieran de sus hogares, la telemedicina fue la opción predominante en lugar de las visitas domiciliarias.

En Costa Rica, Guatemala y Colombia se implementó la entrega de medicamentos a domicilio. En Uruguay, además de la entrega de medicamentos, se ofrecieron servicios de atención médica y de enfermería en el hogar. En México, además de médicos y enfermeras, se incluyeron trabajadoras sociales, psicólogos

y odontólogos, aunque este servicio solo estuvo disponible en la ciudad capital (Asociación Internacional de la Seguridad Social, 2021a, 2021b; Ministerio de Salud Pública, 2020; Secretaría de Salud, 2020).

La atención a domicilio fue una estrategia disponible para un número limitado de poblaciones, principalmente en grandes urbes. Como resultado, muchas personas vulnerables no tuvieron acceso a este servicio. En contraste, la telemedicina se mostró como una alternativa más práctica, ya que no solo redujo costes y tiempos, sino que también minimizó el riesgo de infección.

4.3.5. Exceso de muertes

La tasa de morbilidad ayuda a estimar la magnitud del contagio, mientras que la tasa de mortalidad es un indicador fiable de la gravedad de la COVID-19. Sin embargo, esta última no refleja la totalidad de muertes atribuibles a la infección, ya que no todos los casos han sido registrados en los sistemas de salud. Por otro lado, el exceso de mortalidad indica el número de muertes adicionales con respecto a lo proyectado en años anteriores.

A pesar de las medidas de contención y atención implementadas a nivel mundial durante los dos primeros años de la emergencia sanitaria, se estima que 14.9 millones de personas murieron adicionalmente debido a la COVID-19, ya sea de forma directa o indirecta. En Latinoamérica y el Caribe, que representan solo el 8.4% de la población mundial, se concentró el 32.1% de estas muertes (Organización Mundial de la Salud, 2022). En esta región, se estima que murieron 254 personas adicionales por cada 100,000 habitantes a causa del virus, y se calcula que por cada persona registrada como fallecida, en realidad murieron 1.89 (Wang *et al.*, 2022). Entre los países miembros de la CISS con las tasas más altas de exceso de mortalidad por cada 100,000 habitantes se encuentran Bolivia (734.9), Perú (528.6), Ecuador (333.4) y México (325.1) (Wang *et al.*, 2022).

Las muertes evitables son uno de los temas más debatidos a nivel mundial en relación con el desempeño de los sistemas de salud, ya que reflejan el impacto en la mortalidad observada en los últimos años, comparada con la de los años de pandemia. Sin embargo, este indicador requiere un análisis cuidadoso, ya que en ocasiones es difícil discernir entre el número de muertes atribuidas al efecto directo del virus y aquellas que son consecuencia del impacto indirecto causado por la interrupción de los servicios de salud (Msemburi *et al.*, 2023). Esta situación destaca la necesidad de fortalecer los sistemas de registro de muertes en la región, donde el correcto diagnóstico, reporte y clasificación de las muertes son vitales para el monitoreo de las estrategias de salud pública, tanto a nivel local como mundial, y para enfrentar futuras epidemias.

4.3.6. Servicios funerarios

El exceso de mortalidad también supuso un desafío para los servicios funerarios. Aunque los tiempos necesarios para la gestión de cadáveres se redujeron gracias a las medidas de bioseguridad ante la COVID-19, la cremación facilitó este proceso (Organización Panamericana de la Salud, 2020d).

La saturación y los retrasos en los servicios funerarios comenzaron a manifestarse poco después del inicio de la pandemia y se convirtieron en un desafío para muchas poblaciones. Para abordar este problema, algunos países con altas tasas de mortalidad implementaron estrategias para mitigar los costes asociados. Generalmente, el apoyo se dirigió a los familiares de quienes fallecieron a causa de la COVID-19 e incluyó beneficios para sepelios y servicios funerarios.

En países como Brasil, México y Ecuador, se otorgaron pagos de cantidades fijas para cubrir parte de los costes funerarios (Diretoria de Centralización de Servicios de Inactivos, 2020; Juárez Torres, 2022). En Argentina, se proporcionaron subsidios que cubrían hasta el 100% de los gastos funerarios para la población general, mientras que en algunos casos el apoyo se limitó a perso-

nas en situación de pobreza (Ministerio de Justicia, 2020; Unidad Administrativa Especial de Servicios Públicos, 2024).

Aunque estos apoyos aliviaron la carga financiera de miles de personas, la prohibición de rituales de muerte y ceremonias fúnebres para reducir el riesgo de contagio tuvo consecuencias emocionales y psicológicas significativas. La limitación de las ceremonias fúnebres y la preferencia por la cremación para evitar la saturación de los cementerios y la propagación del virus impidió a muchas familias completar el proceso de duelo. Esto fue especialmente doloroso para quienes perdieron a sus seres queridos en un proceso de enfermedad rápida, en el que la incapacidad de visitar a los pacientes en los hospitales agravó la dificultad para despedirse, aumentando el riesgo de padecimientos psicológicos (Giamatthey *et al.*, 2021; Salazar y Biu, 2021).

5. Salud mental y la percepción de las necesidades

El anuncio que la OMS hizo sobre el brote de SARS-CoV-2 en China generó un ambiente de gran estrés a nivel global. La incertidumbre y el miedo al contagio se vieron exacerbados por la falta de información sobre el origen, las formas de transmisión, el tratamiento y la atención (Huarcaya-Victoria, 2020). Entre las medidas implementadas para mitigar el impacto del virus, muchas llevaron a la suspensión parcial o total de los servicios psicológicos.

Según informes de la OMS, al menos el 75% de los servicios de salud mental de nuestra región tuvieron que cesar sus actividades en alguna medida, dejando a gran parte de la población sin atención (Pan American Health Organization, 2020).

En este contexto, la telemedicina, las líneas telefónicas y los centros de distribución de medicamentos psiquiátricos se convirtieron en recursos esenciales (Antiporta y Bruni, 2020). No obstante, algunos estudios indican que la atención en salud mental no fue adecuada y, en muchos casos, la situación empeoró. Se ha documentado que hasta el 33.6% de los pacientes con COVID-19 experimentaron trastornos psiquiátricos en los seis meses posteriores a la infección, y que para el 12.8% de ellos fue su primer trastorno mental (Taquet *et al.*, 2021). Además, las personas con COVID-19 grave mostraron una mayor propensión a desarrollar trastornos mentales (Tausch *et al.*, 2022).

Además del riesgo psicológico asociado a la infección, el distanciamiento social derivado del confinamiento, ya fuera obligatorio o voluntario, contribuyó al aumento de los trastornos depresivos y ansiosos. La falta de comunicación y contacto físico, los cambios en las rutinas diarias y la convergencia de las actividades laborales y domésticas agravaron esta situación (Xiang *et al.*, Xiao, 2020).

En los países de la CISS, la situación no fue muy diferente, pero presentó características específicas condicionadas por el contexto. La pandemia exacerbó problemas preexistentes como el desempleo, la pobreza, la inseguridad alimentaria e incluso la violencia, lo que tuvo un impacto significativo en los niveles de estrés, ansiedad y depresión (Cepal, 2021; Pan American Health Organization, 2020).

Los grupos más vulnerables a los trastornos de salud mental incluyeron a los niños, adolescentes y sus cuidadores, siendo estos últimos en su mayoría mujeres. En algunos países, se identificó un aumento en la incidencia de violencia doméstica. Además, la crisis se agravó con la hospitalización o pérdida de seres queridos a causa de la COVID-19.

Algunos estudios estiman que en América Latina alrededor del 27% de los jóvenes experimentaron ansiedad, y que el 15% continuó presentando síntomas incluso después del confinamiento (The United Nations International Children's Emergency Fund, 2020). Las mujeres mostraron un 38.7% más de pesimismo sobre su futuro en comparación con los hombres, siendo este efecto más pronunciado en el grupo de edad de 26 a 40 años (Salazar y Bui, 2021). Además, hay evidencia de que otros grupos poblacionales, como las comunidades afrodescendientes e indígenas, podrían estar en riesgo, pero aún se carece de información detallada sobre su salud mental.

La mayoría de los países se esforzó por comunicar la situación actual y proporcionar información sobre los servicios de atención disponibles debido al gran número de contagios. Sin embargo, algunas circunstancias y necesidades pasaron desapercibidas para los tomadores de decisiones, en parte debido al enfoque comunicativo

unidireccional que predominó durante la pandemia, así como a la preocupación y el malestar emocional de la población (Núñez Udave *et al.*, 2020).

Las repercusiones psicológicas y la propagación de información falsa contribuyeron a la creación de necesidades aparentes que, cuando se abordaban, no resolvían problemas reales, y que en algunos casos incluso agravaban situaciones de riesgo. Algunos ejemplos son la demanda excesiva de papel higiénico y el abuso hacia el personal sanitario. Muchos de estos problemas no llegaron a la atención de los responsables de la toma de decisiones, lo que impidió la implementación de estrategias adecuadas para abordar estas necesidades aparentes.

En la actualidad, las estrategias de atención deben integrar la dimensión emocional de las poblaciones para desarrollar una planificación integral. Es crucial que los planes de manejo consideren los aspectos psicosociales y el malestar emocional, con un énfasis particular en la reducción de la desinformación, tal como recomendó la OPS desde 2016 (Organización Panamericana de la Salud, 2016).

6. Infodemia y desinformación

Solo 15 días después de que la OMS declarara la pandemia de la COVID-19, sus dirigentes advirtieron sobre un problema crucial en la lucha contra el virus: la desinformación (Organización Mundial de la Salud, 2020a).

El brote inicial de la COVID-19 vino acompañado de una sobreabundancia de información, conocida como infodemia. En los primeros 30 días de la pandemia, se subieron más de 361 millones de videos a YouTube y alrededor de 19,200 artículos a repositorios científicos. La relevancia del volumen de este material radica en que, aunque algunos contenidos eran precisos, la mayoría eran al menos imprecisos (Organización Panamericana de la Salud, 2020b).

La infodemia no solo incluía información incorrecta, sino también rumores y datos manipulados, lo que en ocasiones llevó a los expertos a cuestionar la intencionalidad detrás de esta información (Organización Panamericana de la Salud, 2020b). La pandemia se desarrolló en un contexto de amplio acceso a dispositivos electrónicos conectados a Internet. El uso intensivo de las redes sociales y el amplio acceso a dispositivos electrónicos conectados a Internet facilitaron la diseminación masiva de desinformación. La situación se agravó aún más con un aumento del 70% en las búsquedas relacionadas con el coronavirus, ya que personas de todas las generaciones investigaron activamente sobre la situación, lo que incrementó la exposición a datos engañosos (Organización Panamericana de la Salud, 2020 b).

En este contexto, los principales temas de búsqueda incluían el origen del virus, sus causas, tratamientos y formas de transmisión. Sin embargo, muchas personas se encontraron con información falsa e incluso teorías conspirativas, lo que llevó a cambios en su comportamiento, incrementando los trastornos mentales como la depresión y la ansiedad, así como la violencia, especialmente hacia el personal sanitario. Además, la desinformación contribuyó a un mayor riesgo de exposición al virus, lo que a su vez incrementó el número de casos y muertes por COVID-19 en el continente americano (Delgado *et al.*, 2020; Organización Panamericana de la Salud, 2020b).

Algunos expertos argumentan que la falta de regulación sobre el alto volumen de desinformación relacionada con el coronavirus se debió a la rapidez con la que se desarrolló la crisis. No obstante, ya se habían reportado años antes los riesgos asociados con la difusión de información falsa durante las epidemias, un fenómeno conocido como «contagio digital» (Larson, 2018; Organización Panamericana de la Salud, 2016).

Organismos internacionales como la ONU y la OMS crearon portales destinados a informar a la población y desmentir rumores, mientras que las principales redes sociales optaron por eliminar la información que no hubiera sido aprobada por un médico. Twitter se destacó como una plataforma clave para la difusión de información sanitaria (Mheidly y Fares, 2020).

En el continente americano, la principal estrategia para combatir la desinformación consistió en la propagación de datos «verificados» a través de medios de comunicación como la televisión, la radio, mensajes de texto y redes sociales. Sin embargo, los responsables de la toma de decisiones a menudo consideraron información que no cumplía con los rigurosos estándares científicos necesarios. En algunos casos, basaron decisiones nacionales en artículos en preprint, es decir, estudios que aún no habían sido revisados por pares (Mheidly y Fares, 2020).

Este aspecto es particularmente importante porque, en las revistas más influyentes, el porcentaje de estudios que superan la

etapa de revisión por pares es generalmente bajo. Además, en los servidores de preprints sobre COVID-19, hasta el 85% de los autores no compartieron sus datos para la validación de los resultados reportados (Strcic *et al.*, 2022).

En la actualidad, la experiencia acumulada ha permitido establecer una serie de recomendaciones para proteger a las poblaciones de la infodemia:

- ❶ *Comunicación fiable*: es crucial que las instituciones sanitarias se comuniquen de manera efectiva con la población y promuevan la difusión de información científica. La comunicación directa entre científicos, profesionales médicos y el público suele ser más persuasiva y reduce los supuestos erróneos. Para lograrlo, se pueden utilizar entrevistas, podcast, blogs y redes sociales como canales de comunicación (Mheidly y Fares, 2020; World Economic Forum, 2020).
- ❷ *Reducir la exposición a la desinformación*: los responsables de la toma de decisiones deben promover el uso de páginas oficiales de organizaciones internacionales e instituciones de salud pública como fuentes fiables de información. Esto ayuda a minimizar el riesgo de acceder a información errónea y desinformación (Hernández-García y Giménez-Júlvez, 2020).
- ❸ *Fomento del contenido profesional*: es fundamental promover contenido de calidad creado por profesionales de la salud. Para ello, es importante verificar la autenticidad de sus cuentas en redes sociales y monitorizar el material relacionado con la salud pública. Esto permite identificar y diferenciar de manera más eficaz el contenido confiable del producido por creadores de desinformación (Mheidly y Fares, 2020).
- ❹ *Fomentar el diálogo sobre las necesidades de la población*: la infodemia contribuyó significativamente al aumento de los trastornos mentales, en gran parte debido a los rumores y teorías de la conspiración que se difundieron a través de di-

versos medios. Por lo tanto, es crucial que los responsables de la toma de decisiones adopten una comunicación asertiva y empática con la población. Esto implica comprender sus percepciones y promover el diálogo sobre dichas ideas, especialmente en comunidades consideradas minoritarias (Mheidly y Fares, 2020).

7. La covid persistente y su efecto en la seguridad social

Como se ha descrito a lo largo de este documento, el virus de la COVID-19 provocó una alta morbilidad y mortalidad, constituyendo la consecuencia más significativa a nivel global. Sin embargo, tras el periodo agudo de la emergencia sanitaria, comenzaron a observarse efectos crónicos en la salud de los pacientes. La OMS y los CDC han denominado a este conjunto de malestares «COVID persistente» o «Long COVID». Este trastorno se caracteriza por la persistencia de síntomas multiorgánicos en pacientes que han tenido COVID-19, que aparecen entre las cuatro y las doce semanas posteriores a la infección y pueden durar desde semanas hasta meses; en algunos casos, los síntomas persisten por más de un año. Es más frecuente en mujeres, personas latinas y en individuos de entre 35 y 49 años (Centers for Disease Control and Prevention, 2023; Organización Mundial de la Salud, 2023b; Suárez *et al.*, 2024).

La relevancia de este trastorno radica en su alta frecuencia: se estima que hasta el 20% de las personas con COVID-19 desarrollan estos síntomas y una de cada cuatro presenta limitaciones significativas para realizar sus actividades diarias, lo que afecta a su capacidad laboral (Organización Mundial de la Salud, 2023b; U.S. Centers for Disease Control and Prevention, 2024).

Aunque los trabajadores con COVID persistente pueden reanudar sus ocupaciones sin riesgo de contagio para otros, es crucial

considerar sus malestares en el entorno laboral. Se deben realizar ajustes en sus tareas y, en ocasiones, adaptar sus lugares de trabajo para facilitar su desempeño y evitar obstáculos (Suárez *et al.*, 2024).

Por otro lado, en casos más graves de la COVID-19 persistente se ha observado atrofia en algunas regiones del cerebro, lo que puede llevar a pérdida de memoria y alteraciones en el proceso cognitivo. Además, estas personas tienen un riesgo mayor de desarrollar Alzheimer y otras demencias. Estos efectos son generalmente incapacitantes y, en muchos casos, permanentes (Suárez *et al.*, 2024).

En algunos países europeos y en Estados Unidos, esta condición ya se ha incluido en las clasificaciones de enfermedades laborales. Sin embargo, en los países miembros de la OMS, este problema aún no ha recibido suficiente atención por parte de los tomadores de decisiones. En México, la Secretaría del Trabajo y Previsión Social aprobó recientemente, a propuesta del IMSS, un nuevo listado de enfermedades profesionales que incluye la COVID-19 en su etapa aguda (Secretaría de Gobernación, 2023).

Aunque en los últimos años se han propuesto algunas iniciativas legislativas para abordar la situación, pocos han implementado legislación específica para la protección de los trabajadores afectados (Ramírez Aguilar, 2021; Suárez *et al.*, 2024).

8. Financiación

En el año en que comenzó la emergencia sanitaria, se preveía un crecimiento económico de aproximadamente un 1.2% para América Latina. Sin embargo, la pandemia de la COVID-19 provocó una contracción del PIB del 7.7% y una disminución de hasta el 20% en la inversión (Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2021a; Cottani, 2020). Esto provocó problemas significativos en la capacidad de gasto social, afectando a la atención sanitaria, la compra de suministros médicos, la contratación de personal, la adaptación de los sistemas de salud y la adquisición de vacunas, además de impactar negativamente en la asistencia económica a las poblaciones vulnerables (Ocampo, 2020).

Las estrategias económicas a corto plazo se centraron en aumentar el gasto para mitigar la vulnerabilidad causada por las medidas de contención, como el confinamiento, que afectaron directamente a la producción y al empleo. En cambio, las estrategias a medio y largo plazo se orientaron a mitigar el impacto económico y a fomentar una transformación hacia una economía más sostenible (Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2021a).

Para alcanzar estos objetivos, se implementaron cinco medidas estratégicas: redistribución de la liquidez; aumento de la cooperación regional; acceso a mayor financiamiento y reestructuración de la deuda; creación de instrumentos para mejorar la capacidad de reembolso; y estrategias para aprovechar el financiamiento en

la construcción del futuro (Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2021b).

- *Redistribución de la liquidez:* según la Cepal, una opción viable para aumentar la liquidez en la región es la emisión masiva de Derechos Especiales de Giro (DEG) por parte del Fondo Monetario Internacional (FMI). Los DEG son activos internacionales de reserva cuyo valor se basa en una cesta de cinco monedas: el dólar, el euro, el renminbi, el yen y la libra esterlina (Fondo Monetario Internacional, 2023). Esta medida es particularmente relevante porque no genera deuda adicional. Sin embargo, requiere la aprobación mayoritaria de los países más desarrollados.
- Costa Rica propuso otra iniciativa, el «Fondo para Aliviar la Economía COVID-19», que busca proporcionar a los países en desarrollo la liquidez necesaria para hacer frente a emergencias socioeconómicas. Este fondo se ha concebido como una concesión solidaria y se financiaría con el 0.7% del PIB de las economías más fuertes, lo que supone un total de 500 millones de dólares. Los fondos se prestarían a largo plazo y a tipos de interés fijos (Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2020).
- *Aumento de la cooperación regional:* inicialmente, los países de América Latina y el Caribe recibieron apoyo de instituciones multilaterales, como los bancos de desarrollo, que han sido instrumentos financieros cruciales para los países en desarrollo durante mucho tiempo (Ocampo, 2020). Estos bancos proporcionaron liquidez para hacer frente a la pandemia y financiar la recuperación económica. Sin embargo, se estimaba que se necesitaban más de 2.5 billones de dólares para cubrir todas las necesidades de la población, una cifra difícil de alcanzar incluso para instituciones como el FMI (Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2021a).

El FMI asignó más de 66,500 millones de dólares a los países de América Latina y el Caribe, además de 488.7 millones de dólares a través del Fondo Fiduciario para Alivio y Contención de Catástrofes. (Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2021a; International Monetary Fund, 2021). Esto representó casi dos terceras partes del desembolso total del FMI a nivel mundial.

El Banco Mundial apoyó a los países de América Latina con créditos de emergencia, invirtiendo 1,119 millones de dólares solo en abril y mayo de 2020. Por su parte, el Banco de Desarrollo de América Latina y el Caribe (CAF) ofreció líneas de crédito, líneas de crédito de emergencia de rápido desembolso, reprogramación de créditos y apoyo para la priorización del empleo. Además, aceleró la autorización de créditos en los primeros meses, con un financiamiento total de aproximadamente 3,900 millones de dólares para 2020 (Ocampo, 2020).

Por otra parte, el Banco Centroamericano de Integración Económica otorgó créditos con un límite potencial de hasta 3,000 millones de dólares. Inicialmente, entregó 1,960 millones de dólares a través del Programa de Emergencia de Apoyo y Preparación ante la COVID-19 y de Reactivación Económica. De esta suma, 1,000 millones se destinaron a créditos para la liquidez de los bancos centrales, 600 millones para emergencias y 350 millones para apoyar créditos a pequeñas y medianas empresas (Ocampo, 2020).

Es importante destacar que todos los países incrementaron su nivel de endeudamiento como parte de sus estrategias para hacer frente a la pandemia. Sin embargo, en América Latina y el Caribe, este aumento fue especialmente pronunciado, lo que ha convertido a la región en la más endeudada del mundo. Esta elevada deuda ha condicionado su capacidad para construir un futuro sostenible tras la pandemia (Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2021a).

En el contexto de los bancos nacionales y regionales de América Latina y el Caribe, se destinaron cerca de 90,000 millones de dólares. Esta cifra superó el apoyo proporcionado por los bancos internacionales y regionales. A diferencia de estos últimos, los

bancos nacionales y regionales ofrecieron liquidez mediante una variedad de instrumentos, como garantías, subvenciones y planes de refinanciación, y desempeñaron un papel crucial en la respuesta a la pandemia (Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2021a).

- *Acceso a mayor financiación y reestructuración de la deuda:* es esencial ampliar el acceso a financiaciones que permitan la reestructuración de deudas. Esto sería especialmente beneficioso para los países del Caribe y los pequeños Estados insulares en desarrollo, que se enfrentan a desafíos únicos. Estos países tienden a endeudarse más y, durante la pandemia por COVID-19, sus economías se vieron gravemente afectadas debido a su alta dependencia del turismo, que se suspendió (Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2021a, 2021b).
- *Creación de instrumentos para incrementar la capacidad de reembolso:* se deben desarrollar mecanismos que consideren la capacidad de reembolso de los países, teniendo en cuenta su vulnerabilidad a desastres naturales. Esto es particularmente crucial para los países del Caribe, que son más susceptibles a huracanes. Para estos países, se deben ofrecer moratorias o incluso alivios oficiales de deuda (Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2021a).
- *Estrategias para aprovechar el financiamiento en la reconstrucción futura:* la crisis de la COVID-19 ha provocado un aumento de la deuda de los países. Sin embargo, esta situación puede ser vista como una oportunidad para construir un futuro más sostenible e igualitario. Es fundamental que, especialmente para los países de renta media, se utilicen estas deudas para fomentar una reconstrucción que mejore la equidad y la sostenibilidad (Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2021b).

Actualmente, es evidente que la etapa posterior a la emergencia sanitaria de la COVID-19 no se limita únicamente a cuestiones de salud. Los efectos económicos de la pandemia persistirán durante un largo período y serán más desafiantes para algunos países, debido a la pérdida de potencial humano y económico. En una emergencia de esta magnitud, la falta de estrategias integrales y coordinadas, junto con una financiación insuficiente y desajustada a las capacidades de cada país, puede conducir a un aumento significativo de la pobreza y la desigualdad. Además, es crucial que las estrategias implementadas no solo respondan a la crisis inmediata, sino que también ofrezcan una oportunidad para construir un futuro más sostenible y equitativo para las poblaciones (Organización Internacional del Trabajo, 2021a).

9. Conclusiones

La protección de la salud es un derecho humano fundamental y subraya la responsabilidad de los Estados de desarrollar estrategias y programas efectivos, especialmente en tiempos de crisis como la pandemia de la COVID-19.

Para muchas poblaciones en los países miembros de la CISS, el contexto previo ya era crítico, con un aumento de la vulnerabilidad frente a amenazas infecciosas, como el brote del SARS-CoV-2. Además, se observaba un progresivo envejecimiento de la población, un deterioro general de los estados de salud y marcadas inequidades en el acceso a la protección sanitaria.

La propagación del virus agravó aún más la situación. En respuesta a ello, los países miembros de la CISS implementaron estrategias iniciales de contención, como la restricción de viajes y el distanciamiento social. Sin embargo, estas medidas no fueron suficientes para controlar la infección y, en algunos casos, provocaron la saturación de las instituciones encargadas de la atención primaria.

Ante la alta tasa de contagios, las instituciones de seguridad social de los países miembros de la CISS optaron por ampliar su cobertura para proteger a un mayor número de personas. Las estrategias implementadas incluyeron la protección del empleo, la creación de beneficios sociales para mantener el poder adquisitivo de las familias y la provisión de servicios diseñados para reducir los contagios y proteger al personal sanitario. Además, se buscaron

formas de fortalecer la capacidad de los sistemas de salud, especialmente en la atención primaria de los pacientes infectados.

En la actualidad, sabemos que la capacidad de aseguramiento y atención no fue suficiente. A pesar de los esfuerzos para mejorar estas capacidades y la integración de diversos sectores para mitigar los daños, los efectos de la pandemia en la salud física y mental, así como en la economía de las poblaciones, han trascendido la etapa aguda de la crisis sanitaria. Las repercusiones en materia de seguridad social son inminentes, y es crucial que los responsables de la toma de decisiones comprendan los desafíos actuales y futuros a los que se enfrentan sus poblaciones, y utilicen esta experiencia como referencia para futuros eventos sanitarios.

10. Recomendaciones específicas

El análisis de la información obtenida durante la recolección de datos, presentada en este documento, subraya la importancia de las recomendaciones de la CASAB para la membresía de la CISS.

10.1. Planes nacionales ante pandemias

Resulta preciso a la luz de las experiencias con COVID-19, que los países cuenten con un plan que incluya las reservas de insumos precisas, las acciones de preparación y respuesta y las modificaciones legislativas necesarias para hacer frente a emergencias en salud.

10.2. Acceso a las vacunas y su eficacia

Los países con menor poder adquisitivo deben considerar su inclusión en programas internacionales de acceso a vacunas para asegurar una distribución equitativa del biológico. Además, es fundamental que incluyan a sus poblaciones en estudios clínicos, lo cual podría aumentar la eficacia de las inmunizaciones.

10.3. Estrategias de priorización en la vacunación

La priorización debe establecerse a medio plazo, asegurando que las primeras aplicaciones se dirijan a las poblaciones más vulnera-

bles. En el caso de la COVID-19, se priorizó al personal sanitario, personas mayores, individuos con comorbilidades y aquellos que padecieron enfermedades agudas graves.

10.4. Monitorización de los viajeros

Durante las primeras fases de propagación del virus entre países, es útil realizar pruebas de detección a personas que procedan de zonas de alto riesgo y monitorizar su estado de salud durante el periodo de incubación de la infección.

10.5. Eficacia de la restricción de viajes

La limitación de la movilidad social es más efectiva cuando se implementa tan pronto como se notifican los primeros casos de contagio comunitario.

10.6. Estrategias específicas de distanciamiento social

El confinamiento debe diseñarse teniendo en cuenta horarios y el contexto particular de las distintas poblaciones, con el fin de reducir su impacto económico en las personas más vulnerables.

10.7. Estrategias eficaces para el uso de mascarillas

En situaciones donde no todas las personas tienen acceso a cubrebocas de calidad, es necesario hacer obligatorio su uso. En poblaciones donde todos tienen acceso a mascarillas de materiales de alta calidad, su eficacia es alta, incluso si su uso no es obligatorio.

10.8. Estrategias de cribado

Se recomienda el tamizaje masivo cuando los Estados son capaces de aplicar pruebas al 5% de la población cada semana. Si esto no es posible, se recomienda aplicar pruebas a grupos estratégicos, como

viajeros, adultos mayores, personas con enfermedades crónicas no transmisibles y personal sanitario.

10.9. Identificación de los grupos vulnerables en materia de seguridad social

Los sistemas de seguridad social deben tener en cuenta a las poblaciones con mayores vulnerabilidades sistemáticas y preexistentes, e identificar a aquellas cuya susceptibilidad ha aumentado como consecuencia directa de la emergencia sanitaria.

10.10. Equidad en las cantidades transferidas

Las transferencias a las poblaciones más vulnerables deben basarse en una redistribución más equitativa. En muchos casos, las cantidades actuales resultan insuficientes para mantener a estas personas por encima del umbral de pobreza extrema.

10.11. Acceso para los trabajadores informales

Además de proporcionar apoyos no contributivos, los sistemas de seguridad social deben establecer estrategias eficaces para reducir la informalidad.

10.12. Seguridad de los profesionales de la salud

Es fundamental establecer guías claras de procedimientos, proveer el equipo de seguridad adecuado y ajustar las prestaciones según las necesidades que surgen durante las emergencias. La bioseguridad, los derechos laborales y la salud física y mental de los trabajadores de la salud deben protegerse, ya que esto impacta directamente en la calidad y capacidad de los servicios de atención médica.

10.13. Coordinación con los servicios de salud privados

Los convenios con hospitales y clínicas privadas son una opción eficaz para reducir la sobrecarga de pacientes en los servicios públicos.

10.14. Coordinación con otros servicios públicos

Las estrategias de mitigación de la infección son más efectivas cuando incluyen a proveedores de otros servicios, como los educativos, de transporte y comerciales, lo que permite abordar la situación en diversos contextos cotidianos.

10.15. Inversión en tecnologías digitales para reducir los trámites burocráticos

La creación de plataformas digitales facilita la realización de procedimientos sin necesidad de acudir a lugares públicos, lo que disminuye el riesgo de infección y propagación del virus.

10.16. Las herramientas digitales deben permitir el contacto humano

Las plataformas o aplicaciones digitales diseñadas para la atención sanitaria deben ofrecer la opción de interacción directa con una persona. Las aplicaciones completamente automatizadas tienden a ser menos utilizadas.

10.17. Reducir los efectos colaterales de la reconversión hospitalaria

En los lugares donde sea necesaria la reconversión, es fundamental implementar estrategias que permitan continuar brindando atención a pacientes con enfermedades crónicas o que requieren cirugías.

10.18. Uso de la telemedicina

Las consultas digitales son una estrategia efectiva en situaciones de contingencia, ya que reducen el riesgo de infecciones y la necesidad de traslados. Sin embargo, es importante reconocer que no todos los servicios médicos pueden ser sustituidos por telemedicina, y que no todas las poblaciones tienen acceso a dispositivos electrónicos, conexión a internet o las habilidades digitales necesarias.

10.19. Legislar sobre telemedicina

En nuestra región, se requiere con urgencia la creación de marcos normativos que aborden las diferentes dimensiones de la telemedicina. Para aumentar la seguridad de los usuarios, es necesario desarrollar leyes que regulen su gobernanza, la protección de datos personales, los aspectos tecnológicos y el rol de las instituciones en el proceso de consulta.

10.20. Implementar las consultas a domicilio

Las visitas domiciliarias son una opción clave, ya que permiten la evaluación física del paciente y de su entorno. Entre sus ventajas está la reducción de la saturación hospitalaria, lo que disminuye el riesgo de infecciones. No obstante, es crucial que el personal de salud esté capacitado y cuente con el equipo de protección personal adecuado.

10.21. Fortalecimiento de los sistemas de registro de muertes

Es fundamental contar con un diagnóstico, notificación y clasificación adecuados de las muertes durante las emergencias sanitarias. Un registro preciso permite que el indicador de muertes evitables sea fiable y útil para supervisar las estrategias de seguridad social.

10.22. Atención a la salud mental

Se debe aumentar el acceso a los servicios de salud mental para las poblaciones afectadas. Los sistemas de salud deben considerar el alto riesgo de trastornos psicológicos durante situaciones de emergencia, ya que estas condiciones pueden incrementar el riesgo de desarrollar enfermedades graves.

10.23. Comunicación fiable con la población

La desinformación se combate promoviendo contenido fiable. La difusión de información a través de las páginas de organismos internacionales y de instituciones de salud pública es una estrategia efectiva. Dado que las redes sociales son el canal más utilizado, los profesionales de la salud y los científicos suelen obtener mejores resultados al comunicar mensajes clave a través de estos medios.

10.24. Seguimiento de la magnitud de la COVID persistente

Los responsables de la atención sanitaria deben evaluar la frecuencia y gravedad de la COVID persistente y desarrollar estrategias de seguridad social para quienes han sufrido discapacidades laborales, ya sean temporales o permanentes, como consecuencia de esta condición.

10.25. Incremento de la financiación

Los países miembros, especialmente aquellos con economías más vulnerables, deben explorar mecanismos de financiación que incluyan opciones para la reestructuración de la deuda, así como fomentar la cooperación regional y con instituciones multilaterales. En el caso de los países propensos a sufrir desastres naturales, se debería considerar incluso la posibilidad de un alivio oficial de la deuda.

10.26. Uso adecuado del financiamiento

Los recursos obtenidos mediante deuda deben emplearse en estrategias sostenibles y los planes de reconstrucción deben orientarse a largo plazo, considerando tanto el crecimiento económico como la resiliencia futura.

11. Recomendaciones generales

Las 25 sugerencias anteriores se explican con mayor detalle en las distintas secciones del documento; sin embargo, hay cuatro recomendaciones más generales que surgen de la reflexión sobre las estrategias y cuyo abordaje también resulta crucial.

11.1. Destinar recursos a áreas clave

Es necesario invertir, en primer lugar, en un diagnóstico preciso de la situación de las poblaciones, ya que es esencial para evaluar las medidas implementadas, y, en segundo lugar, en los mecanismos de evaluación de su eficacia. Esta inversión, además, permite identificar y abordar otras vulnerabilidades.

Esta recomendación es clave, ya que pocos países han evaluado exhaustivamente sus estrategias. Esto podría deberse a la falta de información previa necesaria para establecer comparaciones o a la carencia de recursos humanos y financieros para recolectar datos mientras se atendía a las poblaciones.

11.2. Crear modelos prospectivos que identifiquen las mejores opciones para cada contexto

Es fundamental diseñar estrategias más específicas, eficaces y adaptadas, dado que las estrategias generalizadas a menudo no son

adecuadas para situaciones particulares donde su implementación resulta inviable. Esta sugerencia surge al considerar la importante contribución de organismos internacionales como la OMS, la Cepal, la OIT y la ONU al desarrollo de estrategias durante la pandemia. No obstante, era responsabilidad de cada Estado adaptar dichas estrategias a los contextos específicos de sus regiones.

11.3. Mantener la recopilación de datos y diseñar estrategias de recolección de información durante situaciones de emergencia

Organizaciones como la Cepal han destacado la importancia de continuar con la recolección de datos a través de encuestas en los hogares (Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2022). Durante la emergencia sanitaria, se estima que más del 78% de los países analizados suspendieron la recolección de datos, al menos de manera presencial. Esto es especialmente preocupante, dado que el 95% de los países dependían exclusivamente de esta metodología para recopilar información. Como consecuencia, los datos disponibles sobre empleo, ingresos y pobreza durante la emergencia fueron muy limitados (Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2022).

11.4. Evaluar detalladamente cada una de las estrategias implementadas

La evaluación es fundamental para que los Estados aseguren la efectividad y adecuación de las estrategias a las necesidades locales. Aunque los organismos internacionales actuaron como guías y portavoces, estableciendo directrices y formulando políticas para la toma de decisiones de los países miembros, se sabe poco sobre el impacto real de estas medidas en los distintos contextos de los países de la CISS. Esto se debe, en gran parte, a la falta de datos y

a la ausencia de evaluaciones exhaustivas por parte de los Estados. Por lo tanto, es imprescindible que los tomadores de decisiones evalúen la eficacia de las estrategias implementadas para sus poblaciones.

La evaluación de las medidas implementadas por los Estados debe basarse en un proceso de retroalimentación que permita mejorar y optimizar las políticas. Esto implica identificar errores en la implementación para modificar, sustituir o confirmar los procedimientos. Es esencial que los Estados sean capaces de realizar estimaciones precisas, lo que les permitirá tomar decisiones informadas. En la actualidad, se reconoce que las estrategias de evaluación de las instituciones de seguridad social deben integrar dominios que analicen sus componentes más relevantes.

Para llevar a cabo una evaluación adecuada, es necesario tener en cuenta algunas recomendaciones basadas en la experiencia de varios países:

11.5. Desarrollo de metodologías de evaluación

Estas deben abarcar aspectos como la gobernanza, los sistemas de información, los modelos de atención y calidad, los recursos humanos, así como los materiales e infraestructura, y la protección de los trabajadores (Gobierno de México, 2024). En México, el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) asignó recursos a través de fondos no reembolsables y consultores externos para evaluar la calidad de la atención primaria durante la pandemia. Sin embargo, la alta carga de enfermedad obligó a redirigir los esfuerzos hacia la protección de la población (Gobierno de México, 2024). Estos aspectos deben evaluarse mediante encuestas de opinión y aceptabilidad dirigidas a trabajadores de la salud, pacientes crónicos y pacientes recuperados de la COVID-19 (Gobierno de México, 2024).

11.6. Empleo de diversos enfoques en la respuesta a la pandemia

Es fundamental implementar diferentes estrategias, como la bioseguridad para la contención del virus y un enfoque integral que permita comprender mejor la vulneración de los derechos y libertades que contribuye a una marcada desigualdad. Esta evaluación requiere un diagnóstico previo, por lo que es crucial contar con antecedentes que faciliten la comparación y el análisis del gasto público (Consejo de Evaluación de la Ciudad de México, 2021).

11.7. Elaboración de guías para la evaluación de estrategias sociales

Estas guías deben abarcar dominios de diagnóstico, procesos, resultados e impacto, lo que permitirá una evaluación más completa.

11.7.1. Evaluación diagnóstica

En este ámbito, se analiza la viabilidad de implementar programas o políticas mediante entrevistas con actores clave. El objetivo es identificar los desafíos y problemas que surgen durante la implementación, y proporcionar un punto de referencia para el cambio (Presidencia de la Nación, 2024).

11.7.2. Evaluación de procesos

Este enfoque se centra en examinar cómo se llevaron a cabo las políticas, verificando si se implementaron conforme a los procedimientos establecidos. También busca optimizar la eficacia y la eficiencia de los recursos utilizados en la implementación (Presidencia de la Nación, 2024).

11.7.3. Evaluación de resultados

Esta evaluación se centra en los efectos inmediatos derivados de la implementación de políticas, estrategias o programas. Permite conocer el alcance de las acciones y las posibles desviaciones respecto a los objetivos previstos (Presidencia de la Nación, 2024).

11.7.4. Evaluación del impacto

Ayuda a estimar los efectos de las estrategias, tanto los previstos como los no previstos, y proporciona una valoración integral de la transformación lograda (Presidencia de la Nación, 2024).

Los organismos internacionales, como la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Cepal), recomiendan que los países mejoren continuamente sus mecanismos de recolección de información, utilizando tanto teléfonos como medios digitales. Es crucial que la recolección de datos sea estadísticamente válida, mediante el uso de técnicas de muestreo adecuadas (Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2022).

Estas acciones no solo permitirían una mejor gestión de los sistemas de seguridad social y una protección más efectiva de la salud de las poblaciones, sino que también aumentarían la resiliencia, especialmente en los grupos más vulnerables, y facilitarían una toma de decisiones más eficaz.

Bibliografía

- Acuerdo por el que se establecen acciones extraordinarias para atender la emergencia sanitaria generada por el virus SARS-CoV-2 (2020). Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5590914&fecha=31/03/2020#gsc.tab=0
- Agar, L. y M. Ferrer (2000). Démographie et contexte socio-économique en Amérique Latine et dans les Caraïbes, en Francis Gendreau (dir.), *Actualité Scientifique. Les Transitions Démographiques des Pays du Sud*, 25-20. Paris, Éditions Estem. Disponible en: https://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/divers17-09/010027446.pdf
- Agencia de Gobierno Electrónico y Sociedad de la Información y del Conocimiento (2020). *La estrategia digital frente al coronavirus COVID-19*. Disponible en: <https://www.gub.uy/agencia-gobierno-electronico-sociedad-informacion-conocimiento/comunicacion/noticias/estrategia-digital-frente-coronavirus-covid-19>
- Agência Saúde (2020). *Brasil confirma primeiro caso da doença*. Disponible en: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46435-brasil-confirma-primeiro-caso-de-novo-coronavirus>
- Agostoni, C., K. Ramacciotti y G. Lope (2022). Historia en tiempos pandémicos: COVID-19 en Latinoamérica. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 29, 563-579.

- Aizenberg, M. (2022). *Marco normativo de la telemedicina: estado actual y tareas pendientes*. Disponible en: <https://publications.iadb.org/es/marco-normativo-de-telemedicina-estado-actual-y-tareas-pendientes>
- Ajebli, M., A. Amssayef, M. Akdad, Y. Algharrass, A. Babakhouya, D. Ghanimi y M. Eddouks (2021). Chronic diseases and COVID-19: A review. *Endocrine, Metabolic & Immune Disorders-Drug Targets (Formerly Current Drug Targets-Immune, Endocrine & Metabolic Disorders)*, 21(10), 1781-1803.
- Allam, Z. (2020). The first 50 days of COVID-19: a detailed chronological timeline and extensive review of literature documenting the pandemic. *Surveying the COVID-19 pandemic and its implications*, 1. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7378494/>
- Análisis del Programa Especial de Análisis de Salud (2002). *Tendencias demográficas y de mortalidad en la región de las Américas, 1980-2000* (Boletín Epidemiológico. Organización Panamericana de la Salud, Issue). Disponible en: https://www3.paho.org/Spanish/SHA/be_v23n3-editorial.htm
- Antiporta, D. A. y A. Bruni (2020). Emerging mental health challenges, strategies, and opportunities in the context of the COVID-19 pandemic: Perspectives from South American decision-makers. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 44. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52997>
- Arceo-Gomez, E. O., R. M. Campos-Vazquez, G. Esquivel, E. Alcaraz, L. A. Martínez y N. G. López (2022). The income gradient in COVID-19 mortality and hospitalisation: An observational study with social security administrative records in Mexico. *The Lancet Regional Health-Americas*, 6. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34778865/>

- Asociación Internacional de la Seguridad Social (2020). *Premio de la AISS de Buenas Prácticas, Américas 2020*. Disponible en: <https://www.issa.int/sites/default/files/documents/2020-12/3-gpa-americas2020.pdf>
- (2021a). *Respuestas de la seguridad social a la pandemia de COVID-19 – Américas*. Disponible en: <https://www.issa.int/es/analysis/social-security-responses-covid-19-pandemic-americas>
- (2021b). *Telemedicina: buenas prácticas en América Latina* (Análisis, Issue). Disponible en: <https://www.issa.int/es/analysis/telemedicina-buenas-practicas-en-america-latina>
- Bandyopadhyay, S., R. E. Baticulon, M. Kadhun, M. Alser, D. K. Ojuka, Y. Badereddin, A. Kamath, S. A. Parepalli, G. Brown, S. Iharchane, S. Gandino, Z. Markovic-Obiago, S. Scott, E. Manirambona, A. Machhada, A. Aggarwal, L. Benazaize, M. Ibrahim, D. Kim y R. Khundkar (2020). Infection and mortality of healthcare workers worldwide from COVID-19: a systematic review. *BMJ Global Health*, 5(12), e003097. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-003097>
- Bargain, O., & Aminjonov, U. (2020). Poverty and COVID-19 in developing countries.
- Beltrán-Sánchez, H., S. Soneji y E. M. Crimmins (2015). Past, present, and future of healthy life expectancy. *Cold Spring Harbor Perspectives in Medicine*, 5(11), a025957. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4632858/>
- Bickley, S.J., H. F. Chan, A. Skali, D. Stadelmann y B. Torgler (2021). How does globalization affect COVID-19 responses? *Globalization and Health*, 17(1), 57. Disponible en: [https://globalizationandhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12992-021-00677-5#:~:text=We%20find%20that%20more%20globalized,3b\)](https://globalizationandhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12992-021-00677-5#:~:text=We%20find%20that%20more%20globalized,3b))

- Chaturvedi, P., N. Ramalinga y A. Singh (2020). Is COVID-19 man-made? *Cancer Research, Statistics, and Treatment*, 3(2), 284-286. Disponible en: https://doi.org/10.4103/crst.Crst_166_20
- Chu, A. M., J. T. Tsang, J. N. Chan, A. Tiwari y M. K. So (2020). Analysis of travel restrictions for COVID-19 control in Latin America through network connectedness. *Journal of Travel Medicine*, 27(8). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32970124/>
- Cid, C. y M. L. Marinho (2022). 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. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/47914-anos-pandemia-covid-19-america-latina-caribe-reflexiones-avanzar-sistemas-salud>
- Coca, M. A. B., J. P. P. Sumba, M. E. O. Ortega y M. V. P. García (2020). Lineamientos que adoptaron los países de Ecuador, Colombia, Perú y Argentina para evitar la propagación del COVID-19 en el transporte público. *Polo del Conocimiento: Revista Científico-Profesional*, 5(10), 948-962. Disponible en: <https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/1864>
- Coclite, D., A. Napoletano, S. Gianola, A. del Monaco, D. D'Angelo, A. Fauci, L. Iacorossi, R. Latina, G. L. Torre y C. Mastroianni (2021). Face mask use in the community for reducing the spread of COVID-19: a systematic review. *Frontiers in Medicine*, 7, 594269. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/journals/medicine/articles/10.3389/fmed.2020.594269/full>

Cohen, J. y Y. v. d. M. Rodgers (2020). *Contributing factors to personal protective equipment shortages during the COVID-19 pandemic*. *Preventive Medicine*, 141, 106263. Disponible en: <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2020.106263>

Comisión Económica para América Latina y el Caribe, Cepal (2020). *Costa Rica presenta propuesta de Fondo para Aliviar la Economía COVID-19*. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/comunicados/costa-rica-presenta-propuesta-fondo-aliviar-la-economia-covid-19>

————— (2021). *The recovery paradox in Latin America and the Caribbean growth amid persisting structural problems: inequality, poverty and low investment and productivity*. *Special Report COVID-19*. Disponible en: <https://www.cepal.org/en/publications/47059-recovery-paradox-latin-america-and-caribbean-growth-amid-persisting-structural>

————— (2021a). *Financiamiento para el desarrollo en la era de la pandemia de COVID-19 y después*. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/46710-financiamiento-desarrollo-la-era-la-pandemia-covid-19-despues>

————— (2021b). *La pandemia provoca aumento en los niveles de endeudamiento de los países de la región y pone en peligro la reconstrucción sostenible y con igualdad* (Comunicados, Issue). Disponible en: <https://www.cepal.org/es/comunicados/la-pandemia-provoca-aumento-niveles-endeudamiento-paises-la-region-pone-peligro-la>

————— (2022). *Lecciones y desafíos de la pandemia por COVID-19 para las encuestas de hogares en América Latina* (Temas estadísticos de la Cepal, Issue). Disponible en: <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/921124bf-700f-490a-a2b7-a62294f7cdef/content>

- (2024). *Gasto Social*. Disponible en: <https://observatoriosocial.cepal.org/inversion/es/indicador/gasto-social>
- Consejo de Evaluación de la Ciudad de México (2021). *Evaluación de las políticas públicas implementadas por la Ciudad de México y las alcaldías para enfrentar la pandemia por COVID-19, 2020*. Disponible en: <https://www.evalua.cdmx.gob.mx/storage/app/media/2021/Evaluacion/Resumen%20ejecutivoC19.pdf>
- Consejo Nacional de Seguridad Social (2020). *Pacientes de COVID-19 serán atendidos en clínicas privadas y los libera temporalmente de copagos en hospitalización*. Disponible en: <https://www.cnss.gob.do/index.php/de-interes/itemlist/user/370-webmaster?start=220>
- Cortés, J. B., C. M. Sánchez y P. R. Pajares (2021). Atención primaria en el domicilio en el marco de la pandemia COVID-19. *Atencion Primaria*, 53(3). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7832020/>
- Cottani, J. (2020). *The effects of COVID-19 on Latin America's economy*. JSTOR. Disponible en: <https://medbox.org/document/the-effects-of-covid-19-on-latin-americas-economy>
- Cristia, J. P. y R. Vlaicu (2022). *Digitalizing Public Services: Opportunities for Latin America and the Caribbean*. Disponible en: <https://flagships.iadb.org/en/MicroReport/digitalizing-public-services-opportunities-for-latin-america-and-the-caribbean>
- Davidson, H. (2020). First COVID-19 case happened in November, China government records show. *The Guardian*. Disponible en: <https://www.theguardian.com/world/2020/mar/13/first-covid-19-case-happened-in-november-china-government-records-show-report>

- De-Paris, F., C. Beck, M. R. Pires, R. P. d. Santos, R. d. S. Kuchenbecker y A. L. Barth (2014). Viral epidemiology of respiratory infections among children at a tertiary hospital in Southern Brazil. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, 47, 223-226. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rsbmt/a/xGWXyk6c3PrpJhpfPVmf76P/?lang=en>
- De Santiago, O. (2020). *La educación en tiempos de la pandemia de COVID-19*. Santiago: Cepal y Unesco. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/45904-la-educacion-tiempos-la-pandemia-covid-19>
- Decreto por el que se reforman y adicionan diversas disposiciones de la Ley Federal del Trabajo (2023). Disponible en: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5710347&fecha=04/12/2023#gsc.tab=0
- Del Cura-González, I., E. Polentinos-Castro, M. Fontán-Vela, J. A. López-Rodríguez y J. Martín-Fernández (2022). ¿Qué hemos dejado de atender por la COVID-19? Diagnósticos perdidos y seguimientos demorados. Informe SESPAS 2022. *Gaceta Sanitaria*, 36, S36-S43. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9244613/>
- Delgado, D., F. Quintana, G. Pérez, A. Sosa Liprandi, C. Ponte-Negretti, I. Mendoza y A. Baranchuk (2020). Personal safety during the COVID-19 pandemic: realities and perspectives of healthcare workers in Latin America. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(8), 2798. Disponible en: <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/8/2798>
- Diretoria de Centralização de Serviços de Inativos, P. Ó. E.-D. (2020). *Solicitação de auxílio-funeral*. Disponible en: <https://www.gov.br/servidor/pt-br/aceso-a-informacao/servidor/decipex/aceso-rapido/auxilio-funeral>

- Dong, E., J. Ratcliff, T. D. Goyea, A. Katz, R. Lau, T. K. Ng, B. García, E. Bolt, S. Prata y D. Zhang (2022). The Johns Hopkins University Center for Systems Science and Engineering COVID-19 Dashboard: data collection process, challenges faced, and lessons learned. *The Lancet Infectious Diseases*, 22(12), e370-e376. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36057267/>
- Durán, P. (2005). Transición epidemiológica nutricional o el efecto mariposa. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 103(3), 195-197. Disponible en: <https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2005/A3.195-197.pdf>
- Enríquez-Miranda, D. L., J. L. Hernández-Cruz, Y. L. Martínez-Sánchez y P. Pérez-Martínez (2023). [Occupational disease by COVID-19 in healthcare workers]. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 61(5), 583-589. Disponible en: <https://doi.org/10.5281/zenodo.8316431> (Enfermedad de trabajo por COVID-19 en trabajadores de la salud.)
- European Centre for Disease Prevention and Control (2020a). *Timeline of ECDC's response to COVID-19*. Disponible en: https://cdn.knightlab.com/libs/timeline3/latest/embed/index.html?source=1JplnWBhopqsH40JLp1mppywwgAZAZgohFy7aELWaSPg&font=Default&lang=en&initial_zoom=2&height=650
- (2020b). *Update: Cluster of pneumonia cases associated with novel coronavirus – Wuhan, China – 2019*. Disponible en: <https://www.ecdc.europa.eu/en/news-events/update-cluster-pneumonia-cases-associated-novel-coronavirus-wuhan-china-2019>
- Eurostat (2019). *Expenditure on Social Protection*. Disponible en: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00098/default/table?lang=en&category=t_spr

- Fang, L., G. Karakiulakis y M. Roth (2020). Are patients with hypertension and diabetes mellitus at increased risk for COVID-19 infection? *The Lancet Respiratory Medicine*, 8(4), e21. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lan-res/article/PIIS2213-2600\(20\)30116-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lan-res/article/PIIS2213-2600(20)30116-8/fulltext)
- Feehan, J. y V. Apostolopoulos (2021). Is COVID-19 the worst pandemic? *Maturitas*, 149, 56-58. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2021.02.001>
- Feldstein, M. y J. B. Liebman (2002). Social security. *Handbook of Public Economics*, 4, 2245-2324. Disponible en: https://eml.berkeley.edu/~saez/course/Feldstein%20and%20Liebman_Handbook.pdf
- Figueiredo, A. M. d., A. Daponte, D. C. M. M. d. Figueiredo, E. Gil-García y A. Kalache (2021). Letalidad de la COVID-19: ausencia de patrón epidemiológico. *Gaceta Sanitaria*, 35, 355-357. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112021000400009&nrm=iso
- Filgueira, F., L. M. Galindo, C. Giambrun y B. Merike (2020). Is COVID-19 and Latin America: Social impact, policies and a fiscal case for an emergency social protection floor. *Buenos Aires. Cippec*. Disponible en: <https://dds.cepal.org/redesoc/portal/publicaciones/ficha/?id=5396>
- Fondo Monetario Internacional (2023). *Derechos Especiales de Giro (DEG)*. Disponible en: [https://www.imf.org/es/About/Factsheets/Sheets/2023/special-drawing-rights-sdr#:~:text=Los%20derechos%20especiales%20de%20giro%20\(DEG\)%20son%20un%20activo%20de,japon%-C3%A9s%20y%20la%20libra%20esterlina.](https://www.imf.org/es/About/Factsheets/Sheets/2023/special-drawing-rights-sdr#:~:text=Los%20derechos%20especiales%20de%20giro%20(DEG)%20son%20un%20activo%20de,japon%-C3%A9s%20y%20la%20libra%20esterlina.)

- Geng, J., X. Yu, H. Bao, Z. Feng, X. Yuan, J. Zhang, X. Chen, Y. Chen, C. Li y H. Yu (2021). Chronic diseases as a predictor for severity and mortality of COVID-19: a systematic review with cumulative meta-analysis. *Frontiers in Medicine*, 8, 588013. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34540855/>
- Girum, T., K. Lentiro, M. Geremew, B. Migora y S. Shewamare (2020). Global strategies and effectiveness for COVID-19 prevention through contact tracing, screening, quarantine, and isolation: a systematic review. *Tropical Medicine and Health*, 48, 1-15. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33292755/>
- Gobierno de México (2020). Permiso COVID-19. Disponible en: <https://www.imss.gob.mx/covid-19/permiso>
- (2024). *Estrategias en la pandemia COVID-19 implementadas por la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales*. (Memoria documental), Issue.
- Governo do Brasil (2020). *Auxílio Emergencial já pagou mais de R\$ 288 bilhões para garantir proteção social aos brasileiros*. Disponible en: <https://www.gov.br/pt-br/noticias/assistencia-social/2020/12/auxilio-emergencial-ja-pagou-mais-de-r-288-bilhoes-para-garantir-protecao-social-aos-brasileiros-1>
- Gubler, D. J. (2011). Dengue, urbanization and globalization: the unholy trinity of the 21st century. *Tropical Medicine and Health*, 39(4 Suppl), S3-S11. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3317603/>
- Hernández-García, I. y T. Giménez-Júlvez (2020). Assessment of health information about COVID-19 prevention on the internet: infodemiological study. *JMIR Public Health Surveill*, 6(2), e18717. Disponible en: <https://doi.org/10.2196/18717>

- Herrero, M. B. y B. Nascimento (2020). ¿Qué pasa con la cooperación latinoamericana en salud? *Nueva Sociedad*. Disponible en: <https://nuso.org/articulo/que-pasa-con-la-cooperacion-regional-en-salud/>
- Hu, B., H. Guo, P. Zhou y Z. L. Shi (2021). Characteristics of SARS-CoV-2 and COVID-19, *Nature Reviews Microbiology*, 19(3), 141-154. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/s41579-020-00459-7>
- Huang, C. *et al.* (2020). Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet*, 395(10223), 497-506. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30183-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30183-5)
- Huarcaya-Victoria, J. (2020). Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 37, 327-334. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rpmpesp/2020.v37n2/327-334/>
- Imperato, P. J. (2016). The convergence of a virus, mosquitoes, and human travel in globalizing the Zika epidemic. *Journal of Community Health*, 41, 674-679. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26969497/>
- Ingreso Familiar de Emergencia (IFE) para trabajadores no registrados y monotributistas (2020). Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/economia/politicatributaria/covid19/ife#:~:text=El%20beneficio%20consiste%20en%20el,-que%20no%20tengan%20otro%20ingreso.>
- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (2020). Convenio con hospitales privados ¡Todos juntos contra el COVID-19! Disponible en: <https://www.gob.mx/issste/es/articulos/convenio-con-hospitales-privados?idiom=es>

- (2022). ISSSTE implementa portal y línea Asisstecovid: Pedro Zenteno. Disponible en: <https://www.gob.mx/issste/prensa/issste-implementa-portal-y-linea-asisstecovid-pedro-zenteno?state=published>
- Instituto Mexicano del Seguro Social (2020a). *Permiso COVID-19, herramienta para cortar cadenas de contagio*. Disponible en: <https://www.gob.mx/imss/articulos/permiso-covid-19-herramienta-para-cortar-cadenas-de-contagio#:~:text=de-rechohabientes%20del%20IMSS.-,E1%20Permiso%20Covid%2D19%20es%20un%20servicio%20digital%20dirigido%20a,a%20su%20cl%C3%ADnica%20de%20adscripci%C3%B3n>.
- (2020b). *A través de Mi Pensión Digital, el IMSS ha atendido más de 365 mil trámites a distancia*. Disponible en: <https://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202011/805>
- International Monetary Fund, IMF (2021). *World Economic Outlook Databases*. Disponible en: <https://www.imf.org/en/Publications/SPROLLS/world-economic-outlook-databases#sort=%40imfdate%20descending>
- Jeyanathan, M., S. Afkhami, F. Smaill, M. S. Miller, B. D. Lichity y Z. Xing (2020). Immunological considerations for COVID-19 vaccine strategies. *Nature Reviews Immunology*, 20(10), 615-632. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32887954/>
- Jhons Hopkins Bloomber School of Public Health (2020). *Índice Mundial de Seguridad Sanitaria*. Disponible en: https://ghsindex.org/wp-content/uploads/2020/12/NTI_Spanish-GHSIndex.pdf

- Juárez Torres, D. (2022). *El caso de la República del Ecuador*. Conferencia Interamericana de Seguridad Social, CISS. Disponible en: <https://ciss-bienestar.org/wp-content/uploads/2022/02/cuadernoCovid3Ecuador.pdf>
- Kapoor, R., L. R. Timsina, N. Gupta, H. Kaur, A. J. Vidger, A. Pollander, J. Jacobi, S. Khare y O. Rahman (2020). Maintaining blood glucose levels in range (70-150 mg/dL) is difficult in COVID-19 compared to non-COVID-19 ICU patients—a retrospective analysis. *Journal of Clinical Medicine*, 9(11), 3635. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33198177/>
- Katz, R., J. Jung y F. Callorda (2020). *El estado de la digitalización de América Latina frente a la pandemia del COVID-19*. Disponible en: https://scioteca.caf.com/bitstream/handle/123456789/1540/El_estado_de_la_digitalizacion_de_America_Latina_frente_a_la_pandemia_del_COVID-19.pdf
- Kruse, M. H., A. Durstine y D. P. Evans (2022). Effect of COVID-19 on patient access to health services for noncommunicable diseases in Latin America: a perspective from patient advocacy organizations. *International Journal for Equity in Health*, 21(1), 45. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35366886/>
- Kucharski, A. J., P. Klepac, A. J. Conlan, S. M. Kissler, M. L. Tang, H. Fry, R. Gog, W. J. Edmunds, J. C. Emery y G. Medley (2020). Effectiveness of isolation, testing, contact tracing, and physical distancing on reducing transmission of SARS-CoV-2 in different settings: a mathematical modelling study. *The Lancet Infectious Diseases*, 20(10), 1151-1160.
- Kumar, A., P. Prasoon, C. Kumari, V. Pareek, M. A. Faiq, R. K. Narayan, M. Kulandhasamy y K. Kant (2021). SARS-CoV-2-specific virulence factors in COVID-19. *Journal of Medical Virology*,

93(3), 1343-1350. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33085084/>

Larson, H. J. (2018). The biggest pandemic risk? Viral misinformation. *Nature*, 562(7727), 309. Disponible en: <https://doi.org/10.1038/d41586-018-07034-4>

Lega, I. C. y L. L. Lipscombe (2020). Diabetes, obesity, and cancer —pathophysiology and clinical implications. *Endocrine Reviews*, 41(1), 33-52. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31722374/>

Ley N° 6524 / Declara estado de emergencia en todo el territorio de la República del Paraguay ante la pandemia declarada por la Organización Mundial de la Salud a causa del COVID-19 o coronavirus y se establecen medidas administrativas, fiscales y financieras (2020). Disponible en: <https://www.bacn.gov.py/leyes-paraguayas/9156/ley-n-6524-declara-estado-de-emergencia-en-todo-el-territorio-de-la-republica-del-paraguay-ante-la-pandemia-declarada-por-la-organizacion-mundial-de-la-salud-a-causa-del-covid-19-o-coronavirus-y-se-establecen-medidas-administrativas-fiscales-y-financieras>

Ley que garantiza el acceso a los servicios funerarios para las víctimas mortales del COVID-19 (2020). Disponible en: https://www.leyes.congreso.gob.pe/Documentos/2016_2021/Proyectos_de_Ley_y_de_Resoluciones_Legislativas/PL06285-20200928.pdf

Lineamientos ante la emergencia sanitaria derivada de la pandemia del virus SARS-CoV-2, para el otorgamiento de apoyos para gastos funerarios a familiares de personas fallecidas por la enfermedad COVID-19, (2020). Disponible en: <https://www.dof.gob.mx/2020/DIF/Lineamientos-Gastos-Funerarios-Covid19-20-XI-20.pdf>

- Lineamiento de Reversión Hospitalaria (2020b). Disponible en: <https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/04/Documentos-Lineamientos-Reconversion-Hospitalaria.pdf>
- Lindgren, B. (2016). *The Rise in Life Expectancy, Health Trends among the Elderly, and the Demand for Care. A Selected Literature Review*. Disponible en: <https://www.nber.org/papers/w22521>
- Mahase, E. (2020). COVID-19: First coronavirus was described in The BMJ in 1965. *British Medical Journal Publishing Group*. Disponible en: <https://www.bmj.com/content/369/bmj.m1547>
- Mao, Y., W. Lin, J. Wen y G. Chen (2020). *Clinical and pathological characteristics of 2019 novel coronavirus disease (COVID-19): a systematic reviews*. Disponible en: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.02.20.20025601v2>
- Martínez, R. y M. P. Collinao (2010). *Gasto social: modelo de medición y análisis para América Latina y el Caribe*. Cepal. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/5513-gasto-social-modelo-medicion-analisis-america-latina-caribe>
- Mason, D. J. y C. R. Friese (2020). Protecting health care workers against COVID-19 —and being prepared for future pandemics. *JAMA Health Forum*. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36218598/>
- Massuda, A., R. Tasca y A. M. Malik (2021). Uso de leitos hospitalares privados por sistemas públicos de saúde na resposta à COVID-19. *Saúde em Debate*, 44, 248-260. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/SfPqRtPtjL5nWhDdtQTv4zB/>
- Medina Guillén, L. F., G. J. Quintanilla Ferrufino, I. Juárez Pérez, J. Shafick Asfura (2020). Exposición ocupacional al COVID-19 en trabajadores sanitarios de América Latina, mayo 2020.

- Revista Científica Ciencia Médica*, 23, 214-220. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-74332020000200012&nrm=iso
- Mendoza-Popoca, C.Ú.yM.Suárez-Morales(2020).Reconversión hospitalaria ante la pandemia de COVID-19. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 43(2), 151-156. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0484-7903202000200151&script=sci_abstract
- Mesa-Lago, C. (1985). *Desarrollo de la seguridad social en América Latina*. Disponible en: <https://repositorio.cepal.org/entities/publication/ea19dab1-e730-4fbc-8253-dec09b35d762>
- Mheidly, N. y J. Fares (2020). Leveraging media and health communication strategies to overcome the COVID-19 infodemic. *Journal of Public Health Policy*, 41(4), 410-420. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32826935/>
- Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. (2022). *Certificación electrónica ante diagnóstico de COVID-19*. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-trabajo-seguridad-social/comunicacion/noticias/certificacion-electronica-ante-diagnostico-covid-19>
- Ministerio de Salud Pública (2020). *La respuesta de Uruguay en 2020 a la pandemia de COVID-19*. Disponible en: https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/Resumen%20-%20Sistematizaci%C3%B3n%20de%20la%20respuesta%20a%20COVID-19%20en%20Uruguay_WEB.pdf
- Miranda Muñoz, M. (2020). *Sostenibilidad financiera de los sistemas de pensiones de la seguridad social en Latinoamérica y el Caribe: aspectos actuariales y de gobernanza*. Conferencia Interameri-

cana de Seguridad Social, CISS. Disponible en: <https://biblio.juridicas.unam.mx/bjv/detalle-libro/6332-la-seguridad-social-y-los-desafios-de-la-inclusion-juvenil-en-america-coleccion-ciss>

Modificación de los decretos 45/021 y 130/020, relativos al otorgamiento del subsidio por incapacidad temporal a los profesionales de la salud en virtud del COVID-19 (2021). Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/138-2021>

Monraz-Pérez, S., A. Pacheco-López, A. Castorena-Maldonado, R. E. Benítez-Pérez, I. Thirión-Romero, E. d. C. López-Estrada, M. Mateo-Alonso, J. O. Barreto-Rodríguez, R. S. Vega-Barrientos y J. L. Sandoval-Gutiérrez (2021). Telemedicina durante la pandemia por COVID-19. *Neumología y Cirugía de Tórax*, 80(2), 132-140. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenI.cgi?IDARTICULO=100996>

Montenovo, L., X. Jiang, F. Lozano-Rojas, I. Schmutte, K. Simon, B. A. Weinberg y C. Wing (2022). Determinants of disparities in early COVID-19 job losses. *Demography*, 59(3), 827-855. Disponible en: <https://doi.org/10.1215/00703370-9961471>

Montoya-Arce, B. J., Y. G. Román-Sánchez, S. C. Gaxiola-Robles Linares y H. Montes de Oca-Vargas (2016). Envejecimiento y vulnerabilidad social en el Estado de México, 2010. *Papeles de población*, 22(90), 43-77. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1405-74252016000400043&script=sci_abstract

Montt, G., C. Schmidlin y M. Recalde (2021). La seguridad social en el Paraguay y sus desafíos en contexto de la COVID-19. *OIT Cono Sur-Informes Técnicos/18*. Disponible en: https://www.mtess.gov.py/application/files/9916/3828/2496/La_seguridad_social_en_el_Paraguay_y_sus_desafios_en_contexto_de_la_COVID-19.pdf

- Msemburi, W., A. Karlinsky, V. Knutson, S. Aleshin-Guendel, S. Chatterji y J. Wakefield (2023). The WHO estimates of excess mortality associated with the COVID-19 pandemic. *Nature*, 613(7942), 130-137. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/s41586-022-05522-2>
- Naciones Unidas (2020). *La nueva guía de la OMS sobre el uso de mascarillas contra el COVID-19*. Disponible en: <https://news.un.org/es/story/2020/12/1485002>
- National Cancer Institute (2023). *Cancer Stat Facts: Cancer Among Adolescents and Young Adults (AYAs) (Ages 15–39)*. Disponible en: <https://seer.cancer.gov/statfacts/html/aya.html>
- Núñez Udave, L. F., L. K. Castro Saucedo, E. J. Tapia García, F. Bruno y C. A. de León Alvarado (2020). Percepción social del COVID-19 desde el malestar emocional y las competencias socioemocionales en mexicanos. *Acta Universitaria*, 30. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-62662020000100143
- Ocampo, J. A. (2020). La cooperación financiera internacional frente a la crisis económica latinoamericana. *Revista Cepal*, 7, 7-22. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/45951-la-cooperacion-financiera-internacional-frente-la-tesis-economica>
- Olortegui-Rodríguez, J. J., D. R. Soriano-Moreno, A. Benites-Bullon, P. P. Pelayo-Luis y J. Huaranga-Marcelo (2022). Prevalence and incidence of chronic obstructive pulmonary disease in Latin America and the Caribbean: a systematic review and meta-analysis. *BMC Pulmonary Medicine*, 22(1), 273. Disponible en: <https://bmcpulmed.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12890-022-02067-y>

Organización de las Naciones Unidas, ONU (2020). *Marco de indicadores mundiales para los Objetivos de Desarrollo Sostenible y metas de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*. Disponible en: https://unstats.un.org/sdgs/indicators/Global%20Indicator%20Framework%20after%202020%20review_Spa.pdf

Organización Internacional del Trabajo, OIT (2003). *Hechos concretos sobre la seguridad social*. Ginebra, OIT. Disponible en: <https://www.ilo.org/es/publications/hechos-concretos-sobre-la-seguridad-social>

————— (2017). *Informe mundial sobre la protección social 2017-2019: La protección social universal para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible* (Investigación y publicaciones, Issue). Disponible en: <https://www.ilo.org/es/publications/informe-mundial-sobre-la-proteccion-social-2017-2019-la-proteccion-social>

————— (2020a). *El COVID-19 y el mundo del trabajo: repercusiones y respuestas*. Ginebra, OIT. Disponible en: <https://www.oitcenterfor.org/node/7779>

————— (2020b). *Medidas de protección social para responder a la pandemia de COVID-19 en los países en desarrollo: Fortalecimiento de la resiliencia mediante el establecimiento de una protección social universal*. Disponible en: <https://www.social-protection.org/gimi/Media.action?id=17971>

————— (2020c). *Protección contra el desempleo en la crisis de la COVID-19: Respuestas de los países y consideraciones de política* (Foco en la protección social, Issue). Disponible en: <https://www.social-protection.org/gimi/Media.action?id=18019>

————— (2021a). *Daños de la COVID-19 a largo plazo: Lenta recupe-*

ración del empleo y riesgo de mayor desigualdad. Disponible en: <https://www.ilo.org/es/resource/news/danos-de-la-covid-19-largo-plazo-lenta-recuperacion-del-empleo-y-riesgo-de>

————— (2021b). *State Practice to Address COVID-19 Infection as a Work-related Injury*. Disponible en: <https://www.ilo.org/publications/state-practice-address-covid-19-infection-work-related-injury-0>

————— (2024). *Desafíos y oportunidades que plantea la digitalización*. Disponible en: <https://www.google.com/url?sa=t&rcrct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjA7u-fBo7uHAxXyJkQIHUy1AZsQFnoECBkQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.ilo.org%2Fes%2Fmedia%2F542201%2Fdownload&usg=AOvVaw2tgs-151XZa-20TRb8gAKec&opi=89978449>

Organización Mundial de la Salud (2019). *The Global Health Observatory*. Disponible en: <https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/number-of-deaths-attributed-to-non-communicable-diseases-by-type-of-disease-and-sex>

————— (2020a). *Conferencia de Seguridad de Múnich*. Disponible en: <https://www.who.int/es/director-general/speeches/detail/munich-security-conference>

————— (2020b). *La OMS hace un llamado a la acción para defender el derecho a la salud en medio de la inacción, la injusticia y las crisis*. Disponible en: <https://statistics.cepal.org/portal/cepalstat/dashboard.html?theme=1&lang=es>

- (2020c). *Novel Coronavirus – Thailand (ex-China)*. Disponible en: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2020-DON234>
- (2020d). *WHO Advice for International Travel and Trade in Relation to the Outbreak of Pneumonia Caused by a New Coronavirus in China*. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/articles-detail/who-advice-for-international-travel-and-trade-in-relation-to-the-outbreak-of-pneumonia-caused-by-a-new-coronavirus-in-china>
- (2020e). *WHO Statement Regarding Cluster of Pneumonia Cases in Wuhan, China*. Disponible en: <https://www.who.int/hongkongchina/news/detail/09-01-2020-who-statement-regarding-cluster-of-pneumonia-cases-in-wuhan-china>
- (2021). *Prevalence of Hypertension among Adults Aged 30-79 Years*. Disponible en: <https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/prevalence-of-hypertension-among-adults-aged-30-79-years>
- (2022). *El exceso de mortalidad asociada a la pandemia de la COVID-19 fue de 14.9 millones de muertes en 2020 y 2021* (Noticias, Issue). Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/5-5-2022-exceso-mortalidad-asociada-pandemia-covid-19-fue-149-millones-muertes-2020-2021>
- (2023a). *Derechos humanos*. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>
- (2023b). *Enfermedad por coronavirus (COVID-19): afeción posterior a la COVID-19*. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/item/coronavirus-disease-(covid-19)-post-covid-19-condition#:~:text=%C2%

BFCu%C3%A1nto%20tiempo%20dura%20una%20afec-
ci%C3%B3n,de%20algunas%20semanas%20a%20meses.

————— (2023c). *Percentage of Total Population by Broad Age Group*. Disponible en: <https://population.un.org/dataportal/data/indicators/71/locations/904/start/1970/end/2020/table/pivotbylocation?df=0abdc2d8-5104-437f-bea0-d5c-d6a340744>

————— (2023d). *WHO chief declares end to COVID-19 as a global health emergency*. Disponible en: <https://news.un.org/en/story/2023/05/1136367>

————— (2024a). *Prevalence of Obesity among Adults, BMI \geq 30 (age-standardized estimate) (%)*. Disponible en: [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/prevalence-of-obesity-among-adults-bmi--30-\(age-standardized-estimate\)-\(-\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/prevalence-of-obesity-among-adults-bmi--30-(age-standardized-estimate)-(-))

————— (2024b). *Prevalence of Overweight among Adults, BMI \geq 25 (age-standardized estimate) (%)*. Disponible en: [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/prevalence-of-overweight-among-adults-bmi--25-\(age-standardized-estimate\)-\(-\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/prevalence-of-overweight-among-adults-bmi--25-(age-standardized-estimate)-(-))

Organización Panamericana de la Salud (2016). *Protección de la salud mental y atención psicosocial en situaciones de epidemias*. OPS, Washington, DC. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/proteccion-salud-mental-atencion-psicosocial-situaciones-epidemias>

————— (2018). *Indicadores de salud. Aspectos conceptuales y operativos*. OPS, Washington, DC. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49058/9789275320051_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y

- (2020a). *Distanciamiento social, vigilancia y sistemas de salud más fuertes son clave para controlar COVID-19*. OPS, Washington, Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/2-6-2020-distanciamiento-social-vigilancia-sistemas-salud-mas-fuertes-son-clave-para>
- (2020b). *Entender la infodemia y la desinformación en la lucha contra la COVID-19*. OPS, Washington. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52053>
- (2020c). *La COVID-19 afectó el funcionamiento de los servicios de salud para enfermedades no transmisibles en las Américas*. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/17-6-2020-covid-19-afecto-funcionamiento-servicios-salud-para-enfermedades-no>
- (2020d). *Manejo de cadáveres en el contexto de la enfermedad por el nuevo coronavirus del 2019 (COVID-19). Recomendaciones provisionales*, 7 de abril del 2020. OPS, Washington. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52000>
- (2020e). *Recomendaciones para la reorganización y ampliación progresiva de los servicios de salud para la respuesta a la pandemia de COVID-19*. Documento Técnico de Trabajo, 27 de marzo del 2020. OPS, Washington. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52214>
- (2021). *TRANSPORTE medidas prevención COVID-19 durante vacunación*. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/transporte-medidas-prevencion-covid-19-durante-vacunacion>

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (2020a). *Informality & Social Inclusion in the Times of COVID-19*, OECD-LAC Virtual Social Inclusion Ministerial Summit. Disponible en: <https://www.oecd.org/latin-america/events/>

lac-ministerial-on-social-inclusion/LAC-Ministerial-2020-Conclusions-and-Policy-Considerations.pdf

————— (2020b). *Latin American Economic Outlook 2020 Digital Transformation for Building Back Better*. Disponible en: https://www.oecd-ilibrary.org/development/latin-american-economic-outlook-2020_e6e864fb-

————— (2020c) *COVID-19 en América Latina y el Caribe: Panorama de las respuestas de los gobiernos a la crisis*. Disponible en: https://www.oecd.org/es/publications/covid-19-en-america-latina-y-el-caribe-panorama-de-las-respuestas-de-los-gobiernos-a-la-crisis_7d9f7a2b-es.html

Otter, J. A., C. Donskey, S. Yezli, S. Douthwaite, S. Goldenberg y D. Weber (2016). Transmission of SARS and MERS coronaviruses and influenza virus in healthcare settings: the possible role of dry surface contamination. *Journal of Hospital Infection*, 92(3), 235-250. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26597631/>

Padilha Giamatney, M. E., J. Tavares Frutuoso, M. L. dos Reis Bellaguarda e I. J. Luna Frutuoso (2021). Funeral rites in the COVID-19 pandemic and grief: possible reverberations. *Escola Anna Nery*, 26, e20210208. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/ean/a/zGDv9BZ6Lc44fxJFBBz8ktC/?format=pdf&lang=en>

Palacios, C., M. Magnus, A. Arrieta, H. Gallardo, R. Tapia y C. Espinal (2021). Obesity in Latin America, a scoping review of public health prevention strategies and an overview of their impact on obesity prevention. *Public Health Nutrition*, 24(15), 5142-5155. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33843569/>

Pan American Health Organization (2020). *The Impact of COVID-19 on Mental, Neurological and Substance Use Services in the Americas: Results of a Rapid Assessment, November 2020* [Technical reports]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52999>

————— (2020). *Infographic: Violence in the Americas. What must be done?* Disponible en: <https://www.paho.org/en/documents/infographic-violence-americas-what-must-be-done>

————— (2021). *Causas principales de mortalidad y pérdidas en salud de nivel regional, subregional y nacional en la Región de las Américas, 2000-2019*. Disponible en: <https://www.paho.org/es/enlace/causas-principales-mortalidad-discapacidad#:~:text=En%20toda%20la%20regi%C3%B3n%20en,total%20de%20ambos%20sexos%20combinados>.

Pinzón, J. E. D. (2021). Estudio de la vacunación contra el COVID-19 afectó el funcionamiento de los servicios de salud para enfermedades no transmisibles en las Américas. *Repertorio de Medicina y Cirugía*, 30 (1). Disponible en: <https://revistas.fucsalud.edu.co/index.php/repertorio/article/view/1213>

Pizuorno, A. y N. A. Fierro (2021). Latin America and chronic diseases: a perfect storm during the COVID 19 pandemic. *Annals of Hepatology*, 22, 100332. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7899031/>

Programa de Asistencia de Emergencia al Trabajo y la Producción (2020). Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/decreto-332-2020-336003#:~:text=Resumen%3A,AFECTADOS%20POR%20LA%20EMERGENCIA%20SANITARIA>.

- Presidencia de la Nación Argentina (2024). *La evaluación en los tiempos de coronavirus: Una guía para la evaluación de las políticas públicas en situaciones de aislamiento social*. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/la_evaluacion_en_los_tiempos_del_coronavirus.pdf
- Programa Nuestros Mayores Derechos en El Salvador (2015). *Atacando la vulnerabilidad en los adultos mayores*. Disponible en: <https://publications.iadb.org/es/publicacion/17035/atacando-la-vulnerabilidad-en-los-adultos-mayores-evaluacion-de-impacto-de-la>
- Proposición con punto de acuerdo mediante la cual se exhorta a la Secretaría de Salud a implementar un plan integral de atención post COVID-19 (2021). Disponible en: https://infosen.senado.gob.mx/sgsp/gaceta/64/3/2021-04-29-1/assets/documentos/PA_MC_Sen_Alejandra_Lopez_plan_integral_Post_Covid.pdf
- Rahman, H. S., M. S. Aziz, R. H. Hussein, H. H. Othman, S. H. S. Omer, E. S. Khalid, N. A. Abdulrahman, K. Amin y R. Abdullah (2020). The transmission modes and sources of COVID-19: A systematic review. *International Journal of Surgery Open*, 26, 125-136. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7484735/>
- Régimen de licencias médicas y subsidios por incapacidad laboral, SIL (2022). Disponible en: <https://www.suseso.cl/606/w3-article-19931.html>
- Rivera-Lozada, O., I. C. Rivera-Lozada y C. A. Bonilla-Asalde (2023). Access to health services and its influence on adherence to treatment of arterial hypertension during the COVID-19 pandemic in a Hospital in Callao, Peru: A cross-sectional

study. *F1000Research*, 12, 1215. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38666264/>

Rodríguez Buergo, D. F., H. M. Delgado Acosta, D. R. Rodríguez Delgado, M. Acosta Fonseca y L. García Ríos (2023). *Reconversión hospitalaria. Lecciones aprendidas en el enfrentamiento con la COVID-19 en el Hospital Pediátrico de Cienfuegos*. Disponible en: <https://apscfg>.

Romero, J., C. Agnetti, A. Coral y A. Medrano (2020). Retos en la cadena de suministro de alimentos asociados a la pandemia de COVID-. *Heladería Panadería Latinoamericana*, 269, 20-28. Disponible en: https://biblioteca.colanta.com.co/pmb/opac_css/doc_num.php?explnum_id=1466

Roniger, L. y L. Senkman (2023). Vulnerability and conspiracy theories: Latin America in the time of COVID-19. *Covid Conspiracy Theories in Global Perspective* (pp. 353-365). Routledge, Oxfordshire. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/365947284_Covid_Conspiracy_Theories_-_Latin_America

Rosales Vacca, K. M., O. I. Cruz Barrientos, S. Girón López, S. Noriega, A. More Arias, S. M. Menezes Guariente y R. Zazula (2022). Mental health of healthcare workers of Latin American countries: a review of studies published during the first year of COVID-19 pandemic. *Psychiatry Research*, 311, 114501. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35320759/>

Ruiz, M. Á. V., C. O. B. Gastelum, A. Stuhldreher, A. Davyt, A. J. H. Briceño, J. de V. M. Durán, S. Z. de Hurtado, R. G. Menezes, R. A. Mello y J. D. R. Díaz (2021). *Impactos de la COVID-19 en el sistema internacional y en la integración regional*. Fondo Editorial Universidad Cooperativa de Colombia. Dis-

ponible parcialmente en: <https://ediciones.ucc.edu.co/index.php/ucc/catalog/book/280>

Salazar, B. H. y L. A. G. Biu (2021). Impacto de la pandemia COVID-19 en la salud mental de la población general. *Revista Ciencia y Salud*, 5(5), 45-56. Disponible en: <https://revistacienciaysalud.ac.cr/ojs/index.php/cienciaysalud/article/view/332>

Sánchez-Duque, J. A., L. R. Arce-Villalobos y A. J. Rodríguez-Morales (2020). Coronavirus disease 2019 (COVID-19) in Latin America: Role of primary care in preparedness and response. *Atención Primaria*, 52(6), 369-372. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32386927/>

Sánchez Talanquer y J. Sepúlveda, coords. (2024). *Informe de la Comisión Independiente de Investigación sobre la Pandemia de COVID-19 en México*. Disponible en: <https://www.comecsa.com/publicaciones/informe-sobre-la-pandemia-de-covid-19-en-mexico>

Santarsiero, A., M. Giustini, F. Quadrini, D. D'Alessandro y G. Fara (2021). Effectiveness of face masks for the population. *Annali di Igiene, Medicina Preventiva e di Comunità*, 33(4). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33258868/>

Schnirring, S. (2020). *China releases genetic data on new coronavirus, now deadly* (News Editor, Issue). Disponible en: <https://www.cidrap.umn.edu/covid-19/china-releases-genetic-data-new-coronavirus-now-deadly>

Secretaría de Salud (2020). *Salud en tu casa*. Disponible en: <https://www.salud.cdmx.gob.mx/servicios/servicio/salud-en-tu-casa#:~:text=Salud%20en%20tu%20Casa%20es,de%20la%20Ciudad%20de%20M%C3%A9xico.>

- (2020a, 26 de abril de 2024). 077. *Se confirma en México caso importado de coronavirus COVID-19*. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/prensa/077-se-confirma-en-mexico-caso-importado-de-coronavirus-covid-19>
- Secretaría General de Comunicación de la Presidencia (2020). *Se registra el primer caso de coronavirus en Ecuador*. Disponible en: <https://www.comunicacion.gob.ec/se-registra-el-primer-caso-de-coronavirus-en-ecuador/#:~:text=Ése%20fue%20el%20anuncio%20que,el%20pasado%2014%20de%20febrero.>
- Serviços e Informações do Brasil (2021). *Meu INSS – Serviços Digitais*. Disponible en: <https://www.gov.br/pt-br/temas/meu-inss>
- Shahid, Z., R. Kalayanamitra, B. McClafferty, D. Kepko, D. Ramgobin, R. Patel, C. S. Aggarwal, R. Vunnam, N. Sahu y D. Bhatt (2020). COVID-19 and older adults: what we know. *Journal of the American Geriatrics Society*, 68(5), 926-929. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32255507/>
- Shang, W., Y. Wang, J. Yuan, Z. Guo, J. Liu y M. Liu (2022). Global excess mortality during COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Vaccines*, 10(10), 1702. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2076-393X/10/10/1702>
- Shao, Q. (2024). Why does the Covax Facility fail to bridge the «immunization gap»? *Journal of Public Health Policy*, 1-11. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38243069/>
- Sindico, F., G. Sajeve, N. Sharman, P. Berlouis y J. Ellsmoor (2020). *Islands and COVID-19: A Global Survey*. Disponible en: <https://pureportal.strath.ac.uk/en/publications/islands-and-covid-19-a-global-survey>

- Subsidio por sepelio (2020). Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/justicia/derechofacil/leysimple/subsidio-por-sepelio#titulo-2>
- Stephenson, J. (2021). Unequal access to COVID-19 vaccines leaves less-wealthy countries more vulnerable, poses threat to global immunity. *JAMA Health Forum*. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jama-health-forum/fullarticle/2777924>
- Strcic, J., A. Civljak, T. Gloznic, R. L. Pacheco, T. Brkovic y L. Puljak (2022). Open data and data sharing in articles about COVID-19 published in preprint servers medRxiv and bioRxiv. *Scientometrics*, 127(5), 2791-2802. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35370324/>
- Suárez, D., E. Pascual y J. Soravilla (2024). Covid persistente y discapacidad. *Medicina de Familia. SEMERGEN*, 50(2), 102189. Disponible (con inscripción) en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1138359323002691>
- Tabish, S. A. (2007). Is diabetes becoming the biggest epidemic of the twenty-first century? *Int J Health Sci (Qassim)*, 1(2), v-viii. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21475425>
- Taquet, M., J. R. Geddes, M. Husain, S. Luciano y P. J. Harrison (2021). 6-month neurological and psychiatric outcomes in 236,379 survivors of COVID-19: a retrospective cohort study using electronic health records. *The Lancet Psychiatry*, 8(5), 416-427. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8023694/>
- Tausch, A., R. Oliveira, C. M. Viciano, C. Cayetano, J. Barbosa y A. J. Hennis (2022). Strengthening mental health responses

to COVID-19 in the Americas: A health policy analysis and recommendations. *The Lancet Regional Health–Americas*, 5. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35098200/>

The Covax Facility. (2020). *Global Procurement for COVID-19 Vaccines*. Disponible en: <https://www.who.int/publications/m/item/the-covax-facility>

The Economic Commission for Latin America (2021). *Mortalidad por COVID-19 y las desigualdades por nivel socioeconómico y por territorio* (Enfoques, Issue). Disponible en: <https://www.cepal.org/es/enfoques/mortalidad-covid-19-desigualdades-nivel-socioeconomico-territorio>

The United Nations International Children's Emergency Fund (2020). *The Impact of COVID-19 on the Mental Health of Adolescents and Youth*. Disponible en: <https://www.unicef.org/lac/en/impact-covid-19-mental-health-adolescents-and-youth>

Triggle, C. R., D. Bansal, H. Ding, M. M. Islam, E. A. B. A Farag, H. A. Hadi y A. A. Sultan (2021). A comprehensive review of viral characteristics, transmission, pathophysiology, immune response, and management of SARS-CoV-2 and COVID-19 as a basis for controlling the pandemic. *Frontiers in Immunology*, 12, 631139. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33717166/>

Tsao, S.-F., H. Chen, T. Tisseverasinghe, Y. Yang, L. Li y Z. A. Butt (2021). What social media told us in the time of COVID-19: a scoping review. *The Lancet Digital Health*, 3(3), e175-e194. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33518503/>

Turra, C. M. y F. Fernandes (2021). *La transición demográfica: oportunidades y desafíos en la senda hacia el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible en América Latina y el Caribe*. Santiago de Chile, Cepal. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/>

publicaciones/46805-la-transicion-demografica-oportunidades-desafios-la-senda-logro-objetivos

- U.S. Centers for Disease Control and Prevention (2024). *Living with Long COVID*. Disponible en: https://www.cdc.gov/covid/long-term-effects/living-with-long-covid.html?CDC_AA-ref_Val=https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/long-term-effects/care-post-covid.html
- Unidad Administrativa Especial de Servicios Públicos (2024). *Acciones frente a la pandemia*. Disponible en: <https://www.uaesp.gov.co/content/acciones-frente-la-pandemia#:~:text=El%20subsidio%20es%20el%20apoyo,de%20vulnerabilidad%2C%20que%20no%20cuentan>
- Velásquez Montenegro, Á., M. Dávila Uriarte y M. J. Valladares-Garrido (2022). Factores asociados a la no adherencia al tratamiento antihipertensivo en un hospital del Seguro Social de Salud de Chiclayo durante el estado de emergencia sanitaria por COVID-19. *Revista del Cuerpo Médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo*, 15(1), 11-18. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2227-47312022000100002
- Velásquez Pinto, M. D. (2021). *La protección ante el desempleo: medidas aplicadas durante la crisis del COVID-19*. Santiago de Chile, Cepal. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/47658-la-proteccion-desempleo-medidas-aplicadas-durante-la-crisis-covid-19>
- Viswanathan, M., L. Kahwati, B. Jahn, K. Giger, A. I. Dobrescu, C. Hill, I. Klerings, J. Meixner, E. Persad, B. Teufer y G. Gartlehner (2020). Universal screening for SARS-CoV-2 infection: a rapid review. *Cochrane Database Syst Rev*, 9(9), CD013718. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013718>

- Walsh, K. A., S. Spillane, L. Comber, K. Cardwell, P. Harrington, J. Connell, C. Teljeur, N. Broderick, C. F. de Gascun, S. M., Smith, M. Ryan y O'Neill (2020). The duration of infectiousness of individuals infected with SARS-CoV-2. *J Infect*, 81(6), 847-856. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jinf.2020.10.009>
- Wan, Y., J. Shang, R. Graham, R. S. Baric y F. Li (2020). Receptor recognition by the novel coronavirus from Wuhan: an analysis based on decade-long structural studies of SARS coronavirus. *Journal of Virology*, 94(7), 10.1128/jvi.00127-00120. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31996437/>
- Wang, H., K. R. Paulson, S. A. Pease, S. Watson, H. Comfort, P. Zheng, A. Y. Aravkin, C. Bisignano, R. M. Barber y T. Alam (2022). Estimating excess mortality due to the COVID-19 pandemic: a systematic analysis of COVID-19-related mortality, 2020–21. *The Lancet*, 399(10334), 1513-1536. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35279232/>
- World Bank (2021). *World Development Indicators*. Disponible en: <https://wdi.worldbank.org/table/2.17>
- World Economic Forum (2020). *Accurate Science Communication is Key in the Fight against COVID-19* (Health and Healthcare systems, Issue). Disponible en: <https://www.weforum.org/agenda/2020/03/science-communication-covid-coronavirus/>
- Wu, Z. y J. M. McGoogan (2020). Characteristics of and important lessons from the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in China: summary of a report of 72,314 cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention. *Jama*, 323(13), 1239-1242. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32091533/>

- Xiang, Y.-T., Y. Yang, W. Li, L. Zhang, Q. Zhang, T. Cheung y C. H. Ng (2020). Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *The Lancet Psychiatry*, 7(3), 228-229. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32032543/>
- Xiao, C. (2020). A novel approach of consultation on 2019 novel coronavirus (COVID-19)-related psychological and mental problems: structured letter therapy. *Psychiatry Investigation*, 17(2), 175. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32093461/>
- Yu, I. T., Y. Li, T. W. Wong, W. Tam, A. T. Chan, J. H. Lee, D. Y. Leung y T. Ho (2004). Evidence of airborne transmission of the severe acute respiratory syndrome virus. *New England Journal of Medicine*, 350(17), 1731-1739. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15102999/>

Sobre los autores

Luz Angela Cardona Acuña es doctora en Investigación en Ciencias Sociales con mención en Sociología y maestra en Población y Desarrollo por la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) de México. Es especialista en Métodos de Análisis Demográfico por la Universidad Externado de Colombia y psicóloga por la Pontificia Universidad Javeriana de Colombia. Durante el período de noviembre de 2019 a agosto de 2020, fue investigadora visitante en el Center for Cultural Sociology de la Universidad de Yale. Actualmente se desempeña como coordinadora de especialistas de las CASS en la CISS. Anteriormente, ha trabajado en la Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México y en el Programa Presidencial de Derechos Humanos y Derecho Internacional Humanitario en Colombia. Su experiencia incluye consultorías para la Unión Europea, el Instituto Interamericano de Derechos Humanos, la Agencia de Cooperación CIVIS y el Institute for Economics and Peace. Ha sido docente en programas de posgrado en la Universidad Autónoma de Guerrero, la Universidad Autónoma de Coahuila, el Centro de Investigaciones y Estudios de Género de la Universidad Nacional Autónoma de México, la Escuela Federal de Formación Judicial de México y FLACSO-México. Es miembro del Sistema Nacional de Investigadores e Investigadoras de México nivel 1.

Abel Eduardo Zavala Del Ángel es químico farmacéutico biólogo, maestro en Salud Pública y doctor en Ciencias de la Salud, títulos obtenidos en la Universidad Veracruzana. También ha realizado cursos de metodología de la investigación en la Universidad de Caldas (Colombia). El doctor Zavala tiene experiencia en el análisis epidemiológico, clínico y biomédico de enfermedades crónicas e infecciosas, lo que le ha permitido publicar investigaciones originales en revistas indexadas. Además, ha desempeñado funciones como revisor para revistas científicas, director de proyectos de investigación de pregrado y posgrado, ponente en congresos nacionales e internacionales y miembro de comités de bioseguridad para ensayos clínicos. En su trayectoria profesional, también ha sido docente en áreas de salud pública y bioestadística a nivel de pregrado. Actualmente, ejerce como especialista en la Comisión Americana de Salud y Bienestar (CASAB) de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS).

**Este libro se terminó de imprimir en noviembre
de 2024 en los talleres de Grupo Fogra.**

**Se imprimieron 278 ejemplares, más sobrantes
para reposición.**

**La edición fue cuidada por
Luz Angela Cardona Acuña y
Abel Eduardo Zabala del Ángel.**

**El diseño de esta obra se basa en el trabajo
gráfico de interiores y de diagramación
de la colección lanzada en 2009,
elaborado por Miriam Gómez.**

El diseño de las cubiertas es de Brenda Serrano.

