

# Respuesta de la seguridad social a la pandemia por COVID-19

José Noé Rizo Amézquita



**CISS**  
CONFERENCIA INTERAMERICANA  
DE SEGURIDAD SOCIAL

# Respuesta de la seguridad social a la pandemia por COVID-19





**CISS**  
CONFERENCIA INTERAMERICANA  
DE SEGURIDAD SOCIAL

Presidencia

**Zoé Robledo Aburto**

Secretaría general

**Pedro Kumamoto Aguilar**

Jefatura de gabinete

**Jesús Emmanuel Ramírez Casillas**

Dirección ejecutiva de proyectos e investigación, DEPI

**Jessica Rubí Rodríguez Balderas**

Investigación y desarrollo

**José Noé Rizo Amézquita**

Subdirección editorial

**Valeria Cervantes García**

Edición y corrección de estilo

**Gerardo Miguel Aquino Clemente**

Diseño y formación

**Equipo editorial, CISS**

*Respuesta de la seguridad social a la pandemia por COVID-19*

**Primera edición, 2025**

ISBN versión digital: 978-607-8787-85-2

© Todos los derechos reservados

Editado por la **Conferencia Interamericana de Seguridad Social**.

San Ramón s/n, col. San Jerónimo Lídice, Magdalena Contreras,

C. P. 10100, Ciudad de México. Tel. 55 5377 4700

<https://ciss-bienestar.org>

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

# Respuesta de la seguridad social a la pandemia por COVID-19

---

**José Noé Rizo Amézquita**





## **SOBRE LA PERSONA AUTORA**

### **José Noé Rizo Amézquita**

Es maestro en Administración de Hospitales y Servicios de Salud por la Universidad Cuauhtémoc y maestro en Salud Pública con área de concentración en Epidemiología por el Instituto Nacional de Salud Pública. Es, además, egresado del Programa en Epidemiología para Gestores de Salud de la Bloomberg School of Public Health de la Universidad Johns Hopkins y del Programa de Liderazgo en Enfermedades Cardiometabólicas de la Universidad de Copenhague —escuela de salud global en Dinamarca—.

Actualmente, es investigador en ciencias médicas en la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS), profesor de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México y director de la sección técnica de Determinantes Sociales de la Salud de la Sociedad Mexicana de Salud Pública.

Ha tenido distintos cargos en dependencias del Estado mexicano, como en la Secretaría de Salud, en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico y en la Dirección General de Calidad y Educación en Salud. También ha sido coordinador técnico del Centro Colaborador en materia de Calidad de la Atención Médica y Seguridad del Paciente de la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud.

**[jose.rizo@ciss-bienestar.org](mailto:jose.rizo@ciss-bienestar.org)**

**[nrizo@facmed.unam.mx](mailto:nrizo@facmed.unam.mx)**

## **Agradecimientos especiales**

Agradecimientos al Mtro. Alvaro Velarca Hernández y a la Mtra. Vanessa Stoehr Linowski, de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social, y al Dr. Ángel Guillermo Ruiz Moreno, de la Universidad de Guadalajara, por su valiosa retroalimentación y comentarios.

# ÍNDICE

<b>Introducción</b>	<b>9</b>
<b>1. Seguridad social vs. crisis por COVID-19</b>	<b>15</b>
<b>2. Expansión de los sistemas de seguridad social</b>	<b>23</b>
Ampliar la cobertura	23
Atención a la salud	28
Protección al empleo	33
Subsidios salariales	34
<b>3. ¿Cómo impactó la pandemia a la seguridad social?</b>	<b>37</b>
<b>4. Respuesta de la seguridad social</b>	<b>49</b>
<b>5. Mortalidad en tiempos de COVID-19</b>	<b>55</b>
Mortalidad de la COVID-19: Determinantes sociales, desigualdades e inequidades regionales	58
<b>6. Discusión comparando otras regiones (Europa del Norte,     África subsahariana, Europa del Este, E. U. A., Canadá, China)</b>	<b>63</b>
<b>7. Conclusiones</b>	<b>71</b>
<b>Referencias</b>	<b>75</b>
<b>Anexo 1. Acciones realizadas por los países e instituciones de seguridad social para enfrentar la pandemia por COVID-19</b>	<b>91</b>



# INTRODUCCIÓN

A partir del reporte de los primeros casos de COVID-19 importados a América en el 2020, todos los países de este continente padecieron un retroceso de una década o más en términos de desarrollo humano, lucha contra la pobreza y reducción de la desigualdad social (Sánchez & Martínez, 2022). Para mitigar los graves problemas de salud pública, además de los desafíos sociales y económicos a los que tenían que hacer frente debido a la pandemia que causó esta enfermedad, los gobiernos de América Latina y el Caribe recurrieron de una manera sin precedente a la seguridad social.

La presente obra tiene como objetivo recopilar las respuestas de los países de América Latina y el Caribe (ALC) frente a la crisis social, sanitaria y económica que desencadenó la pandemia por COVID-19. Pretende, asimismo, abordar el tema de la garantía de protección de los derechos sociales antes, durante y después de la contingencia, además de exponer los resultados de los países que implementaron programas de intervención (por ejemplo, transferencias) o, en su caso, ampliaron los ya establecidos en sus regímenes de seguridad social en comparación con los de aquellos que optaron por la austeridad o no lograron instrumentar acciones de contención de daños, es decir, que se limitaron a mantener los programas previamente establecidos o que inclusive tuvieron que eliminar algunos esquemas sociales para atender las necesidades en materia de salud que presentó la población; así como una breve revisión de la mortalidad por COVID-19.

Contar con un comparativo de estas acciones y de los resultados nos permite identificar cómo el fenómeno de la pandemia por este virus llevó a los países

y/o a las instituciones de seguridad social a buscar alternativas para expandir los servicios y garantizar el derecho humano a esta.

La revisión actual ha dejado de manifiesto la importancia de las instituciones de atención médica en el ejercicio del derecho a la salud, que no sólo es uno de los pilares de la seguridad social, sino también uno de los principales derechos humanos. La crisis que ocasionó la pandemia por COVID-19 puso también en evidencia la necesidad de evolucionar los sistemas de resguardo social para mejorar la protección de la población. Muchas de las medidas implementadas, tanto en las políticas sociales como en los aspectos operativos, podrían aportar para que se logre el ejercicio de la mayoría de los derechos contemplados en las nueve ramas de la seguridad social, detalladas en el Convenio 102 de la Organización Internacional del Trabajo (International Labour Organization, 2023a).

Hemos integrado este análisis considerando las reformas estructurales que plantearon las políticas adoptadas en el contexto de la emergencia sanitaria y tomando en cuenta cómo estas pueden dar forma a la trayectoria de recuperación de un país y su población al determinar qué pérdidas se compensan y cuáles no, para lo cual hicimos una revisión comparativa de algunos países de ALC, Asia, África y Europa del Este.

En el primer capítulo enfatizamos la respuesta que brindó la seguridad social de los diferentes países de ALC para enfrentar la crisis que originó la pandemia de COVID-19. Si bien muchos gobiernos siguieron el ejemplo de algunas potencias europeas y expandieron sus programas sociales para proteger al menos a la población más vulnerable, se encontraron excepciones a estas medidas en algunos países, como en los que optaron por un camino de acción mínima o bien en aquellos cuyos programas de transferencias monetarias se vieron limitados.

En el segundo capítulo realizamos un análisis de las respuestas de algunos países a la pandemia por COVID-19, como Brasil y México, que ilustran posturas contrapuestas. Mientras que en el primero se desarrollaron acciones para expandir la cobertura de los programas de protección social, especialmente hablando de esquemas de transferencias monetarias para las personas en situación de vulnerabilidad, y se establecieron seguros de desempleo, en el segundo se adoptaron medidas de austeridad, que mantuvieron los programas de seguridad social que ya existían antes del contexto de una de las crisis más severas del país.

También se ha incluido una revisión del ensanchamiento de estos sistemas de protección, enfocada principalmente en los resultados que obtuvieron y en las estrategias que adoptaron aquellos países fuera del continente americano cuyos puntajes fueron mejores. Además, se pudo observar detalladamente en qué consistían los programas de transferencias monetarias, la desagregación de la cobertura que se tenía prevista y el efecto en las familias que se beneficiaron de estas medidas.

Un ejemplo claro son las acciones que implementaron países como Costa Rica, Guatemala y El Salvador, en cuya diversidad de políticas sociales, semejante a la del resto de los países de ALC, se reflejó desde un estado de bienestar robusto (por ejemplo, Costa Rica) hasta uno de los más excluyentes (Guatemala), pasando por uno que dio pasos importantes para transformar su estado social mediante una mayor inversión en este rubro y con el fortalecimiento de la institucionalidad pública, como es el caso de El Salvador.

En el tercer apartado abordamos cómo se expandió la seguridad social para enfrentar las necesidades de los países de ALC, considerando, por ejemplo, que algunas de las medidas para proteger a los hogares presentaron diferencias con las respuestas a la crisis por la pandemia de COVID-19. Las principales

disparidades se refieren a la evolución del mercado laboral y a la vivienda. Para contrarrestar este último aspecto, algunos gobiernos intentaron evitar los “impagos”, o el endeudamiento por las hipotecas, y los desahucios con acciones que favorecían el aplazamiento del pago a los titulares de las hipotecas, pero no a los inquilinos, lo cual se extendió a escala internacional.

En el cuarto capítulo se analiza la respuesta del sistema de protección social haciendo una aproximación a la desagregación de las transferencias monetarias en ALC antes, durante y después de la pandemia por COVID-19. En esta parte se expone cómo respondió cada uno de los países que documentó una política o programa de transferencias monetarias a favor de la población.

En la quinta sección revisaremos cómo esta pandemia se convirtió en un evento transformador de la historia moderna, analizando las tasas de contagio y mortalidad de la COVID-19 en diferentes países y explorando las causas detrás de las variaciones observadas, así como los factores determinantes que influyeron en estos indicadores. Además, examinaremos cómo las políticas de mitigación, la infraestructura sanitaria y las características demográficas impactaron en los resultados de la pandemia.

Finalmente, en el capítulo sexto se ha incorporado una discusión sobre las respuestas, por regiones, de algunos países de América del Norte ante la contingencia, como Estados Unidos de América y Canadá. Por ejemplo, el primero expandió el acceso al seguro de desempleo y brindó ayuda financiera a familias con descendencia, mientras que el segundo otorgó un subsidio de emergencia a personas trabajadoras y a familias e implementó un programa de apoyo a empresas. Por otra parte, en Asia, China amplió la cobertura del seguro médico y ofreció asistencia financiera a empresas y a trabajadoras y trabajadores, en tanto que en Europa del Norte países como Dinamarca y Suecia instrumentaron distintos programas de apoyo a empresas y a personas

trabajadoras, con énfasis en la protección del empleo. En el caso de Europa del Este, Bulgaria y Rumanía ofrecieron transferencias a familias con prole, con impacto positivo en la pobreza infantil. Finalmente, en la África subsahariana, Kenia y Ghana, a través de dispositivos móviles, lograron implementar programas de transferencias monetarias, con impacto positivo en la seguridad alimentaria.

Cerramos esta obra con las conclusiones, en las que destaca cómo los sistemas de seguridad social jugaron un papel fundamental en la protección de la misma ante la pandemia por COVID-19, durante la cual cada país respondió según sus propias posibilidades. Sin lugar a dudas, este fenómeno sanitario dejó en evidencia la urgente necesidad de apuntalar los establecimientos de atención médica, pero, sobre todo, de fortalecer los sistemas de asistencia a la sociedad para hacerlos más resilientes ante futuras crisis, así como lo indispensable de buscar la sostenibilidad a largo plazo, especialmente en países con recursos limitados, y de ampliar la cobertura de protección social para incluir a todos los sectores de la población, en especial a los grupos en situación de vulnerabilidad.





# 1. SEGURIDAD SOCIAL VS. CRISIS POR COVID-19

Tras la emergencia sanitaria por COVID-19, América Latina y el Caribe (ALC) enfrentó una de las crisis económicas y sociales más difíciles del siglo XXI. Esta pandemia generó pobreza en sectores de la población que pertenecían a la clase media; por ejemplo, la tasa de pobreza y la tasa de pobreza extrema aumentaron al 31.9% y al 19.1% respectivamente y el coeficiente de desigualdad de ingresos de Gini creció casi un 2% (Stampini, Ibararán, Rivas & Robales, 2021). Cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró el inicio de la pandemia, los países de ALC comenzaron a implementar bloqueos, restricciones de movilidad y cuarentenas obligatorias, lo que implicó un aumento en los índices de desempleo y una disminución del producto interno bruto (PIB), que se redujo a un 7.3% en promedio en la región (Stampini, Ibararán, Rivas & Robales, 2021). Sin embargo, la mayoría de los países de ALC ampliaron sus programas de transferencias monetarias para compensar el desabasto financiero que tenían los hogares y permitir que más personas tuvieran acceso a servicios básicos sin la necesidad de salir de sus hogares y exponerse.

En este contexto, la pandemia por COVID-19 sigue teniendo un impacto significativo en el desarrollo económico de estos países y los sistemas de seguridad social de la región han desempeñado un papel crucial en la contención de los efectos y la crisis que aquella desencadenó. No obstante, es importante señalar que las respuestas específicas y las medidas de protección social no fueron las mismas entre las distintas naciones y esto pudo ser debido a las diferencias y las características de cada una de ellas, por ejemplo, a las capacidades

económicas, a las estructuras de gobierno, a las variaciones en los sistemas de seguridad social, a las cargas de enfermedades, entre otras.

La inquietud y la desigualdad social fueron solo algunos de los puntos de quiebre para los países de ALC. La crisis a causa de la pandemia por COVID-19 exacerbó las coyunturas sociales y económicas preexistentes, lo que provocó un aumento del malestar social e incluso de las protestas de la población en algunas naciones (Agustí, 2020). El impacto económico de la pandemia y las dificultades para acceder a las medidas de seguridad social, además de profundizar las desigualdades, pusieron de relieve la necesidad de contar con sistemas de protección social integrales e inclusivos.

La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Cepal) prevé que las múltiples crisis resultantes de la pandemia tendrán un impacto crucial en los niveles de desigualdad, aspecto en el que Ecuador será el país que experimentará el aumento más significativo de todos (por encima de los tres puntos porcentuales), en comparación con otros Estados como Argentina, Brasil, México y Uruguay (Cepal, 2020). El efecto será "una gran regresión", que afectará de manera desproporcionada a la población en situación de pobreza y pobreza extrema. Adicionalmente, la erosión de los derechos sociales y económicos también ha afectado a las personas pertenecientes a familias de bajos y medianos ingresos, ya que muchas de ellas recurrieron a emplearse en trabajos informales o en los que no se les otorgaba protección social. Esta población ha quedado totalmente desprotegida ante cualquier crisis que sea similar a la que vivimos durante la pandemia por COVID-19, en la que se requirió atención por temas de salud, de invalidez o cesantía (Palacio, 2021).

Fue así como la respuesta de los sistemas de protección social de los países de ALC, orientada a apoyar a la población, resaltó que este derecho tiene un impacto significativo en distintas esferas. Es decir, la seguridad social considera

distintas medidas, que establece el gobierno, para proporcionar asistencia y apoyo a las personas y familias necesitadas, especialmente en situaciones y tiempos en los que se presentan dificultades económicas vinculadas al desempleo, la discapacidad o la vejez.

Sin embargo, es importante señalar que la respuesta de estos sistemas puede variar entre los distintos países y regiones, ya que presentan una gran diversidad en cuanto a su cobertura, financiamiento, organización e institucionalidad. Esto puede ser producto de una compleja interacción de factores históricos, estructurales y políticos que se suman a la amplitud, accesibilidad y calidad de los programas que cada uno ofrece (Cepal, 2009). Otros elementos que influyen son la infraestructura sanitaria, la educación y los determinantes sociales de la salud, que también desempeñan un papel crucial en la configuración de los resultados sanitarios (De La Guardia Gutiérrez & Ruvalcaba, 2020).

La interacción entre la seguridad social y la crisis provocada por la pandemia trajo consigo la necesidad de incorporar programas de apoyo a los ingresos y de contención de la pobreza, ya fuera mediante la implementación de transferencias de efectivo o la ampliación de los programas de asistencia social ya existentes, con el objetivo de complementar el ingreso de los individuos y las familias afectados por esta epidemia mundial, aliviar la pobreza y reducir las dificultades económicas a las que se enfrentaban. Sin embargo, como ya se mencionó, la cobertura y la adecuación de estas medidas variaron de un país a otro. Además, cubrir a las personas trabajadoras informales y a las poblaciones marginadas fue un gran reto en algunos casos (Bango & Salvador, 2020).

Volviendo al contexto de la limitada cobertura y a la implementación de programas de transferencia de efectivo que hicieron los sistemas de protección social de los países de ALC para proteger a los grupos vulnerables, se observa que, en la región Andina, Perú estableció el programa Bono Familiar

Universal, que tuvo una cobertura del 78% de su población total. Por su parte, en la región del Cono Sur, Argentina instrumentó el programa Ingreso Familiar de Emergencia, con el que alcanzó a cubrir al menos al 59% de su población entera. En Centroamérica, El Salvador alcanzó casi al 83% de su población al aplicar el programa Bono de Compensación 300. Finalmente, para la región de México y el Caribe latino y la de Haití y República Dominicana la cobertura fue del 57% y del 52%, respectivamente, con sus programas de emergencia (Palomo et al., 2022).

En el caso de México, la respuesta fue mantener sus programas de transferencias monetarias e implementar planes inmediatos de expansión de la capacidad y de reconversión hospitalarias para garantizar la atención oportuna de los casos de COVID-19 que necesitaran hospitalización (Secretaría de Gobernación, 2020). Brasil, por su parte, estableció programas sociales en los que otorgaba transferencias en efectivo a la población más afectada por la crisis. Además, a las pequeñas y medianas empresas les concedió créditos para que continuaran pagando los salarios a sus trabajadoras y trabajadores o, en su defecto, para que pudieran ofrecerles un "despido temporal", con la finalidad de que la gente pudiera recuperar su empleo cuando pasara la crisis (Velásquez, 2021).

En retrospectiva, Brasil y México son ejemplo del efecto que tuvo la pandemia por COVID-19 sobre la desigualdad y la pobreza, así como de la importancia de tomar las iniciativas correctas para mitigarlas. La expansión de las transferencias de efectivo en Brasil proporcionó seguridad financiera a la población, lo que disminuyó los peores efectos de la crisis, al menos temporalmente (Lustig & Mariscal, 2021).

Otro efecto de la seguridad social en ALC frente a la COVID-19 fue la protección del empleo y de los derechos laborales. Algunos países de la región

aplicaron medidas para proteger los derechos de los trabajadores y evitar despidos masivos. Esto incluyó iniciativas como subsidios salariales, programas de conservación del empleo y planes de protección temporal del empleo. Sin embargo, el sector informal, que constituye una parte significativa de la mano de obra en la región, se enfrentó a dificultades particulares para acceder a estas medidas.

Así como el de Brasil, el gobierno de Uruguay se adhirió a la división estructural de la arquitectura de la asistencia social al proteger a las personas trabajadoras formales otorgándoles un seguro de desempleo y al apoyar a las familias que no estaban cubiertas por algún sistema de protección social proporcionándoles dinero en efectivo (Amarante & Scalese, 2022). Sin embargo, esta ayuda no se distribuyó de una forma equitativa a toda la población, por lo que hubo una parte de la misma que no recibió ninguna de estas políticas (Rossel & Gutierrez, 2021). Esto puso en evidencia el riesgo que significaba tener trabajadoras y trabajadores no registrados en el seguro social y que además no pertenecieran a un grupo vulnerable de la población, pues estas personas se vieron gravemente afectadas ante una crisis de esta naturaleza y el Estado no tuvo cómo llegar a ellas de manera rápida y sistemática. De forma adicional, esta población típicamente no tiene acceso a créditos ni a protección social básica, es decir, a los servicios de salud, al seguro por invalidez o enfermedad ni, mucho menos, al seguro por desempleo (Cepal, 2022).

Además, el desarrollo de los seguros por desempleo o cesantía es relativamente bajo, ya que solo siete países de la región tienen un programa de seguro de desempleo o un instrumento similar: Argentina, Bahamas, Barbados, Brasil, Chile, Uruguay y Venezuela. Colombia cuenta con un mecanismo de ahorro voluntario de la persona trabajadora y en Perú existe la Compensación por Tiempo de Servicio (Amarante, 2022).

Otro de los países que tuvo una respuesta favorable ante esta crisis fue Chile. En abril de 2020 implementó medidas para intentar preservar el vínculo laboral entre las personas trabajadoras formales y las y los empleadores promulgando la Ley 21.227, conocida también como Ley de Protección del Empleo. Esta ley le otorgó acceso a los beneficios del seguro de cesantía a las trabajadoras de casa particular. Tanto en Chile como en Uruguay, el uso del seguro por desempleo permitió mantener las contribuciones previsionales y reducir los huecos de cotización que posteriormente conllevaran un alto riesgo de insuficiencia en las prestaciones y la desprotección social (Amarante, 2022). La importancia de estas políticas radica en que, si bien no revierten el aumento de la desigualdad social, al menos lo mitigan: sin la adopción de estos programas, el índice de Gini hubiera aumentado en promedio un 4% en 2020, pero gracias a las acciones de estos gobiernos solo incrementó alrededor del 2% (Amarante & Scalese, 2022).

Otra de las dimensiones que la seguridad social atiende es la de la salud y la búsqueda de la contribución a la salud pública, de la que se encarga a través de los programas y estrategias que en algunas instituciones de seguridad del mismo rubro operan. En este ámbito es en el que estos sistemas representaron un papel crucial a la hora de facilitar el acceso a los servicios de salud durante la pandemia. En general, las instituciones de seguridad social que ofrecen servicios de salud son más sólidas y cuentan con coberturas más amplias, además, los resultados muestran que se mantuvieron mejor posicionadas para responder con eficacia. Sin embargo, la pandemia puso a prueba cualquier sistema de salud del mundo, y en los pertenecientes a los países de ALC fueron rápidamente visibles las necesidades de fortalecer las infraestructuras sanitarias y el acceso a los servicios, especialmente en las zonas rurales y marginadas (Hosseinpoor et al., 2022). Lo anterior se reflejó cuando, a finales de octubre de 2020, Argentina, Brasil, Colombia, México y Perú se encontraron entre los diez primeros países del mundo con mayor número de infecciones.

Asimismo, Bolivia, Brasil, Chile, Ecuador, México y Perú se ubicaron entre los diez primeros en términos de muertes por cada cien mil habitantes. Con solo el 8,2% de la población mundial (640 millones de personas), ALC acumuló el 28% de todos los casos (9.3 millones) y el 34% de todas las muertes (341,000) (Lusting & Transberg, 2021).

La experiencia que tuvo Cuba ante la COVID-19 también es de resaltar, pues encontraron soluciones que les permitieron garantizar la equidad en los sistemas y servicios de salud para toda la población, cuyos elementos clave fueron la preparación de un plan nacional único; la utilización de estrategias particulares para la pesquisa, el diagnóstico y el rastreo de casos; la implementación de un único protocolo terapéutico y de manejo de pacientes confirmados, y la respuesta gubernamental e intersectorial (Mas Bermejo et al., 2020).

Sin embargo, aun con las medidas que el gobierno cubano tomó para frenar la propagación de la pandemia, la decisión del país de exportar un mayor número de médicos durante esta, las condiciones de sus instalaciones médicas y de sus equipos biomédicos, así como los sustanciales recortes presupuestarios a la sanidad pública socavaron su respuesta al coronavirus (Osunmo, 2020).

Esto nos hace voltear a ver a países que, como Venezuela, se enfocaron en controlar la pandemia desde la primera etapa, es decir, la de los contagios. El gobierno venezolano estableció una cuarentena estricta los primeros cuatro meses y posteriormente aplicó un modelo de control denominado "7-7", que se basó en siete días de trabajo por siete días de cuarentena. En los días de flexibilización de la cuarentena, diez sectores económicos podían volver a la actividad. Esta gestión de crisis reflejó sus resultados en las bajas cifras que tuvo Venezuela en cuanto a contagios y fallecimientos causados por la COVID-19 (Gerdel, 2021).

Es importante reconocer que la crisis por la pandemia ejerció una presión significativa sobre los sistemas de protección social en ALC, pues puso a prueba sus capacidades de recuperación y expuso sus brechas y deficiencias. La pandemia ha subrayado la importancia de fortalecer estos sistemas para asegurar una cobertura integral, así como de mejorar la accesibilidad y de atender los requerimientos específicos de las poblaciones vulnerables. También puso de relieve la necesidad de cooperación regional, de apoyo internacional y de inversiones a largo plazo en atención sanitaria, protección social y resiliencia económica para estar mejor preparados ante futuras crisis. Prestar atención a las respuestas de política social permite una mirada más matizada a los determinantes sociales de la salud. Las desigualdades sociales y económicas subyacentes exacerbaron los riesgos para la salud asociados con el virus y corrían el peligro de expandirse si no se implementaban políticas sociales. Comprender la intersección entre la salud pública y la política social también fue importante, porque esta última no solo fue una forma de abordar la amenaza de la COVID-19 a la salud pública a corto plazo, sino que también era una oportunidad para abordar las desigualdades sociales y económicas subyacentes.

Es probable que las políticas sociales continúen apoyando a las personas durante las dificultades que probablemente enfrenten tanto estas como las organizaciones y las comunidades. El éxito y el fracaso de las respuestas a las emergencias de salud pública dependen de su alineación con la política social: separarla de la salud pública, en la teoría o en la práctica, socava a ambas y aumenta el riesgo de un fracaso conjunto. Los formuladores de políticas que discutan estrategias de respuesta a la pandemia ahora o en el futuro deben prestar atención a los apoyos de política social para sus estrategias frente a emergencias de salud pública (Greer et al., 2021).

## 2. EXPANSIÓN DE LOS SISTEMAS DE SEGURIDAD SOCIAL

### Ampliar la cobertura

La batalla incansable de cada país para hacerle frente a los estragos que generó la pandemia por COVID-19 trajo consigo la necesidad de expandir, a través de la implementación de distintas acciones que respondieran a la crisis generalizada, los servicios que ofrecen los sistemas de seguridad social, como la provisión de protección social pero ahora con un enfoque adaptativo, dinámico y sensible a los impactos. No es casualidad que estas políticas de protección se hayan descrito históricamente como “amortiguadores” y “estabilizadores automáticos”, sobre todo cuando han sido un apoyo relevante en las crisis anteriores, tal y como se desprende de la que causó la COVID-19; situaciones que han hecho que algunas políticas públicas y algunos sistemas de protección social “rutinarios”, bien establecidos, inclusivos y sostenibles contribuyan a que los países dispongan de sistemas adaptativos y mejor preparados para hacerles frente (Bastagli & Lowe, 2021).

A pesar de las diferentes formas con las que los países abordaron sus dificultades, existen importantes puntos en común en las medidas que adoptaron sus gobiernos. Los principales esfuerzos se dirigieron a los planes de subsidios salariales para contener la destrucción masiva del empleo, a las prestaciones temporales adicionales para compensar a las personas trabajadoras autónomas y a otras de índole atípica por la pérdida de ingresos, a la ampliación del seguro de desempleo y, por último, a la introducción y/o el refuerzo de planes para prestar apoyo a las familias con responsabilidades asistenciales. A largo

plazo, la capacidad de respuesta de estos gobiernos y las consecuencias sociales y económicas de esta crisis tendrán que contextualizarse en el profundo y prolongado impacto de las medidas de austeridad en la economía, en los presupuestos públicos, en la producción y en los regímenes de bienestar de la última década (Palomo et al., 2022).

Lo anterior no sucedió solo en países de América Latina y el Caribe (ALC). El primer brote del virus fue más grave de manera considerable en Italia y España que en Grecia y Portugal; estos dos últimos países adoptaron medidas estrictas a escala nacional más tarde que los dos primeros, aunque, dada la gravedad de la conmoción, las medidas de bloqueo duraron más tiempo. El impacto económico de la crisis sanitaria reflejó en parte la divergencia entre estos cuatro países, de los cuales fue España el que experimentó la mayor caída tanto del PIB en 2020 (11,3%) como de los niveles de empleo, que alcanzaron las 360,000 plazas pérdidas (Ruiz, 2022).

Es probable que estos países sufran algunas consecuencias a largo plazo, tanto en términos económicos como sociales. Hasta ahora existen similitudes significativas lo mismo en la magnitud de la respuesta fiscal que en el tipo de reacciones de la política social a causa de la suscitada primera ola pandémica de COVID-19 en el sur de Europa. Estas similitudes deben explorarse junto con los dos retos a los que se enfrentaron los gobiernos nacionales al inicio de la pandemia: en primer lugar, la protección de la población y, en segundo lugar, los efectos económicos de las políticas de confinamiento (Moreira et al., 2020).

Como se mencionó antes, las medidas para proteger a los hogares presentaron contrastes y estuvieron relacionadas con la evolución del mercado laboral y la vivienda. La vivienda recibió mucha más atención, porque los gobiernos de estos países intentaron evitar los impagos de las hipotecas y los desahucios. Esta pauta, consistente en permitir el aplazamiento del pago a los titulares de las

hipotecas pero no a los inquilinos, es bastante común a escala internacional. Y en cuanto al mercado laboral, hubo un mayor énfasis en aumentar las ayudas al desempleo en lugar de simplemente dejar que los estabilizadores automáticos siguieran su curso, en comparación con la Gran Recesión (Moreira & Hick, 2020). En el contexto de ALC, desde hace décadas hemos enfrentado la necesidad de fortalecer la protección social; no obstante, las estructuras productivas de los países de la región y sus lentos —y en algunos casos casi inexistentes— avances no permiten que se expanda la protección contributiva de manera sustancial en el mediano plazo a través de la generación de empleos sostenibles, de calidad y productivos.

Una posibilidad, mientras se logra el cambio de las estructuras productivas de la región, consiste en ampliar la cobertura contributiva mediante regímenes que incorporen a las trabajadoras y los trabajadores independientes, como el monotributo. Esto les permitiría acceder a beneficios como la atención médica, las licencias por enfermedad y maternidad, y los subsidios por desempleo. Con ello se podría ayudar a reducir la pobreza y la desigualdad y habría una mayor recaudación de impuestos para fortalecer la economía y financiar medidas de apoyo enfocadas en los sectores más afectados por la pandemia (Rodríguez, 2012).

Estas alternativas monotributarias ya se han implementado en algunos países de la región y podrían ponerse a prueba en otros más. Su diseño y difusión a partir de la concepción de su naturaleza de régimen transitorio, aunque con algunas limitaciones —como dificultades para su establecimiento, incentivos insuficientes y un impacto limitado—, podrían constituir un camino hacia un aseguramiento más cercano a la universalidad con el apoyo de la inversión en salud pública, la promoción del empleo y el apoyo a las empresas, y potenciarían la capacidad de respuesta frente a situaciones externas (Amarante, 2022).

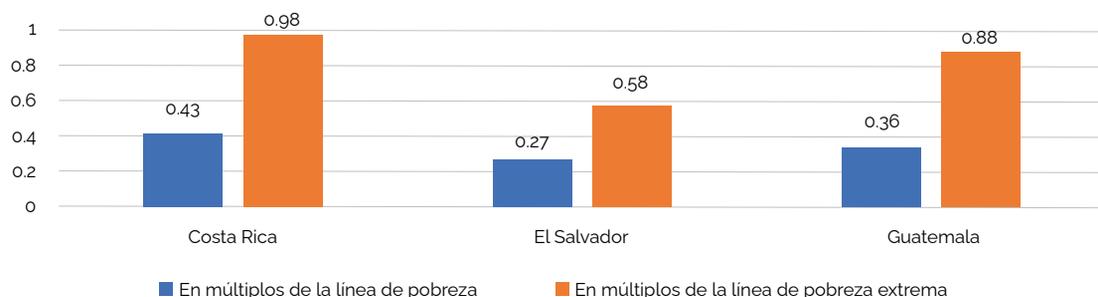
Al respecto, una de las medidas más comunes que tomaron los países de ALC y que buscó cubrir a la mayor parte de la población vulnerable fue el uso de las transferencias monetarias de carácter emergente. Pondremos como ejemplo los casos de Costa Rica, El Salvador y Guatemala. Se seleccionaron estos tres países centroamericanos debido a sus diferencias estratégicas de política social con respecto al resto de ALC: Costa Rica ha invertido hasta el 5.33% del PIB en salud; seguido del El Salvador, que, a partir de un proceso de renovación basado en la democratización, ha dado pasos importantes para transformar su estado social mediante mayor financiación en este rubro y mayor fortalecimiento de la institucionalidad pública, para lo cual ha invertido el 5.8% del PIB; finalmente, Guatemala, con solo el 2.48% de inversión (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2021). Estos son países en los que la introducción de medidas de política social inclusiva es particularmente urgente debido a los altos niveles de desigualdad, aun en un país como Costa Rica, que, aunque históricamente ha sido exitoso, tiene actualmente uno de los coeficientes de Gini más altos de ALC (Sánchez & Martínez, 2022).

Uno de los principales retos que enfrentan los países de ALC es la población que trabaja en un marco informal. Se estima que más del 50% de la fuerza laboral en la región se encuentra en esta situación, lo que significa que no tiene acceso a la protección que ofrece el seguro social. Esto genera un impacto negativo en la calidad de vida de las personas trabajadoras y sus familias. Las personas en esta situación son más propensas a vivir en la pobreza, a tener acceso a servicios de salud de menor calidad y a enfrentar dificultades para cubrir sus necesidades básicas (Organización Internacional del Trabajo [OIT], 2021).

En los países que hemos seleccionado, la población que labora informalmente oscila entre el 46%, en Costa Rica, y el 65%, en Guatemala, a esto le sumamos una precaria protección social reflejada en niveles de inversión social muy bajos (8% del PIB en Guatemala) o bajos (15% en El Salvador). Y aunque Costa Rica

presenta un gasto público social mayor (24%), también enfrenta una situación difícil debido a su dependencia del impuesto a la planilla para financiar los programas. Vale la pena mencionar que, aun así, durante 2020 los tres países implementaron rápidamente transferencias monetarias de emergencia, en línea con el resto de ALC y con muchos países del norte global. La determinación de la cobertura de los programas de emergencia no fue sencilla: en el momento en que se lanzaron en estos tres Estados, al igual que en la región, se desconocía cuál era el universo de la respectiva población elegible. Este análisis se acerca a la cobertura respecto a la población en general, así como a la población que se encontraba bajo la línea de pobreza y de pobreza extrema. Podemos identificar las diferencias entre estos países en la gráfica 1, a partir del monto mensual promedio de transferencias monetarias debido a la COVID-19 (marzo-diciembre 2019) para cada uno.

**Gráfica 1.** Monto mensual promedio de transferencias monetarias debido a la COVID-19 (marzo-diciembre 2019)



**Fuente:** elaboración propia con datos de Cepal (2021). Panorama social de América Latina 2020.

Para 2020, Guatemala (Organización de las Naciones Unidas [ONU], 2021) alcanzaría 2.65 millones de familias a través del programa Bono Familia (Ministerio de Desarrollo Social, 2020) y habría entregado USD 130 por familia aproximadamente durante tres meses. Por su parte, El Salvador, con 1.2 millones de familias (Gobierno de la República de El Salvador, 2020), habría entregado

USD 300 por una única vez mediante el programa único de transferencias monetarias. Costa Rica le dio a más de 676,000 personas, con el programa Bono Proteger, de USD 107 a USD 214 por hasta tres meses en bonos completos o parciales (Ministerio de Trabajo y Seguridad Social de Costa Rica, 2022; Organización Panamericana de la Salud, 2021). Con datos comparativos en términos relativos a su población, El Salvador alcanzó al 18.6%, Guatemala al 16.2% y Costa Rica al 13.3% del total de su población.

Como podemos observar, en los países que hemos considerado para este análisis los programas que se implementaron a través de transferencias monetarias siguieron una estrategia similar. Bajo esta lógica, los programas de protección social, a través de la búsqueda de la resiliencia de las comunidades, se convirtieron en instrumentos para combatir los impactos económicos emergentes derivados de las acciones de mitigación para prevenir y contener la mortalidad derivada de la pandemia por COVID-19 (Abdoul-Azize, 2021).

### **Atención a la salud**

Como se ha mencionado, la pandemia por COVID-19 evidenció las grandes brechas de desigualdad existentes en la población del mundo. Para 2020, el 53.1% de la población total del planeta estaba completamente desprotegida y este problema se hacía mucho más evidente en ciertas regiones, por ejemplo, en algunos países de África la proporción con respecto al total era del 82.3%; en los Estados árabes, del 60%; en Asia y el Pacífico, del 55.9%; en América, del 35.7%, y en Europa y Asia Central, del 16.1% (OIT, 2022a). Ante esto y debido a que inicialmente el comportamiento de la enfermedad era poco conocido, el abordaje del número de contagios era dificultoso, al igual que el seguimiento a los cuadros leves y moderados, que evolucionaban rápidamente a graves o a casos con presencia de insuficiencia respiratoria o frecuencia cardíaca baja, lo que derivaba en manejo intrahospitalario (Ministerio de Sanidad, 2020).

Desde la perspectiva de la salud pública, todas las instituciones dedicadas a atender a la población se reestructuraron para solventar las necesidades clínicas que las características de la evolución de la COVID-19 generaban; debido a ello se interrumpieron servicios esenciales de salud no relacionados con el coronavirus incluso desde el primer nivel de atención —que con más frecuencia se encuentra en zonas de difícil acceso, como las rurales—. En este nivel se efectuó una parte central de los servicios de salud relacionados directamente con el control de la pandemia, como las actividades de toma de pruebas, la trazabilidad y el aislamiento de personas. Esto generó que el acceso a la atención de salud y a las prestaciones por enfermedad y desempleo cobraran relevancia durante la pandemia (Cid & Marinho, 2022).

También se tuvo que recurrir a medidas no farmacológicas que potencialmente pudieran replicar pacientes y personas cuidadoras para prevenir y controlar la transmisión comunitaria de la COVID-19. Estas intervenciones se clasificaron en personales, ambientales y comunitarias y se denominaron medidas no farmacológicas y de salud pública (Heidary et al. 2023). En cuanto a las personales, la más práctica fue la promoción del lavado de manos, particularmente con soluciones hidroalcohólicas en ambientes hospitalarios (Kratzel et al., 2020).

Para disminuir la transmisión a través de la saliva expulsada al hablar, toser o estornudar de un individuo contagiado se sugirió el uso de cubrebocas (FFP2 en Europa, N95 en Estados Unidos, KN95 en China) y de mascarillas quirúrgicas (es decir, que cubren la cara). Sin embargo, la evidencia de su efectividad fue en algún momento controversial (Chou & Dana, 2023); a pesar de ello, en ambientes de atención a la salud, el cubrebocas N95 y la mascarilla quirúrgica tuvieron una efectividad semejante. Junto al uso de cubrebocas se recomendó también el uso de visores u otro medio de protección ocular e incluso portar bata (Béland et al., 2022). Esto último se sugirió particularmente cuando

se atendía a pacientes contagiados de COVID-19 y durante actividades de la esfera personal (Béland et al., 2022).

Las estrategias ambientales incluyeron la limpieza de superficies, así como la adecuada ventilación de los espacios cerrados (es decir, casas habitación, medios de transporte, espacios laborales o escolares) o la realización de actividades en espacios abiertos (Heidary et al. 2023). En el contexto de la atención a la salud, se recomendó el uso de cuartos de aislamiento con presión negativa. En estos el aire se aspira hacia el interior de una habitación y, una vez filtrado, se envía hacia el exterior. Este mecanismo previene el escape de aire contaminado y, por tanto, el potencial contagio a terceros (Miller et al., 2021).

Las dos estrategias comunitarias más socorridas durante la pandemia por COVID-19 fueron el distanciamiento social y la cuarentena. La primera supuso evitar reuniones sociales o el contacto interpersonal de manera presencial; la segunda significó el cierre o suspensión temporal de escuelas, lugares de trabajo, eventos deportivos o cualquier otro tipo de actividad social que implicara una reunión presencial de individuos (Heidary et al. 2023).

Para aumentar la capacidad de atención médica, los gobiernos tuvieron que expandir sus servicios apoyándose en la seguridad social, que fue una gran herramienta para la gestión de la pandemia en al menos cuatro grandes retos. El primero tuvo que ver con el incremento en la demanda de la atención de salud, que se originó debido a las complicaciones derivadas de las características del virus, en particular a su alta transmisibilidad (de persona a persona). Esta característica generó un gran número de cuadros complicados o graves, que en poco tiempo saturó los establecimientos de atención médica especialmente con casos de personas mayores o de pacientes con comorbilidades como obesidad, diabetes, hipertensión arterial sistémica o enfermedad pulmonar

obstructiva crónica (EPOC) (Oliva-Sánchez et al., 2022). Esto, debido a que un gran porcentaje de las y los pacientes con COVID-19 requería de manejo intra-hospitalario con apoyo de los servicios de cuidados intensivos y oxigenoterapia apoyada por ventilación mecánica (Gil, 2021), atenciones que implican una gran inversión de equipo e infraestructura.

Una de las cuestiones que agregó complejidad a este primer reto fue el influjo que la desinformación sobre el control de la contingencia sanitaria tuvo en la población (Office of the Surgeon General, 2021), porque, entre otras cosas, generó estigmas y discriminación hacia las y los profesionales de la salud (Spruijt et al., 2023) y creó contextos de confusión que restringieron el avance de la salud individual y la salud pública durante la pandemia (Pickles et al., 2021).

El segundo reto estuvo relacionado con el manejo epidemiológico de la pandemia, que buscaba particularmente identificar, detectar y controlar la propagación del virus. El 31 de diciembre de 2019, la Oficina de la OMS (2020a) en China informó por primera vez que había un brote de neumonía de causas desconocidas, por lo que aisló inicialmente las áreas saludables y enseguida dio la instrucción de limitar la movilidad social (OMS, 2020b), lo cual tuvo como impacto la reducción generalizada de las actividades de consumo: entre el 49% y el 25%. Además, se reforzaron estas acciones preventivas con el cierre de escuelas, medida que también tuvo consecuencias como el incremento del trabajo infantil (United Nations International Children's Emergency Fund, 2020), de la violencia doméstica (Bango & Salvador, 2020) y del deterioro de la salud mental (OMS, 2022).

El tercer reto se trató de la presión sobre el sistema de salud debido, al menos, a dos grandes causas. Una de ellas fue la concerniente a los recursos limitados, lo cual se evidenció durante la gran afluencia de pacientes con diagnóstico de COVID-19 producida por los aumentos repentinos en el número

de contagios, eventos que se denominaron *olas*. Esto mostró claramente las carencias y necesidades de los sistemas de salud, que excedieron drásticamente el consumo de recursos disponibles. Las capacidades de los establecimientos de atención médica fueron insuficientes y esta situación se agravó en las unidades de cuidados intensivos, que a menudo negaron el ingreso a pacientes que necesitaban desesperadamente este tipo de asistencia (Gristina & Piccinni, 2021); asimismo, se generó una gran demanda de camas de hospital (Arabi, 2022), de profesionales de la salud —para lo cual se tuvo que recurrir a contratar a personal con poca experiencia o en jubilación— (World Economic Forum, 2020), de adquisición de equipos de protección personal adecuados (EPP) para las y los profesionales de la salud de primera línea (Megan, 2020), incluidos respiradores, guantes, protectores faciales, batas, desinfectante para manos y otros recursos esenciales como oxígeno y ventiladores mecánicos. La otra causa estuvo relacionada con el personal de salud que sufrió el síndrome de *burnout* (Quiroz-Ascencio, 2021) y el que, además, estuvo expuesto al virus. En este último caso, en varios países de ALC, como México (Agrén, 2020), Brasil y Perú (Colegio Médico del Perú, 2020), hubo grandes bajas de profesionales de la salud por defunción, entre cuyas causas estuvieron las comorbilidades como obesidad, hipertensión arterial sistémica, diabetes *mellitus*, tabaquismo, asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, inmunosupresión, insuficiencia renal crónica, enfermedad cardiovascular y virus de inmunodeficiencia humana (VIH) (Guerrero-Torres et al., 2021).

El cuarto reto consistió en reorganizar los servicios de salud en los establecimientos de atención médica que tuvieron que reestructurarse para priorizar las necesidades de salud de las y los pacientes con COVID-19 (Ndayishimiye et al., 2022). Esta situación generó interrupciones en la atención de otras enfermedades y un enorme rezago en la oportunidad de atención médica (Martínez & Cortéz, 2022). Incluso algunos lugares con espacios amplios tuvieron que

ser habilitados como hospitales provisionales para favorecer la atención de pacientes (Penner, 2020; Copeland, 2020). Además de lo anterior, fue necesario generar investigaciones para comprender el comportamiento del virus y sus mecanismos de transmisión; información que, si bien recordamos, en un inicio no existía o era insuficiente para tomar medidas adecuadas de prevención y tratamiento (Casella, 2023) e incluso para el desarrollo de vacunas (Kantarcioglu et al., 2022).

## **Protección al empleo**

Las estrategias de protección al empleo, reconocidas como complementarias de las políticas activas del mercado laboral, resultaron esenciales para mantener el trabajo durante la pandemia por COVID-19. Se expandieron a través de subsidios salariales, regímenes de mantenimiento del empleo o de jornadas reducidas, que fueron dispuestas como prestaciones de actividad parcial (OIT, 2020j).

También se incorporaron algunas prestaciones de desempleo dirigidas a asegurar los ingresos de las personas trabajadoras que habían perdido su empleo, incluidas aquellas de tiempo parcial que buscaban un trabajo a tiempo completo.

Algunos países implementaron acciones para permitir que las trabajadoras y los trabajadores recibieran un anticipo de tres meses de su salario y que también se les eximiera de las obligaciones laborales durante el periodo de la pandemia; una prestación similar de apoyo a los ingresos se extendió a otros grupos de renta baja. En otros casos, se incrementó sustancialmente el financiamiento a programas de empleo y aumentó el límite máximo del trabajo remoto (Gentilini et al. 2020).

## Subsidios salariales

Los subsidios al empleo fueron un buen complemento de las políticas dirigidas a apoyar a las empresas en la gestión de un periodo complicado por la inactividad o las interrupciones de la producción de bienes y servicios, con la finalidad de evitar temporalmente los despidos y preservar la vinculación de las personas con el mercado de trabajo. Se estima que estos programas evitaron que la tasa de desempleo aumentara en dos puntos porcentuales (OIT, 2022b); sin embargo, los subsidios salariales que incentivaron a las empresas a preservar con empleo a las personas trabajadoras, los préstamos y las subvenciones de capital por sí solos también pudieron llevar a las compañías al desplazamiento laboral y a la sustitución de la mano de obra. Con esto, se generó una disminución en el costo del capital por causas como la inactividad, la desigualdad, la precarización laboral y la aparición de nuevas tecnologías (Vergés, 2022).

Durante la pandemia también se otorgaron subvenciones a las empresas para que pudieran mantener a sus empleados en nómina. En más de 75 países se implementaron programas de subsidios salariales que buscaron proteger a millones de personas trabajadoras en diversos sectores económicos. Un resumen de las medidas establecidas por región y país para hacer frente a la pandemia por COVID-19 se muestran en el anexo 1.

En Europa priorizaron mantener y fortalecer sus sistemas de seguridad social existentes, a la vez que instrumentaron nuevas medidas durante el brote mundial de coronavirus para extender la asistencia a aquellos grupos que carecían de cobertura previa. También ampliaron las prestaciones por desempleo, enfermedad y cuidados; aplicaron mecanismos de preservación del empleo y subsidios a trabajadoras y trabajadores, y mejoraron la cobertura de atención médica y de servicios sociales.

Los países asiáticos, por su parte, optaron por implementar programas de asistencia adicional a las y los más afectados por la pandemia; aumentaron las ayudas por desempleo, enfermedad y discapacidad; fortalecieron el acceso prioritario a pruebas y atención médica relacionada con la COVID-19; impulsaron los subsidios salariales y las licencias por enfermedad pagadas, para evitar despidos, y aplazaron o exentaron los pagos de las contribuciones al seguro social por tiempos determinados.

En el caso de los países de ALC, los sistemas de seguridad social buscaron mitigar el impacto socioeconómico de la crisis sanitaria ampliando la cobertura de este tipo de seguros y flexibilizando su acceso para que las personas alcanzaran prestaciones como la pensión, el seguro de desempleo y la atención médica durante la pandemia, lo cual se logró suavizando los requisitos y trámites para acceder a las mismas. Además de esto, también pudieron alcanzarse subsidios por desempleo, facilidades de pago de créditos y prórrogas a las contribuciones de los sistemas o instituciones de seguridad social.

Debe notarse que, en términos generales, los países de diversas regiones mostraron estrategias semejantes, salvo en casos como Europa y Asia, que adicionalmente instrumentaron programas de apoyo para la atención de infantes. Pese a ello, y como se discutió a lo largo del capítulo, la semejanza en los programas no implicó equivalencia en los resultados, esto debido a las diferencias en términos de proporción de la población, de PIB, de infraestructura disponible antes de la pandemia y de capacidad de expansión, así como a diferencias en el acceso a la atención a la salud.



### 3. ¿CÓMO IMPACTÓ LA PANDEMIA A LA SEGURIDAD SOCIAL?

En todo el mundo, los programas de protección social se han convertido en una herramienta clave para las y los responsables políticos. Estos programas se ejecutan para lograr múltiples objetivos, como luchar contra la pobreza y el hambre o aumentar la resiliencia de los grupos pobres y vulnerables frente a diversas perturbaciones. Desde hace unos años, debido a la rápida propagación de la COVID-19, muchos países comenzaron a implementar programas de protección social para eliminar los impactos negativos de la crisis pandémica y mejorar la resiliencia de las comunidades (Abdoul-Azize, 2021).

A lo largo de la pandemia, se desencadenó una crisis económica global sin precedentes, que rivalizó con las turbulencias financieras experimentadas durante la Segunda Guerra Mundial. Este acontecimiento tuvo un impacto notable en los fondos destinados a la seguridad social. La disminución en la actividad económica se tradujo en una reducción de los ingresos fiscales y de las aportaciones, al mismo tiempo que se observó un aumento sustancial en los gastos en prestaciones, y la gran pérdida de empleos a nivel mundial exacerbó la caída de las contribuciones a estos sistemas, lo que agravó la situación. Asimismo, la demanda de apoyos por desempleo y asistencia social experimentó un incremento significativo y ejerció una presión adicional sobre los ya disminuidos presupuestos, a los que había debilitado previamente la reducida recaudación fiscal (Galitzin, 2023).

En el contexto de esta presión económica, los gobiernos dependieron en gran medida de las políticas preexistentes al implementar cambios en las

políticas sociales. No obstante, algunos de ellos impulsaron acciones innovadoras, como pagos directos que se entregaron más allá de las categorías tradicionales de riesgo social, por ejemplo, por desempleo o enfermedad. Entre aquellos países que instrumentaron dichas medidas se encontraron Australia, Chile, Colombia, Dinamarca, Israel, Italia, Japón, España, Corea del Sur, Reino Unido y Estados Unidos. Estos pagos directos compartían algunas características del ingreso básico universal (UBI, por sus siglas en inglés) y la idea de su alcance total se llevó a cabo en Japón y Corea del Sur. Dichos nuevos pagos directos relacionados con la COVID-19 fueron un apoyo importante para las personas afectadas por la pandemia y se consideraron como un ingreso adicional durante esta (Mäntyneva & Hiilamo, 2024).

Los sistemas de atención médica pública, esenciales en el contexto de la protección social, se vieron obligados a intensificar su inversión para abordar la emergencia sanitaria. Los costos asociados con la atención de pacientes con COVID-19, la adquisición de equipos de protección personal y la implementación de campañas de vacunación a gran escala elevaron drásticamente los gastos en salud. Esta discrepancia entre ingresos y gastos llevó a diversos países a incrementar sus niveles de endeudamiento público y/o a reasignar recursos desde otros programas sociales. Esto ocurrió como una respuesta rápida, que resultó ser efectiva, por parte de los sistemas de seguridad social para garantizar el acceso de la población a la atención médica adecuada (Basile & Rivera, 2022).

Lo anterior fortaleció la demanda de una ampliación de la cobertura por parte de la población. Para hacerle frente a los desafíos socioeconómicos generados por la pandemia, algunos países ampliaron temporalmente la cobertura de sus sistemas de seguro social. Esto puede haber implicado la inclusión de nuevos grupos de beneficiarios, el aumento de las asignaciones familiares, la implementación de programas de subsidio por desempleo y, como se adelantó, la expansión de la cobertura de atención médica.

En 2020, Europa y Asia Central lideraron en la instrumentación de numerosos mecanismos específicos de protección social. Estas medidas, en su mayoría financiadas mediante contribuciones o diseñadas para influir directamente en los mercados laborales, abordaron diversas necesidades. En esta región, aproximadamente el 32% de las medidas se centraron en la seguridad social, el 20% en el mercado laboral y el restante 48% en la asistencia social. Por otro lado, en América del Norte y África, si bien las acciones de seguridad social se asemejaron a las de Europa y Asia Central, la proporción de las estrategias de asistencia social fue significativamente mayor: 57% y 55%, respectivamente. En América Latina y el Caribe, las medidas asistenciales predominaron, lo que representó el 70% del total, mientras que las iniciativas de seguridad fueron menos frecuentes (Gentilini et al., 2020).

Como se mencionó antes, a pesar de que los sistemas de bienestar social en América Latina y el Caribe eran parciales y aún estaban en proceso de consolidación, los gobiernos de la región respondieron con prontitud a la emergencia. Según datos oficiales, hasta el 22 de enero de 2021, 32 países latinoamericanos y caribeños habían implementado 297 medidas de protección social de emergencia no contributivas. Estas acciones abarcaban transferencias monetarias, en especie y de acceso a servicios básicos para los grupos más vulnerables. Los datos que recopiló la Cepal a través del Observatorio COVID-19 en la región mostraron la rapidez con la que los gobiernos respondieron: más de la mitad de estas iniciativas se anunciaron entre marzo y abril de 2020, y para mediados de agosto del mismo año se alcanzó el 85% de las disposiciones planificadas. La mayoría de estas resoluciones no contributivas (262, equivalente al 71% del total) consistieron principalmente en crear nuevos programas o provisiones para abordar la falta de instrumentos de protección social adecuados frente a la pandemia. Además, algunas medidas introdujeron nuevas acciones o servicios, mientras que otras aumentaron los montos, adelantaron

los desembolsos o ampliaron la cobertura de programas existentes. Estos aspectos favorecieron la protección de los ingresos de las personas más vulnerables y evitaron que cayeran en la pobreza o en un grado aun mayor de esta al momento de la pandemia (Robles & Rossel, 2022). Sin embargo, hubo países en los que el intento de ampliar la cobertura de sus programas no fue suficiente; por ejemplo, a pesar de su alta cobertura, el programa implementado en Bolivia transfirió un monto bajo, lo que resultó en una protección insuficiente (Palomo et al., 2022).

Con respecto a las medidas de expansión de la seguridad social, debido a la precaria estructura de los sistemas de salud en ALC antes de la pandemia, los gobiernos exploraron diversas medidas para mejorar el acceso a la atención médica básica desde el inicio del brote. Aunque varios países contaban con algún tipo de apoyo por enfermedad, la cobertura y el alcance de estos sistemas eran limitados antes de la emergencia. Entre 2010 y 2019, el porcentaje de personas con seguro de salud contributivo aumentó solo en un 4%, lo que dejaba al menos a un 40% de las personas empleadas sin protección de salud. La diferencia en la extensión de la cobertura era notable entre los distintos niveles de ingresos, lo que obstaculizaba la expansión de los servicios de salud. Por ende, se consideraba crucial reforzar la relación entre los sistemas de atención médica y la protección social mediante la ampliación de las prestaciones monetarias de salud durante la pandemia, especialmente para las trabajadoras y los trabajadores informales y autónomos.

Varios países de la región implementaron licencias médicas especiales para quienes necesitaban cuarentena, lo que aseguró que las y los pacientes con COVID-19 no sufrieran deducciones salariales. México mantuvo el salario completo para personas trabajadoras no esenciales, mientras que Perú garantizó los salarios de aquellas que no podían trabajar de manera remota y preservó los derechos de EsSalud para las despedidas temporalmente

(Casalí et al., 2020). En Uruguay, el gobierno extendió la cobertura del seguro nacional de salud a las personas desempleadas y a quienes se les acabó el seguro de desempleo entre agosto y octubre de 2020 (Rossel & Gutiérrez, 2021).

Pese a la importancia de las acciones hasta ahora descritas, hay que resaltar que solo el 10% del total de 85 países se enfocó específicamente en mejorar la seguridad económica de las mujeres y en apoyar a quienes realizan trabajos de cuidado no remunerado o en fortalecer los servicios de atención para infantes, personas mayores o con discapacidades. En ALC, varios países adoptaron medidas para mejorar la corresponsabilidad en el cuidado de las personas durante la pandemia. Estas medidas incluyeron campañas de sensibilización, permisos de ausencia, cuidados domiciliarios, transferencias monetarias y excepciones a las restricciones de movimiento para cuidadoras y cuidadores. Además, se incrementó la protección para las personas trabajadoras del servicio doméstico y se implementaron arreglos para proporcionar servicios de atención en el hogar o virtualmente. Ejemplos específicos incluyen licencias pagadas en Argentina, modificaciones a los requisitos del seguro de desempleo y extensión de la licencia parental en Chile y la garantía de derechos para trabajadores domésticos en Perú. Costa Rica mantuvo abiertos sus centros de cuidado infantil durante la crisis (UN-Women & Eclac, 2020).

El fortalecimiento del sistema de salud pública y la garantía del acceso a medicamentos y pruebas diagnósticas ayudaron a reducir la mortalidad por COVID-19 y a mejorar la salud de la población. Sin embargo, la cobertura de los registros sociales en América Latina y el Caribe varía ampliamente. Según Berner y Van Hemelryck (2021), en algunos países como Argentina, Chile, Colombia, Costa Rica, Perú y Uruguay, los registros abarcaban más del 70% de la población; en otros como Brasil, República Dominicana y Ecuador, la protección era del 30% al 69%; en México, El Salvador, Haití y Bolivia, los registros cubrían menos del 30%, lo que dificulta la identificación rápida de personas

beneficiarias de políticas de protección social durante crisis o desastres. Sin embargo, durante el período 2019-2021, la cantidad de personas que cotizaron a la seguridad social aumentó en la región en un 14%, aunque con variaciones significativas entre las diferentes subregiones. Los incrementos fueron más notables en los países andinos y en Centroamérica y México en comparación con el Cono Sur; no obstante, las tasas generales de protección en esta última región son casi el doble de las de las otras subregiones. Esto sugiere que los países andinos, Centroamérica y México tuvieron un mayor potencial para aumentarla, así como de acrecentar el número absoluto de cotizantes (Bertranou, 2021). Bajo esta condición, las tasas de cobertura incrementaron a nivel general tanto en el Cono Sur como en Centroamérica y México, pues se mantuvo aproximadamente en el 48% a nivel regional, con una reducción de poco más del 7% en el número de contribuyentes. La región andina sufrió las mayores caídas tanto en el primer aspecto como en el número de contribuyentes, lo que agravó los efectos de la crisis sanitaria y económica debido a la capacidad limitada para implementar programas de apoyo al empleo formal. Aunque se observó una recuperación general de los empleos formales hacia mediados de 2021, aún quedaba por recuperar los empleos informales (Bertranou, 2021).

La cobertura y su ampliación jugaron un papel importante en la respuesta ante la pandemia. Entre las acciones instrumentadas en diversos países, incluyendo a México, se encuentran (International Labour Organization, 2021):

- Incremento de la capacidad hospitalaria: Se destinaron más recursos a hospitales y a centros de salud para mejorar su capacidad de atención a pacientes con COVID-19. Esto incluyó la adquisición de equipos médicos y la contratación de personal adicional.
- Mejora de la infraestructura sanitaria: Se realizaron inversiones en la infraestructura de salud para garantizar una mejor gestión de la pandemia. Esto incluyó la construcción de hospitales de campaña y

la adaptación de instalaciones existentes para atender a pacientes con COVID-19.

- Aumento de la disponibilidad de medicamentos y equipos médicos: Se tomaron medidas para garantizar que hubiera suficientes medicinas y equipos médicos para tratar a pacientes con COVID-19. Esto incluyó la producción local de medicamentos y la importación de suministros adicionales.
- Expansión de las pruebas diagnósticas: Se realizaron campañas de pruebas masivas para detectar casos de COVID-19 y darle seguimiento a la propagación del virus. Esto permitió identificar rápidamente a pacientes infectados y tomar medidas de aislamiento y tratamiento para prevenir la propagación del virus.
- Programas de vacunación masiva: Incluyeron diferentes fases y acciones.
  - o Adquisición y distribución de vacunas: Los gobiernos se enfocaron en obtener las vacunas aprobadas por las autoridades sanitarias, tanto a nivel nacional como a nivel internacional. Una vez adquiridas, se implementaron sistemas logísticos para distribuir las de manera efectiva y segura a todas las áreas, ya fuera a nivel nacional o local.
  - o Establecimiento de puntos de vacunación: Se crearon lugares designados para la administración de las vacunas, que abarcaron una amplia gama de ubicaciones, como hospitales, centros de salud, escuelas, estadios y otros espacios públicos. Esto se hizo con el objetivo de garantizar que las dosis se administraran de manera eficiente y segura.
  - o Organización de campañas de vacunación: Se realizaron campañas de información y concientización para educar a la población sobre la importancia de vacunarse, los beneficios de las vacunas y el proceso para registrarse y recibir las dosis. Estas campañas

se hicieron para asegurar una participación y una comprensión clara del proceso de vacunación.

- o Priorización de grupos vulnerables: Se establecieron criterios para determinar qué grupos de la población debían recibir prioridad en la vacunación, como profesionales de la salud, personas adultas mayores, personas con enfermedades crónicas y otros grupos en mayor riesgo de complicaciones por COVID-19.
- o Registro y seguimiento de la vacunación: Se implementaron sistemas de registro y seguimiento para asegurar que las personas recibieran las dosis requeridas en el momento adecuado y para monitorear la cobertura de la vacunación a nivel poblacional. Esto se hizo para garantizar un seguimiento adecuado del progreso de la misma y una distribución equitativa de las dosis disponibles.

A pesar de ello, la respuesta de la protección social ante la pandemia generó cambios importantes en la cobertura de los programas de asistencia, particularmente en países que tenían programas de transferencias con baja extensión. Este es el caso de Guatemala, que llegó a cerca de 2 millones de hogares con la creación del Bono Familia, lo que equivale al 76.7% de la población. Antes de la pandemia, su principal programa de transferencias monetarias condicionadas, el Bono Social, beneficiaba al 3.3% de sus habitantes (112,000 familias) (Palomo et al., 2022).

Ahora bien, el vernos obligados a permanecer en nuestros hogares dio pie a la adaptación de los servicios. La pandemia requirió la reconfiguración de los servicios de protección social para cumplir con los protocolos de salud y seguridad. Esto implicó el establecimiento de servicios en línea o a distancia para evitar la propagación del virus, la implementación de medidas de protección para el personal de seguridad social y la adopción de nuevos enfoques para garantizar la continuidad de los servicios.

Sin embargo, el esfuerzo focalizado por la atención a la pandemia tuvo diversos efectos negativos; durante la epidemia global, hubo un cambio en la oferta y la demanda de los servicios de salud. Los gobiernos se vieron obligados a redistribuir al personal y el presupuesto hacia la atención de la emergencia, mientras que las restricciones de movilidad y el miedo al contagio redujeron la búsqueda de atención médica por parte de la población. Esto resultó en la interrupción de servicios y programas de salud habituales, como las campañas de vacunación y el control de enfermedades como la malaria y la tuberculosis, lo que podría haber tenido consecuencias negativas a largo plazo. También se observó una reducción en el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva (OIT, 2021).

Dicho esto, la mejora en la eficiencia y la eficacia de la gestión del sistema de seguridad social requiere la atención de diversos factores, entre los que se encuentra el que resulta esencial: actualizar las normativas de seguridad de este ámbito para proteger los derechos de las trabajadoras y los trabajadores ante la COVID-19. Incluir esta enfermedad como una de tipo profesional en las regulaciones pertinentes y realizar una evaluación exhaustiva de la relación entre la actividad laboral y las enfermedades crónicas resultantes son medidas cruciales. Estas acciones garantizan que las personas trabajadoras afectadas por este padecimiento tengan acceso a las prestaciones correspondientes y se protejan sus derechos frente a una situación de emergencia (Piray et al., 2023).

La mejora de la seguridad social mediante cambios en la fiscalidad y en los sistemas de contribuciones implica diversas acciones fundamentales. Por un lado, las reformas fiscales abarcan la evaluación y una posible modificación de los impuestos existentes, así como la implementación de nuevos gravámenes para aumentar los recursos gubernamentales destinados a los programas de seguridad de este tipo. Estos impuestos adicionales podrían centrarse en áreas como los ingresos, el consumo o la propiedad. Por otro lado, los

mecanismos contributivos se enfocan en incrementar las aportaciones de las y los empleadores, las personas empleadas y otros sectores para financiar el seguro social. Este aumento puede lograrse mediante la elevación de las tasas de contribución, la expansión de la base de contribuyentes o la introducción de nuevas modalidades de aportación. Asimismo, es crucial optimizar la gestión y la recaudación de estas contribuciones para asegurar que los fondos se empleen de manera efectiva y transparente en el respaldo de los programas de seguridad social (Piray et al., 2023).

La universalidad y la inclusión son pilares esenciales de los sistemas de protección social, pues garantizan que todas las personas, sin importar su situación económica, género, edad o ubicación, puedan acceder de manera equitativa a los beneficios y servicios. Esto implica ampliar la cobertura de los programas para incluir a grupos vulnerables, como el de personas trabajadoras informales, el de desempleadas y desempleados, el de migrantes o el de personas con discapacidad. Para lograr esto, se necesitan medidas que aborden las necesidades específicas de estos grupos, así como una estrategia integral que fomente la participación de la sociedad en el diseño y ejecución de los programas. Esto supone colaboración entre los gobiernos, el sector privado, las organizaciones civiles y la comunidad en general para asegurar que las políticas sean inclusivas y respondan a las necesidades de toda la ciudadanía.

La pandemia por COVID-19 ha demostrado la importancia de contar con un sistema de seguridad social sólido y resiliente en los diversos países. México debe aprovechar esta oportunidad para fortalecer su propio sistema y avanzar hacia una sociedad más justa e inclusiva. Sin embargo, en estos meses hemos aprendido que no son iguales las prácticas de distanciamiento social en colectivos de ingresos medios o altos que en situaciones de hacinamiento poblacional. También hemos reafirmado el convencimiento de que las condiciones económicas y de infraestructura predominantes son fuente de

las desigualdades de acceso a las soluciones digitales y a las prestaciones sanitarias. En adelante, el acceso igualitario e irrestricto a las eventuales soluciones debe ser la primera condición a satisfacer: no puede ser un aspecto a tomar en cuenta a partir de la fase de ejecución de las acciones, por el contrario, debe ser prioritario desde la concepción y planificación de estas (Red ISPA, 2020). Esto nos lleva al siguiente punto, el impacto en la atención a grupos vulnerables. Los grupos más vulnerables de la sociedad, como las personas trabajadoras informales, las y los migrantes, la población adulta mayor o las personas con discapacidad, pueden haber experimentado un impacto negativo y desproporcionado durante la pandemia. Los sistemas de seguridad social han tenido que adaptarse para abordar las necesidades específicas de estos grupos y garantizar su protección y acceso a los servicios esenciales.

En los países de renta alta, donde se ejecutan con múltiples fines, los programas de protección social son herramientas adaptables que las y los responsables políticos pueden utilizar para la resiliencia de la comunidad ante diversas perturbaciones futuras, como las crisis pandémicas. En los países de renta baja, las y los responsables políticos podrían, por ejemplo, formalizar los programas de protección social que aplican las ONG o incluirlos en el régimen público de protección social. Estas medidas podrían ayudar a que estos países apoyen eficazmente a los grupos vulnerables durante crisis futuras (Abdoul-Azize, 2021).

En algunas organizaciones económicas y políticas como la Unión Europea y la Unión Africana, falta que se implementen estrategias integrales concernientes a los programas de protección social para superar los impactos de la pandemia por COVID-19. Por lo tanto, es urgente que estas organizaciones planifiquen una política común de protección social para una mejor gestión de las crisis en el futuro, pero esto lo veremos a profundidad más adelante (Abdoul-Azize, 2021).



## 4. RESPUESTA DE LA SEGURIDAD SOCIAL

Para continuar con los programas de protección social, tenemos la tabla 1, que sintetiza la información de los programas de transferencia de efectivo en los diferentes países de América Latina y el Caribe.

Se ha colocado dentro de esta tabla cada programa de transferencia que se habilitó o se expandió debido a la necesidad de cubrir a la mayor parte de la población durante la crisis derivada de la pandemia. Se encuentran programas de transferencias monetarias condicionadas (TMC), programas no contributivos (PNC) y programas de emergencia exclusivamente derivados de la COVID-19, también se indica en qué años estuvo vigente cada uno. Además, un análisis de chi al cuadrado de bondad de ajuste reveló que los programas derivados de la COVID-19 fueron significativamente más frecuentes durante 2020 en comparación con los restantes en la región ( $\chi^2 = 11.02$ ,  $p = 0.01$ ).

**Tabla 1.** Programas de transferencia de efectivo en los diferentes países de América Latina y el Caribe

Programas de transferencia de efectivo por país	2019	2020	Grupo
Antigua y Barbuda			
Old-age Assistance Programme (1993-)	X	X	PNC
People's Benefit Program (2009-)	X	X	PNC
Argentina			
Ingreso Familiar de Emergencia	-	X	COVID-19
Asignación Universal por Hijo para protección social	X	-	TMC
Bahamas			
Asistencia por Invalidez	X	X	PNC

*Continúa...*

Pensión No-Contributiva para Adultos Mayores	X	X	PNC
Barbados			
Vulnerable Family Survival Programme	-	X	COVID-19
Non-Contributory Old-Age Pension (1982-)	X	X	PNC
Bermudas			
Pensión No-Contributiva/Non-Contributory Pension (1970-)	X	X	PNC
Belice			
Creando oportunidades para nuestra transformación social (Building Opportunities for Our Social Transformation, BOOST)	X	X	TMC
Bolivia			
Juancito Pinto	X	X	TMC
Renta dignidad (elderly)	X	X	PNC
Renta Solidaria	X	X	PNC
Bono Juana Azurduy	X	X	Otro
Bono de natalidad	X	X	Otro
Covid-Bono Familia	-	X	COVID-19
Covid-Bono canasta familiar	-	X	COVID-19
Bono Contra el Hambre	-	X	COVID-19
Covid-Bono universal	-	X	COVID-19
Brasil			
Auxilio Emergencial	-	X	COVID-19
Bolsa Familiar	X	-	TMC
Beneficio de Prestação Continuada	X	-	PNC
	<b>2017</b>	<b>2020</b>	<b>Grupo</b>
Chile			
Chile Solidario	X	-	TMC
Ingreso ético familiar y bono escolar	X	X	TMC
Bono protección familiar	X	X	TMC
Bono base familiar	X	X	TMC
Bono control niño sano	X	X	TMC
Bono asistencia escolar	X	X	TMC
Pensión básica solidaria vejez	X	X	PNC
Pensión básica solidaria invalidez	X	X	Otro
Bono para la clase media	-	X	COVID-19
Ingreso Familiar de Emergencia	-	X	COVID-19
Bono Covid Navidad	-	X	COVID-19
Bono de Emergencia COVID-19	-	X	COVID-19

Continúa...

Colombia			
Mis Familias en Acción	X	X	TMC
Jóvenes en Acción	X	X	TMC
Colombia Mayor	X	X	PNC
Desplazados	X	X	Otro
Ayuda Humanitaria	X	X	Otro
Financial compensation subsidised regime	-	X	COVID-19
Covid-Ingreso solidario	-	X	COVID-19
Costa Rica			
Avancemos IMAS	X	X	TMC
Creemos IMAS	X	X	TMC
IMAS support (other)	X	X	Otro
Non-contributory pension	X	X	PNC
Covid-Bono Proteger	-	X	COVID-19
Covid-Local Covid Transfers	-	X	COVID-19
Cuba			
Régimen de Asistencia Social (1979-)	X	X	PNC
Dominica			
Social Cash Transfers Assistance Programme	-	X	COVID-19
República Dominicana			
Solidaridad-Comer Primero	X	X	TMC
Solidaridad-Asistencia Escolar	X	X	TMC
Solidaridad-Estudiante posgrado	X	X	TMC
Bono luz	X	X	Otro
Bono gas	X	X	Otro
Adultos mayores	X	X	PNC
Programa Quédate en Casa	-	X	COVID-19
Ecuador			
Bono desarrollo humano (incluye apoyo a las personas mayores)	X	X	TMC
Bono por discapacidad/Joaquín Gallegos Lara	X	X	Otro
Bono de contingencia	-	X	COVID-19
Covid-Bono protección familiar	-	X	COVID-19
Covid-Bono apoyo nutricional	-	X	COVID-19
El Salvador			
Comunidades solidarias	X	X	TMC
Bono de compensación 300	-	X	COVID-19
Pensión básica universal	X	X	PNC
Haití			
Ti Manman Cheri	X	X	TMC

Continúa...

Transfert en espèces unique	-	X	COVID-19
Honduras			
Bono Vida Mejor	X	-	TMC
Bono Único	-	X	COVID-19
Jamaica			
The COVID Compassionate Grant	-	X	COVID-19
Montserrat			
COVID-19 Social Benefir Support	-	X	COVID-19
Guatemala			
Bono Social (ex Mi Bono Seguro)	X	X	TMC
Programa Bolsa Social (ex Mi Bolsa Segura)	X	X	TMC
Programa VIDA	X	X	TMC
Bono Familia de Q1 mil	-	X	COVID-19
Guyana			
Old age pension	X	-	PNC
COVID-19 Relief Cash Grant	-	X	COVID-19
	<b>2018</b>	<b>2020</b>	<b>Grupo</b>
México			
Prospera, Oportunidades, Progresa	X	-	TMC
Pensión de Adultos Mayores	X	-	PNC
Bienestar Benito Juárez	-	X	TMC
Bienestar de las Pensiones Adultas Mayores	-	X	PNC
Beneficio de la Tarjeta Sin Hambre (PAL)	-	X	Otro
Bienestar por Discapacidad	-	X	Otro
Madres Trabajadoras	-	X	Otro
Construyendo el futuro	-	X	Otro
Seguro de Vida para Jefas de Familia	-	X	Otro
Jóvenes Escribiendo el Futuro	-	X	Otro
Panamá			
Red Oportunidades (SENAPAN)	X	X	TMC
Beca Universal	X	-	TMC
Bonos Familiares para la Compra de Alimentos	X	X	TMC
Subsidio 100 a los 70	X	-	PNC
Bono Solidario del Plan Solidario	-	X	COVID-19
Paraguay			
Tekopora	X	X	TMC
Adulto mayor	X	X	PNC
Covid-Tekopora (transferencia adicional)	-	X	COVID-19
Programa Pytyvõ	-	X	COVID-19
Programa Seguridad Alimentaria Ñangareko	-	X	COVID-19

Continúa...

Perú	2019	2020	
Juntos	X	X	TMC
Pensión 65	X	X	PNC
Bono gas	X	X	COVID-19
Bono yo me quedo en casa	-	X	COVID-19
Bono independiente	-	X	COVID-19
Bono rural	-	X	COVID-19
Bono familiar universal	-	X	COVID-19
Surinam	2017		
Financial child support	X	-	Otro
Financial Assistance/Alivio	X	-	Otro
Finalncial Assistance-Disability Payment	X	-	Otro
Elderly care	-	-	PNC
	<b>2018</b>	<b>2021</b>	<b>Grupo</b>
San Cristóbal y Nieves			
Non-Contributory Assistance Pensión	X	X	PNC
San Vicente y las Granadinas			
Non-contributory Assistance Age Pension	X	X	PNC
Trinidad y Tobago			
Food Support Programme (FSP) (2005-)	X	X	TMC
Uruguay			
Canasta de Emergencia Alimentaria	-	X	COVID-19
Asignaciones familiares-Plan Equidad	X	X	TMC

**Fuente:** elaboración propia con información de la Cepal y de Stampini *et al.* (2021). Adaptable, pero no por diseño: Transferencias monetarias en América Latina y el Caribe antes, durante y después de la pandemia del COVID-19 y el reporte de investigación No. 63 de la UNICEF (Palomo et al., 2022), Social protection and response to COVID-19 in Latin America and the Caribbean: Innovations in registration and payment systems.



## 5. MORTALIDAD EN TIEMPOS DE COVID-19

En los primeros meses de la pandemia, los sistemas de salud fueron los más golpeados debido al rápido aumento de la demanda de atención médica, especialmente en cuidados intensivos. Esto llevó a los gobiernos y las autoridades a evaluar la resiliencia de sus sistemas de seguridad social, en particular de los seguros de salud, y la capacidad de respuesta ante una crisis sanitaria de gran magnitud. Además de los sistemas de salud, la protección social y económica para las personas trabajadoras y las desempleadas se convirtió en una prioridad, ya que millones de personas perdieron sus fuentes de ingreso debido al confinamiento y las restricciones de movilidad. En este capítulo se explorarán los efectos que tuvo la pandemia en la seguridad social y las lecciones que deja para la preparación futura ante situaciones similares.

Desde los primeros días de la pandemia, los sistemas de salud en muchos países enfrentaron un desafío abrumador. La seguridad social, en este contexto, fue crítica para garantizar el acceso a la atención médica de emergencia, las pruebas diagnósticas y, finalmente, las vacunas. Los países que contaban con sistemas de salud pública sólidos, como aquellos en Europa Occidental (especialmente Alemania y Francia), pudieron responder con relativa rapidez y brindar tratamiento a un alto número de pacientes. Sin embargo, en las naciones en las que la cobertura de salud era fragmentada o dependía en gran medida de seguros privados, como en Estados Unidos de América, muchos individuos enfrentaron dificultades para acceder a servicios básicos de atención (Worldometers.info, 2023).

La pandemia por COVID-19 tuvo una evolución a lo largo de cuatro años en la que resaltó la importancia de contar con un sistema de salud inclusivo y accesible para toda la población. Los países con sistemas de salud universal pudieron minimizar las barreras de acceso para el tratamiento de COVID-19, mientras que en otros Estados en los que la protección social no cubría a gran parte de la población se generaron crisis de acceso y aumentó la disparidad en la atención médica. Esta desigualdad fue especialmente evidente en países de América Latina y el Caribe, donde la seguridad social y el acceso a la atención médica son limitados y las comunidades de bajos ingresos enfrentaron mayores tasas de infección y mortalidad (WHO, 2021).

**Tabla 2.** Casos confirmados de COVID-19 por país (2023)

País	Casos confirmados	Defunciones	Letalidad	Tasa de mortalidad por cada 100,000 habitantes
Estados Unidos de América	103,802,702	1,123,836	1.1%	341.11
India	44,690,738	530,779	1.2%	38.46
Francia	39,866,718	166,176	0.4%	254.68
Alemania	38,249,060	168,935	0.4%	203.16
Brasil	37,076,053	699,276	1.9%	328.98
Japón	33,320,438	72,997	0.2%	57.72
Corea del Sur	30,615,522	34,093	0.1%	66.5
Italia	25,603,510	188,322	0.7%	311.47
Reino Unido	24,658,705	220,721	0.9%	325.13
Rusia	22,075,858	388,478	1.8%	266.2
Turquía	17,042,722	101,492	0.6%	120.34
España	13,770,429	119,479	0.9%	255.54
Vietnam	11,526,994	43,186	0.4%	44.37
Australia	11,399,460	19,574	0.2%	76.88
Argentina	10,044,957	130,472	1.3%	288.68
Taiwán	9,970,937	17,672	0.2%	74.2
Países Bajos	8,712,835	23,705	0.3%	138.34

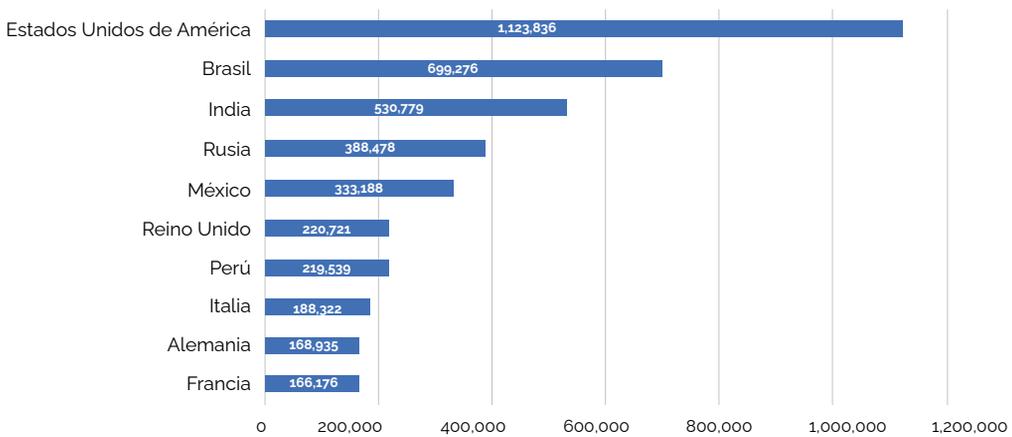
Continúa...

Irán	7,572,311	144,933	1.9%	172.55
México	7,483,444	333,188	4.5%	260.73
Indonesia	6,738,225	160,941	2.4%	58.84
Polonia	6,444,960	119,010	1.8%	314.45
Colombia	6,359,093	142,339	2.2%	279.74
Austria	5,961,143	21,970	0.4%	243.94
Ucrania	5,711,929	119,283	2.1%	272.75
Portugal	5,570,473	26,266	0.5%	257.59

**Fuente:** elaboración propia con información del portal JHU Coronavirus Resource Center.

Estados Unidos, por su parte, alcanzó el mayor número de casos confirmados: casi 104 millones de contagios registrados hasta 2023 (gráfica 2).

**Gráfica 2.** Casos confirmados por COVID-19 en 2023

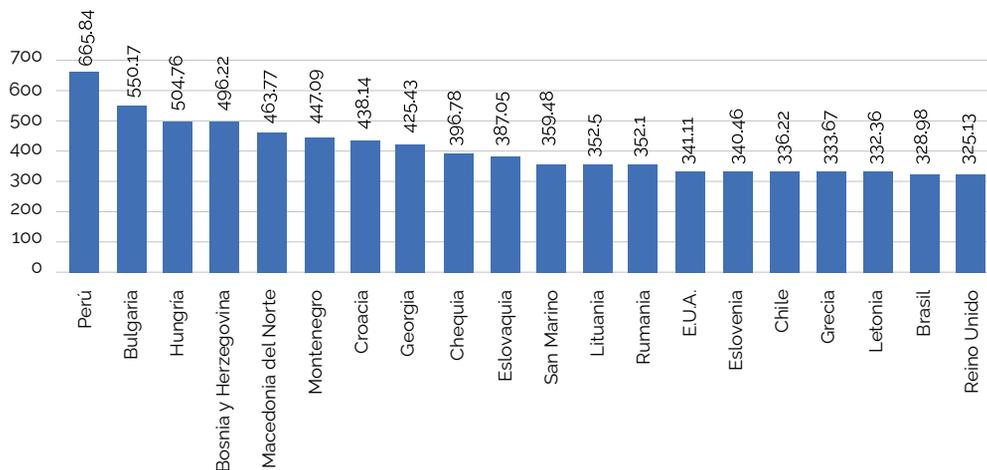


**Fuente:** elaboración propia con información del portal JHU Coronavirus Resource Center.

Factores como la heterogeneidad en las políticas estatales, la reticencia a las medidas preventivas y la amplia circulación de variantes del virus (delta y ómicron) contribuyeron al rápido aumento de casos. La falta de una respuesta coordinada a nivel federal en las primeras etapas de la pandemia y la polarización política sobre el uso de mascarillas y la vacunación complicaron los esfuerzos para controlar la propagación del virus. Además, es importante

mencionar que Perú obtuvo la tasa de mortalidad más alta, con un valor aproximado de 665,04 fallecidos por cada 100,000 habitantes (gráfica 3).

**Gráfica 3.** Tasa de mortalidad por cada 100,000 habitantes por país (2023), 20 países



**Fuente:** elaboración propia con información del portal JHU Coronavirus Resource Center.

### **Mortalidad de la COVID-19: Determinantes sociales, desigualdades e inequidades regionales**

La tasa de mortalidad por COVID-19 varió considerablemente entre países, influenciada por factores como la capacidad del sistema de salud, las comorbilidades prevalentes, las características demográficas y las intervenciones sanitarias. Algunos países enfrentaron una alta mortalidad debido a la saturación hospitalaria y a la falta de recursos médicos (Woolf et al., 2021).

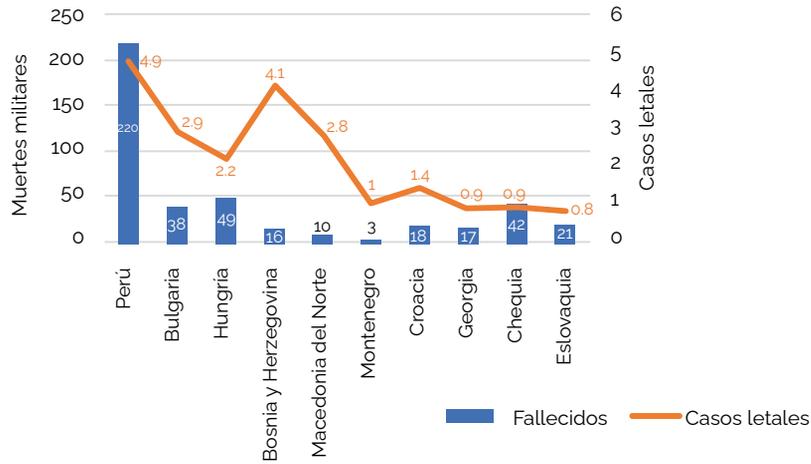
Agreguemos a esto los determinantes sociales individuales y los factores de riesgo, además de los antecedentes patológicos, como enfermedades cardiometabólicas (hipertensión arterial, diabetes, síndrome metabólico), enfermedades del hígado, cáncer y el sistema inmune comprometido (Wachtler et al, 2020).

Hoy podemos asociar el hábito tabáquico y la obesidad como posibles factores de riesgo presentes en grupos en situación de vulnerabilidad socioeconómica (Vardavas & Nikitara, 2020; Sattar, McInnes & McMurray, 2020).

Estados Unidos de América ha presentado el mayor número de personas fallecidas a causa de COVID-19, esto podría ser debido a la combinación de factores como la falta de cobertura universal de salud, la elevada prevalencia de enfermedades crónicas, como obesidad y diabetes, y las disparidades raciales y socioeconómicas. Los grupos más afectados fueron las comunidades afroamericanas, latinas e indígenas, quienes enfrentaron mayores tasas de mortalidad por la falta de acceso a la atención médica y a causa de condiciones de vida más vulnerables (Johns Hopkins University & Medicine, 2023).

A pesar de esto, al analizar la información, Perú ha tenido la tasa de mortalidad más alta del mundo (gráfica 4), esto debido a factores contribuyentes y determinantes como la fragilidad del sistema de salud, la falta de acceso a oxígeno medicinal y una alta prevalencia de comorbilidades. Durante los picos de la pandemia, el sistema sanitario se vio completamente desbordado y muchas personas murieron sin recibir atención médica adecuada (Johns Hopkins University & Medicine, 2023).

**Gráfica 4.** Tasa de letalidad de la COVID-19 por país (10 primeros) en 2023



**Fuente:** elaboración propia con información de la sección de tasas de mortalidad del portal JHU Coronavirus Resource Center.

Los países que adoptaron medidas de contención tempranas, como cierres de fronteras y cuarentenas estrictas, lograron reducir significativamente los niveles de contagio y mortalidad. Por ejemplo, Nueva Zelanda y Australia, al implementar confinamientos estrictos y pruebas masivas desde los primeros casos, lograron mitigar los efectos del virus. Por el contrario, Brasil y Estados Unidos, con respuestas menos coordinadas y fragmentadas, enfrentaron mayores desafíos para controlar la propagación de COVID-19 (Our World in Data, 2023).

En el caso de los sistemas de salud, la infraestructura sanitaria fue un factor crítico en la tasa de mortalidad. Países con sistemas de salud pública bien organizados, como Alemania y Corea del Sur, lograron manejar eficazmente los picos de contagio, además de que ofrecieron atención adecuada a los pacientes críticos, con lo cual redujeron las muertes. En contraste, los países con sistemas de salud más débiles, como India y Perú, experimentaron altas tasas de mortalidad debido a la falta de recursos, como camas de UCI y ventiladores (WHO, 2021).

Uno de los principales hitos que modificó la tendencia de la mortalidad por COVID-19, sin lugar a duda, fue la introducción de las vacunas contra el virus en 2021, pues marcó un punto de inflexión crucial en la lucha contra la pandemia. Los países que desplegaron programas de vacunación temprana y eficiente, como Israel, Reino Unido y Chile, lograron reducir significativamente tanto la mortalidad como la gravedad de los casos. La vacunación masiva redujo la carga sobre los sistemas hospitalarios, disminuyó las tasas de hospitalización y evitó una cantidad significativa de muertes (Worldometers.info, 2023).

Las diferencias en las tasas de mortalidad y contagio también fueron influenciadas por factores socioeconómicos y demográficos: los países con alta densidad poblacional, como India y Brasil, enfrentaron desafíos adicionales para implementar medidas de distanciamiento social efectivas. La pobreza, el hacinamiento y el acceso limitado a servicios de salud adecuados amplificaron la propagación del virus y aumentaron las tasas de mortalidad (Worldometers.info, 2023).

La variabilidad de la mortalidad y los contagios de COVID-19 entre diferentes países nos revela un retrato claro de las desigualdades existentes en términos de salud, gobernanza y preparación para emergencias. Aunque todos los países enfrentaron desafíos significativos, aquellos con sistemas de salud sólidos, respuestas políticas coherentes y una rápida implementación de la vacunación lograron mitigar los peores impactos del virus. La pandemia ha puesto de manifiesto la necesidad urgente de reformas globales en el sistema de salud y un enfoque más equitativo en la distribución de recursos para garantizar que, en futuras crisis, todas las naciones tengan la oportunidad de proteger eficazmente a sus poblaciones (Woolf et al., 2021).



## 6. DISCUSIÓN COMPARANDO OTRAS REGIONES (EUROPA DEL NORTE, ÁFRICA SUBSAHARIANA, EUROPA DEL ESTE, E. U. A., CANADÁ, CHINA)

Si bien algunas de las respuestas que tomaron los países de América Latina y el Caribe fueron reflejo de las acciones que se implementaron en los países de Europa, es importante resaltar qué medidas se aplicaron en el resto del mundo.

Tenemos como primer objetivo analizar a África. Su primera respuesta fue de choque vertical, en la que hubo principalmente un aumento de las prestaciones en la modalidad de transferencias en efectivo. La ampliación vertical de los programas de protección social es una función administrativa sencilla —se autoriza a las personas beneficiarias la recepción de prestaciones adicionales durante un periodo de tiempo determinado— y, por este motivo, fue una acción popular en toda África. Muchos gobiernos, entre ellos Argelia, Angola, Camerún, Costa de Marfil, Egipto, Gambia, Lesoto, Liberia, Mozambique, Nigeria, Sudán y Túnez, aumentaron las transferencias de efectivo pagadas a los hogares pobres y vulnerables mientras persistió el confinamiento. En Sudáfrica, se incrementaron durante seis meses los pagos de varias ayudas sociales, lo que benefició directamente a un tercio de la población. En Camerún y Zanzíbar, los pagos de las pensiones sociales aumentaron un 20%. En Malawi, las prestaciones del Programa de Transferencia Social de Efectivo se “aceleraron”, con un pago único de cuatro meses entregado en abril (Devereux, 2021).

Por otro lado, tenemos una respuesta de choque horizontal, es decir, la ampliación de la cobertura de las transferencias en efectivo hacia nuevas personas

beneficiarias. En general, la expansión horizontal de los programas existentes es más complicada que la vertical ya que las nuevas personas beneficiarias tienen que solicitarlos o ser identificadas, examinadas y registradas, lo que siempre es un proceso difícil, pero aún más en las condiciones impuestas por la COVID-19. En Etiopía, los esfuerzos por registrar a más hogares en el Programa de Red de Seguridad Productiva en 2020 se vieron comprometidos porque el programa basaba su selección en la comunidad, y las restricciones sanitarias prohibían las reuniones comunitarias. No obstante, en toda África, la cobertura de los programas de transferencia de efectivo en curso se amplió para incluir a nuevas familias vulnerables (Cabo Verde, Egipto, Kenia, Lesoto, Malawi, Ruanda, Sudán del Sur y Togo). En Nigeria, más de un millón de hogares se inscribieron en el Proyecto Nacional de Redes de Seguridad Social y pasaron a tener derecho a la asistencia social ordinaria y a la ayuda de emergencia por COVID-19. En Marruecos, los hogares pobres que no se beneficiaban del sistema nacional de seguro de enfermedad podían inscribirse en línea y solicitar ayuda en efectivo al Estado. Sierra Leona puso en marcha una ampliación vertical y horizontal del programa Ep Fet Po, con lo cual duplicó las prestaciones mensuales y añadió a 70,000 hogares para que recibieran transferencias monetarias de la red de seguridad social COVID-19, ambas durante nueve meses (Devereux, 2021).

Otros países también buscaron implementar nuevos programas de transferencia de efectivo. En 2020, se entregaron subvenciones temporales para apoyar los ingresos de millones de hogares africanos. A menudo, las personas beneficiarias pertenecían a grupos vulnerables convencionales anteriores a la pandemia, lo que refleja el supuesto de que se enfrentaban a vulnerabilidades "intensificadas por la COVID": familias pobres (Argelia, Benín, Congo, Guinea, Madagascar, Malawi, Malí, Níger, Sudáfrica, Zambia, Zimbabue), personas mayores (Cabo Verde, Mauritania), personas con discapacidad (Mauritania, Túnez), personas sin hogar (Túnez), hogares encabezados por mujeres (Mauritania).

Otros programas nuevos se dirigieron a las trabajadoras y los trabajadores que se enfrentaban a vulnerabilidades “específicas de COVID”, especialmente a quienes trabajaban en modalidad informal con bajos ingresos (Cabo Verde, Mauricio, Marruecos, Sierra Leona, Togo). En ocasiones, se prestó especial atención a algunos medios de vida específicos, como el de las personas que vendían frutas y verduras de manera informal (Burkina Faso) o el de quienes se dedicaban a los mercados informales de ganado (Somalia) (Devereux, 2021).

Muchos gobiernos optaron por otro camino, el de proteger la seguridad alimentaria de los hogares mediante la entrega de víveres en lugar de dinero en efectivo, a menudo con el apoyo de organismos como el Programa Mundial de Alimentos. Los víveres fueron muy populares en África Occidental (Burkina Faso, Cabo Verde, Chad, Gabón, Ghana, Guinea-Bissau, Liberia, Malí, Níger, Nigeria, Senegal y Sierra Leona), África Oriental (Yibuti, Kenia, Madagascar, Ruanda, Sudán y Uganda) y África Meridional (Botsuana, Eswatini, Mauricio y Sudáfrica). Los gobiernos de Botsuana, Ruanda y Uganda repartieron alimentos de casa en casa en las zonas urbanas. En Ruanda, se entregaba arroz, judías y harina cada tres días. Sin embargo, los víveres distribuidos en Uganda eran pequeños y de baja calidad (Devereux, 2021).

Si observamos a los países del continente asiático, muchos de la región canalizaron recursos fiscales adicionales a sus sistemas de salud a través de paquetes de estímulo relacionados con la COVID-19. En China (Ke & Zhang, 2020) y la República de Corea, los respectivos gobiernos centrales se comprometieron a asumir cualquier costo no cubierto por el seguro médico para garantizar pruebas y tratamiento médico gratuitos para la totalidad de las y los pacientes y los casos sospechosos de COVID-19. El gobierno de Indonesia cubrió todo el tratamiento médico relacionado con este virus mediante ingresos generales y el gobierno de Singapur pagó la totalidad de las facturas

hospitalarias de las y los pacientes reales y sospechosos de COVID-19 (International Social Security Association, 2022).

En junio de 2021, en respuesta a la COVID-19, Malasia anunció un paquete de ayuda económica que incluía transferencias directas de efectivo a la ciudadanía, asistencia a las pequeñas y medianas empresas y gasto adicional en atención médica. El paquete destinó un importante gasto fiscal directo a la ayuda en efectivo, a la asistencia por desempleo y a los subsidios salariales (Das, 2021). En Pakistán, una de las medidas iniciales fue ampliar su institución nacional de red de seguridad, el Programa Benazir de Apoyo a los Ingresos, para brindar ayuda adicional a sus 4.5 millones de mujeres beneficiarias. El gobierno también amplió su plan emblemático de transferencias de efectivo, Ehsaas Kafalat, para incluir a 7.5 millones de familias adicionales afectadas por la crisis, con lo que aumentó un 85% el presupuesto anual del programa dedicado a transferencias de efectivo (Khan & Jamy, 2020).

Si hablamos exclusivamente de los planes de transferencias monetarias, tenemos el ejemplo de Australia, que amplió el acceso a los pagos del apoyo a los ingresos para las cuidadoras y los cuidadores de personas infectadas por el virus. Se hizo un pago único de AUD 750 a las personas beneficiarias de la seguridad social, a las veteranas y los veteranos, a quienes recibían apoyo para los ingresos y a personas elegibles, lo que benefició a alrededor de 6.5 millones de ciudadanas y ciudadanos de bajos ingresos (Borys, 2020).

En marzo de 2020, el gobierno de Japón comenzó a subsidiar a las empresas, hasta el 31 de marzo de 2021, para cubrir los costos de las licencias remuneradas de las personas trabajadoras que debían cuidar a sus descendientes debido al cierre de las escuelas por la pandemia. El subsidio diario máximo por persona se fijó inicialmente en JPY 8,330 y se incrementó a JPY 15,000

el 1 de abril de 2020 (Anshin Immigration & Social Security, 2020; Organisation for Economic Cooperation and Development, 2020).

Por último, en marzo de 2020, el gobierno de Tailandia anunció un programa de transferencia de efectivo de THB 5,000 durante tres meses, que se pagaría a 9 millones de personas trabajadoras informales, a las que no cubría el Fondo de Seguridad Social (Gentilini et al., 2020).

Como podemos observar, tanto en África como en Asia hubo fuertes extensiones en sus programas de seguridad: ambos continentes buscaron cubrir al mayor porcentaje posible de su población con al menos una estrategia de transferencia de efectivo o de alimentos para garantizar la supervivencia de las familias durante la pandemia por COVID-19.

Ahora analizaremos qué pasó con los países desarrollados de nuestro continente. Canadá y Estados Unidos suelen agruparse como regímenes liberales del estado del bienestar, con niveles de gasto social muy similares. Sin embargo, como reveló la contingencia, las dos naciones adoptaron enfoques muy divergentes en la formulación de políticas sociales durante esta emergencia de salud pública masiva.

En Canadá, a nivel federal, la austeridad era poco probable mientras los liberales estuvieran en el poder. Sin embargo, dado que tenían un gobierno de minoría, las elecciones federales pudieron haberse celebrado más pronto que tarde (es decir, siempre y cuando los liberales hubieran perdido la confianza del Parlamento). Si el resultado de esas elecciones hubiera dado un gobierno de mayoría conservadora, la austeridad habría pasado al orden del día. En cuanto a la situación en las provincias y territorios, era muy variable de una jurisdicción a otra, en función de las realidades fiscales, pero también de las configuraciones partidistas. El hecho de que los partidos conservadores estuvieran en el

poder en la mayoría de las provincias hizo que la austeridad fuera más probable a nivel subnacional que a nivel federal, al menos en ese momento.

En Estados Unidos, la respuesta a la pandemia se vio rápidamente envuelta en el partidismo y la política debido a las elecciones (Béland et al., 2020). Esto se reflejó en las medidas de salud pública que tomaron los distintos estados, en tanto que el presidente Trump alentaba una reapertura de la economía, con lo que aparentó estar más preocupado por sus posibilidades de reelección que por la emergencia sanitaria. Mientras su país aún se encontraba en medio de la pandemia, la administración de Trump redobló su apoyo a la impugnación legal de la Ley de Asistencia Sanitaria Asequible, que, de prosperar, probablemente hubiera conducido a la pérdida del seguro médico para más de 20 millones de estadounidenses.

La situación de la salud pública y la política social tanto en Canadá como en Estados Unidos sigue siendo cambiante, y es demasiado pronto para saber si la pandemia generó cambios sustanciales en la arquitectura de la política social de ambos países. Sin embargo, ya está bastante claro que las instituciones y los legados políticos preexistentes, así como las diferencias de los partidos en el nivel de consenso sobre la pandemia han creado una división apreciable y significativa en las respuestas que establecieron las dos naciones ante esta crisis sin precedentes. En los E. U. A, la falta de cobertura sanitaria universal creó barreras para acceder a la atención sanitaria, mientras que la oposición política al liderazgo científico probablemente minó la respuesta a la crisis (Béland et al., 2020).

A diferencia de estos dos países, los Estados de Europa Central y Oriental ya disponían de sistemas de protección social que proporcionaban prestaciones completas en caso de algún riesgo principal al ciclo de vida. La existencia de disposiciones legales y de una estructura institucional en materia de seguridad social no garantiza que el sistema proporcione prestaciones adecuadas

de forma sostenible; sin embargo, los sistemas existentes permitieron a los gobiernos dar respuestas oportunas y flexibles a las personas trabajadoras y a las familias afectadas por la crisis de COVID-19 sin necesidad de adoptar nuevas leyes ni reglamentos. Esta ventaja puede entenderse si se compara, por ejemplo, con muchos países latinoamericanos que se enfrentaron a enormes retos cuando introdujeron nuevos programas de transferencia de efectivo para los hogares pobres afectados por la pandemia.

Casi todos los países analizados de esta región, que fueron Albania, Bosnia, Montenegro, Macedonia, Serbia y Ucrania, ratificaron el Convenio n° 102 de la OIT, sobre normas mínimas de aseguramiento social (excepto Moldavia), lo que les permitió proteger a su población al comienzo de esta crisis (International Labour Organization [ILO], 2021). De hecho, según la información que recolectó la OIT, 14 países de la membresía de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS) también ratificaron este convenio (Argentina, Barbados, Bolivia, Brasil, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Honduras, México, Paraguay, Perú, República Dominicana, San Vicente y las Granadinas, y Uruguay); sin embargo, los resultados de ambos continentes fueron muy diferentes, al menos al inicio de la pandemia (ILO, 2023).

Todos los países aplicaron medidas de aumento de las prestaciones legales (subsídios de desempleo, prestaciones por enfermedad, asistencia social y pensiones) y de pago de complementos temporales o puntuales al menos para grupos específicos. Este hecho sugiere que las naciones reconocen que estos niveles de prestaciones son inadecuados y que solo se pagan durante un horizonte temporal limitado.

Los estados de bienestar nórdicos son conocidos por su enfoque universalista del bienestar y por tener una larga tradición de una política activa del mercado laboral como herramienta ante las crisis económicas con impacto

adverso en el empleo. Tienen, asimismo, una larga tradición de enfoques fuertemente igualitarios y sus residentes figuran sistemáticamente entre los más felices del mundo. Una cuestión clave es saber si una crisis como la que causó el brote de COVID-19 ha cambiado estos modelos de bienestar nórdicos. La conclusión provisional es que, hasta ahora, la crisis reforzó sus características clave, pues el Estado asumió un sólido papel central no solo en el funcionamiento del mercado, sino también al permitir la continuación, independientemente de la trayectoria, de prestaciones universales y relativamente generosas, como las destinadas a quienes se quedaron sin empleo o vieron reducidos sus ingresos a causa de la crisis. Los estados de bienestar nórdicos han aumentado su cobertura al agregar a nuevos segmentos de la sociedad y, por ende, han ampliado su papel. Esto se observa especialmente en los intentos por cubrir los riesgos de las personas autónomas, como las propietarias de pequeñas tiendas, de quienes ejercen la peluquería y de quienes trabajan por cuenta propia (Greve et al., 2020).

En todo el mundo, los gobiernos destinaron financiamientos adicionales para ejecutar las medidas contra la COVID-19 y acumularon pasivos contingentes en forma de inyección de capital y préstamos, así como diversas garantías a empresas u otros agentes; sin embargo, las escalas de las intervenciones fiscales difieren según el país. Las medidas fiscales de las siete naciones analizadas tuvieron, en general, un nivel inferior que las de los países de renta alta de Europa Occidental o de los nuevos Estados miembros de la Unión Europea de las regiones central y oriental. Se centraron en el gasto adicional directo dirigido a las empresas y a los hogares, pero Moldavia, Serbia y Ucrania destinaron una parte relativamente importante de sus recursos a los sistemas de asistencia sanitaria, que carecían de financiación suficiente. Según estimaciones de la OIT, el valor de los estímulos fiscales durante los tres primeros trimestres de 2020 fue equivalente al 23% de las horas de trabajo perdidas en el caso de Europa Meridional y al 54% en el de Europa Oriental (ILO, 2021).



## 7. CONCLUSIONES

Los sistemas de seguridad social deben garantizar a toda la población eficazmente el acceso a la atención sanitaria y la seguridad de los ingresos. Al mismo tiempo, estos sistemas deben ser provistos de los recursos suficientes para poder prestar los servicios sanitarios necesarios. En cuanto a la seguridad de los ingresos, deben garantizarla en todas las situaciones de pérdida de estos, incluida la reducción involuntaria de la jornada laboral, el desempleo, la enfermedad (también la cuarentena) y el aumento de las responsabilidades familiares, pues este tipo de seguridad no solo debe prevenir la pobreza, sino también reemplazar la pérdida de ingresos en una proporción adecuada y aceptable (sujeta a un cierto máximo) (ILO, 2021).

Mostramos que todos los países se enfrentaron a retos comunes durante la pandemia, incluidas las dificultades para ampliar la capacidad de pruebas, aplicar medidas de contención oportunas y adecuadas en medio de mucha incertidumbre, superar la escasez de personal sanitario y de asistencia social, y adquirir equipos de protección personal y otras tecnologías médicas. Las respuestas de las naciones para abordar estos problemas fueron similares en muchos aspectos, pero disímiles en otros, lo que refleja las diferencias en la organización y financiación de los sistemas sanitarios, el liderazgo político y las estructuras de gobierno. Nuestras conclusiones ponen de relieve la importancia de que las expertas y los expertos sanitarios así como las y los dirigentes políticos transmitan mensajes coherentes y se pongan de acuerdo para aumentar el nivel de cumplimiento de las medidas de salud pública; al igual que la necesidad de invertir en infraestructuras sanitarias y en la formación y retención del personal sanitario nacional adecuado. El aprovechamiento de las

innovaciones en materia de prestaciones de asistencia observadas durante la pandemia, incluido un mayor uso de la tecnología digital, también puede contribuir al desarrollo de sistemas sanitarios más resistentes a largo plazo (Unruh et al., 2021).

Todos los países introdujeron soluciones novedosas para intentar superar estos problemas, como un mayor uso de las tecnologías sanitarias digitales, así que será importante evaluar cuán eficaces son al momento de ayudar a los países a prepararse para futuras crisis epidemiológicas. Las experiencias también revelan que una alineación fuerte y coherente entre la salud pública, el sistema sanitario, el liderazgo y los mensajes políticos será clave para garantizar el cumplimiento de cualquier medida futura de salud pública. Además, la cobertura universal es importante para reducir las necesidades de atención no satisfechas y las desigualdades sanitarias entre los grupos vulnerables de la población, las cuales hicieron que algunos de estos corrieran más riesgo de contraer COVID-19 en comparación con otros segmentos. A largo plazo, la inversión en infraestructuras físicas del sector sanitario y la formación y retención de personal de salud nacional adecuado serán fundamentales para crear sistemas sanitarios resistentes tanto en los países estudiados como en otras naciones (Unruth, 2021).

En general, los Estados más ricos con regímenes de protección social de larga duración tuvieron una buena solidez para aplicar ampliaciones a sus programas existentes, introducir nuevos regímenes de asistencia social y movilizar ayuda humanitaria utilizando los recursos fiscales del gobierno y mediante préstamos. La experiencia de África confirmó que las intervenciones más sencillas y eficaces eran las ampliaciones verticales: transferir más dinero en efectivo a las personas beneficiarias ya inscritas en los programas de protección social empleando los mecanismos de pago existentes. Por el contrario, la puesta en marcha de nuevos programas era más lenta —en un momento en que

era esencial una respuesta rápida— y susceptible de corrupción y de fallas, como los errores de selección de la población beneficiaria. En los países de renta baja con regímenes de protección social menos completos y fuertemente financiados por las y los donantes, los socios para el desarrollo fueron quienes evaluaron el impacto de la COVID-19, presupuestaron las necesidades y movilizaron recursos internacionales para ayudar al gobierno en sus esfuerzos por incrementar el número de personas beneficiarias de los programas que respondieron a las dificultades causadas por la COVID-19. (Devereux, 2021).

Las medidas de estímulo y de seguridad social ejercieron una presión considerable sobre los presupuestos públicos y afectaron la sostenibilidad a largo plazo de los sistemas de seguridad en este rubro, en particular de los ya frágiles sistemas de pensiones. Aunque ahora es absolutamente indispensable mantener una política fiscal flexible y de apoyo, los gobiernos se enfrentarán, a su debido tiempo, a la cuestión de cómo contener el déficit fiscal y mantener la deuda pública bajo control. En este contexto, el reto clave del gobierno será asegurar el espacio fiscal para conservar y mejorar los sistemas de protección social durante las crisis, las fases de recuperación y más allá (ILO, 2021).

La seguridad social contribuye positivamente a la reducción de la pobreza y la desigualdad al proporcionar una red de seguridad para las personas más vulnerables. En tanto garantice el acceso a servicios básicos como la atención médica y las pensiones, protegerá a las personas de caer en la indigencia y contribuirá a una distribución más equitativa de los ingresos (ISSA, 2016), además de reducir la mortalidad e incrementar la esperanza de vida; con esto logrará una fuerza laboral más saludable y productiva (ILO, 2007).



## REFERENCIAS

- Abdoul-Azize, H. T. (2021). Social Protection as a Key Tool in Crisis Management: Learnt Lessons from the COVID-19 Pandemic. *Global Social Welfare: Research, Policy & Practice*, 8, 107-116.
- Agrén, D. (2020). Understanding Mexican health worker COVID-19 deaths. *The Lancet*, 396, 807.
- Agustí, F. (2020). *Cities on the Frontline: Managing the coronavirus crisis* (Cidob report #5, 2020). Cidob.
- Amarante, V. (2022). *Fortalecimiento de los sistemas de protección social de la región: Aprendizajes a partir de la pandemia de COVID-19* (Documentos de proyectos). Cepal.
- Amarante, V., & Scalese, F. (2022). *La respuesta fiscal frente al COVID-19 en Uruguay* (Documentos de trabajo, DT 17/2022). Instituto de Economía; Facultad de Ciencias Económicas y de Administración; Universidad de la República Uruguay.
- Anshin Immigration & Social Security (2020). Employment Adjustment Subsidy: Qualifications relaxed to support business impacted from the novel Coronavirus infection. <https://en.an-japan.com/2020/02/27/emp-subsidy/>.

- Arabi, Y., Myatra, S., & Lobo, S. (2022). Surging ICU during COVID-19 pandemic: an overview. *Current Opinion in Critical Care*, 28(6), 638-644.
- Bango, J., & Salvador, S. (2020). *Transferencias monetarias e igualdad de género: cómo mejorar su efectividad para enfrentar la crisis del COVID-19* (Brief v 1.1 15.05.2020). ONU Mujeres.
- Basile, G., & Rivera, M. (comps.) (2022). *Epidemiología crítica del SARS-COV-2 en América Latina y El Caribe: Determinación, dependencia y descoordinación regional*. Clacso; Flacso.
- Bastagli, F., & Lowe, C. (2021). *Social protection response to Covid-19 and beyond: emerging evidence and learning for future crises* (Working paper 614). ODI. <https://odi.org/en/publications/social-protection-response-to-covid-19-and-beyond-emerging-evidence-and-learning-for-future-crises/>.
- Béland, D., Dinan, S., Rocco, P., & Waddan, A. (2020). Social policy responses to COVID-19 in Canada and the United States: Explaining policy variations between two liberal welfare state regimes. *Social & Policy Administration. An International Journal of Policy and Research*, 55(2), 280-294.
- Berner, H. & Van Hemelryck, T. (2021). *Social information systems and registries of recipients of non-contributory social protection in Latin America in response to COVID-19* (Project Documents, LC/TS.2021/56). ECLAC.

- Bertranou, F. (2021). El futuro de la seguridad social en la pospandemia: retrocesos, continuidades y oportunidades en una región persistentemente desigual. *Revista de la Facultad de Derecho*, 52(esp03), 1-25.
- Borys, S. (2020). Another coronavirus Economic Support Payment is on the way – will you have an extra \$750 in your account soon?. *ABC News*. <https://www.abc.net.au/news/2020-07-13/coronavirus-economic-support-payment-round-two-explained/12447358>.
- Cid, C., & Marinho, M. (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* (Documentos de Proyectos). Cepal; Cooperación Alemana.
- Casalí, P., Cetrángolo, O. & Pino, A. (2020). *Panorama Laboral en tiempos de la COVID-19. Protección social en América Latina y el Caribe en tiempos de pandemia* (Nota técnica regional). International Labour Organization.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe [Cepal] (2009). *La seguridad social en América Latina y el Caribe. Una propuesta metodológica para su medición y aplicación a los casos de Argentina, Chile y Colombia* (Documento de proyecto). Cepal.
- Cepal (2020). *Panorama Social en América Latina*.
- Cepal (2022). *Los censos de población y vivienda de la ronda de 2020 en América Latina y el Caribe en el contexto de la pandemia: panorama regional y desafíos urgentes*.

- Chou, R., & Dana, T. M. (2023). Major Update: Masks for Prevention of SARS-CoV-2 in Health Care and Community Settings-Final Update of a Living, *Rapid Review. Medicine Intern*, 176(6), 827-835.
- Colegio Médico del Perú (2020). El Perú ocupa el tercer lugar en ranking de médicos fallecidos en América Latina a causa del COVID-19. Colegio Médico del Perú. <https://www.cmp.org.pe/el-peru-ocupa-el-tercer-lugar-en-ranking-de-medicos-fallecidos-en-america-latina-a-causa-del-covid-19/>.
- Copeland, C. (2020). Inflatable hospital installed in Hidalgo before anticipated outbreak. *México News Daily*. <https://mexiconewsdaily.com/news/inflatable-hospital-installed-in-hidalgo/>
- Damon, J. (2016) *El impacto socioeconómico de la Seguridad Social* (Reporte de investigación). Asociación Internacional de la Seguridad Social (ISSA). [https://www.issa.int/sites/default/files/documents/publications/3-ISSA\\_SEISS-206480.pdf](https://www.issa.int/sites/default/files/documents/publications/3-ISSA_SEISS-206480.pdf)
- Das, D. (2021). Malaysian government unveils \$36bn COVID 19 aid package. <https://capital.com/malaysian-government-unveils-36bn-covid-19-aid-package>
- De La Guardia Gutiérrez, M. A., & Ruvalcaba, L. J. C. (2020). La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. *Journal of Negative and No Positive Results*, 5(1), 81-90.
- Devereux, S. (2021). Social protection responses to COVID-19 in Africa. *Global Social Policy*, 21(3), 421-447.

- Galitzin, Z. (2023). The Effects of the Covid-19 Pandemic on the Fiscal Health of Social Security's Retirement Fund. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/374733775\\_Effects\\_of\\_the\\_Covid-19\\_Pandemic\\_on\\_the\\_Fiscal\\_Health\\_of\\_Social\\_Security%27s\\_Retirement\\_Fund](https://www.researchgate.net/publication/374733775_Effects_of_the_Covid-19_Pandemic_on_the_Fiscal_Health_of_Social_Security%27s_Retirement_Fund).
- Gentilini, U. (2020). Social Protection and Jobs Responses to COVID-19: A Real-Time Review of Country Measures. World Bank.
- Gentilini, U., Almenfi, M., Iyengar, H. T. M. M., Okamura, Y., Downes, J. A., Dale, P., Weber, M., Newhouse, D., Rodriguez Alas, C., Kamran, M., Mujica, I. V., Fontenez, M. B., Ezzat, M., Asieduah, S., Mahboobani Martinez, V. R., Reyes Hartley, G. J., Demarco, G., Abels, M., Zafar, U., Urteaga, E. R., Valleriani, G., Muhindo, J. V., & Aziz, S. (2020). Social protection and jobs responses to COVID-19: A real-time review of country measures. Disponible en: <https://documents1.worldbank.org/curated/en/110221643895832724/pdf/Social-Protection-and-Jobs-Responses-to-COVID-19-A-Real-Time-Review-of-Country-Measures.pdf>.
- Gerdel, A. (2021). La respuesta del Gobierno de Venezuela a la pandemia de Covid-19. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/358458491\\_La\\_respuesta\\_del\\_Gobierno\\_de\\_Venezuela\\_a\\_la\\_pandemia\\_de\\_Covid-19](https://www.researchgate.net/publication/358458491_La_respuesta_del_Gobierno_de_Venezuela_a_la_pandemia_de_Covid-19).
- Gil, R. B. (2021). Cuadro clínico del COVID-19. Revista Médica Las Condes, 32(1), 20-29.
- Gobierno de la República de El Salvador (2020). Corte de Cuentas de la República de El Salvador. República de El Salvador.

- Greer, S., Jarman, H., Falkenbach, M., Massard, E., Raj, M., & King, E. (2021). Social policy as an integral component of pandemic response: Learning from COVID-19 in Brazil, Germany, India and the United States. *Global Public Health*, 19(8-9), 1209-1222.
- Greve, B., Blomquist, P., Hvinden, B., & Van Gerven, M. (2020). Nordic welfare states—still standing or changed by the COVID-19 crisis? *Social & Policy Administration*, 55(2), 295–311.
- Gristina G. R., & P Piccinni, M. (2021). COVID-19 pandemic in ICU. Limited resources for many patients: approaches and criteria for triaging. *Minerva Anestesiologica*, 87(12), 1367-1379.
- Guerrero-Torres, L., Caro-Vega, Y., Crabtree-Ramírez, B., & Sierra-Madero, J. G. (2021). Clinical Characteristics and Mortality of Health-Care Workers With Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) Infection in Mexico City. *Clinical infectious diseases: an official publication of the Infectious Diseases Society of America*, 73(1) e199-e205.
- International Labour Organization (2016). Conclusiones relativas a la promoción de empresas sostenibles, Conferencia Internacional del Trabajo. 96.ª reunión, Ginebra, 2007, párrafo 11, 16).
- Heidary, SM, Sorouri, S., Naseri, M., Malakoti, N., Movahedinia, S. & Shakeri, F. (2023). Una descripción general de la evidencia existente sobre intervenciones no farmacológicas contra la transmisión de COVID-19. *Boletín de Educación Médica*, 4(1), 627-646. doi: 10.22034/meb.2023.385427.1071.

- Hosseinpoor, A. R., Nambiar, D., Kirkby, K., Ruano, A. L., & McFeeley, S. (2022). The many revelations of and about inequality data in the context of COVID-19: introducing a special issue on COVID-19 and inequality. *International Journal for Equity in Health*, 21(Suppl 3), 194.
- International Labour Organization (2021). Assessment of the Social Security Responses to COVID-19: Lessons from the Western Balkans. International Labour Organization.
- International Labour Organization (2023). C102 - Social Security (Minimum Standards) Convention, 1952 (No. 102). Disponible en: <https://www.refworld.org/docid/5c77a1bc7.html>.
- International Labour Organization (2023). Ratificación del C102 - Convenio sobre la seguridad social (norma mínima), 1952 (núm. 102). Disponible en: [https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEX-PUB:11300:0::NO::P11300\\_INSTRUMENT\\_ID:312247](https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEX-PUB:11300:0::NO::P11300_INSTRUMENT_ID:312247).
- International Social Security Association (2022). Social security responses to the COVID-19 pandemic – Asia and the Pacific. Disponible en: <https://ww1.issa.int/analysis/social-security-responses-covid-19-pandemic-asia-and-pacific>.
- Johns Hopkins University & Medicine (2023). *COVID-19 Dashboard by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE)*. Recuperado el 6 de noviembre del 2024 de <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>.

- Kantarcioglu, B., Iqbal, O., Lewis, J., Carter, C. A., Singh, M., Lievano, F., Ligocki, M., Jeske, W., Adiguzel, C., Gerotziapas, G. T., & Fareed, J. (2022). An Update on the Status of Vaccine Development for SARS-CoV-2 Including Variants. Practical Considerations for COVID-19 Special Populations. *Clinical and applied thrombosis/hemostasis*, 28.
- Ke, M., & Zhang, Y. (2020). How China pays for its COVID-19 medical bills. Disponible en: <https://www.weforum.org/agenda/2020/12/how-china-pays-for-its-covid-19-medical-bills/>
- Khan, A., & Jamy, G. (2020). COVID 19 G2P cash-transfer payments – Country Brief: Pakistan. Disponible en: <https://thedocs.worldbank.org/en/doc/760541593464535534-0090022020/original/WorldBank-G2PxCOVID19PakistanBrief.pdf>.
- Kratzel, A., Todt, D., V'kovski, P., Steiner, S., Gultom, M., Thao, T. T. N., Ebert, N., Holwerda, M., Steinmann, J., Niemeyer, D., Dijkman, R., Kampf, G., Drosten, C., Steinmann, E., Thiel, V., & Pfaender, S. (2020). Inactivation of severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 by WHO-recommended hand rub formulations and alcohols. *Emerging infectious diseases* 26(7):1592-1595.
- Lustig, N., & Mariscal, J. (2021). Brasil y México frente al Covid-19: un contraste singular. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/348819236\\_Brasil\\_y\\_Mexico\\_frente\\_a\\_Covid\\_un\\_Contraste\\_Singular](https://www.researchgate.net/publication/348819236_Brasil_y_Mexico_frente_a_Covid_un_Contraste_Singular)
- Mäntyneva, P., & Hiilamo, H. (2024). How did COVID-19 social security measures resemble universal basic income? A comparative study of OECD countries. *Social Policy and Society*, 1-15.

- Martínez, R. M. & Cortéz, G. R. G. (2022). Iatrogenia pandémica: la exclusión y el rezago en la atención médica, no COVID. *Ciência & Saúde Coletiva*, 27(11), 4155-4164.
- Mas Bermejo, P., Sánchez Valdés, L., Somarriba López, L., Valdivia One-ga, N. C., Vidal Ledo, M. J., Alfonso Sánchez, I., Seuc Jo, A., Almeida Cruz, Y., & Morales Ojeda, R. (2020). Equidad y respuesta del Sistema Nacional de Salud de Cuba ante la COVID-19. *Rev Panam Salud Publica*, 44.
- Megan L, V. G. (2020). Critical Supply Shortages — The Need for Ventilators and Personal Protective Equipment during the Covid-19 Pandemic. *The New England Journal of Medicine*, 32(18)e41.
- Miller, S. L., Mukherjee, D., Wilson, J., Clements, N., & Steiner, C. (2021). Implementing a negative pressure isolation space within a skilled nursing facility to control SARS-CoV-2 transmission. *American journal of infection control*, 49(4), 438–446. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2020.09.014>.
- Ministerio de Desarrollo Social (2020). Fondo Bono Familia. Gobierno de Guatemala.
- Ministerio de Sanidad (2020). Manejo clínico del COVID-19: atención hospitalaria. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación.
- Ministerio de Trabajo y Seguridad Social de Costa Rica (2022). Informe Final Programa Bono Proteger Un ingreso vital para la paz social de Costa Rica durante la pandemia COVID-19. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social de Costa Rica.

- Moreira, A., & Hick, R. (2020). COVID-19, the Great Recession and social policy: Is this time different? *Social & Policy Administration*, 55(2), 261-279.
- Moreira, A., M, L., Coda, F., & Roumpakis, A. (2020). In the eye of the storm...again! Social policy responses to COVID-19 in Southern Europe. *Social & Policy Administration*, 55(2), 339-357.
- Ndayishimiye, C., Sowada, C., Dyjach, P., Stasiak, A., Middleton, J., Lopes, H., & Dubas-Jakóbczyk, K. (2022). Associations between the COVID-19 Pandemic and Hospital Infrastructure Adaptation and Planning-A Scoping Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(13), 8195.
- Office of the Surgeon General (2021). Confronting Health Misinformation. Office of the Surgeon General.
- Oliva-Sánchez, P. F., Vadillo-Ortega, F., Bojalil-Parra, R., Martínez-Kobeh, J. P., Pérez-Pérez, J. R., & Pérez-Avalos, J. L. (2022). Factores de riesgo para complicaciones graves de COVID-19, comparando tres olas epidemiológicas. Un enfoque desde la atención primaria en México. *Atencion primaria*, 54(11), 1-13.
- Organisation for Economic Cooperation and Development (2020). Supporting people and companies to deal with the COVID-19 virus: Options for an immediate employment and social-policy response. Organisation for Economic Cooperation and Development.
- Organización de las Naciones Unidas (2021a). Análisis común de país El Salvador. Organización de las Naciones Unidas.

- Organización de las Naciones Unidas (2021b). Análisis común de país: Guatemala. Organización de las Naciones Unidas.
- Organización Internacional del Trabajo (2021). Empleo e informalidad en América Latina y el Caribe: una recuperación insuficiente y desigual. Organización Internacional del Trabajo.
- Organización Internacional del Trabajo (2021). Panorama de la protección social en América Latina y el Caribe: Avances y retrocesos ante la pandemia. Organización Internacional de Trabajo.
- Organización Internacional del Trabajo (2022a). Informe Mundial sobre Protección Social 2020-2022 La protección social en la encrucijada: en busca de un futuro mejor. Organización Internacional del Trabajo.
- Organización Internacional del Trabajo (2022b). Perspectivas Sociales y del Empleo en el Mundo. Tendencias 2022. Organización Internacional del Trabajo.
- Organización Mundial de la Salud (2020a). Pneumonia of unknown cause – China. Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud (2020b). Statement on the first meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019-nCoV). Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud (2021). Global Health Expenditure Database. Organización Mundial de la Salud.

- Organización Mundial de la Salud (2022). Mental Health and COVID-19: Early evidence of the pandemic's impact. Organización Mundial de la Salud.
- Organización Panamericana de la Salud (2021). Informe Anual 2021 Costa Rica Respuesta a la COVID-19 y preparación para el futuro. Organización Panamericana de la Salud.
- Osunmo, I. (2020). The impact of Covid-19 on Cuba in 2020. People in Need. Center for Human Rights and Democracy.
- Our World in Data (2023). *Coronavirus (COVID-19) Vaccinations*. Recuperado el 7 de noviembre del 2024 de <https://ourworldindata.org/covid-vaccinations>.
- Palacio, M. G. (2021). Respuesta de la política social de Ecuador al Covid-19: Ampliación de la protección en condiciones de alta informalidad. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico.
- Palomo, N., Vargas Faulbaum, L., Machado, A. C., Rolon, C., Veras Soares, F., Rubio, M., Alejandro, F., & Escaroz, G. (2022). Social protection and response to COVID-19 in Latin America and the Caribbean: Innovations in registration and payment systems. UNICEF.
- Penner, A. (2020). Sao Paulo stadium turning into hospital for coronavirus. Disponible en: <https://apnews.com/sao-paulo-stadium-turning-into-hospital-for-coronavirus-194be3b4157986a8bcf0755549100637>.

- Pickles, K., Cvejic, E., Nickel, B., Copp, T., Bonner, C., Leask, J., Ayre, J., Batcup, C., Cornell, S., Dakin, T., Dodd, R. H., Isautier, J. M. J., & McCaffery, K. J. (2021). COVID-19 Misinformation Trends in Australia: Prospective Longitudinal National Survey. *Journal of Medical Internet R*, 23(1), e23805.
- Piray Rodríguez, P. O., Barba Mera, A. K. & Silva Andrade, G. J. (2023). El impacto del COVID-19 en el sistema de seguridad social en la era postpandemia. *Universidad y Sociedad*, 15(S1), 622-630.
- Quiroz-Ascencio, G., Vergara-Orozco, M. G., Yáñez-Campos, M. del R., Pelayo-Guerrero, P., Moreno-Ponce, R., & Mejía-Mendoza, M. L. (2021). Prevalencia de síndrome de Burnout en profesionales de la salud ante pandemia de COVID-19. *Salud Jalisco*, 8, 20-32.
- Robles, C., & Rossel, C. (2022). Social protection tools for coping with the impacts of the COVID-19 pandemic. The Latin American experience. Economic Commission for Latin America and the Caribbean.
- Rodríguez, J. M. (2012). Los efectos de la economía informal para la extensión de la Seguridad Social en México. Retos y perspectivas. Instituto de Investigaciones Jurídicas.
- Rossel, C. & Gutiérrez, M. (2021). Uruguay's social policy response to COVID-19: strong fundamentals, selective expansion. COVID-19 Social Policy Response Series, CRC 1342/No. 15.
- Rossel, C., & Gutierrez, M. (2021). Respuesta de la política social de Uruguay al Covid-19: Fundamentos sólidos, expansión selectiva. Ministerio de Salud Pública.

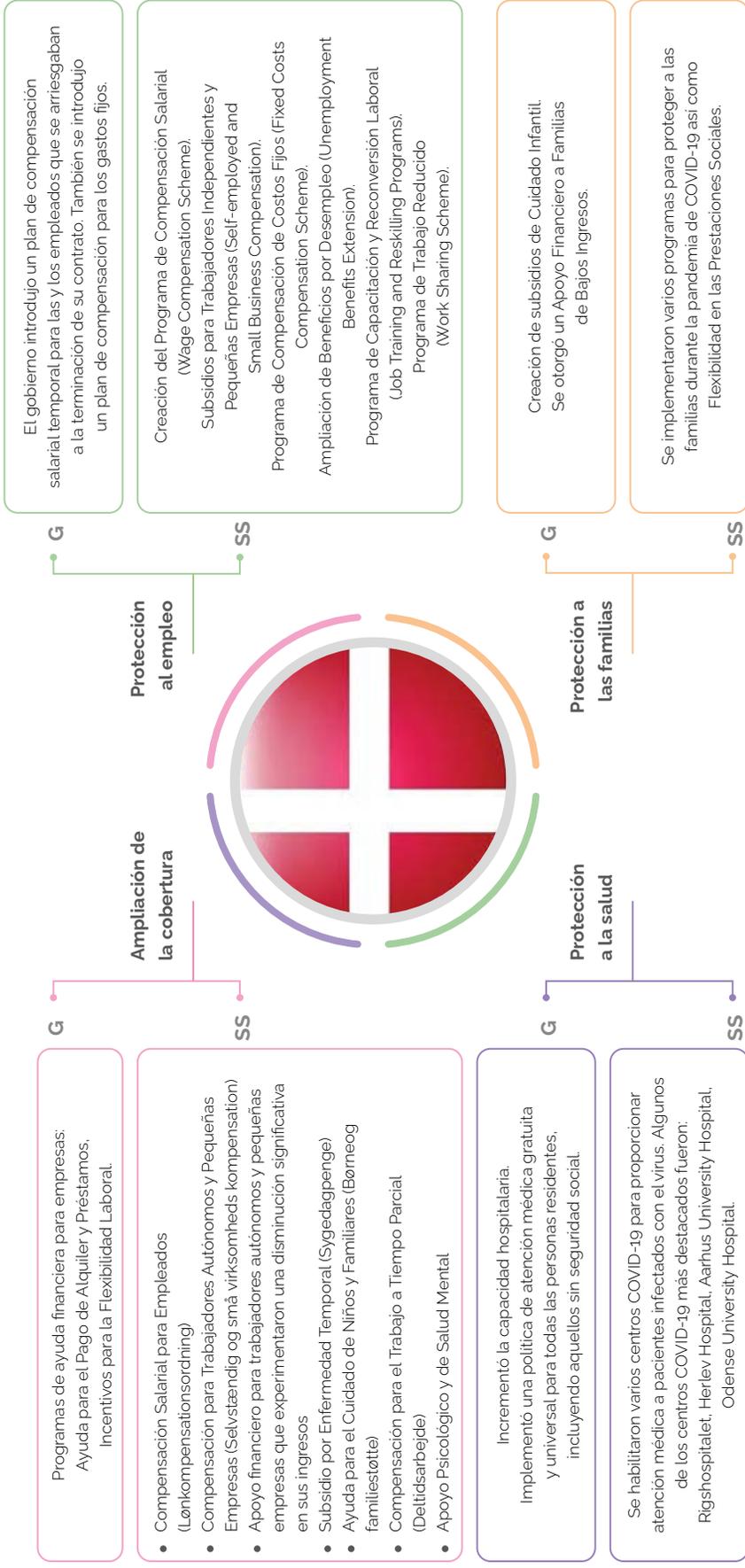
- Ruiz, J. A. (2022). Evolución del impacto del COVID-19 sobre el empleo en España: análisis de las diferencias a nivel autonómico. *Revista Internacional de Política Económica*, 4(2), 20-48.
- Sánchez, A. D., & Martínez, J. (2022). ¿Puede la COVID-19 avanzar la política social inclusiva? Las transferencias monetarias de emergencia en Centroamérica. Disponible en: <https://www.fundacioncarolina.es/catalogo/puede-la-covid-19-avanzar-la-politica-social-inclusiva-las-transferencias-monetarias-de-emergencia-en-centroamerica/>.
- Secretaría de Gobernación. (2020). ACUERDO por el que el Consejo de Salubridad General reconoce la epidemia de enfermedad por el virus SARS-CoV2 (COVID-19) en México, como una enfermedad grave de atención prioritaria, así como se establecen las actividades de preparación y respuesta ante dicha epidemia. Disponible en: [https://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5590161&fecha=23/03/2020#gsc.tab=0](https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5590161&fecha=23/03/2020#gsc.tab=0).
- Spruijt, I., Cronin, A., Udeorji, F., Nazir, M., Shehu, S., Poix, S., Villanueva, A., Jansen, N., Huitema, I., Suurmond, J., & Fiekert, K. (2023). Respected but stigmatized: Healthcare workers caring for COVID-19 patients. *PloS one*, 18(7), e0288609.
- Stampini, M., Ibararán, P., Rivas, C., & Robales, M. (2021). Adaptable, pero no por diseño: Transferencias monetarias en América Latina y el Caribe antes, durante y después de la pandemia del COVID-19. Banco Interamericano de Desarrollo.

- United Nations International Children's Emergency Fund (2020). La COVID-19 y el trabajo infantil: un periodo de crisis, una oportunidad para actuar. United Nations International Children's Emergency Fund.
- Unruh, L., Allin, S., Marchildon, G., Burke, S., Barry, S., Siersbaek, R., Thomas, S., Rajan, S., Koval, A., Alexander, M., Merkur, S., Webb, E., & Williams, G. (2021). A comparison of 2020 health policy responses to the COVID-19 pandemic in Canada, Ireland, the United Kingdom and the United States of America. *Health Policy*, 126(5),427-437.
- UN-Women & Eclac (2020). Care in Latin America and the Caribbean during the COVID-19: Towards Comprehensive Systems to Strengthen Response and Recovery. August.
- Velásquez, P. M. D. (2021). La protección ante el desempleo, Medidas aplicadas durante la crisis del COVID-19. Cepal.
- Vergés, C. (2022). Precarización laboral, desigualdad y nuevas tecnologías. *Revista Colombiana de Bioética*, 17(1), e3935.
- World Economic Forum (2020). Italy's Lombardy asks retired health workers to join coronavirus fight. Disponible en: <https://www.weforum.org/agenda/2020/03/italys-lombardy-etired-health-workers-coronavirus-covid19-pandemic/>.
- Vardavas, C. I. & K. Nikitara (2020), COVID-19 and smoking: a systematic review of the evidence. *Tobacco Induced Diseases*, 18(marzo).

- Wachtler, B., Michalski, N., Nowossadeck, E., Diercke, M., Wahrendorf, M., Santos-Hövenner, C., Lampert, T. & Hoebel, J., (2020), Socioeconomic inequalities and COVID-19—A review of the current international literature. *Journal of Health Monitoring*, 5(S7), [https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/6997/JoHM\\_S7\\_2020\\_Inequalities\\_COVID\\_19\\_Review.pdf?sequence=4](https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/6997/JoHM_S7_2020_Inequalities_COVID_19_Review.pdf?sequence=4).
- World Health Organization [WHO] (2021). Weekly epidemiological update on COVID-19. Recuperado el 1 de noviembre del 2024 de <https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update-on-covid-19>.
- Woolf SH, Chapman DA, Sabo RT, Zimmerman EB. Excess Deaths From COVID-19 and Other Causes in the US, March 1, 2020, to January 2, 2021. *JAMA*. 2021 Apr 2;325(17):1786–9. doi: 10.1001/jama.2021.5199. Epub ahead of print. PMID: 33797550; PMCID: PMC8019132. Recuperado el 5 de noviembre del 2024 de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33797550/>.
- Worldometers.info (2023). *COVID-19 Coronavirus Pandemic*. Recuperado el 5 de noviembre del 2024 de <https://www.worldometers.info/coronavirus/>.

**ANEXO 1. ACCIONES REALIZADAS  
POR LOS PAÍSES E INSTITUCIONES DE  
SEGURIDAD SOCIAL PARA ENFRENTAR  
LA PANDEMIA POR COVID-19**

## Medidas implementadas durante la pandemia por COVID-19 en Dinamarca



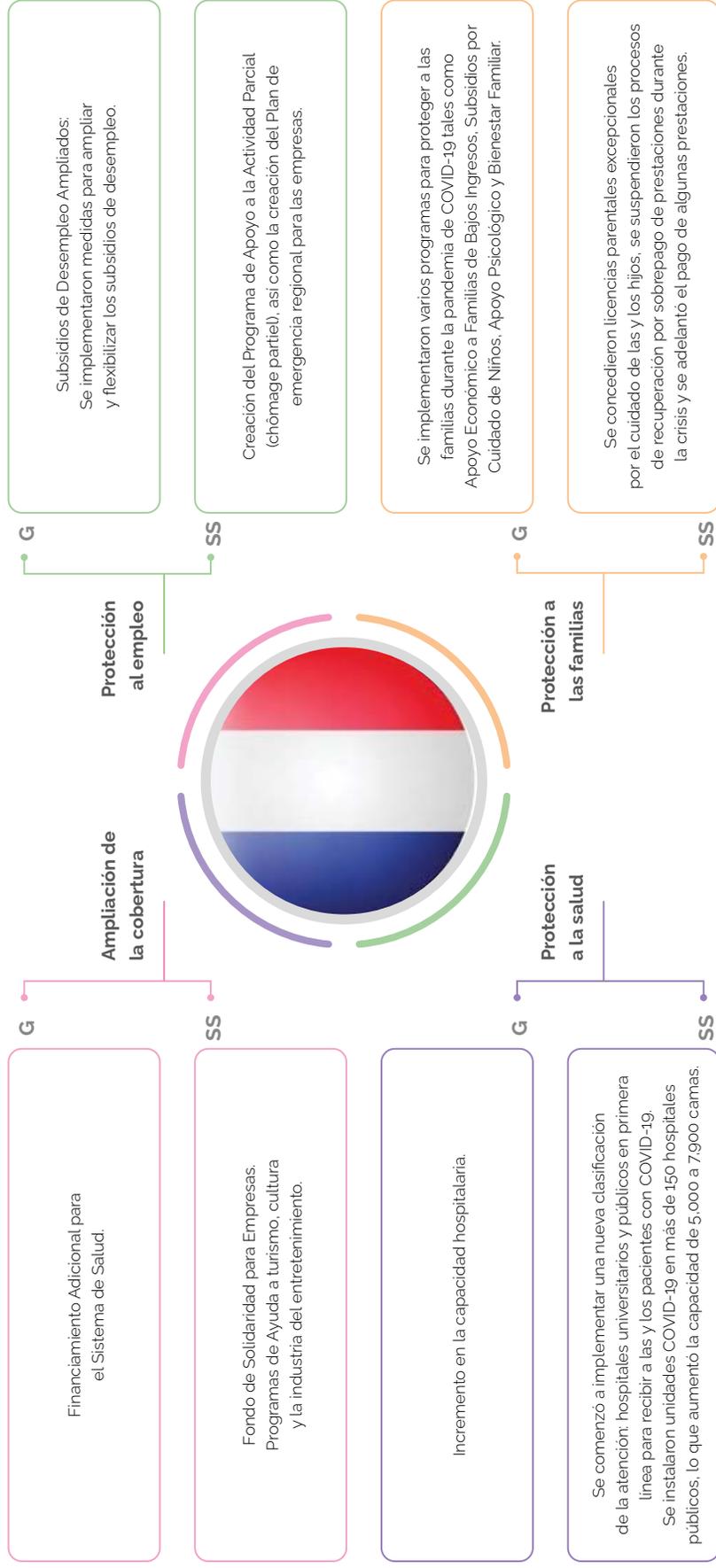
Partido Socialdemócrata [SDP] (2020, 25 de abril). *La respuesta de Covid-19 en Dinamarca*. Alianza Progresista. <https://alianza-progresista.info/2020/04/25/la-respuesta-de-covid-19-en-dinamarca/>

Reinholdt, M., Bekke, M. y Schiøler, P. (2020, 1<sup>o</sup> de junio). *Medidas aplicadas en Dinamarca a causa de la COVID-19*. The Impact Lawyers. <https://theimpactlawyers.com/es/articulos/medidas-aplicadas-en-dinamarca-a-causa-de-la-covid-19>

Rosas, M. C. (2021, 21 de octubre). *Dinamarca y el coronavirus*. Etcétera. <https://etcetera.com.mx/opinion/dinamarca-y-el-coronavirus/>

**G:** general.  
**SS:** con seguridad social.

## Medidas implementadas durante la pandemia por COVID-19 en Francia

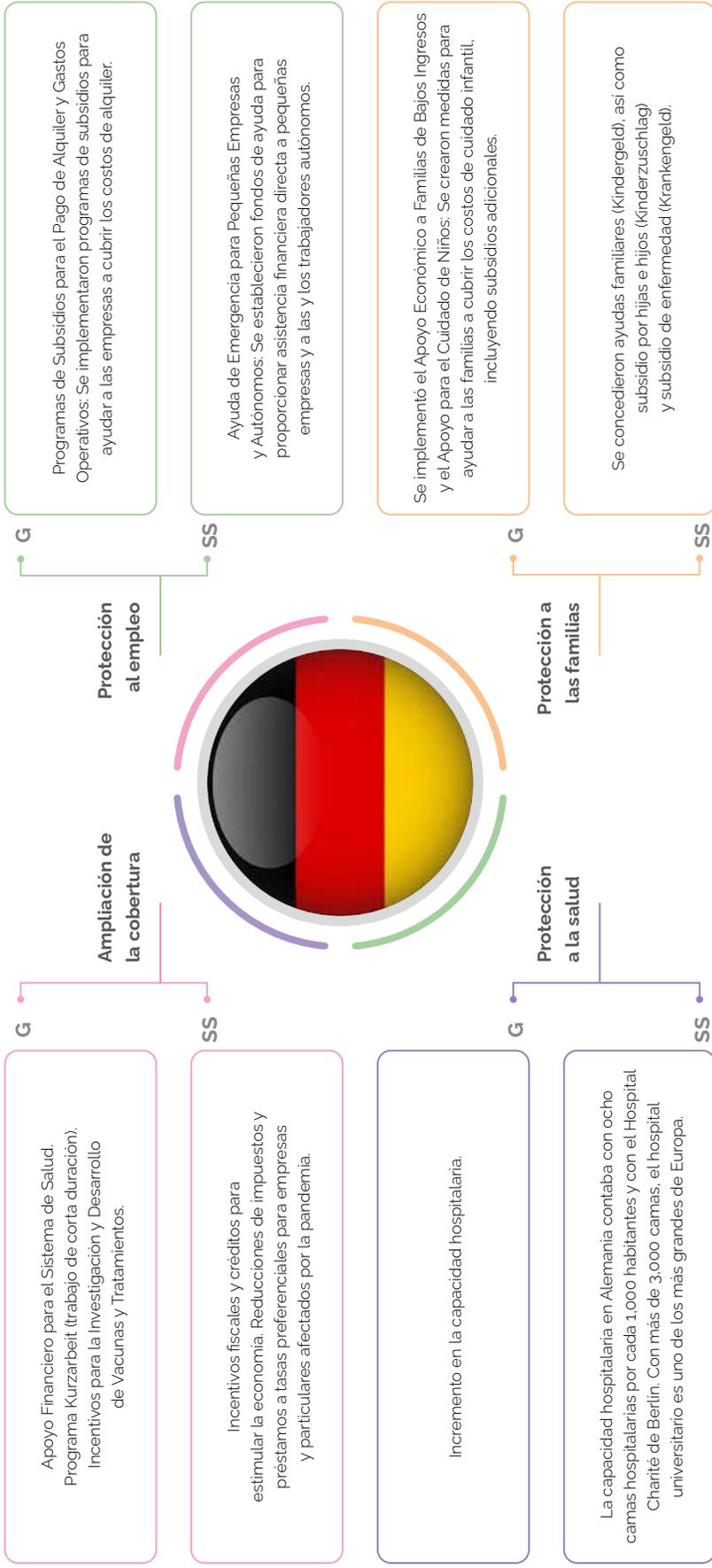


BBC News Mundo (2021, 29 de abril). *Coronavirus: los programas de ayuda que han salvado millones de empleos en Europa durante la pandemia.* <https://www.bbc.com/mundo/noticias-56916538>

CLEISS (s. f). *El sistema francés de seguridad social. IV - Prestaciones familiares.* [https://www.cleiss.fr/docs/regimes/regime\\_france/es\\_4.html](https://www.cleiss.fr/docs/regimes/regime_france/es_4.html)

ISSA (2020, 8 de junio). *Medidas de seguridad social en Francia.* <https://www.issa.int/es/analysis/covid-19-social-security-measures-france>

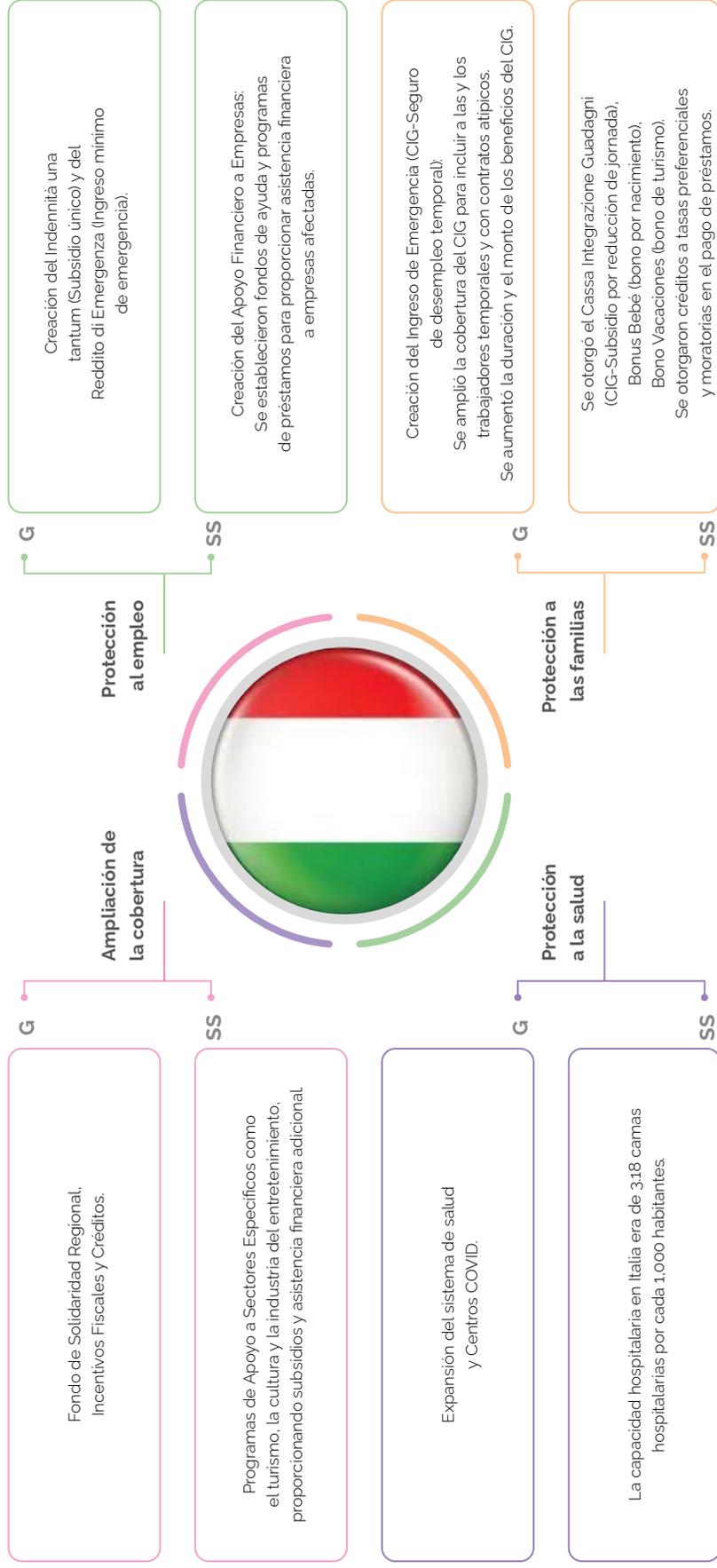
## Medidas implementadas durante la pandemia por COVID-19 en Alemania



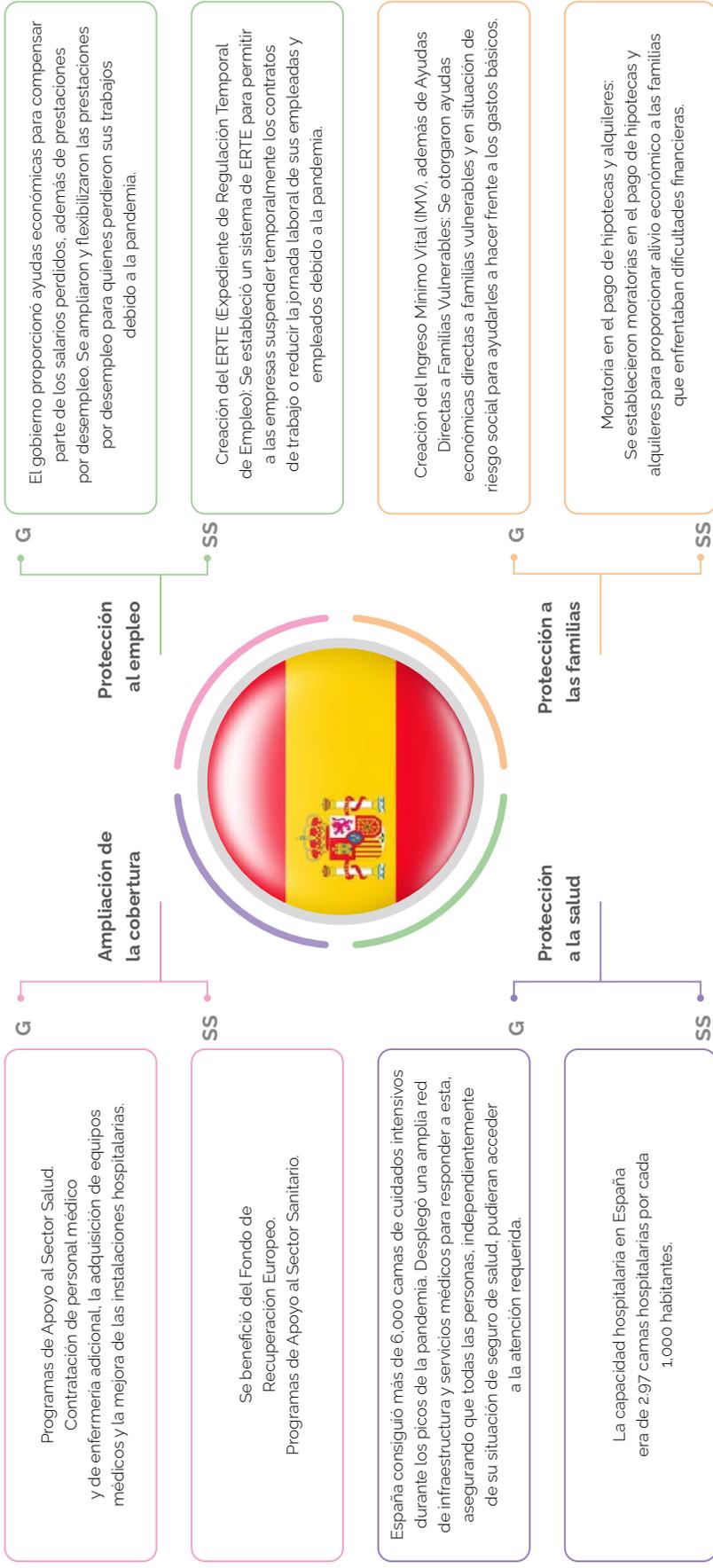
BBC News Mundo (2021, 29 de abril). *Coronavirus: los programas de ayuda que han salvado millones de empleos en Europa durante la pandemia.*  
<https://www.bbc.com/mundo/noticias-56916538>

**G:** general.  
**SS:** con seguridad social.

## Medidas implementadas durante la pandemia por COVID-19 en Italia

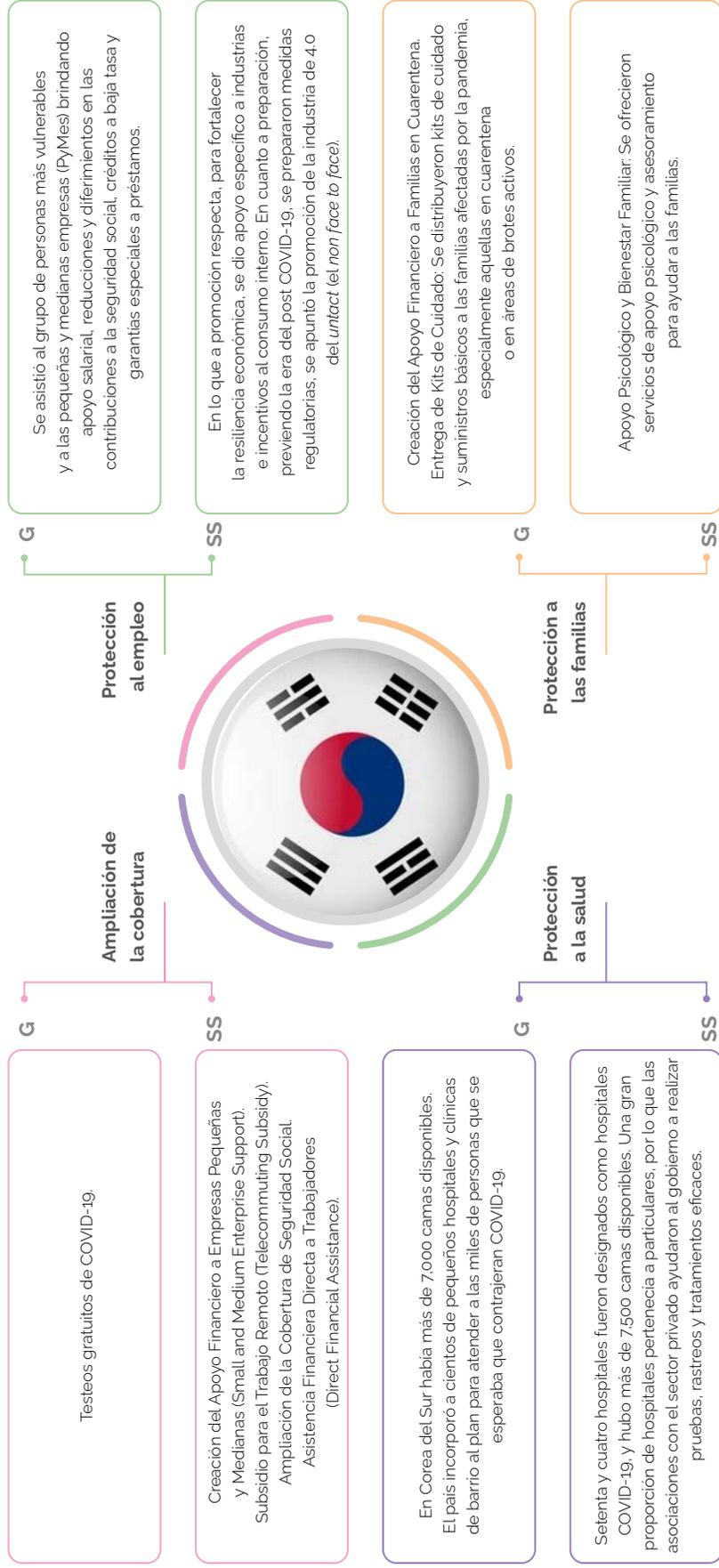


## Medidas implementadas durante la pandemia por COVID-19 en España



**G:** general.  
**SS:** con seguridad social.

## Medidas implementadas durante la pandemia por COVID-19 en Corea el Sur



ISSA (2022, 2 de febrero). *Respuestas de la seguridad social a la COVID-19 en la región de Asia y el Pacífico*. <https://www.issa.int/es/analysis/social-security-responses-covid-19-pandemic-asia-and-pacific>

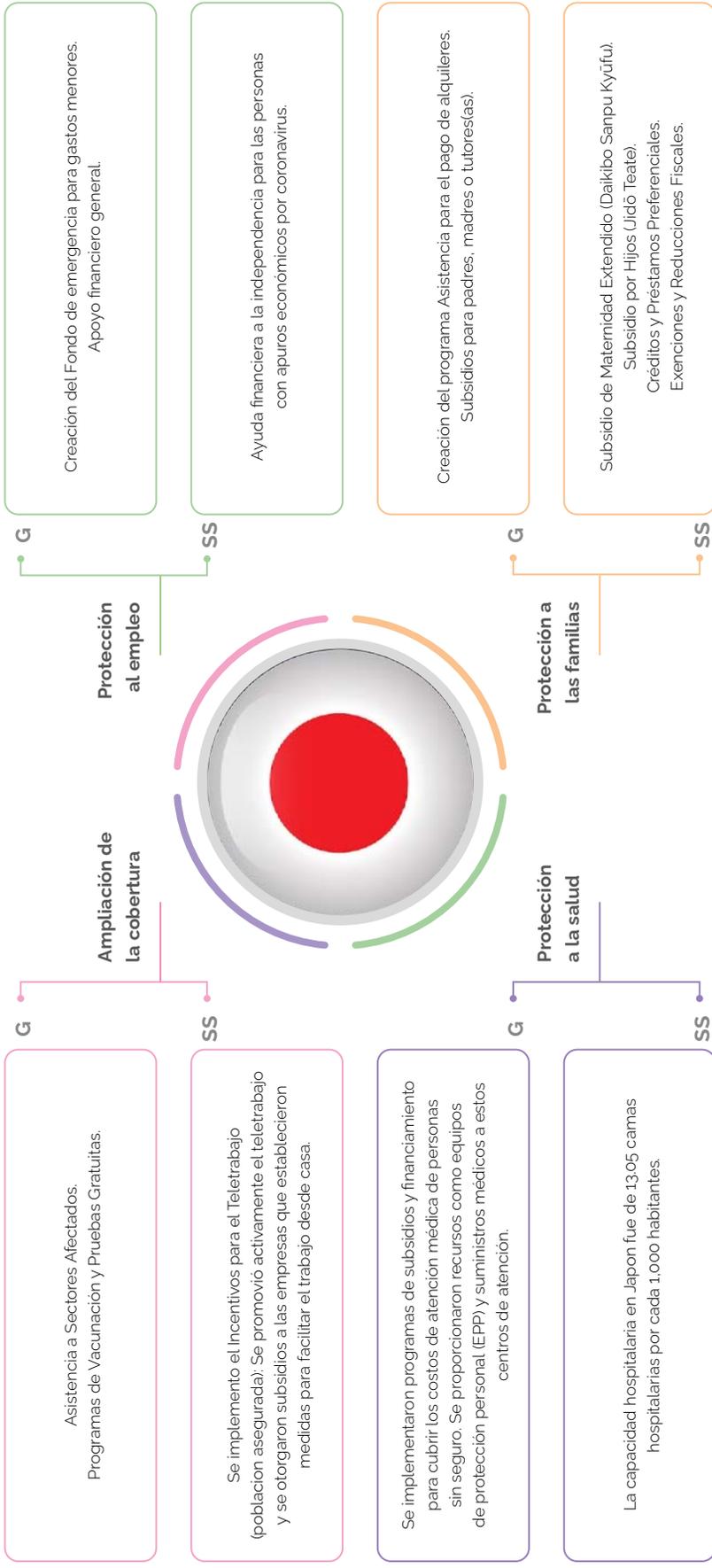
Jong-Wha, L. (2020, 21 de agosto). *Cómo Corea del Sur construyó un sistema de salud para vencer al COVID-19*.

World Economic Forum. <https://es.veforum.org/agenda/2020/08/como-corea-del-sur-construyo-un-sistema-de-salud-para-vencer-al-covid-19/>

López, J. (2021). Corea del Sur y el coronavirus de las cosas. *Anuario Asia Pacífico El Colegio de México*, 1-36. <https://doi.org/10.24201/aep.2021.330>

**G:** general.  
**SS:** con seguridad social.

## Medidas implementadas durante la pandemia por COVID-19 en **Japón**



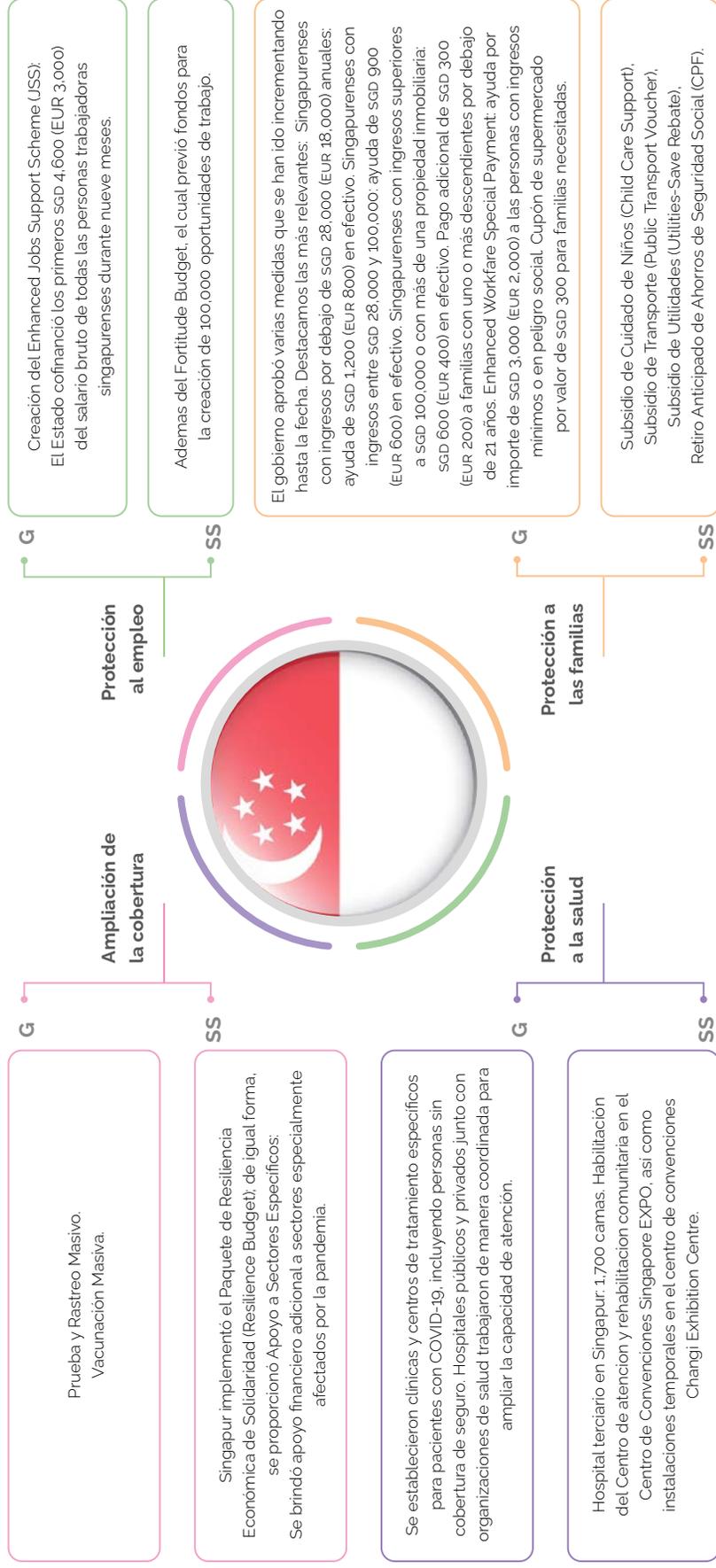
Abe, T. (2021). The Japanese Economy and the COVID-19 Pandemic. *Investigación Económica*, 80(316), 56-68. <https://doi.org/10.22201/ie.01851667p2021.316.78431>

Nao, N. (2020, 16 de mayo). *Programas de asistencia financiera por coronavirus en 2022*. NHK.WORLD. <https://www3.nhk.or.jp/nhkworld/es/news/backstories/1991/>

Reuters (2021, 19 de noviembre). *Japón lanza plan de estímulos de 490.000 millones de dólares para reactivar su economía de la pandemia*. *El Economista*. <https://www.economista.com.mx/economia/Japon-lanza-plan-de-estimulos-de-490000-millones-de-dolares-para-reactivar-su-economia-de-la-pandemia-20211119-0019.html>

**G:** general.  
**SS:** con seguridad social.

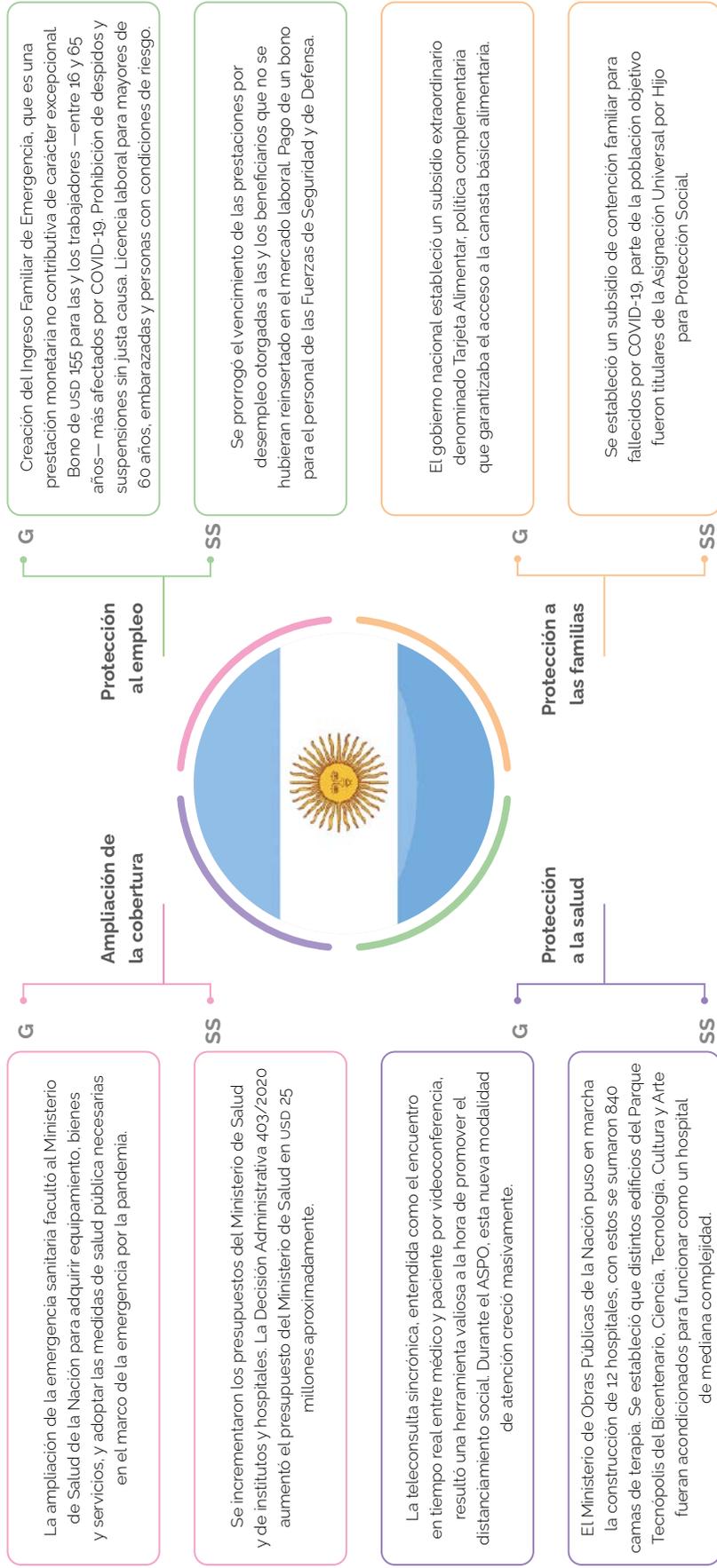
## Medidas implementadas durante la pandemia por COVID-19 en Singapur



Basque Trade & Investment (2020, 27 de mayo). Informe impacto de la Covid-19 en Singapur <https://basquetrade.sprei.eus/wp-content/uploads/2020/06/200627-Singapur-Informe-COVID19.pdf>  
 BCN (s. f.). Las claves del exitoso sistema de salud de Singapur. <https://www.bcncl/observatorio/asiapacifico/noticias/sistema-de-salud-de-singapur>

**G:** general.  
**SS:** con seguridad social.

## Medidas implementadas durante la pandemia por COVID-19 en Argentina



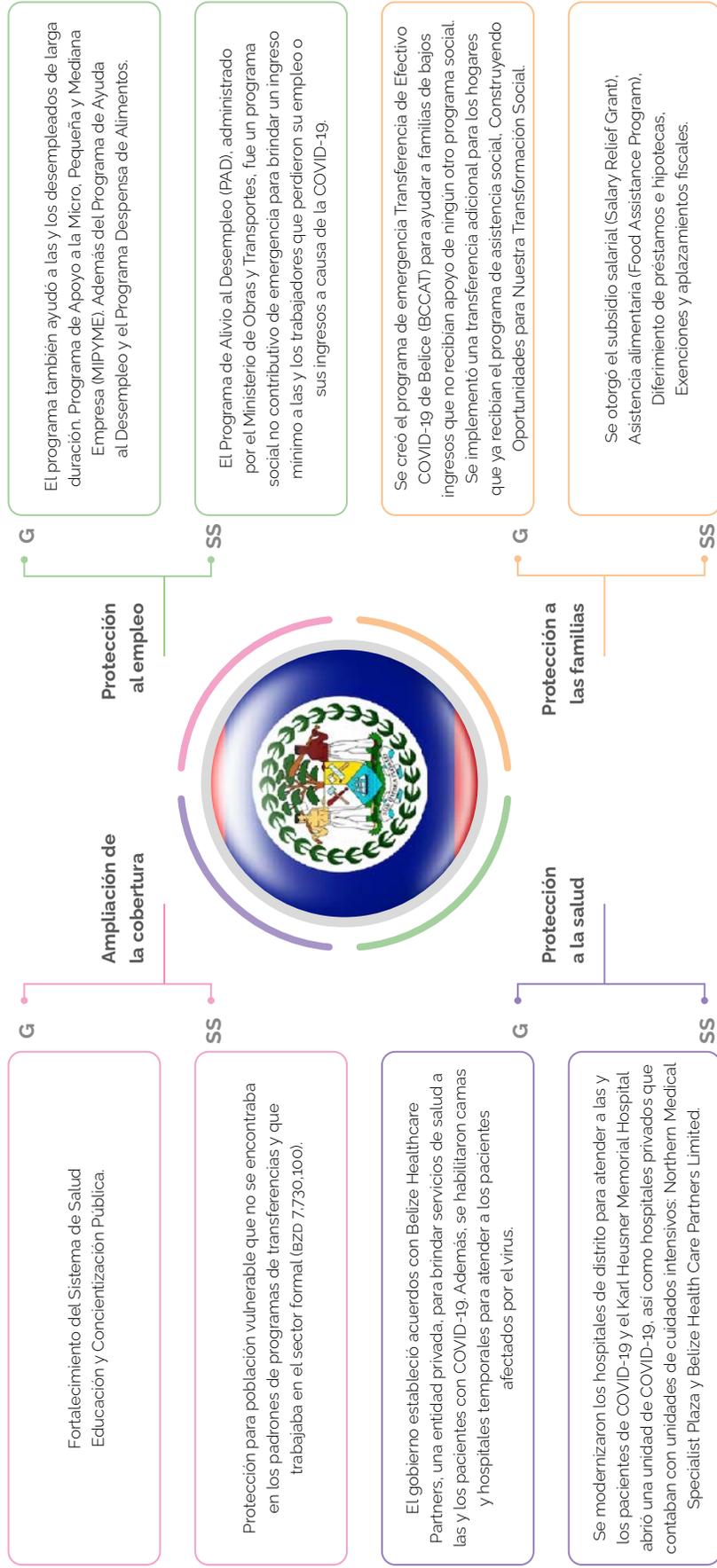
Gamiale, M. N., Weisbrot, M. A., Sian, A. M., Reboledo, J. M. C., Weisbrot, M. V., y Ratti, M. F. G. (2024, 16 de febrero). Alcances y limitaciones de la teleconsulta en pandemia de COVID-19: relatos de profesionales de la salud del primer nivel de atención de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. *Salud Colectiva*, 20, e4579. <https://dx.doi.org/10.18204/sc.2024.4579>

INAI (2020). *Presupuesto asignado para la atención COVID-19*. [https://micrositiosinai.org.mx/acciones/covid19/?page\\_id=203](https://micrositiosinai.org.mx/acciones/covid19/?page_id=203)

Programa Subregional para América del Sur OPS/OMS (2020, mayo). *Monitoreo de la respuesta de países sudamericanos frente a la pandemia de COVID-19*. <https://www.paho.org/es/documentos/monitoreo-respuesta-paises-sudamericanos-frente-pandemia-covid-19>

**G:** general.  
**SS:** con seguridad social.

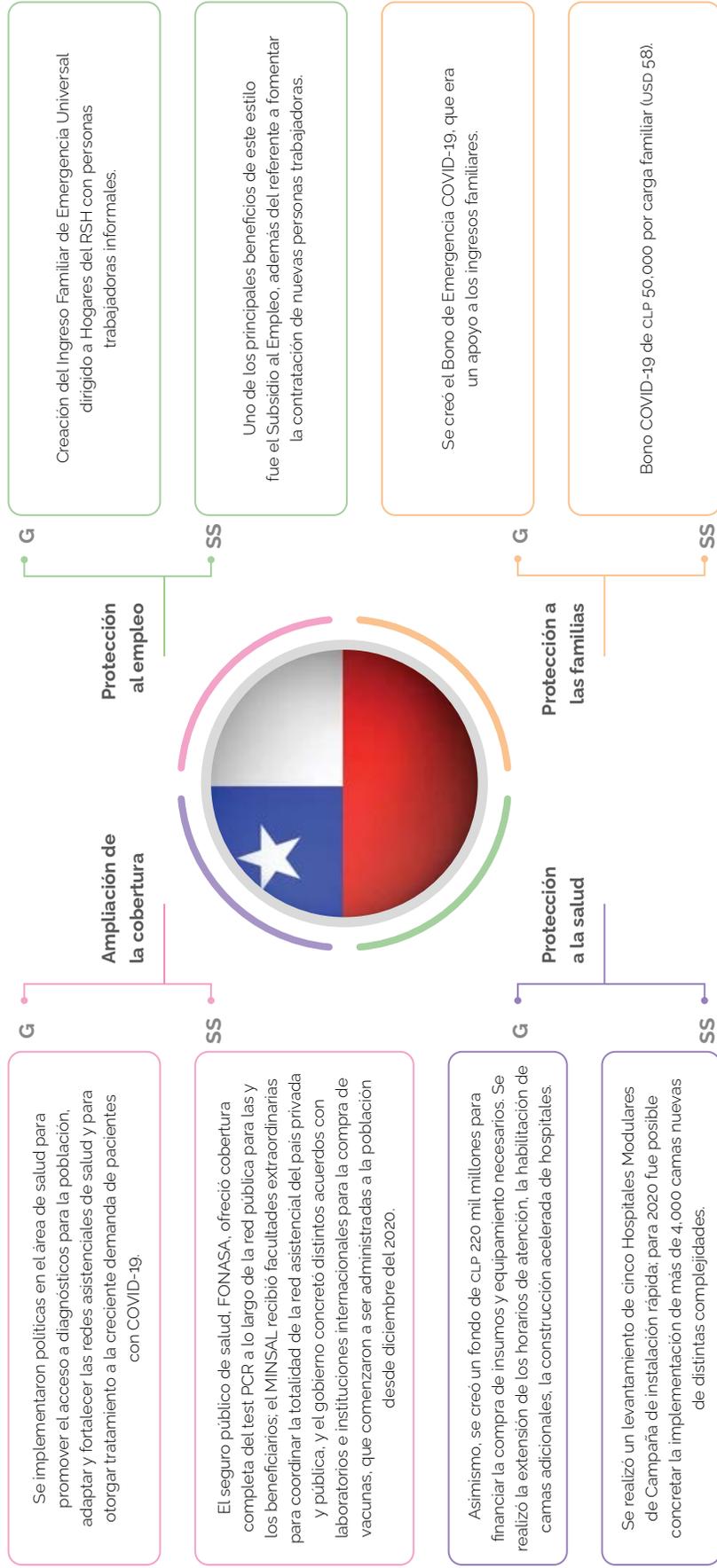
## Medidas implementadas durante la pandemia por COVID-19 en Belice



Banco Interamericano de Desarrollo (s.f.). Apoyo a Redes de Protección Social para Poblaciones Vulnerables. Afectadas por el Coronavirus en Belice. <https://evsdata.rightsindevelopment.org/files/documents/34/1ADB-BL-11034.pdf>  
 INAI (2020). *Presupuesto asignado para la atención COVID-19*. [https://micrositios.inai.org.mx/acciones/covidig/?page\\_id=203](https://micrositios.inai.org.mx/acciones/covidig/?page_id=203)

**G:** general.  
**SS:** con seguridad social.

## Medidas implementadas durante la pandemia por COVID-19 en Chile



Biblio.hacienda (s.f.). *Ayudas sociales en pandemia y su impacto en los hogares chilenos*.

<https://biblio.hacienda.cl/avances-en-politicas-economicas-y-sociales-2021/2-ayudas-sociales-en-pandemia-y-su-impacto-en-los-hogares-chilenos>

INAI (2020). *Presupuesto asignado para la atención COVID-19*. [https://micrositiosinai.org.mx/accionesovidig/?page\\_id=203](https://micrositiosinai.org.mx/accionesovidig/?page_id=203)

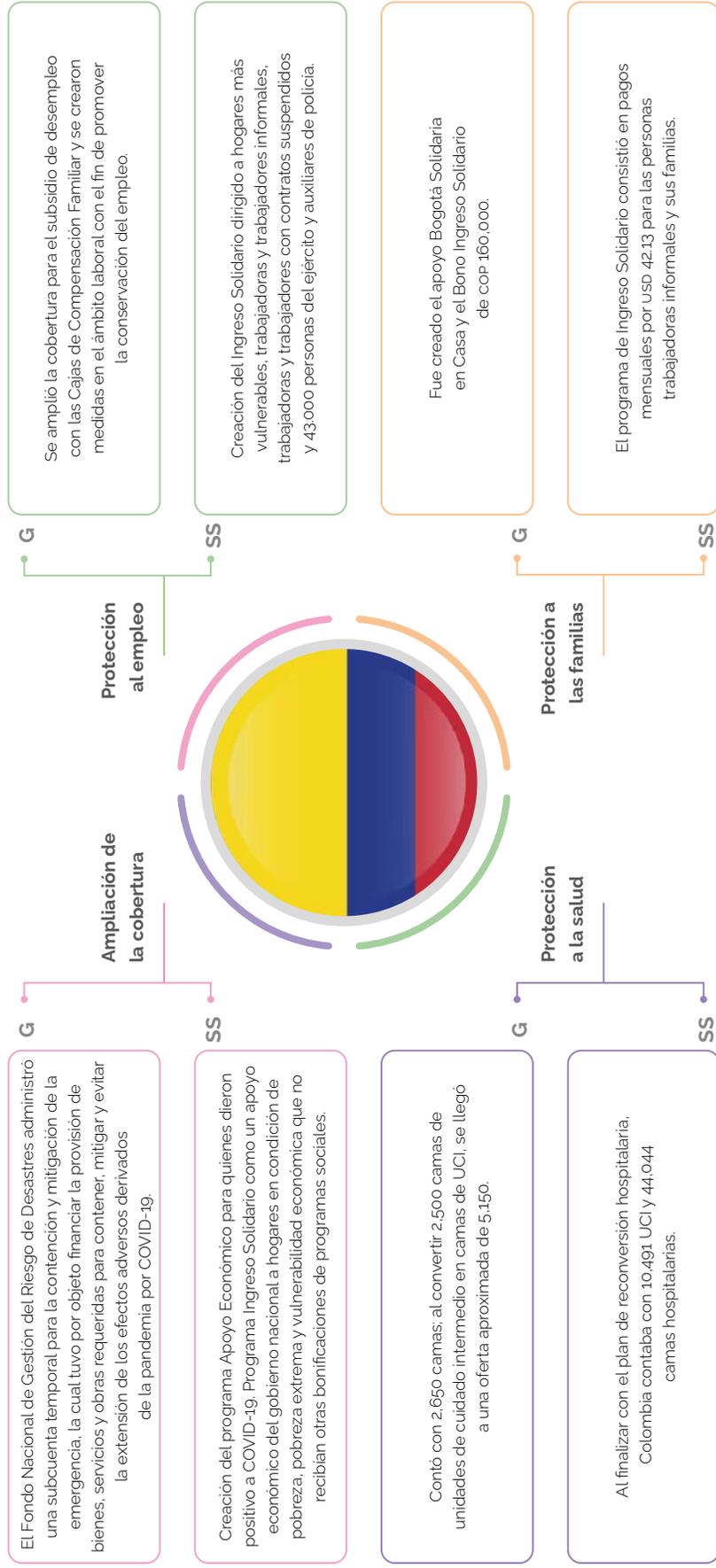
Programa Subregional para América del Sur OPS/OMS (2020, mayo). *Monitoreo de la respuesta de países sudamericanos frente a la pandemia de COVID-19*.

<https://www.paho.org/es/documentos/monitoreo-respuesta-paises-sudamericanos-frente-pandemia-covid-19>

**G:** general.

**SS:** con seguridad social.

## Medidas implementadas durante la pandemia por COVID-19 en Colombia



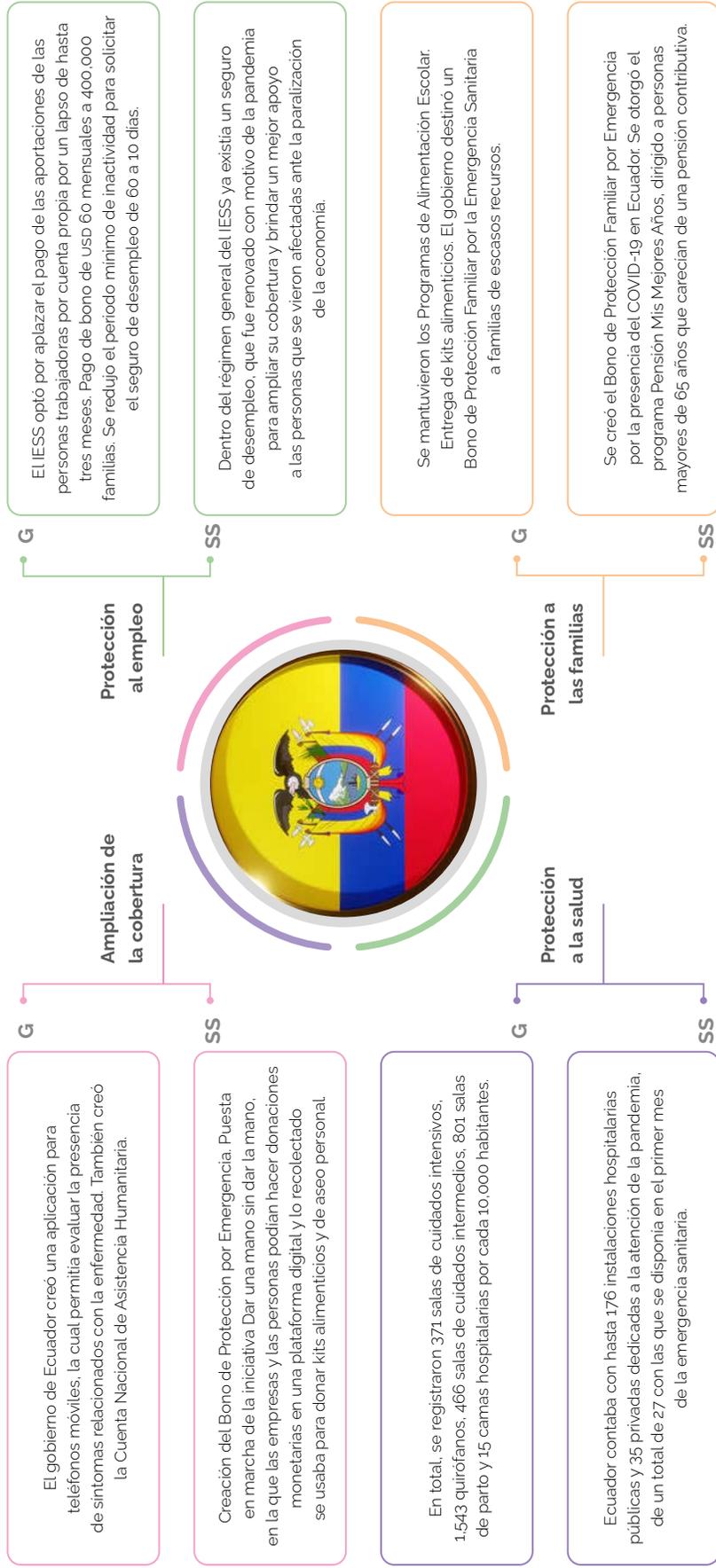
Atuesta, B. y Van Hemelryck, T. (2022). *Protección social de emergencia frente a los impactos de la pandemia de COVID-19 en América Latina y el Caribe. Evidencia y aprendizajes sobre sistemas universales, integrales, sostenibles y resilientes de protección social*. <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/d6f31a87-f61a-4a76-b71a-c95a48dbdd82/content>

Comisión Económica para América Latina y el Caribe [Cepal] (2020). *Panorama Social de América Latina 2020*. [https://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/46687/S2100150\\_es.pdf](https://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/46687/S2100150_es.pdf)

Programa Subregional para América del Sur OPS/OMS (2020, mayo). *Monitoreo de la respuesta de países sudamericanos frente a la pandemia de COVID-19*. <https://www.paho.org/es/documentos/monitoreo-respuesta-paises-sudamericanos-frente-pandemia-covid-19>

**G:** general.  
**SS:** con seguridad social.

## Medidas implementadas durante la pandemia por COVID-19 en Ecuador



Programa Subregional para América del Sur OPS/OMS (2020, mayo). *Monitoreo de la respuesta de países sudamericanos frente a la pandemia de COVID-19*

<https://www.paho.org/es/documentos/monitoreo-respuesta-paises-sudamericanos-frente-pandemia-covid-19>

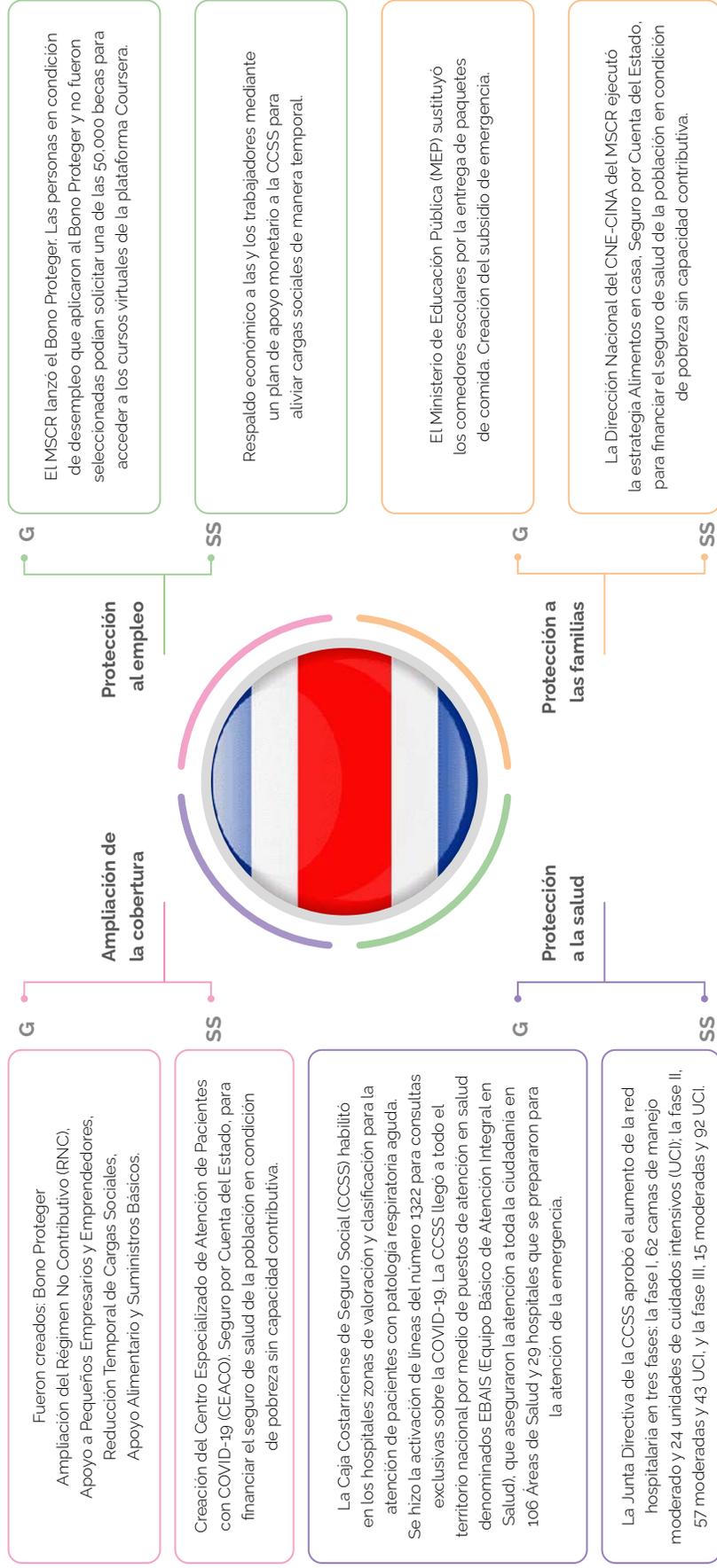
Rodríguez, Y. (2020, 21 de mayo). *Mitigación de la pandemia en los sistemas de seguridad social de Ecuador*. CISS

<https://ciiss-bienestar.org/wp-content/uploads/2019/01/mitigacion-de-la-pandemia-en-los-sistemas-de-seguridad-social-de-ecuador.pdf>

**G:** general.

**SS:** con seguridad social.

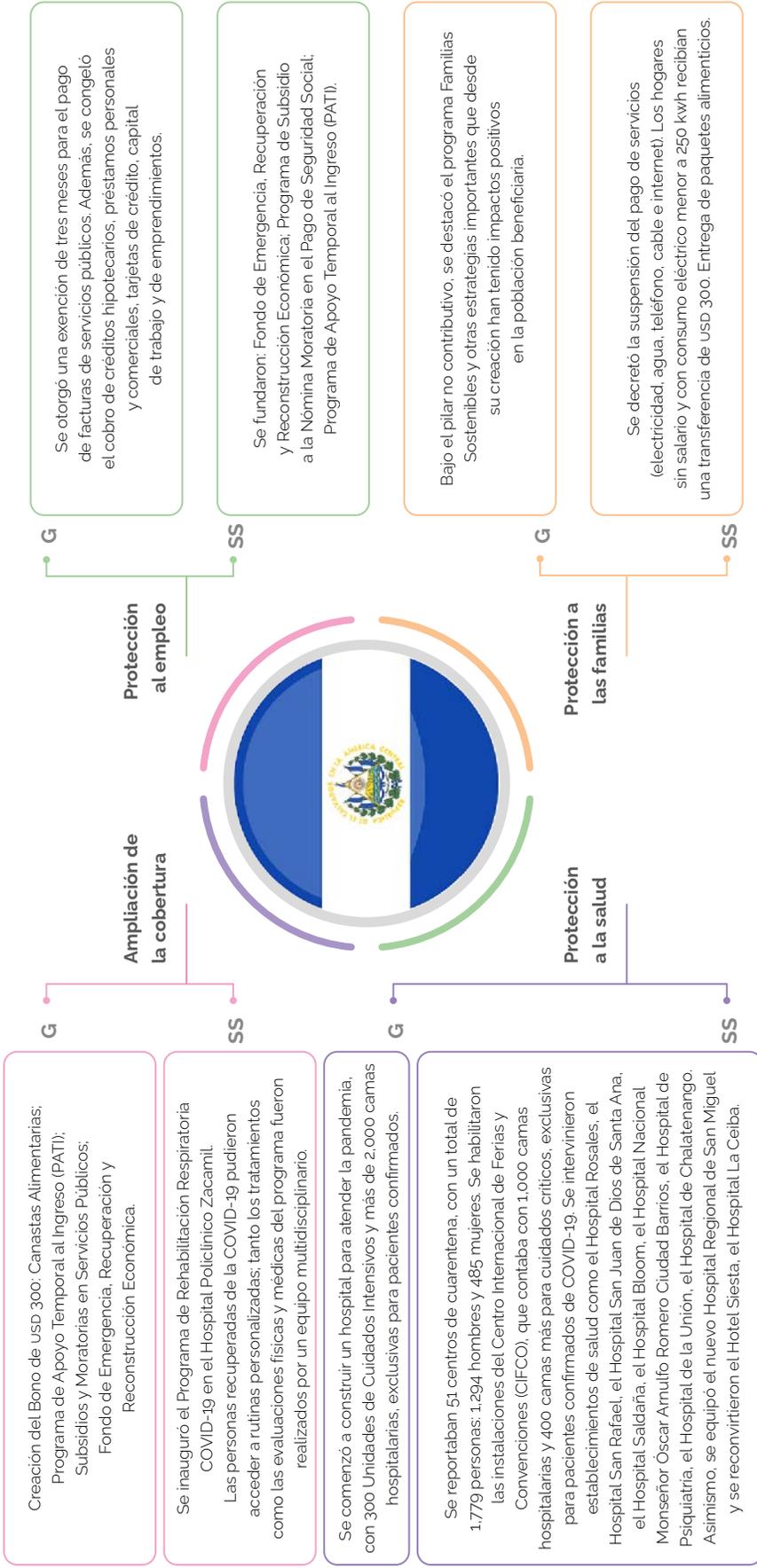
## Medidas implementadas durante la pandemia por COVID-19 en Costa Rica



Cepal (2020). *Panorama Social de América Latina* 2020. [https://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/46687/S21010150\\_es.pdf](https://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/46687/S21010150_es.pdf)  
 Eurosocial.eu (2020. abril). *La protección social en Costa Rica*. [https://eurosocial.eu/wp-content/uploads/2020/04/Infografia-PS-y-COVID-19\\_-CR.pdf](https://eurosocial.eu/wp-content/uploads/2020/04/Infografia-PS-y-COVID-19_-CR.pdf)  
 INAI (2020). *Presupuesto asignado para la atención COVID-19*. [https://micrositios.inai.org.mx/acciones/covid19/?page\\_id=203](https://micrositios.inai.org.mx/acciones/covid19/?page_id=203)

**G:** general.  
**SS:** con seguridad social.

## Medidas implementadas durante la pandemia por COVID-19 en El Salvador



Centro de Operaciones de Emergencias (2020, 15 de julio). *Gustavo Montalvo Comisión de Alto Nivel Contra el Coronavirus. 15 de julio 2020.* <https://coe.gob.do/index.php/sobre-nosotros/directorio-de-funcionarios/itemlist/user/370~webmaster?start=450>

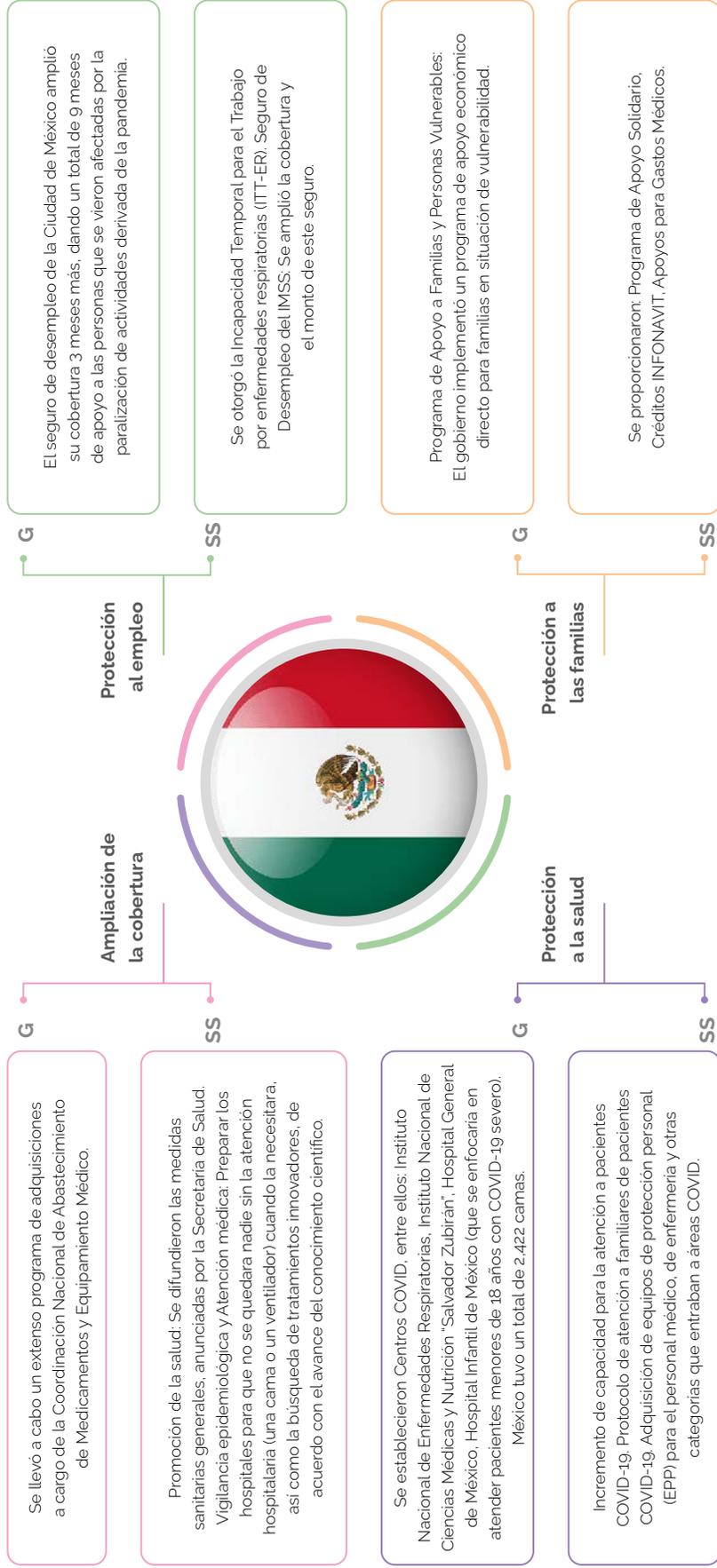
Eurosocial.eu. (2020, abril). *La protección social en El Salvador.*

<https://eurosocialeu/wp-content/uploads/2020/04/Infografia-Proteccion-Social-y-COVID-19-ESA.pdf>

INAI (2020). *Presupuesto asignado para la atención COVID-19.* [https://micrositiosinai.org.mx/accionescovidig/?page\\_id=203](https://micrositiosinai.org.mx/accionescovidig/?page_id=203)

**G:** general.  
**SS:** con seguridad social.

## Medidas implementadas durante la pandemia por COVID-19 en México

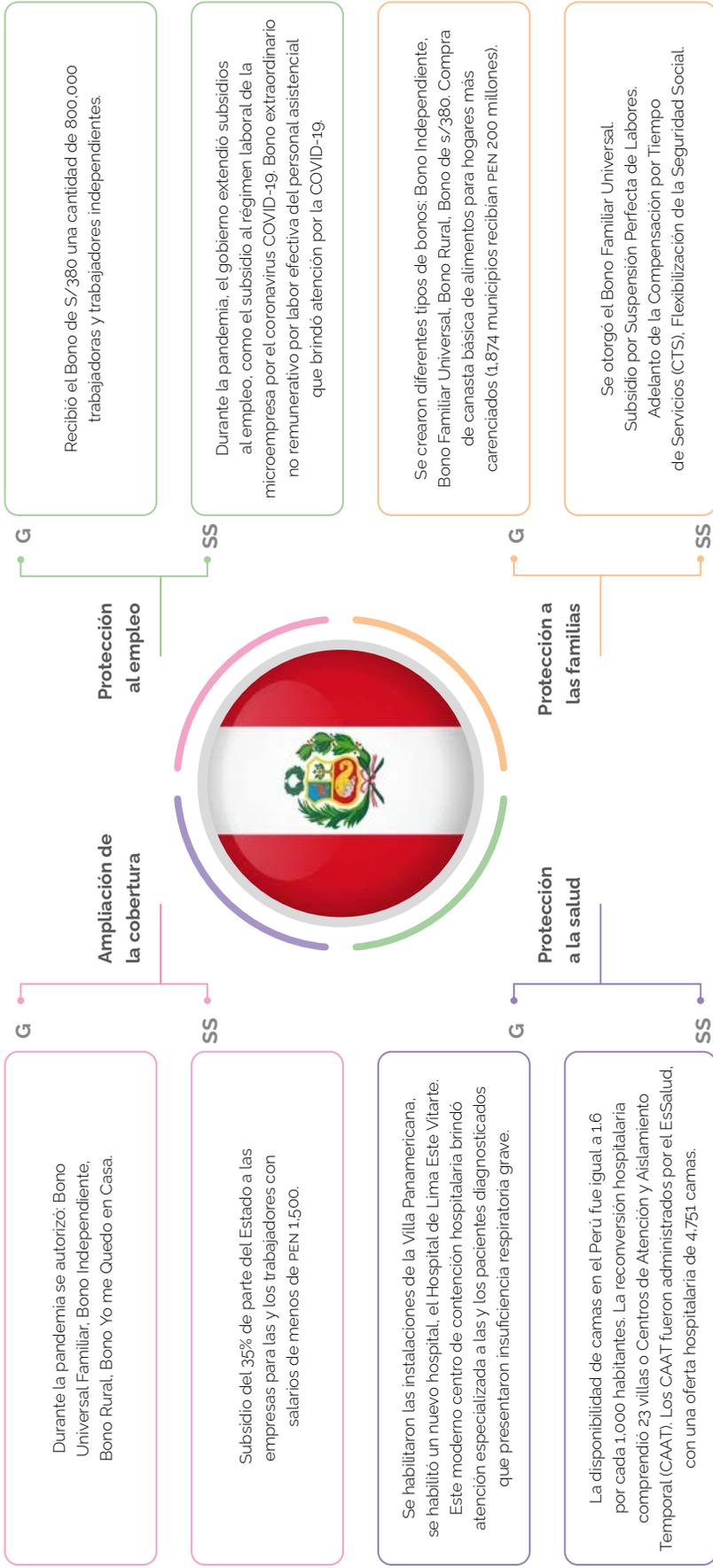


Cepal. (2020). *Panorama Social de América Latina 2020*. [https://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/46687/S2100150\\_es.pdf](https://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/46687/S2100150_es.pdf)  
 Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) (2023). *COVID-19: Retos y Acciones del Instituto Mexicano del Seguro Social 2020-2022*.  
<https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/coleccion-80/L2-COVID.pdf>

Programa Subregional para América del Sur OPS/OMS (2020, mayo). *Monitoreo de la respuesta de países sudamericanos frente a la pandemia de COVID-19*.  
<https://www.paho.org/es/documentos/monitoreo-respuesta-paises-sudamericanos-frente-pandemia-covid-19>

**G:** general.  
**SS:** con seguridad social.

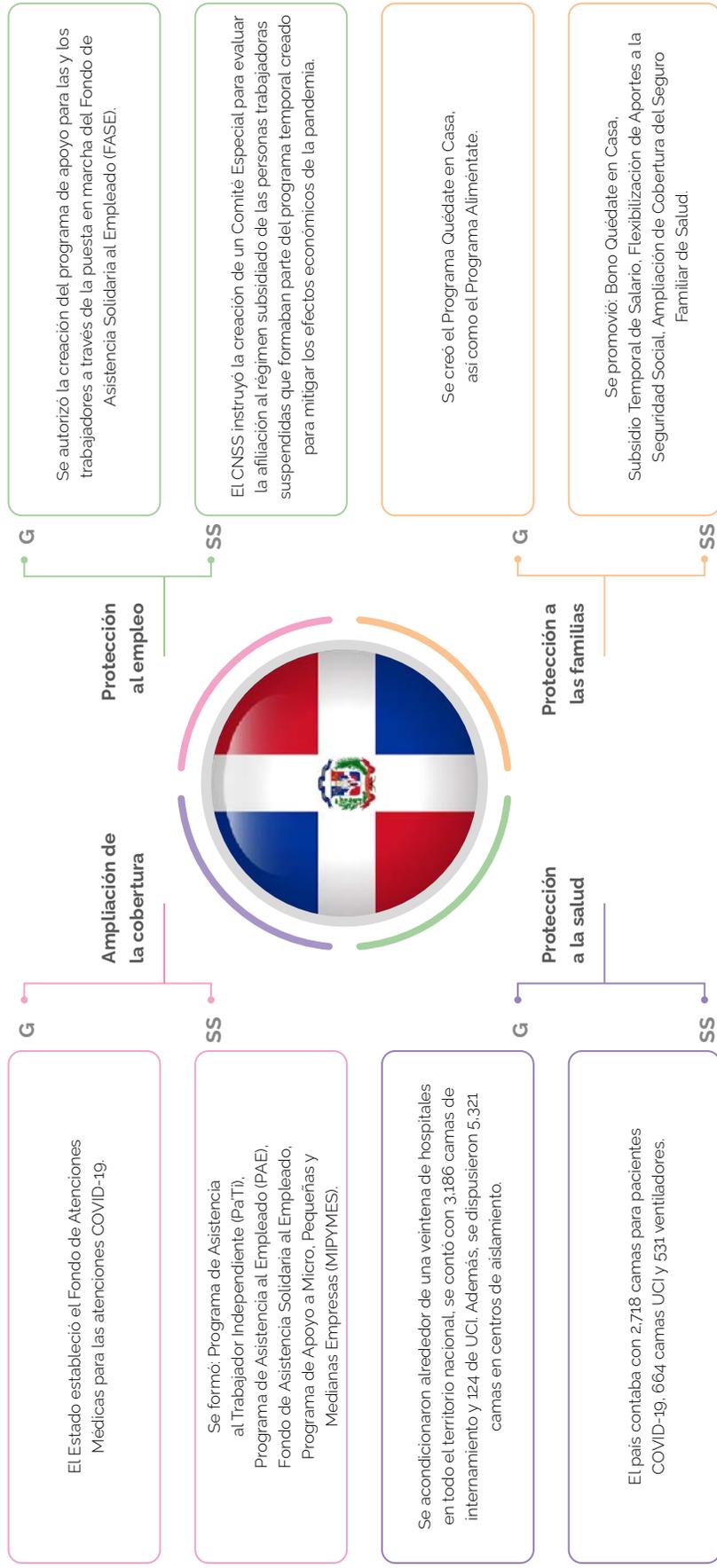
## Medidas implementadas durante la pandemia por COVID-19 en Perú



Ministerio de Salud (2021, 24 de noviembre). *Presupuesto del sector Salud permitirá financiar lucha contra la COVID-19, anemia, cáncer y otros programas de salud pública*. Gob.pe. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/663378-presupuesto-del-sector-salud-permitira-financiar-lucha-contra-la-covid-19-anemia-cancer-y-otros-programas-de-salud-publica>

**G:** general.  
**SS:** con seguridad social.

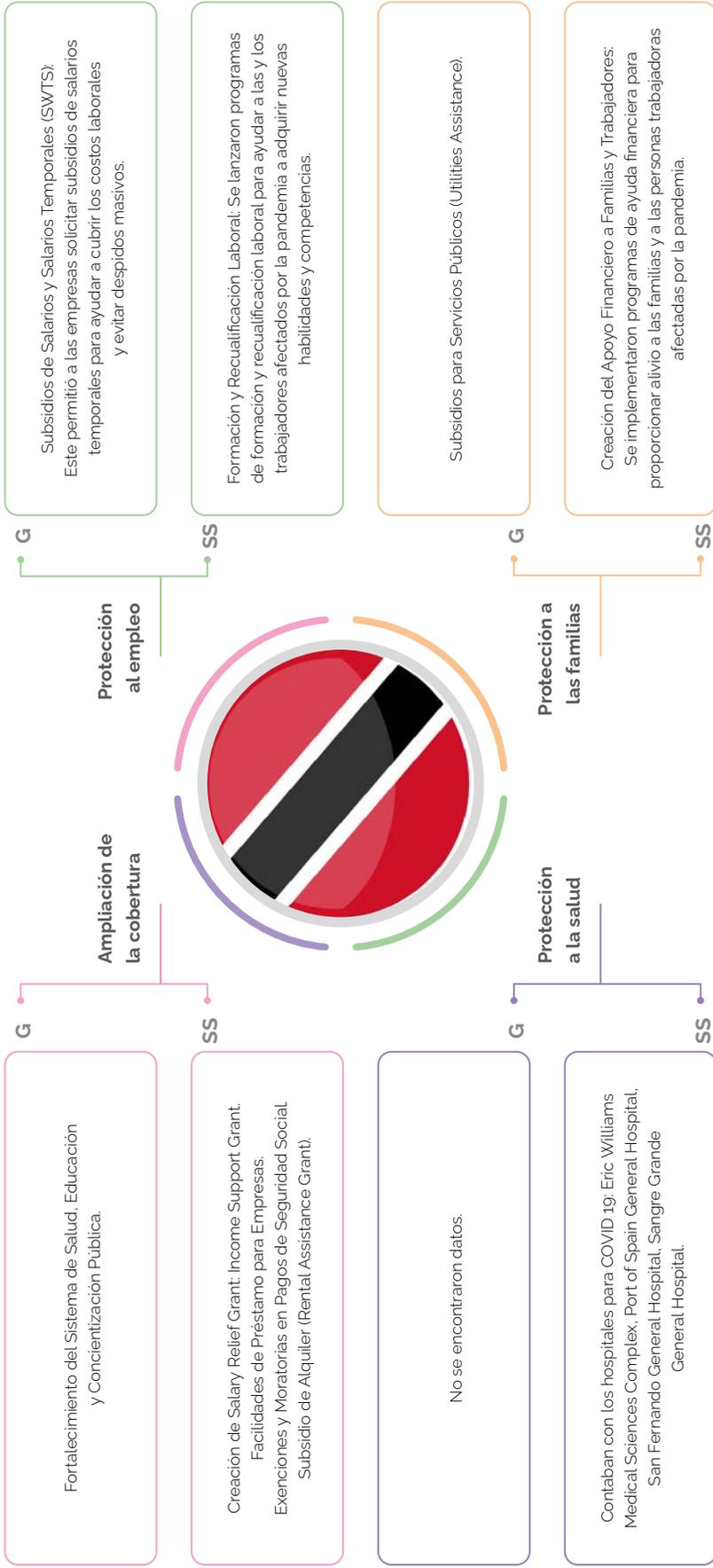
## Medidas implementadas durante la pandemia por COVID-19 en República Dominicana



Caraballo, J. (2020, 19 de mayo). Costo del COVID-19 para República Dominicana ascendió a RD\$57.500 millones a junio 2020. *Diario Libre*. <https://www.dianolibre.com/economia/costo-del-covid-19-para-republica-dominicana-ascendencia-a-rd-57500-millones-a-junio-2020-HF18950241>

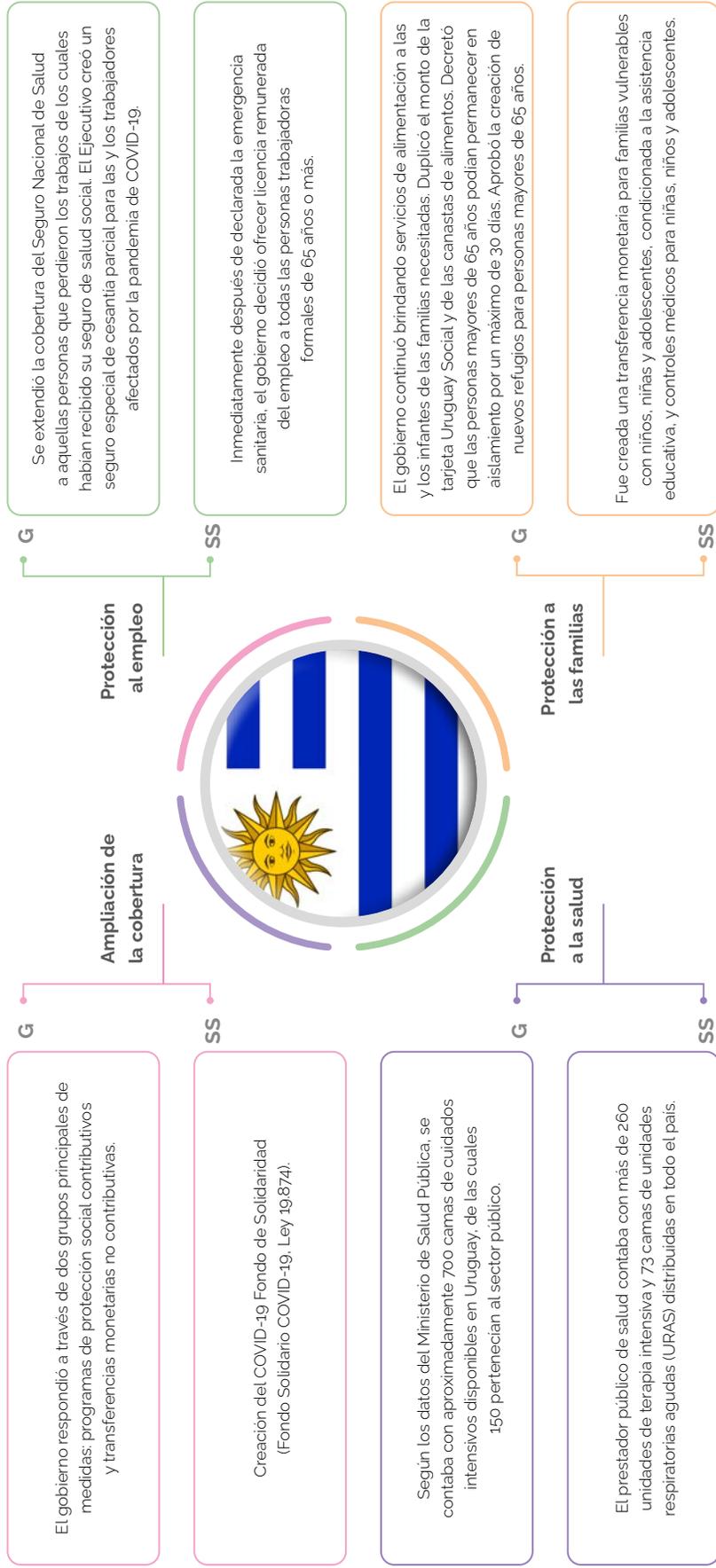
**G:** general.  
**SS:** con seguridad social.

## Medidas implementadas durante la pandemia por COVID-19 en Trinidad y Tobago



**G:** general.  
**SS:** con seguridad social.

## Medidas implementadas durante la pandemia por COVID-19 en Uruguay



Programa Subregional para América del Sur OPS/OMS (2020, mayo). *Monitoreo de la respuesta de países sudamericanos frente a la pandemia de COVID-19*. <https://www.paho.org/es/documentos/monitoreo-respuesta-paises-sudamericanos-frente-pandemia-covid-19>

**G:** general.  
**SS:** con seguridad social.



A partir de los primeros casos importados de COVID-19 en América en 2020, los países del continente experimentaron un retroceso de más de una década en áreas como desarrollo humano, pobreza y desigualdad social. Para enfrentar los graves problemas de salud pública y los retos sociales y económicos, los gobiernos de América Latina y el Caribe (ALC) recurrieron de manera inédita a la seguridad social.

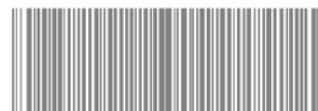
Esta obra examina las respuestas de los países de ALC ante la crisis sanitaria, social y económica que provocó la pandemia. Además, analiza la protección de los derechos sociales antes, durante y después de la crisis, comparando los países que implementaron o ampliaron programas de intervención en sus regímenes de seguridad social con aquellos que adoptaron medidas de austeridad o no ejecutaron acciones de contención, es decir, que se limitaron a mantener o a eliminar programas sociales preexistentes. También se aborda de manera breve la mortalidad por COVID-19.

La revisión resalta la importancia de las instituciones de salud en el ejercicio de este derecho, que no sólo es uno de los pilares fundamentales de la seguridad social, sino también uno de los principales derechos humanos. La crisis que causó la pandemia por COVID-19 puso también en evidencia la necesidad de evolucionar los sistemas de protección social para mejorar el resguardo de la población. Muchas de las medidas establecidas, tanto en las políticas sociales como en los aspectos operativos, podrían aportar para que se logre el ejercicio de la mayoría de los derechos contemplados en las nueve ramas de la seguridad social, detalladas en el Convenio 102 de la Organización Internacional del Trabajo.

El análisis comparativo de estas respuestas permite identificar cómo la pandemia impulsó a los países a buscar alternativas para expandir los servicios y garantizar el derecho humano a la seguridad social, documentando las acciones implementadas por distintos Estados y regiones.



f /CISS.org.esp  
● CISS\_org  
✕ CISS\_org  
@ cisstagram



978-607-8787-85-2