

De la crisis a la oportunidad

Lecciones de la gestión de la pandemia
para fortalecer la capacidad de
respuesta de los países



De la crisis a la oportunidad

Lecciones de la gestión de la pandemia para fortalecer la capacidad de respuesta de los países

© CAF 2024

Este documento ha sido publicado bajo la
Presidencia Ejecutiva de Sergio Díaz-Granados
y la Vicepresidencia Ejecutiva de Programación
Estratégica de Christian Asinelli

Autoría

Guillermo Guibovich

Revisión Técnica

CAF - Gerencia de Desarrollo Social y Humano

Dilberth Cordero, Ejecutivo Principal.

Luciana Armijos, Ejecutiva Principal.

Andrea Rousset, Ejecutiva.

Gestión Editorial CAF

Dirección de Comunicación

Estratégica

Diseño gráfico

.Puntoaparte
Editores

.Puntoaparte Editores

www.puntoaparte.com.co



Publicación disponible en Scioteca
(caf.com) con acceso abierto bajo
la licencia CC BY-NC-ND 4.0 Deed |
Atribución-NoComercial-SinDerivadas
4.0 Internacional | Creative Commons

Las ideas y opiniones expresadas en esta obra son las de los autores y
no reflejan necesariamente el punto de vista de CAF ni comprometen a
la Organización. Los términos empleados y la presentación de los datos
que en ella aparecen no implican toma alguna de posición de parte de
CAF en cuanto al estatuto jurídico de los países, territorios, ciudades
o regiones ni respecto de sus autoridades, fronteras o límites.

De la crisis a la oportunidad

Lecciones de la gestión de la pandemia
para fortalecer la capacidad de
respuesta de los países

Resumen
ejecutivo

6

4

Respuesta sanitaria a la
pandemia de COVID-9

64

1

Introducción

14

5

Apoyo de CAF para la
respuesta de los países
frente a la pandemia

94

2

Impacto
económico

24

6

Lecciones
aprendidas

104

3

Impacto
social

32

Anexos

116

Resumen ejecutivo

A más de cuatro años de iniciada la pandemia de COVID-19, producida por el nuevo virus SARS-CoV-2, se torna esencial analizar las actuaciones de los países miembros de CAF, con el fin de acopiar las lecciones aprendidas y mejorar la capacidad de respuesta, sobre todo de los sistemas de salud, ante futuras emergencias.

Desde su inicio y hasta mediados de 2023, se habían registrado más de 796 millones de casos confirmados y más de 6,9 millones de personas fallecidas en todo el mundo. La región de América Latina y el Caribe (ALC) fue una de las más afectadas, con un 29 % de los casos mundiales hasta fines del 2021, pese a contar con apenas el 8,4 % de la población mundial.

En mayo de 2023, la OMS declaró el fin de la pandemia de COVID-19, pero advirtió que la amenaza mundial no se había superado ante la emergencia de nuevas variantes que podrían causar el rebrote y diseminación de la enfermedad.

La reacción de todos los países de ALC estuvo destinada a contener los casos y muertes

con medidas de distanciamiento social y confinamiento, lo que significó el cese de la mayoría de las actividades económicas, desempleo y la mayor crisis global en más de un siglo, con aumento de la pobreza y la desigualdad, especialmente en jóvenes, mujeres y trabajadores informales.

La pandemia tuvo, además, impactos importantes en la sociabilidad, convivencia, acceso a la información y comunicación, el comercio, la compra, el consumo doméstico, la alimentación, la actividad física, el sedentarismo y el ocio. Importante rol jugó el uso de las tecnologías de información y comunicación para el acceso a servicios públicos y privados, pero se exhibieron desigualdades en desmedro de las poblaciones más vulnerables que no tenían acceso a ellas.

Todos los países implementaron soportes sociales y económicos a los sistemas de salud, hogares y empresas. Sin embargo, estos no siempre fueron oportunos o llegaron a los más vulnerables, expuestos cotidianamente al riesgo de contagio y muerte al salir a buscar ingresos fuera de casa.



En ALC, además de ser la región con mayor mortalidad por COVID-19, también se evidenció que la mayor proporción del exceso de mortalidad ocurrió en los países con niveles altos de pobreza e informalidad laboral. Adicionalmente, el aislamiento tuvo efectos negativos en la salud mental de enfermos y de quienes estuvieron confinados, pues desencadenó una nueva enfermedad crónica, el COVID largo, cuyos efectos sociales y económicos aún no se han determinado. Pero la pandemia también produjo efectos positivos sobre la contaminación del aire y en la reducción de algunas enfermedades infecciosas, como la diarrea aguda en niños, efectos que no duraron más allá del retorno a la normalidad.

El cierre del sistema escolar fue tan prolongado en los países de ALC que, a pesar de las estrategias de continuidad vía remota, constituyó un riesgo de aumentar las brechas en los logros educativos y un obstáculo para alcanzar las metas de desarrollo sostenible al 2030.

Las diversas organizaciones de integración y de salud en las Américas, así como la banca de desarrollo, desplegaron sus mecanismos de apoyo a los países para paliar las consecuencias económicas y sociales de la crisis.

Cabe destacar el rol protagónico de CAF (banco de desarrollo de América Latina y el Caribe), que reaccionó de forma ágil y contundente mediante diversos instrumentos que representaron el nivel de desembolsos más alto respecto a otras instituciones bancarias.

Además de los soportes sociales y económicos, todos los países implementaron intervenciones sanitarias para reducir los contagios y muertes. Sin embargo, la pandemia también significó una crisis en la capacidad de liderazgo, evidenciada cuando los países respondieron de forma unilateral a las medidas tomadas, la búsqueda de recursos y la negociación de vacunas. La mayoría implementó grupos asesores a nivel del Gobierno, pero en ocasiones sus gestiones fueron interferidas por presiones políticas o intereses particulares, y tuvieron un gran desafío al enfrentar la desinformación con teorías conspirativas y falsos tratamientos. A ello se sumó la escasa producción científica en ALC sobre COVID-19, que debió servir para reforzar las decisiones basadas en evidencia.

El aumento de la demanda en los servicios de salud en un periodo

corto y en una extensión nunca antes vista significó la reorientación de los servicios a la atención hospitalaria de casos de COVID-19, en detrimento de otros servicios, como la vacunación regular y la atención de enfermedades crónicas no transmisibles, situación que se agravó cuando el personal de salud en riesgo tuvo que ser retirado de la atención o se contagió.

La crisis sanitaria evidenció la escasa capacidad en biología molecular y biotecnología que permita producir vacunas para un agente nuevo como el SARS-CoV-2, y la escasa capacidad de negociación, frente a las farmacéuticas transnacionales, de los países de ALC. Todo aunado a la falta de un mecanismo global o regional eficiente que apoyara dichos esfuerzos.

El confinamiento forzó a implementar soluciones digitales para el teletrabajo, educación, esparcimiento, telemedicina, vigilancia y trazabilidad de casos y contactos, pero solo los países con mayor infraestructura de banda ancha fueron capaces de contrarrestar parcialmente los efectos negativos de la pandemia.

En resumen, la pandemia de COVID-19, aparte de su dramático





impacto sobre la salud, la educación y la economía de todos los países, dejó como lección más importante la evidencia de que ningún país, y menos sus sistemas de salud, estaban preparados para una emergencia sanitaria de tal magnitud.

A la luz de lo acontecido y de las lecciones aprendidas, se proponen las siguientes recomendaciones, orientadas a fortalecer la capacidad de respuesta de los países de ALC frente a futuras crisis, como la del COVID-19:

- » **fortalecer la gobernanza y liderazgo en salud que permita construir confianza,** coordinación y colaboración efectiva de todos los actores sociales involucrados en la preparación y respuesta a emergencias sanitarias nacionales e internacionales.
- » **desarrollar sistemas de salud más resilientes,** equitativos e inclusivos, cuya meta sea la

cobertura universal de salud, con un enfoque integral de atención primaria de salud (APS).

- » **aumentar y sostener el financiamiento no segmentado del sector salud,** en particular del primer nivel de atención, fortaleciendo las funciones esenciales de salud pública, especialmente las relacionadas con vigilancia y preparación para emergencias, y las redes integradas de servicios de salud.
- » **fortalecer la vigilancia epidemiológica,** articulando múltiples fuentes de información descentralizadas, adaptable a los diferentes momentos de una emergencia, con metodologías diversas como vigilancia basada en eventos, vigilancia centinela e impacto de las contramedidas adoptadas.
- » **aplicar intervenciones no farmacológicas de salud pública en caso de emergencia,** como lavado de manos, distanciamiento y confinamiento, específicas para cada contexto

sociodemográfico y momento de la emergencia, basadas en evidencias científicas.

- » **implementar abogacía,** comunicación de riesgo y compromiso de las comunidades, especialmente de las más vulnerables, para construir confianza pública y asegurar la adherencia a las intervenciones no farmacológicas.
- » **fortalecer la colaboración y coordinación regional,** utilizando mecanismos ya existentes, que apoyen el financiamiento del exceso de demanda y la negociación y adquisición de medicamentos e insumos esenciales para una emergencia sanitaria en forma oportuna y equitativa.
- » **impulsar la implementación de tecnologías digitales a fin de mejorar la información para la gestión y toma de decisiones en salud en general y en emergencias**

sanitarias en particular,
así como para compartir
conocimientos y aprendizajes.

- » **invertir en el fortalecimiento de las capacidades técnicas de los países para la producción de vacunas,** medicamentos, equipos y otros insumos sanitarios.
- » **alertar a los organismos regulatorios sobre los peligros existentes en la conducción de ensayos clínicos durante emergencias sanitarias,** asegurando principios éticos.
- » **mantener y fortalecer servicios de salud esenciales,** como vacunación regular, atención materna e infantil, a la salud mental y a las enfermedades crónicas no transmisibles.
- » **invertir en recursos humanos trabajadores suficientes,** capacitados, certificados, incentivados, con lugares de trabajo adecuados, y protegidos

física y mentalmente en casos de emergencias sanitarias.

Implementar las recomendaciones anteriores está en manos de los políticos. En este sentido, son válidas las recomendaciones propuestas por Alarco Tosoni (2023):

- » **construir consensos entre Gobierno y sociedad,** y planes basados en análisis prospectivos.
- » **revisar el modelo productivo de algunos países,** principalmente los basados en actividades extractivas.
- » **enfrentar la desigualdad socioeconómica que erosiona las posibilidades de crecimiento de los países.**
- » **abordar el cambio tecnológico sin aumentar las**

desigualdades producto del desempleo o subempleo.

- » **mejorar la recaudación eficiente de impuestos mediante reformas eficientes.**
- » **procurar un sistema financiero estable y eficaz que impulse el crecimiento económico,** la ocupación y el empleo.

Existe un riesgo cada vez mayor de que las siguientes epidemias y pandemias sean de origen animal por el intercambio de virus entre humanos y animales, condición favorecida por la crisis climática. Por lo tanto, es relevante que los países, sus distintos sectores y la sociedad, estén preparados para enfrentar futuras epidemias, bajo el modelo de “Una Salud”, promoviendo la transición de los países hacia una economía verde y optimizando la salud de las personas, los animales y los ecosistemas.



Introducción



Objetivo del documento 14

Contexto y antecedentes 16

Objetivo del documento

Diversos autores e iniciativas globales han enfatizado la necesidad de documentar qué prácticas y políticas nacionales permitieron que los países mantuvieran servicios de salud esenciales mientras respondían a la pandemia de COVID-19, brindando buenos ejemplos a ser utilizados por la comunidad internacional (Exemplars in Global Health, 2024; Mullen et al., 2024).

A más de cuatro años de iniciada la pandemia de COVID-19, aún es necesario hacer un análisis de la experiencia de los países de ALC, durante este periodo. Este análisis se torna fundamental con

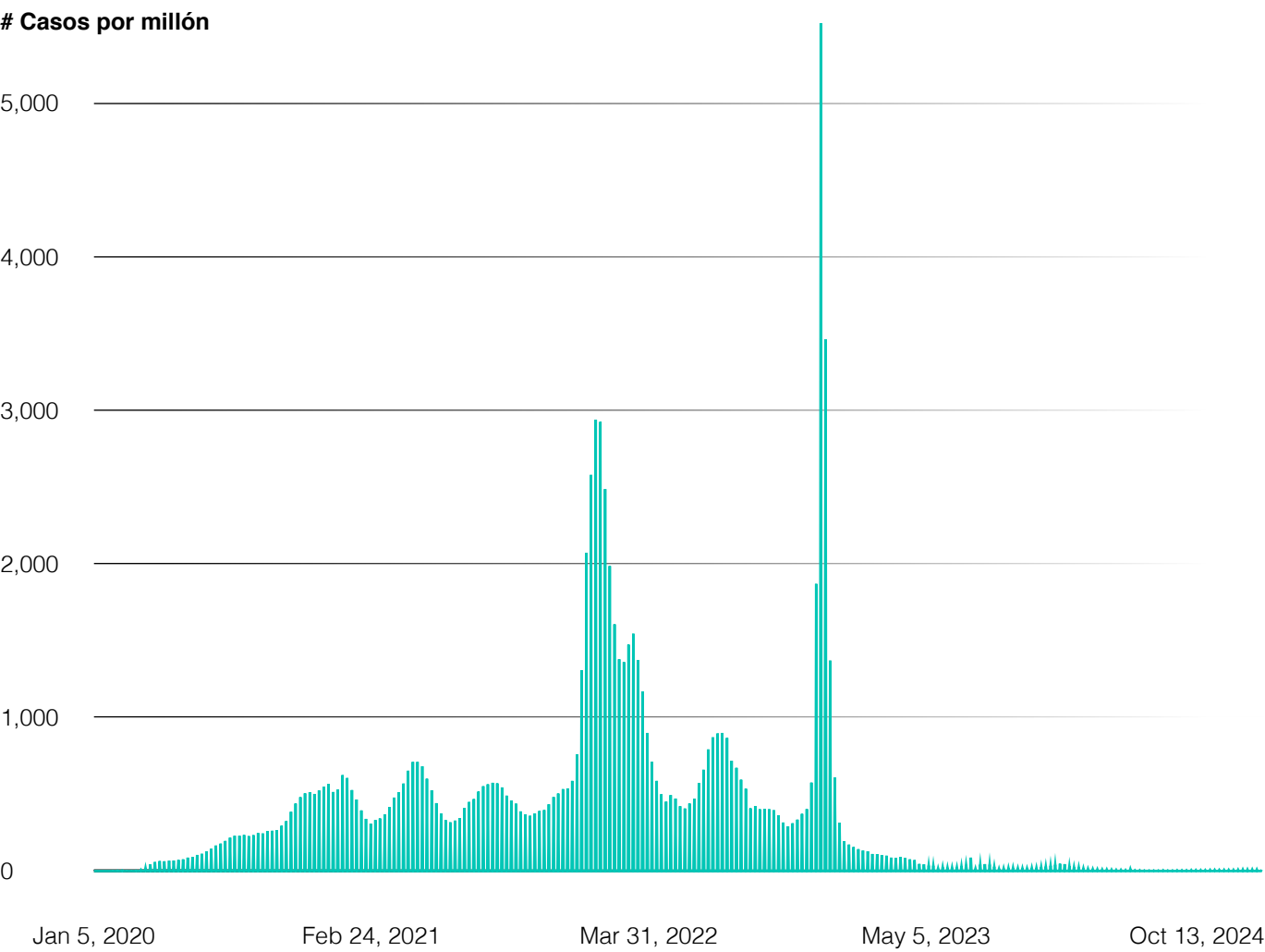
miras a fortalecer la capacidad de preparación y respuesta frente a futuras amenazas sanitarias globales.

El objetivo del presente documento es brindar recomendaciones concretas, a la luz del análisis, sobre aspectos que juegan un rol crítico para una respuesta adecuada —en particular desde el sector salud— frente a una eventual crisis sanitaria de gran magnitud, en aspectos como vigilancia y alerta epidemiológica temprana, comunicación social y científica, mantenimiento de los servicios esenciales de salud,

expansión de la oferta hospitalaria, eficacia y efectividad de las medidas no sanitarias y otras que promuevan la preparación, mejoren la capacidad de respuesta desde distintas perspectivas y, sobre todo, que una crisis sanitaria de múltiples repercusiones no encuentre a la región y a los países con la guardia baja y sin capacidad de reacción inmediata.



Contexto y antecedentes



En diciembre de 2019 la Oficina de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en la República Popular China, detectó y transmitió información sobre un conglomerado de casos de “neumonía vírica” en Wuhan, de acuerdo con lo estipulado en el Reglamento Sanitario Internacional (RSI-2005). Dicha información fue retransmitida a la Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos (GOARN), y se iniciaron las investigaciones para determinar la causa. Durante

las siguientes semanas se identificó que el causante era un nuevo coronavirus, y comenzaron a presentarse casos en países que mantenían transporte de viajeros con China. A un mes de detectado el brote en Wuhan, la OMS declaró que el brote del nuevo coronavirus constituía una emergencia de salud pública de importancia internacional (ESPII) (OMS, 2021).

Desde entonces hasta fines de agosto de 2023 se han registrado en todo el

mundo más de 769 millones de casos confirmados a lo largo de varias olas, siendo la mayor la ocurrida en la Región del Pacífico Occidental entre diciembre del 2022 y febrero del 2023, especialmente en Japón, Corea y China. Además, la pandemia ha cobrado más de 6,9 millones de muertes, mayormente entre el inicio de la pandemia hasta abril de 2022 (Our World in Data, 2023) (Figura 1).

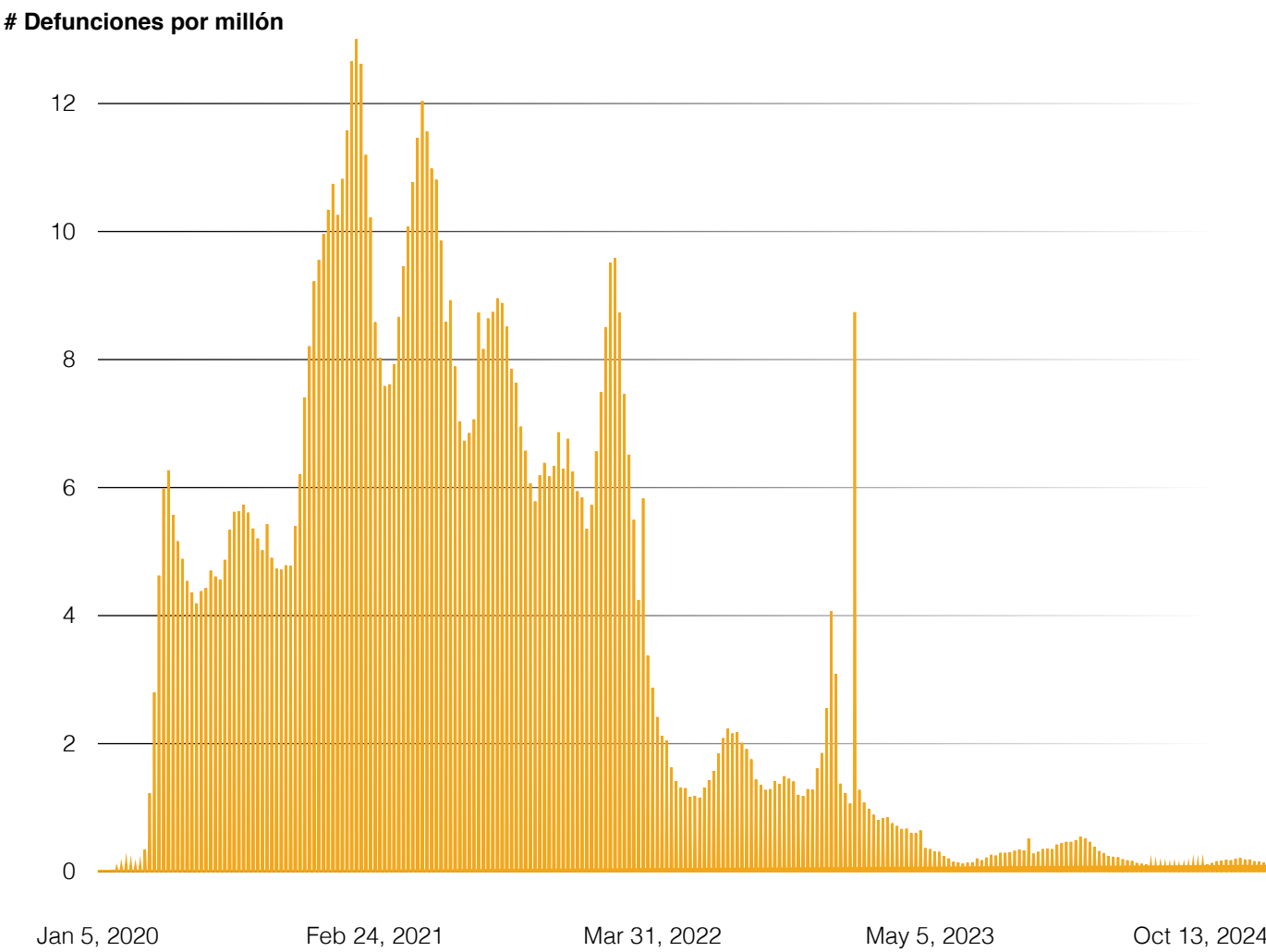
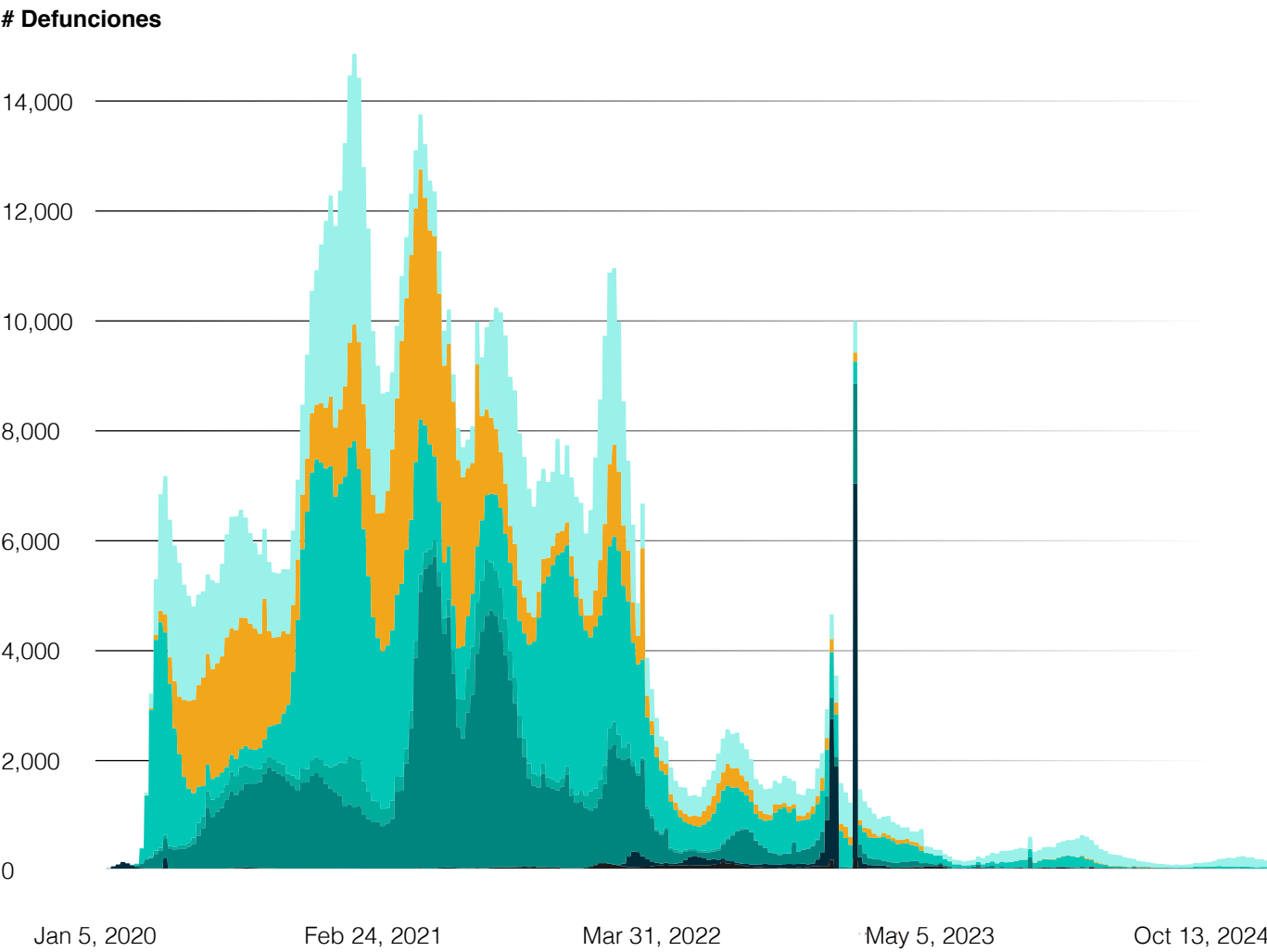
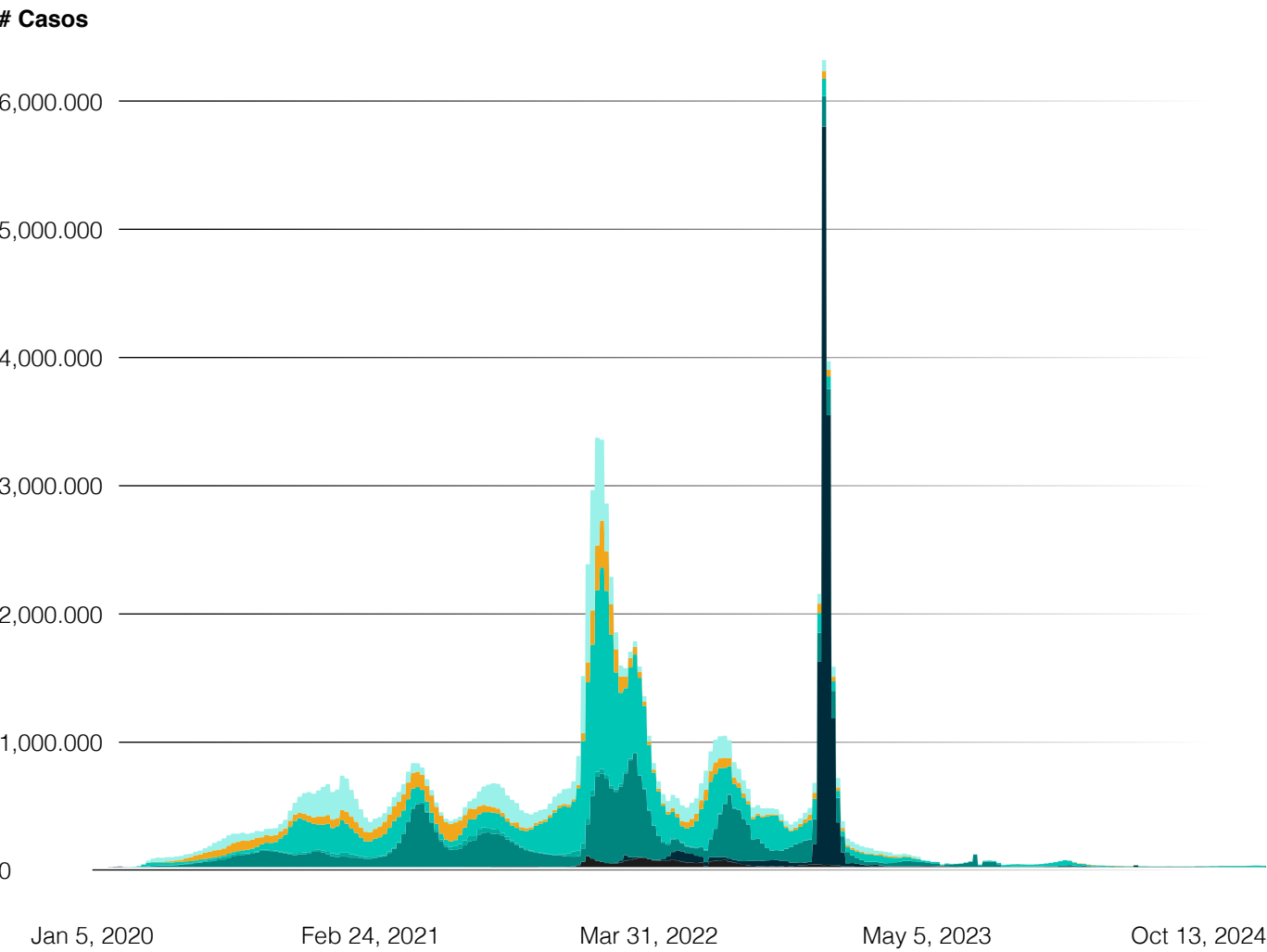


Figura 1. Número de casos y defunciones por COVID-19 en el mundo. Enero 2020-Octubre 2023

En las Américas, la pandemia ha significado más de 193 millones de casos y cerca de 3 millones de muertes acumuladas hasta fines de agosto de 2023 (OPS/OMS, 2023), con un comportamiento similar al del resto del mundo, pero sin la ola de fines del 2022 (Our World in Data, 2023) (Figura 2).



Hacia fines del 2021, ALC había sido la región del mundo más afectada por el COVID-19 (Savedoff et al., 2022). Si bien Estados Unidos aportó más del 50 % de casos acumulados, varios países de América Latina y el Caribe (ALC) han presentado las tasas más altas de incidencia y letalidad (PAHO, 2023b).

En mayo de 2023, el director general de la OMS declaró el fin de la pandemia de COVID-19, pero advirtió que eso no significaba que

la amenaza mundial se hubiera superado: “permanece la amenaza de otra variante emergente que cause nuevos brotes de enfermedad y muerte ... y persiste la amenaza de otros patógenos aún más mortales” (Ramsey, 2023).

La pandemia de COVID-19, aparte de su dramático impacto sobre la salud, la educación y la economía mundiales, dejó como lección más importante que ningún país, y menos sus sistemas de salud, estaban

preparados para una emergencia sanitaria de tal magnitud. Esto fue especialmente relevante en los países de América Latina y el Caribe, que exhibieron tasas de morbilidad y mortalidad sumamente altas en comparación con otras regiones del mundo, y en donde aún no se han terminado de cuantificar los efectos sobre la educación y el desarrollo de sus poblaciones que, según algunos estudios, fueron devastadores para grupos vulnerables (The Independent Panel for Pandemic

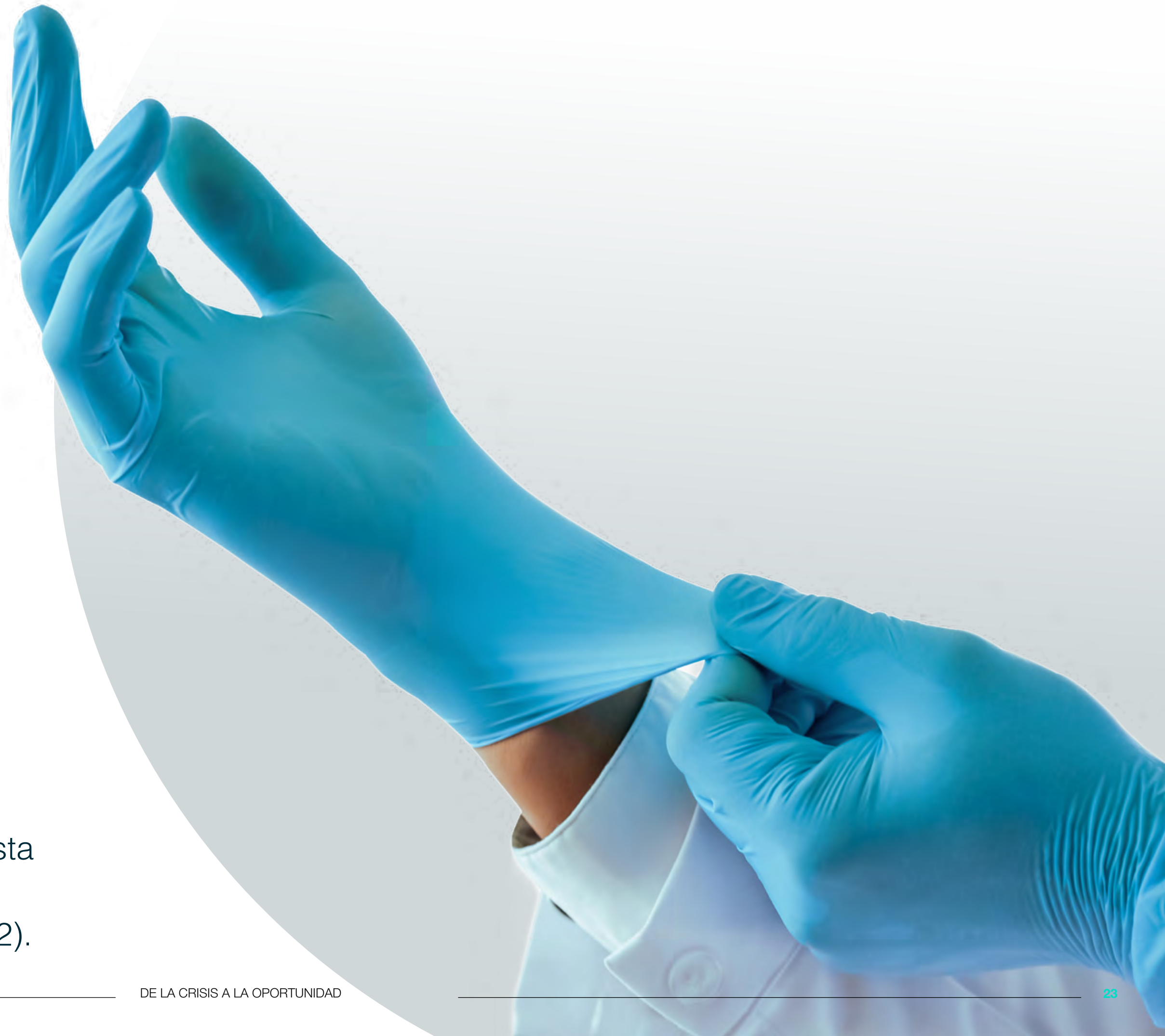
Preparedness and Response, 2021; Marchiori Buss & Tobar, 2021; Enríquez & Sáenz, 2021).

Por otro lado, en abril de 2023, la OMS puso en marcha la iniciativa Preparación y Resiliencia frente a Amenazas Emergentes (PRET), que propone un cambio en el modo de enfrentar nuevas emergencias sanitarias, al recoger todo lo actuado hasta la fecha (OMS, 2023).

- Norte América
- Sur América
- Europa
- África
- Asia (excluyendo a China)
- China
- Oceanía

Figura 2. Número de casos y defunciones por COVID-19 en los Países CAF en América. Enero 2020 - Octubre 2023

“Con solo el **8,4 %** de la población mundial, ALC ha presentado el **29 %** de los casos mundiales desde que inició la pandemia hasta noviembre del 2021”
William Savedoff (2022).



Impacto económico



Efectos en la economía local, regional y global	24
Medidas para mitigar el impacto económico	26
Repercusiones en la economía regional y nacional	28

Efectos en la economía local, regional y global

La pandemia de COVID-19 significó la mayor crisis económica global en más de un siglo, que generó un aumento de la pobreza y la desigualdad debido a la pérdida de ingresos especialmente para las poblaciones más vulnerables, en particular jóvenes, mujeres y trabajadores autónomos y ocasionales (Bachelet et al., 2021).

Así, por ejemplo, en 2020, el desempleo temporal entre los trabajadores con educación primaria se elevó en un 70 % de los países. Asimismo, las empresas más pequeñas e informales fueron las más afectadas y se vieron imposibilitadas para sostener los empleos de sus trabajadores (Banco Mundial, 2022).

ALC, caracterizada por altos niveles de pobreza multidimensional y desigualdad antes de la pandemia, fue una de las regiones del mundo más afectadas económicamente con una contracción de alrededor de -7 % en 2020, situación que no se ha recuperado luego de tres años. “Tras el crecimiento de 6,5 % del PIB regional en 2021, 3,2 % en 2022 y se espera sea del 1,4 % en 2023, que junto con la inflación mayormente del componente alimentario afectará a la población de menores ingresos” (Álvarez, 2022; CEPAL, 2023a).

“La pandemia ha expuesto y exacerbado las **desigualdades** dentro y entre los Estados y ha demostrado los enormes costos para las personas y la prosperidad que implica no atender esas brechas”
Michelle Bachelet (2021).

Medidas para mitigar el impacto económico

La reacción inicial de todos los gobiernos de los países de ALC se enfocó en contener el contagio y los casos fatales con medidas de confinamiento, lo que significó el cese de la mayoría de las actividades económicas.

Conscientes de la necesidad de mitigar el impacto económico que representaría el aislamiento, los países, de forma unilateral inicial, se valieron de paquetes de medidas fiscales para “fortalecer los sistemas de salud pública, apoyar el ingreso de las familias y proteger la estructura productiva. Estos esfuerzos se tradujeron en un alza del gasto público, que alcanzó un nivel histórico en América Latina. Al mismo tiempo, los ingresos públicos registraron una contracción importante, como resultado de los choques al consumo privado y al ingreso bruto nacional. Tomadas en conjunto, estas tendencias llevaron a importantes déficits fiscales y a un incremento significativo en la deuda pública” (CEPAL, 2021).

Paulatinamente, varias organizaciones regionales y subregionales en ALC respondieron movilizando sus mecanismos y tratando de

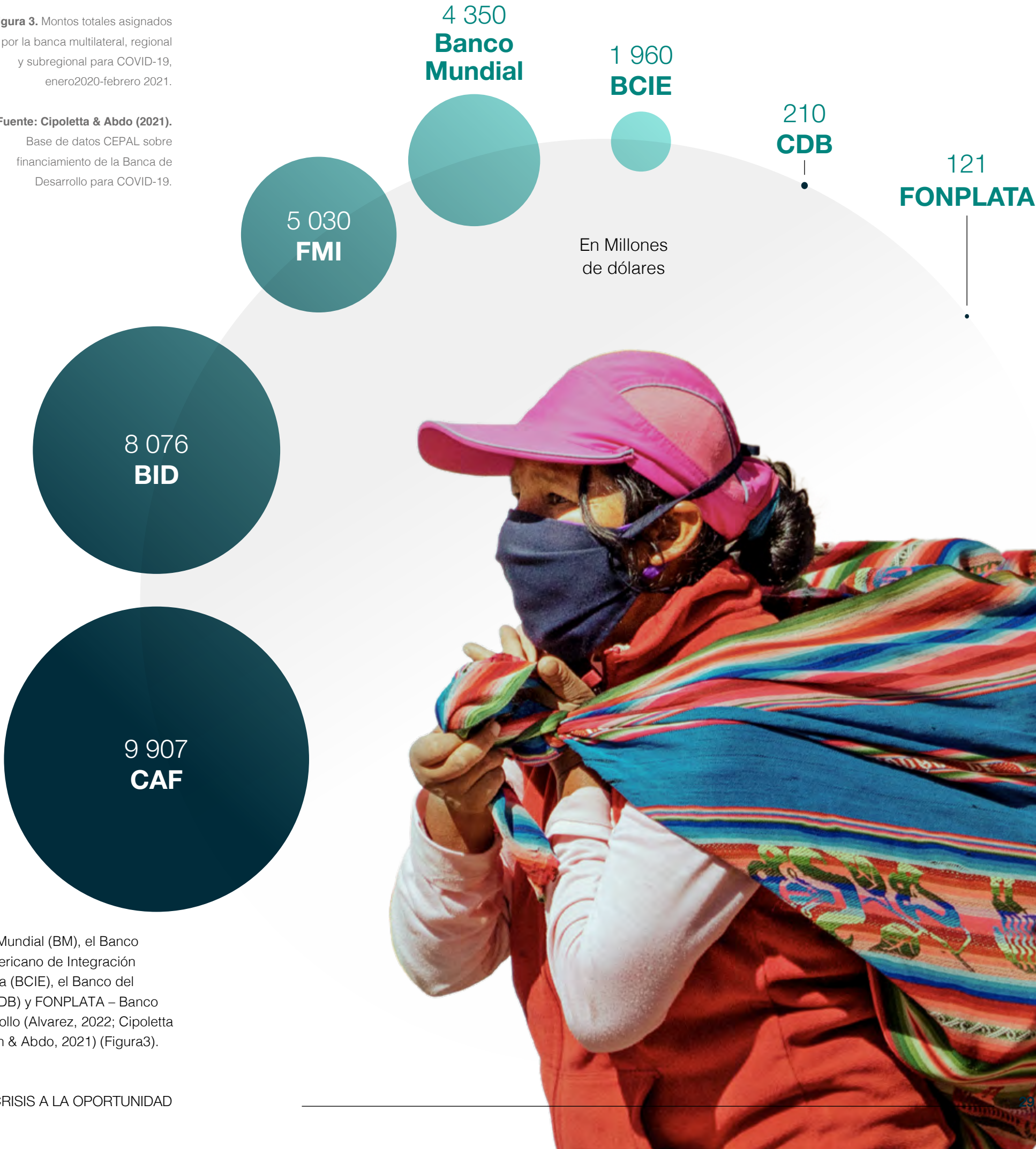
coordinar iniciativas para controlar la propagación del virus y mitigar sus efectos. A nivel regional, cabe destacar el papel que desempeñaron la Comunidad de Estados Latinoamericanos y Caribeños (CELAC), la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). A nivel subregional actuaron la Alianza Bolivariana para los Pueblos de Nuestra América (ALBA), la Alianza del Pacífico, la Comunidad Andina de Naciones (CAN), la Comunidad del Caribe (CARICOM), el Mercado Común del Sur (MERCOSUR), el Foro para el Progreso e Integración de América del Sur (PROSUR) y el Sistema de Integración Centroamericano (SICA) (Álvarez, 2022).

También la banca de desarrollo desplegó sus mecanismos para atenuar las consecuencias económicas inmediatas y posteriormente la refinanciación de las economías. Tuvieron lugar protagónico el banco de desarrollo de América Latina y el Caribe (CAF), el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), el Fondo Monetario Internacional (FMI),

el Banco Mundial (BM), el Banco Centroamericano de Integración Económica (BCIE), el Banco del Caribe (CDB) y FONPLATA – Banco de Desarrollo (Alvarez, 2022; Cipoletta Tomassian & Abdo, 2021) (Figura3).

Figura 3. Montos totales asignados por la banca multilateral, regional y subregional para COVID-19, enero2020-febrero 2021.

Fuente: Cipoletta & Abdo (2021).
Base de datos CEPAL sobre financiamiento de la Banca de Desarrollo para COVID-19.



Repercusiones en la economía regional y nacional

Las restricciones a la movilidad e interacción social, impuestas por los gobiernos, provocaron una disminución de la producción en los países de ALC. Revertir la situación requirió la disponibilidad de medidas efectivas para prevenir los contagios y muertes; una de ellas, la vacunación.

Entre diciembre de 2020 y mayo del 2021 se inició la vacunación contra COVID-19 en diferentes países de ALC, lo que posibilitó el levantamiento progresivo de las medidas restrictivas, el aumento de la movilidad, del consumo y del empleo (Orozco, 2023; Cano, 2023).

Según el Banco Mundial, el ingreso y el empleo se recuperaron luego de la pandemia y los mercados son optimistas respecto al corto plazo. Si bien, para el 2023 se previó que la

inflación disminuiría al 5% en 2023, las perspectivas de crecimiento fueron disminuyendo a 1,4% para 2023 y 2,4% para 2024 y 2025. Sin embargo, la pobreza aumentó de 24,0% a 26,5% entre 2019 y 2021, y la informalidad de las empresas aumentó de 56,7% a 63,4% en el mismo periodo, lo que está contribuyendo a una crisis migratoria (Banco Mundial, 2023b).

Junto con lo anterior, los efectos del cambio climático, el fenómeno El Niño 2023 y lo que Naciones Unidas ha denominado “ebullición global”, tiene efectos negativos sobre el rendimiento de la agricultura y la seguridad alimentaria, que contribuirán al aumento de la pobreza multidimensional (Larrea, 2023; Unites Nations, 2023).

“Después de varios años de débil desempeño económico, América Latina y el Caribe se enfrenta ahora a un panorama crítico debido a la pandemia de la COVID-19”
Banco Mundial (2023).

Impacto social



Cambios en los comportamientos y hábitos sociales 32

Ajustes en las políticas sociales y económicas 46

Consecuencias para salud, educación y pobreza 52

Cambios en los comportamientos y hábitos sociales

Sociabilidad

La magnitud de la propagación y mortalidad producidas por el SARS-CoV-2 significó una emergencia global que significó recomendaciones para el distanciamiento social y el aislamiento de casos sospechosos o confirmados. Estas recomendaciones influyeron enormemente en los hábitos de convivencia y las relaciones sociales de las poblaciones y, como señalan González-Rubí y Wuest Silva, “representaron una modificación abrupta de la rutina y las costumbres que modificó nuestros mecanismos de cohesión social, ya que representó la ruptura de la sociabilidad, el entrelazamiento y la cohesión, afectando el tejido social”, y convirtieron a la sociedad en un laboratorio de los efectos del alejamiento y el riesgo de la pérdida de la salud (González-Rubí & Wuest Silva, 2022).

Inicialmente, la experiencia de trabajar o estudiar en casa fue considerada aceptable y hasta deseable, pues se ahorra el tiempo del traslado y el uso de vestimenta específica para trabajar. Pero la

prolongación de la emergencia y sus incertidumbres forzaron nuevos estilos de vida, especialmente en los espacios familiares, donde se desarrolló competencia por los espacios reducidos de convivencia y pérdida de la intimidad (González-Rubí & Wuest Silva, 2022).

Información y comunicación

Declarada la emergencia sanitaria internacional, la búsqueda de información se constituyó en una necesidad urgente para los tomadores de decisiones y de la población en general. Por lo anterior, el director de la OMS advirtió: “No solo estamos combatiendo una pandemia; estamos combatiendo una infodemia”. La desinformación, las noticias falsas y teorías conspirativas socavaron la confianza en las instituciones de salud (The Lancet Infectious Diseases, 2020).

La televisión, la prensa digital y las redes sociales fueron desde el inicio los principales medios de información en el mundo. Sin

embargo, la confianza en las fuentes de información que difundían dichos medios fue muy variada entre países y mermada con el paso del tiempo, sugiriendo que la mayor confianza era depositada en los expertos científicos, las autoridades y organizaciones sanitarias, mientras que la menor confianza se tenía en los gobiernos, los políticos y en la gente común (Figura 4) (Casino, 2022).

Pero la información y comunicación también fluyeron de la población a las autoridades sanitarias nacionales y globales. En los primeros meses de la pandemia, en los países de ALC que desarrollaron aplicaciones para notificación del estado de salud, 70 % de las personas estaban dispuestas a usarlas para reportar síntomas y su ubicación con fines de seguimiento. Pero manifestaban confiar más en aplicaciones desarrolladas por organismos sanitarios internacionales que por entidades gubernamentales (Goyeneche et al., 2022).

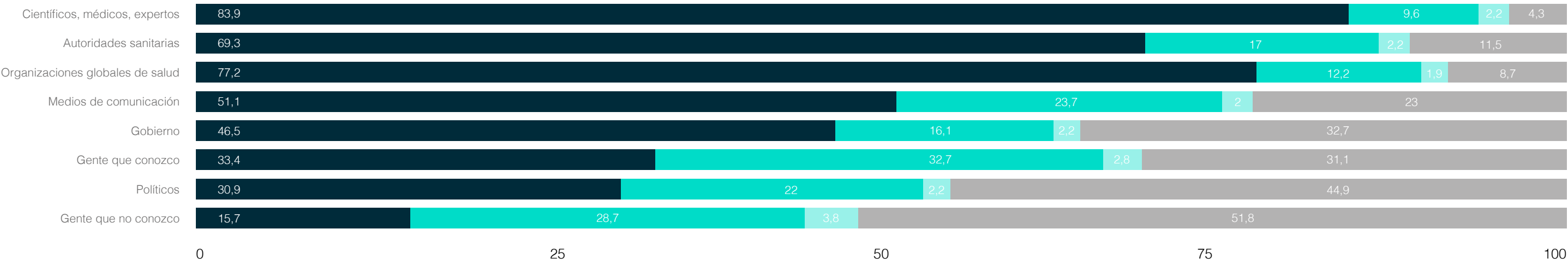


Figura 4. Porcentaje de población que confía en cada fuente de información sobre el SARS-CoV-2 en países seleccionados.

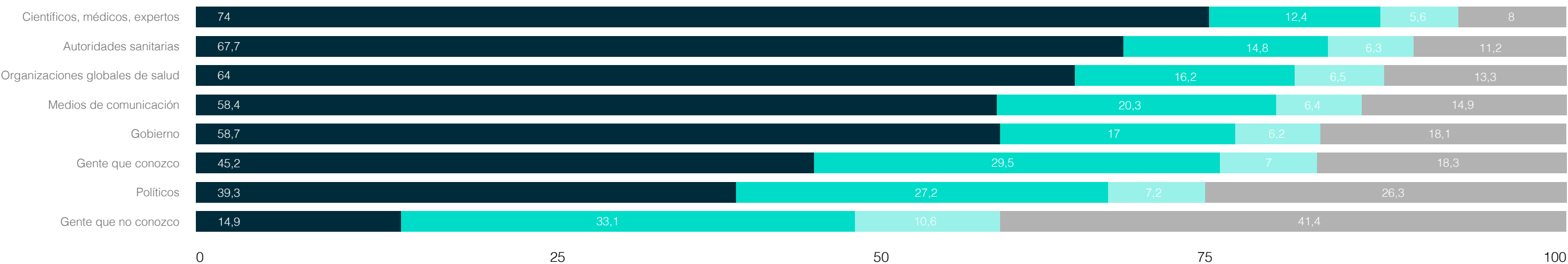
Fuente: tomado de Casino, G. (2022).

- Confía
- Ni confía ni no confía
- No sabe
- No confía

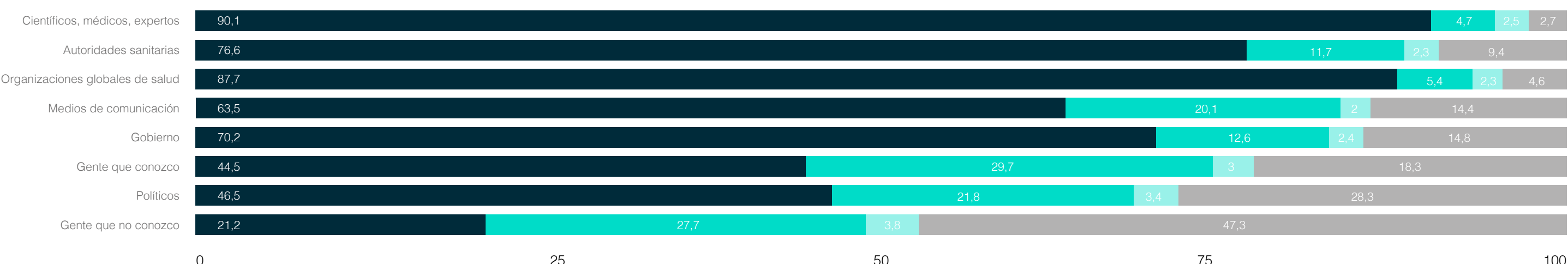
España



Alemania



Argentina



Comercio

La emergencia por la pandemia de COVID-19 agravó el debilitamiento del comercio mundial que venía de la crisis financiera de 2008 y 2009, y ALC fue la región en desarrollo más afectada, con una reducción de 16,6 % del valor de sus exportaciones e importaciones en el primer semestre del 2020. La mayor caída la sufrió la Comunidad Andina con 23,1 %, seguida por México con 20,8 %. Por otro lado, Costa Rica, Guatemala, Honduras y Nicaragua aumentaron sus exportaciones de bienes en el mismo periodo. El turismo y el tráfico aéreo se desplomaron por la suspensión de vuelos y cierre de fronteras (CEPAL, 2020b).

Luego de que los países comenzaran a liberar las restricciones a la movilidad y a la interacción social en 2021, el valor de las exportaciones regionales de bienes y servicios creció 23,5 % en el primer semestre de 2022 (Figura 5).

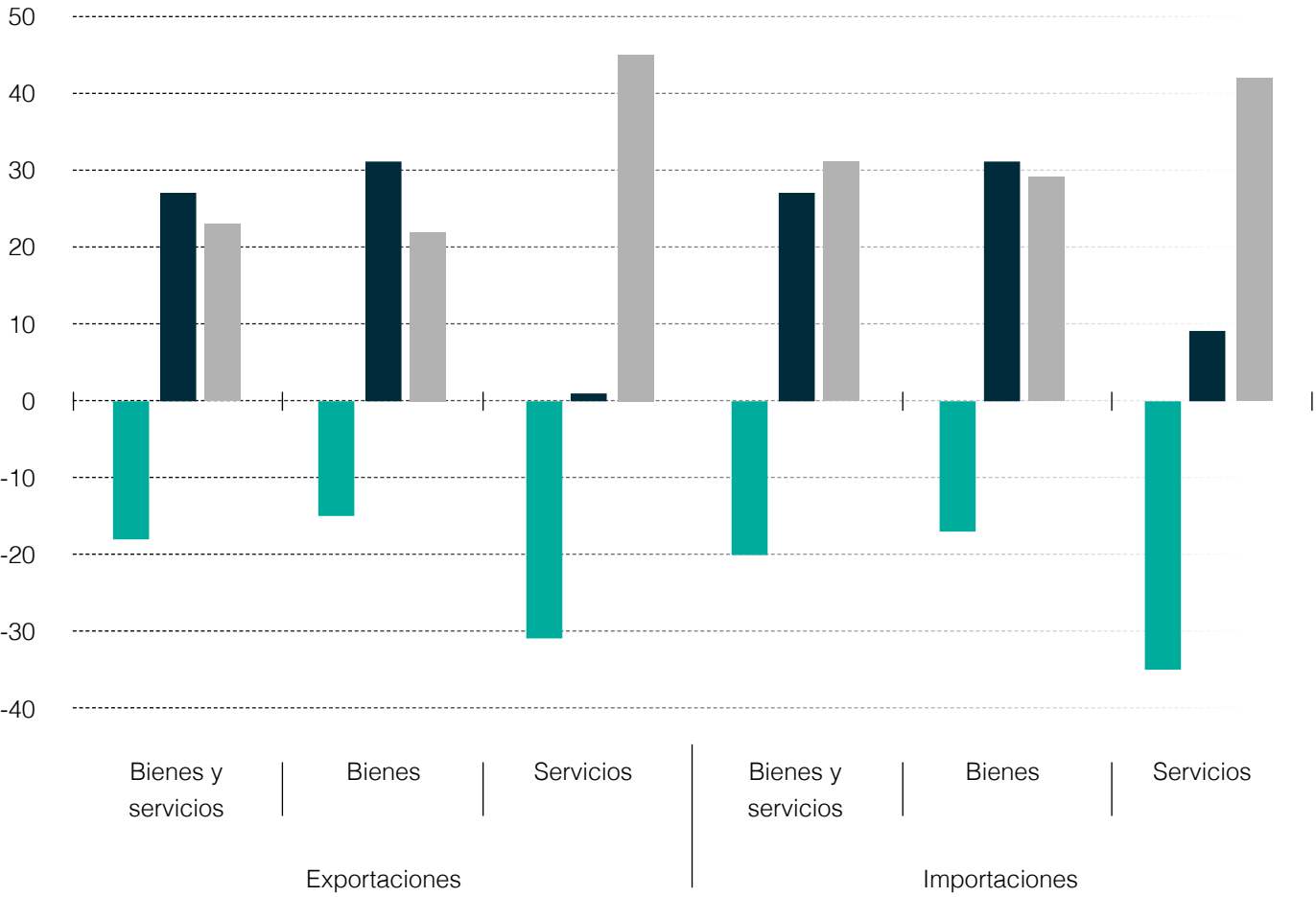
Sin embargo, se estimaba que el conflicto entre Rusia y Ucrania y la desaceleración de la economía mundial tendrían un efecto negativo en ALC, ya que el alza de los precios de sus exportaciones de bienes sería menor que el aumento de precios de sus importaciones, a excepción de los países exportadores netos de hidrocarburos (CEPAL, 2023b).



Figura 5. Variación interanual del valor del comercio de bienes y servicios (primer semestre de 2020 y primer semestre 2022 en ALC).

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (2023), sobre la base de información oficial de los bancos centrales, servicios de aduanas e institutos de estadística de la región.

- Primer semestre de 2020
- Primer semestre de 2021
- Primer semestre de 2022



Compra y consumo doméstico

El distanciamiento social produjo cambios en los hábitos de compra y consumo durante todo el año 2020 y el primer semestre del 2021, y algunos consideran que viene impactando aún después de varios años de iniciada la pandemia. Al inicio se detonaron las compras de pánico en alimentos, bebidas, medicinas, alimentos no perecederos y artículos de desinfección y limpieza. Posteriormente, al establecerse más confianza, los consumidores siguieron comprando lo mismo, pero en menor volumen (Fernández et al., 2021; Vargas Mattar, 2020).

Este cambio en los hábitos de consumo no se circunscribió a los bienes tangibles, sino que se extendió a los servicios. Aumentó notablemente el consumo de información sobre salud, comida saludable, cultivos en domicilio y entretenimiento (Fernández et al., 2021).

Un hecho notable fue el incremento del comercio electrónico y el uso de herramientas digitales para vender y comprar, por parte de las personas con acceso a internet. Se espera que esta práctica perdure luego de terminada la pandemia (Béjar-Tinoco et al., 2022; Jung & Katz, 2023).

Alimentación y nutrición

Los resultados de investigaciones sobre las prácticas de alimentación y del estado nutricional de las personas adultas durante la pandemia fueron bastante consistentes. Estudios realizados en España y algunos países sudamericanos mostraron que la mayoría de las personas mantuvieron constantes sus patrones de consumo de alimentos. Entre las personas en Argentina y Brasil que cambiaron sus patrones, un buen número lo hizo hacia alternativas más saludables, mientras que en Perú y México no fueron propensos a cambios saludables. En todos los países, las personas confinadas por estar enfermas o las personas ansiosas consumieron alimentos menos saludables y reportaron haber subido de peso (Enriquez-Martinez et al., 2021; Urquía et al., 2022).

Con relación a la alimentación y nutrición infantil y materna, diversos científicos e instituciones advirtieron a inicios de la pandemia que el confinamiento, las restricciones comerciales y el desempleo, al afectar la producción, el transporte y la venta y compra de alimentos, impactarían en el consumo de comidas frescas y nutritivas. Producto de ello, se exacerbaría la inseguridad alimentaria de niños y sus madres, lo que conduciría a agravar los niveles de malnutrición y la mortalidad debida a ella (Fore et al., 2020; Headey et al., 2020; Pérez-Escamilla et al., 2020).

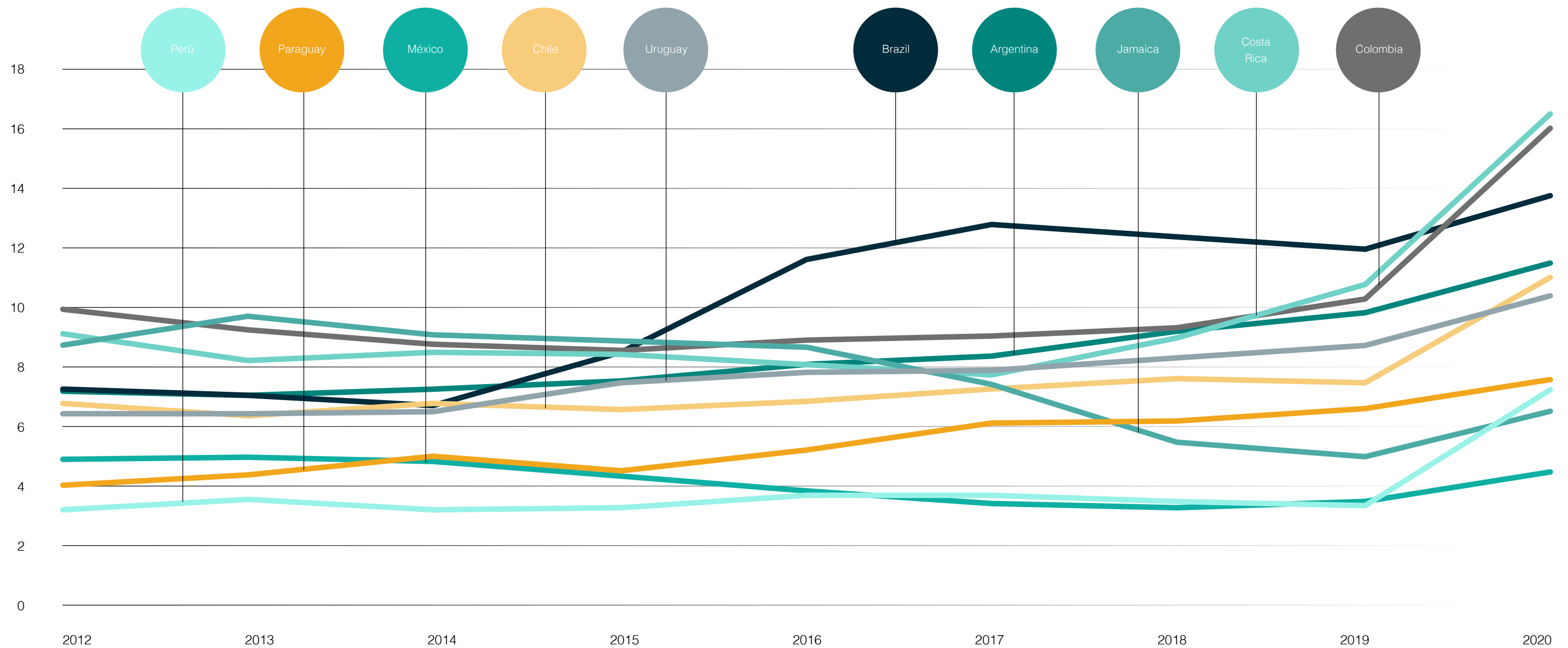
En 2020, en México un tercio de los hogares con niñas, niños y adolescentes presentaron inseguridad alimentaria moderada o severa; en Argentina, cerca de un tercio de los hogares dejaron de comprar alimentos por falta de dinero y, en República Dominicana, cerca de la mitad de hogares reportaron carencia severa de alimentos durante la pandemia (Guerrero, 2021). Entretanto, en Perú, hacia mayo de 2020, 78 % de hogares a nivel nacional y 90 % en el área rural había disminuido la cantidad o calidad de alimentos, o se habían quedado sin estos (IEP, 2020).

Sin embargo, la poca evidencia disponible en ALC no ha podido corroborar los cambios en la malnutrición infantil en los países, salvo en Perú, que realiza seguimiento anual de la anemia y de la desnutrición por medio de encuestas¹. Estas mostraron un aumento de la subalimentación en general, pero no mayor variación en la desnutrición y anemia durante los años de pandemia (Tabla 1). (INEI/Perú, 2022, 2023b, 2023c).

Tabla 1. Indicadores del Objetivo de Desarrollo Sostenible 2, Perú 2019-2022.

Fuente: INEI Perú (2022, 2023).

	2019	2020	2021	2022
Prevalencia de subalimentación en población general (%)	26,8	32,7	32,1	---
Lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses (%)	65,6	68,4	64,0	65,9
Prevalencia de desnutrición crónica (T/E) en menores de 5 años (%)	12,2	12,1	11,5	11,7
Prevalencia de sobrepeso y obesidad en menores de 5 años (%)	8,0	10,0	9,6	---
Prevalencia de anemia en niños de entre 6 y 35 meses (%)	40,1	40,0	38,8	42,4
Prevalencia de anemia en mujeres entre 15 y 49 años (%)	21,1	20,9	18,8	20,6



Desempleo

La ocupación venía con un crecimiento nulo antes de la pandemia en ALC, pero esta representó un aumento notable del desempleo, especialmente en mujeres, en jóvenes, en migrantes y en trabajadores menos educados, lo cual aumentó los niveles de pobreza y desigualdad en desmedro de estas poblaciones más vulnerables (Figura 6) (CEPAL, 2021).

Varios estudios han mostrado que al desempleo femenino se agregó la

carga del cuidado en los hogares, de las personas enfermas por COVID-19 y de los niños que permanecieron en casa por el cierre de las escuelas. Lo anterior generó costos para su salud mental y mayor riesgo de sufrir violencia doméstica en varios países de ALC (Chaparro Moreno & Alfonso, 2020; García, 2020; Martínez-Labrin & Bivort, 2022).

Como era de esperar, las medidas de apertura en 2021 hicieron que

se recuperase buena parte de los empleos perdidos durante la crisis, con un 11 % de crecimiento de los empleos durante el tercer trimestre de 2021, para luego disminuir a 7 % en 2022. Este crecimiento fue asimétrico y perjudicó a las mujeres, pues entre 2020 y 2022 la tasa de desocupación en las mujeres disminuyó 2,1 %, mientras que en los hombres disminuyó 3,5 %. Sin embargo, en 2022 había un 3,8 % más de personas

desocupadas que al terminar 2019, lo que se explica por el aumento de la población económicamente activa (CEPAL, 2022).

Figura 6. Desempleo en ALC, 2012-2020.

Fuente: Banco Mundial (2021).



“Hubo un gran sacrificio
de las mujeres madres
que tuvieron que dejar de
trabajar para quedarse
en sus hogares a atender
a sus familias”

**Carmen Castillo
Taucher, 2023**

Actividad física y sedentarismo

El estudio de Enríquez-Martínez y colaboradores mostró que 57,1 % de participantes de Argentina, Brasil, México, Perú y España reportaron haber hecho ejercicio físico en su hogar durante el confinamiento en 2020, y 62 % lo hizo con una duración de entre 30 minutos y 1 hora (Enríquez-Martínez et al., 2021).

En otro estudio no probabilístico realizado en Chile, Colombia, México y Perú, se encontró que un tercio de las personas adultas entrevistadas, sin COVID-19, estuvieron físicamente inactivas durante la pandemia. Las personas con mayor riesgo de sedentarismo fueron las mujeres, aquellas con menos de ocho años de educación, personas con sobrepeso y obesidad, así como quienes fumaban y consumían alcohol (Cigarroa et al., 2022).

Ocio y lectura

Un estudio realizado en Ecuador en septiembre de 2020 mostró que el tiempo dedicado al ocio familiar no disminuyó durante la pandemia. Sin embargo, el gasto asignado sí aumentó significativamente (Gómez & Romo, 2021). Esto posiblemente se explica por el mayor consumo de plataformas de **streaming**, que fue utilizada por el 86,2 % de casados y 60,6 % de solteros en México (Béjar-Tinoco et al., 2022).

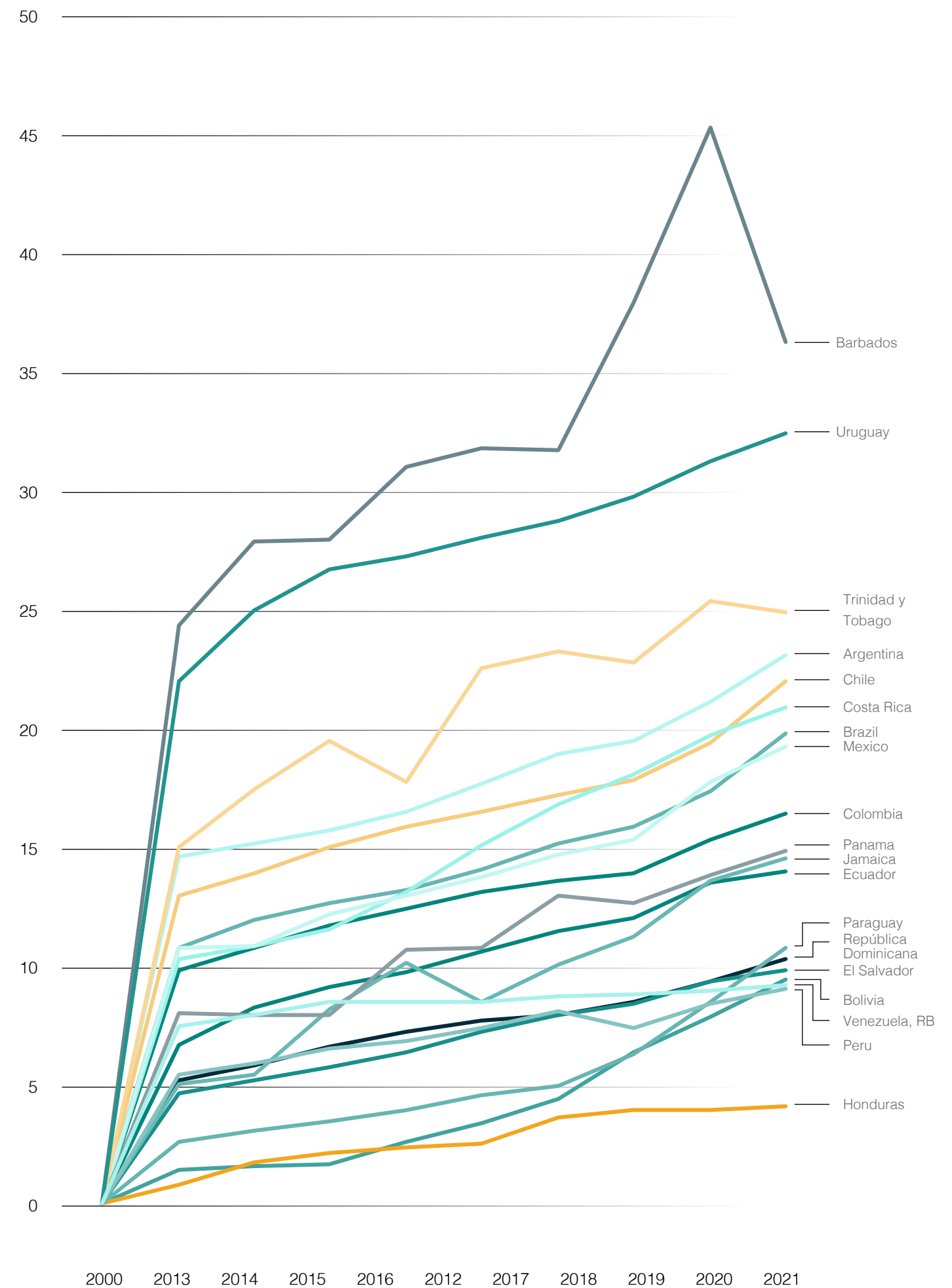
Los jóvenes constituyeron un grupo particular de análisis, pues se esperaba que el distanciamiento social impactara en sus actividades de ocio. Sin embargo, un estudio en México mostró que 48,3 % de jóvenes continuó realizando actividades de esparcimiento durante el aislamiento social, especialmente con la familia, o físicas, y que con la apertura progresiva de estas se incorporaron a la normalidad (Reyes et al., 2022).

Tecnologías de información y comunicación

Cuando inició la pandemia en 2018, el desarrollo del ecosistema digital de ALC estaba posicionado en un nivel intermedio respecto a otras regiones del mundo, con bajos niveles de penetración de internet, producto de los grandes esfuerzos de los países para lograr un aumento significativo a partir del año 2000. Las medidas de aislamiento condujeron a un aumento del uso de internet por las personas en busca de información y por la migración al teletrabajo, lo que disminuyó la velocidad de la banda ancha e incrementó la latencia de internet en varios países. A lo anterior se agregó la baja asimilación de esta tecnología en los procesos productivos de las empresas públicas y privadas (Figura 7) (Agudelo, 2020; Finquelievich, 2020).

Figura 7. Penetración de internet en países miembros de CAF (2000-2021).

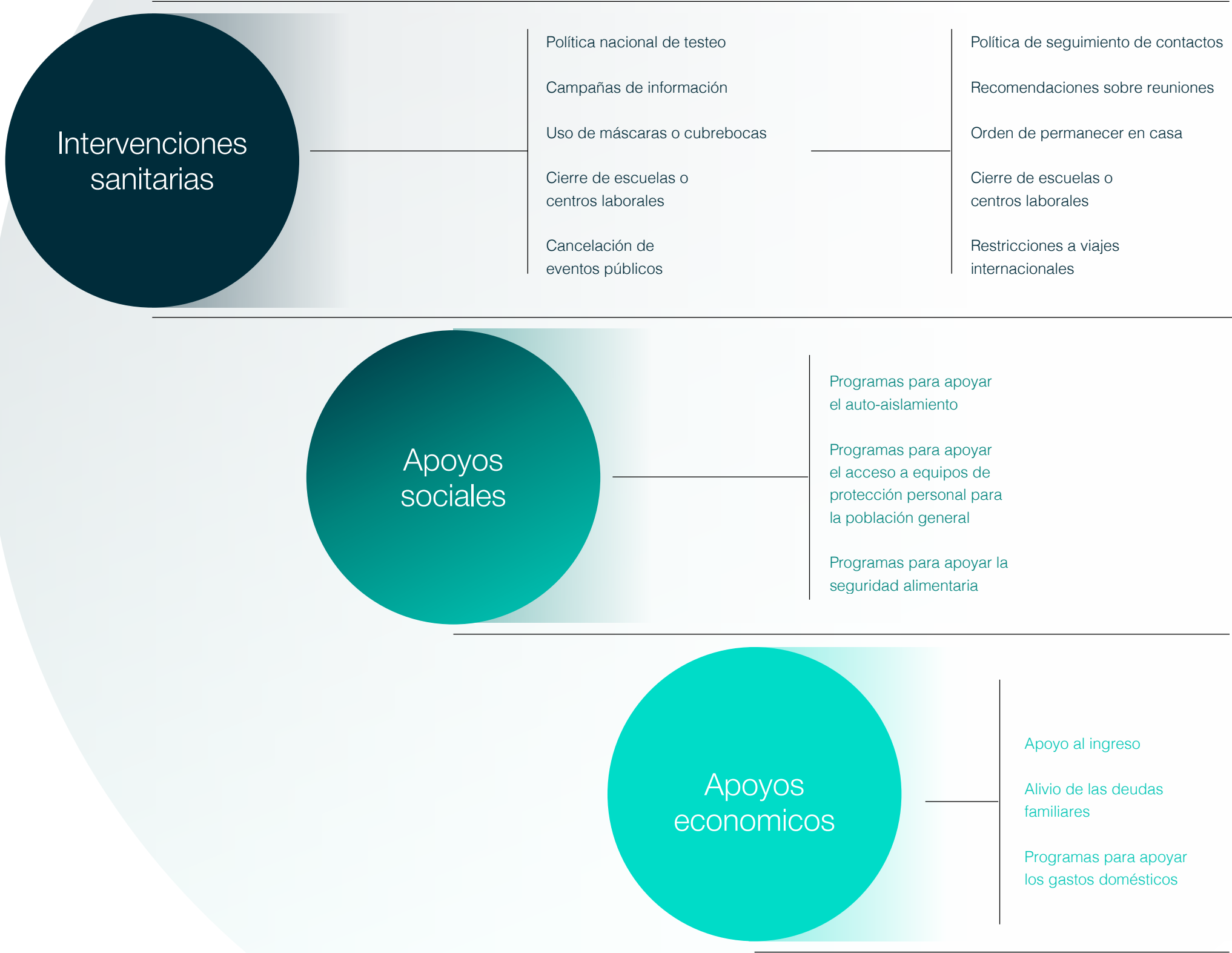
Fuente: elaboración propia con base en World Bank DataBank, Banco Mundial (2023a).



Ajustes en las políticas sociales y económicas

Figura 8. Dimensiones de las acciones tempranas para mitigar la circulación del COVID-19.

Fuente: tomado y traducido de Haldane et al. (2022).



Haldane y colaboradores realizaron un análisis comparativo de las acciones tomadas tempranamente en la pandemia para prevenir y mitigar la circulación del COVID-19 en varios países de ALC. Para ello, plantearon un modelo de análisis en tres dimensiones: soportes sociales, soportes económicos e intervenciones sanitarias (Figura 8) (Haldane et al., 2022).

Las intervenciones sanitarias tuvieron como objetivo reducir la transmisión y mitigar la diseminación del virus, minimizando los daños sociales y económicos a las personas, familias y comunidades. Los soportes sociales debían facilitar, a los individuos y familias, el acceso a los recursos para cumplir con las medidas sanitarias. Finalmente, los

soportes económicos debían prevenir o compensar los catastróficos costos financieros experimentados (Haldane et al., 2022).

Una vez que la OMS declaró al COVID-19 una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII) el 30 de enero de 2020, los países implementaron apoyos sociales y económicos bajo la modalidad de emergencia, o lo que se llegó a denominar "keynesianismo de emergencia", a pesar de sus deudas precrisis y sus preocupaciones fiscales (Tabla 2) (Bayona, 2020; Haldane et al., 2022).

Tabla 2. Apoyos sociales y económicos durante los primeros seis meses de pandemia de COVID-19 en algunos países de ALC.

Fuente: tomado y traducido de Haldane et al. (2022).

		Uruguay	Argentina	Chile	Ecuador	El Salvador	Guatemala	Haití	Honduras	Panamá	Paraguay	Trinidad y Tobago
Apoyos a Vivienda	Moratoria de desalojos	No	Sí (marzo)	No	Sí (marzo)	No	No	No	No	Sí (mayo)	Sí (abril)	No
	Apoyos hipotecarios ofrecidos	Sí (marzo)	Sí (marzo)	No	Sí (marzo)	Sí (marzo)	No	No	No	Sí (mayo)	No	Sí (marzo)
	Apoyos a los precios de alquiler (congelación de precios, subvenciones)	Sí (marzo)	Sí (marzo)	Sí (julio)	No	No	No	No	No	Sí (mayo)	No	Sí (marzo)
Apoyo a los Ingresos	Transferencias monetarias a familias con bajos ingresos	No	Sí (marzo)	Sí (junio)	Sí (abril)	No	Sí (abril)	Sí (junio)	No	Sí (abril)	Sí (marzo)	Sí
	Transferencias monetarias para algunos sectores (e.g., trabajadores en primera línea, trabajadores textiles, emprendedores)	Sí (marzo)	No	No	No	Sí (abril)	No	Sí (junio)	Sí (abril)	No	Sí (marzo)	No
	Acceso aumentado a beneficios de seguro de desempleo	Sí (marzo)	No	Sí (junio)	No	No	No	No	No	No	No	No
Apoyo al auto-aislamiento	Centros de aislamiento para casos confirmados o potenciales de COVID-19	No	Sí (marzo)	Sí (marzo)	No	Sí (marzo)	No	No	No	Sí (marzo)	No	No
	Centros de cuarentena para personas que ingresan al país (ciudadanos, residentes, deportados, viajeros)	No	No	No	Sí (mayo)	Sí (marzo)	Sí (marzo)	No	No	No	Sí (marzo)	Sí (marzo)
	Albergues para personas que necesitan un lugar para aislamiento (e.g., trabajadores de salud, personas sin hogar, víctimas de abuso doméstico)	Sí (marzo)	No	No	Sí (mayo)	No	No	No	No	No	No	Sí (marzo)
Acceso de ciudadanos a EPP	Monitoreo y/o congelamiento de precios	Sí (abril)	Sí (marzo)	Sí (abril)	No	No	No	No	No	No	No	No
	Distribución de canastas sanitarias (incluyendo ítems tales como mascarillas, gel desinfectante, jabón, guantes)	No	No	Sí (abril)	No	Sí (abril)	No	No	Sí (marzo)	No	No	No
	Entrega de mascarillas faciales	No	No	No	No	No	Sí (abril)	Sí (marzo)	No	Sí (abril)	No	Sí (abril)
	Monitoreo del acaparamiento	No	No	No	No	No	Sí (abril)	No	Sí (marzo)	No	No	No
Alivio de deuda	Aplazamiento del pago del impuesto sobre la renta	No	No	No	Sí (marzo)	Sí (mayo)	No	Sí (mayo)	Sí (abril)	No	No	No
	Suspensión de multas u otras sanciones por rechazo de cheques	No	Sí (marzo)	No	No	No	No	No	No	No	Sí (abril)	No
	Accesibilidad aumentada a préstamos y flexibilidades en sus pagos	Sí (marzo)	Sí (marzo)	Sí (febrero)	Sí (marzo)	Sí (mayo)	Sí (abril)	Sí (mayo)	Sí (abril)	Sí (abril)	No	Sí (marzo)
	Subsidio y/o suspensión de cancelación de utilidades	No	Sí (marzo)	Sí (febrero)	No	Sí (mayo)	Sí (abril)	No	Sí (abril)	Sí (abril)	Sí (abril)	Sí (marzo)
	Suspensión de tasas o comisiones por operaciones bancarias	No	Sí (marzo)	No	No	No	No	Sí (mayo)	No	No	No	No
Apoyos para seguridad alimentaria	Transferencias monetarias, bonos electrónicos	Sí (marzo)	Sí (marzo)	No	No	Sí (marzo)	No	No	No	Sí (mayo)	Sí (marzo)	Sí (marzo)
	Distribución de canastas con alimentos	Sí (marzo)	No	Sí (abril)	Sí (marzo)	Sí (marzo)	Sí (abril)	No	Sí (abril)	Sí (mayo)	Sí (marzo)	No
	Monitoreo y/o congelamiento de precios	Sí (marzo)	Sí (marzo)	Sí (abril)	No	Sí (marzo)	Sí (abril)	No	Sí (marzo)	No	No	No
	Aumento del presupuesto para programas de asistencia alimentaria (comedores populares, programas de alimentación escolar)	Sí (marzo)	Sí (marzo)	No	No	No	Sí (abril)	Sí (marzo)	No	No	No	No
	Préstamos/Acuerdos con productores de alimentos	Sí (marzo)	No	No	No	No	No	No	Sí (marzo)	No	No	No

Hasta octubre de 2020, la prioridad de política fiscal en ALC fue mayor gasto en atención de la salud y servicios de emergencia, seguida de medidas para proteger a los hogares y empresas, incluyendo el sector informal (Figura 9) (FMI, 2020).

Los países más exitosos fueron los que montaron sus apoyos sociales y económicos sobre políticas y programas de gobierno

ya existentes, especialmente los de transferencias monetarias. De 64 programas de transferencias monetarias en ALC, 37 consistieron en bonos de emergencia, que en poco más de la mitad beneficiaron a menos del 10 % de la población (Cejudo et al., 2020). Pero todos los países tuvieron dificultades para mantener los apoyos sociales y económicos durante más de seis meses (Haldane et al., 2022).

- Apoyo al sistema de salud
- Apoyo directo a las empresas
- Apoyo directo a los hogares
- Otras medidas¹

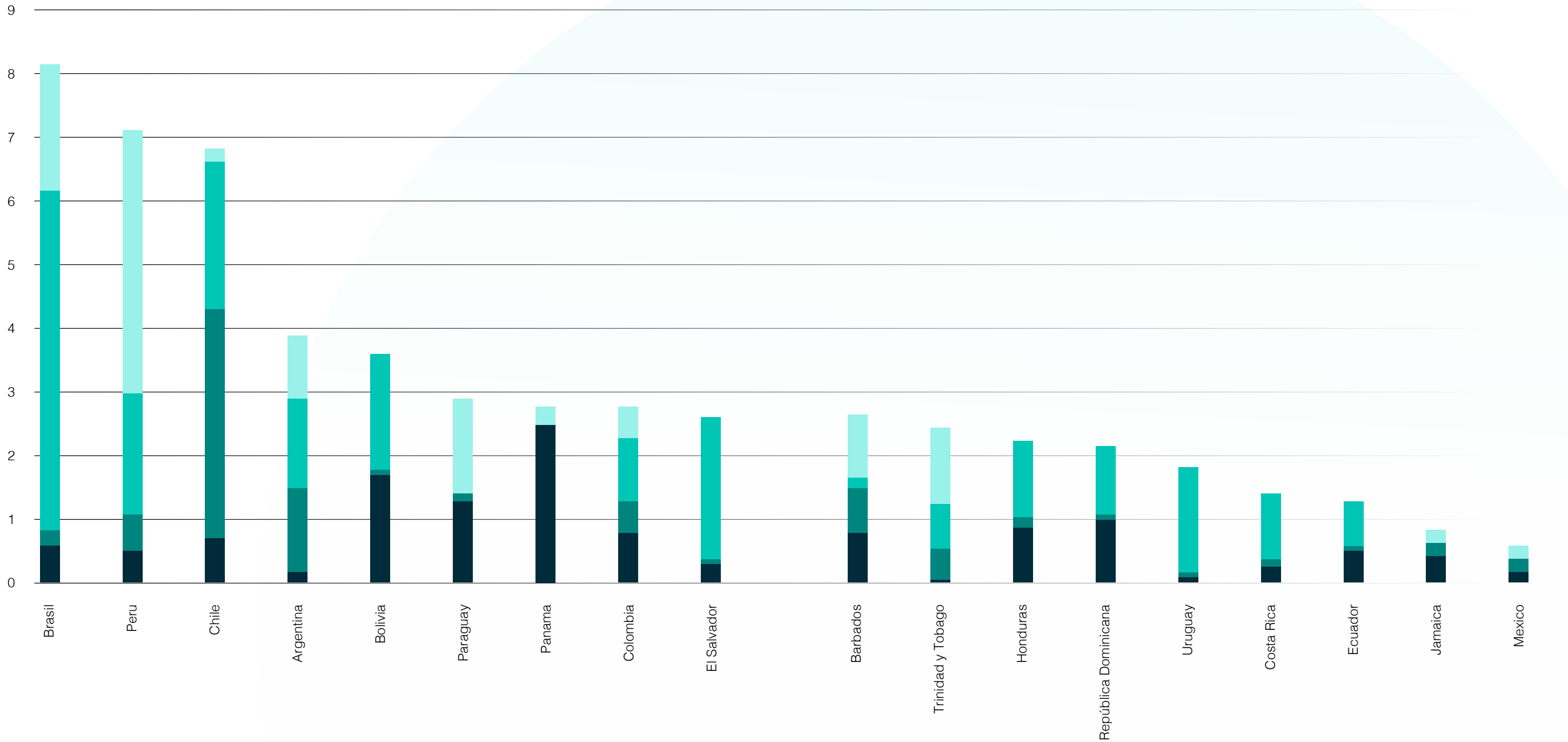


Figura 9. Medidas discrecionales de apoyo fiscal por encima de la línea anunciadas a raíz del COVID-19 (porcentaje del PIB).

Fuente: FMI (2020).

¹ En Perú, esto incluye sobre todo el gasto de capital, mientras que en Brasil incluye principalmente respaldo a los gobiernos locales.

Consecuencias para salud, educación y pobreza

Mortalidad, morbilidad y discapacidad

Entre 2020 y 2022 se dio el mayor número de casos y muertes por COVID-19 en ALC. Hasta el 31 de marzo de 2022 se había registrado 65 millones de casos y más de 1,6 millones de muertes por un virus que experimentó cambios en su velocidad de propagación y en su letalidad, debido a la emergencia de variantes del SARS-CoV-2, siendo la Ómicron la que causó la última ola a inicios del 2022, y cuyas subvariantes predominan a la fecha, tanto en ALC (Figura 10) (Cid & Marinho, 2022), como en el orbe.

La tendencia de las tasas de mortalidad entre el 2020 y 2022 mostró una gran heterogeneidad en todos los países de ALC. En dicho periodo, en Paraguay y Uruguay

ocurrió un pronunciado aumento en la tasa de mortalidad. En el Caribe, los países mostraron patrones similares de aumento de mortalidad, mientras que solamente en Bolivia, Ecuador, México, Panamá y Perú, se observó una disminución de la mortalidad en el mismo periodo. En el caso de Perú, a pesar de la disminución, la tasa de mortalidad fue la más alta de la región (Figura 11) (Cid & Marinho, 2022).

Por otro lado, si bien la población de ALC corresponde al 8,4 % de la población mundial, la región contribuyó al 57 % del total de muertes mundiales, de mediados del 2020, lo que evidencia la enorme vulnerabilidad regional, explicada entre otras razones por

la pobreza, desigualdad, brechas de género, informalidad y baja productividad (Cid & Marinho, 2022).

Precisamente, esta marcada desigualdad de los determinantes sociales en los países de ALC produjo resultados desiguales en cuanto a casos y muertes. Varias investigaciones han mostrado que los grupos vulnerables, como habitantes urbano-marginales, personas con menor nivel educativo, adultos mayores, afrodescendientes, indígenas y personas con discapacidades tuvieron mayor riesgo de contagiarse, desarrollar una enfermedad grave y fallecer (Bardález Del Aguila & Villar Montesinos, 2023; Villar et al., 2024).

Figura 10. Casos confirmados y muertes diarias por COVID-19 entre enero de 2020 y el 6 de marzo de 2022 en ALC (33 países).

Fuente: elaboración propia sobre la base de OMS (2022) y H. Ritchie et al. "Coronavirus Pandemic (COVID-19)", Our World in Data, 2020, disponible en <https://ourworldindata.org/coronavirus>

- Casos confirmados
- Muertes confirmadas
- Fecha declaración variante de preocupación

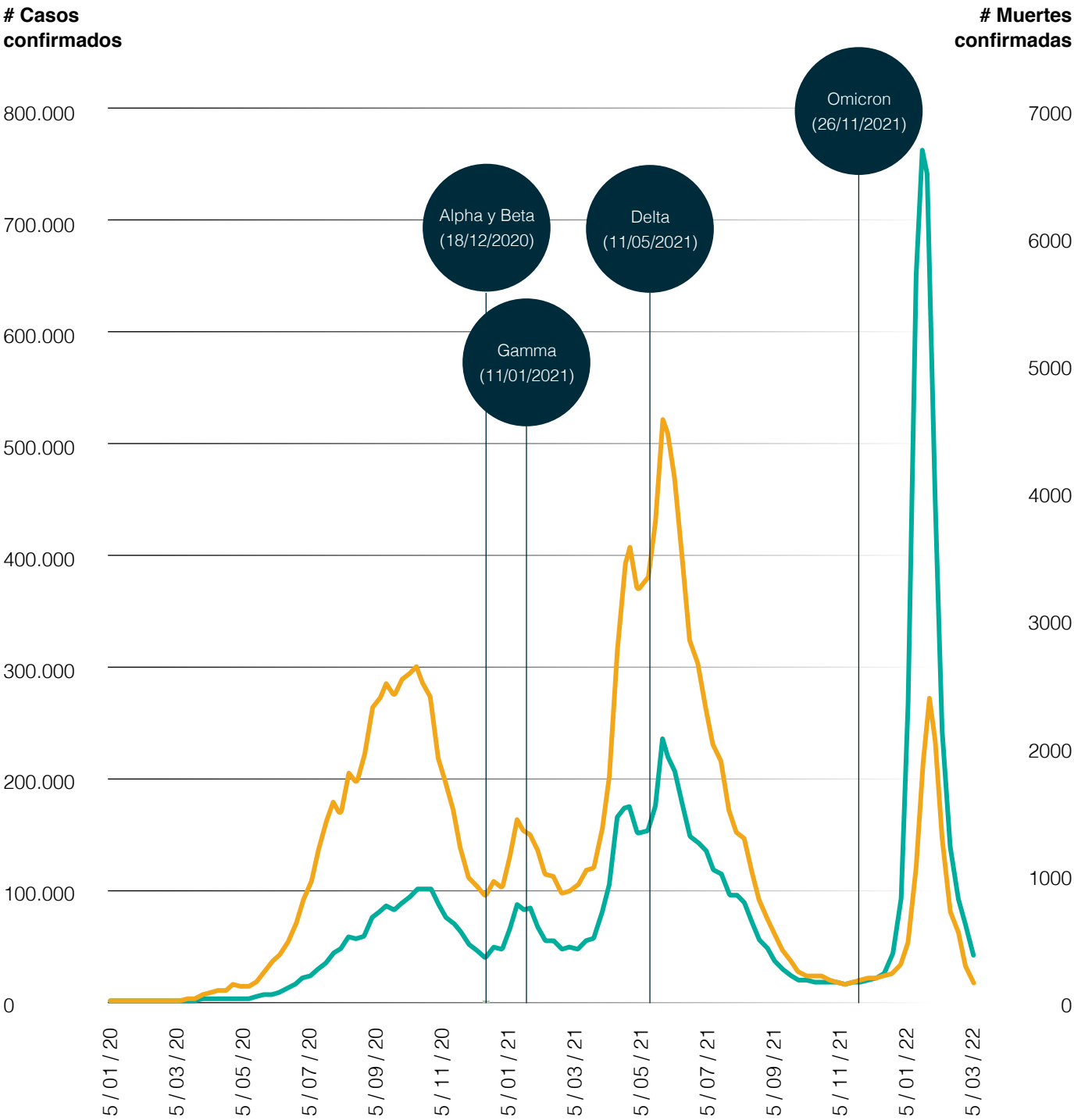


Figura 11. Defunciones por COVID-19 por cada 1000 habitantes, entre marzo de 2020 y marzo de 2021, y marzo de 2021 y marzo de 2022, ALC (33 países).

Fuente: elaboración propia a partir de H. Ritchie et al., "Coronavirus Pandemic (COVID-19)", Our World in Data, 2020, disponible en: <https://ourworldindata.org/coronavirus>

● Marzo 2020-marzo 2021
● Marzo 2021-marzo2022

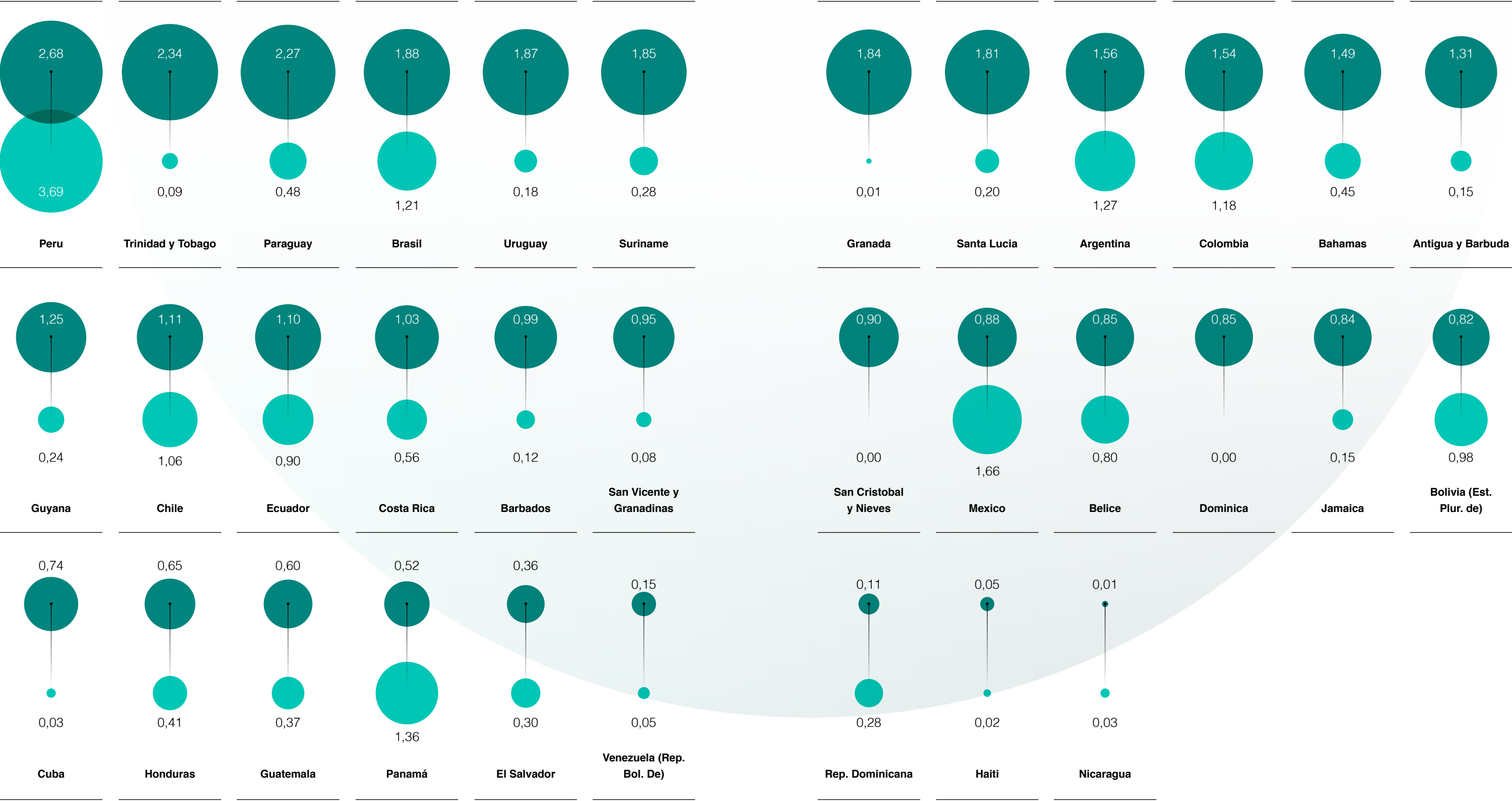
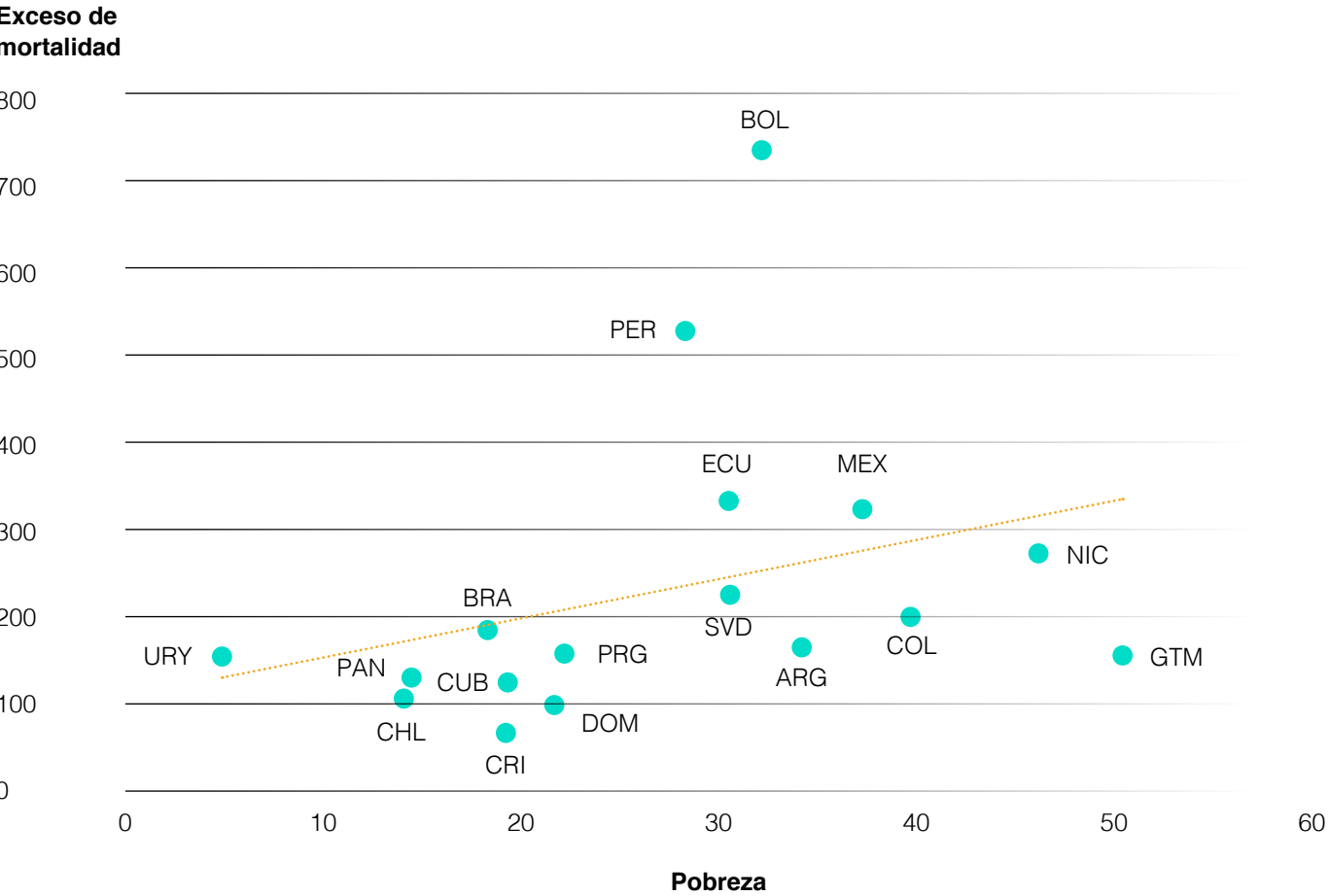


Figura 12a. Exceso de mortalidad² (muertes por 100 cada mil habitantes) según el nivel de pobreza (porcentaje), 2020-2021, ALC (17 países).

Fuente: elaboración propia a partir de Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), COVID-19 Excess Mortality Estimates 2020-2021 y CEPALSTAT.

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



Así, por ejemplo, los países con niveles de pobreza mayores al 30 %, como Ecuador, México, Nicaragua y El Salvador, tuvieron mayor proporción de exceso de mortalidad que países con niveles de pobreza por debajo del 25 % como Paraguay, República Dominicana, Costa Rica y Cuba. Casos particulares lo constituyeron Perú y Bolivia cuyos excesos de

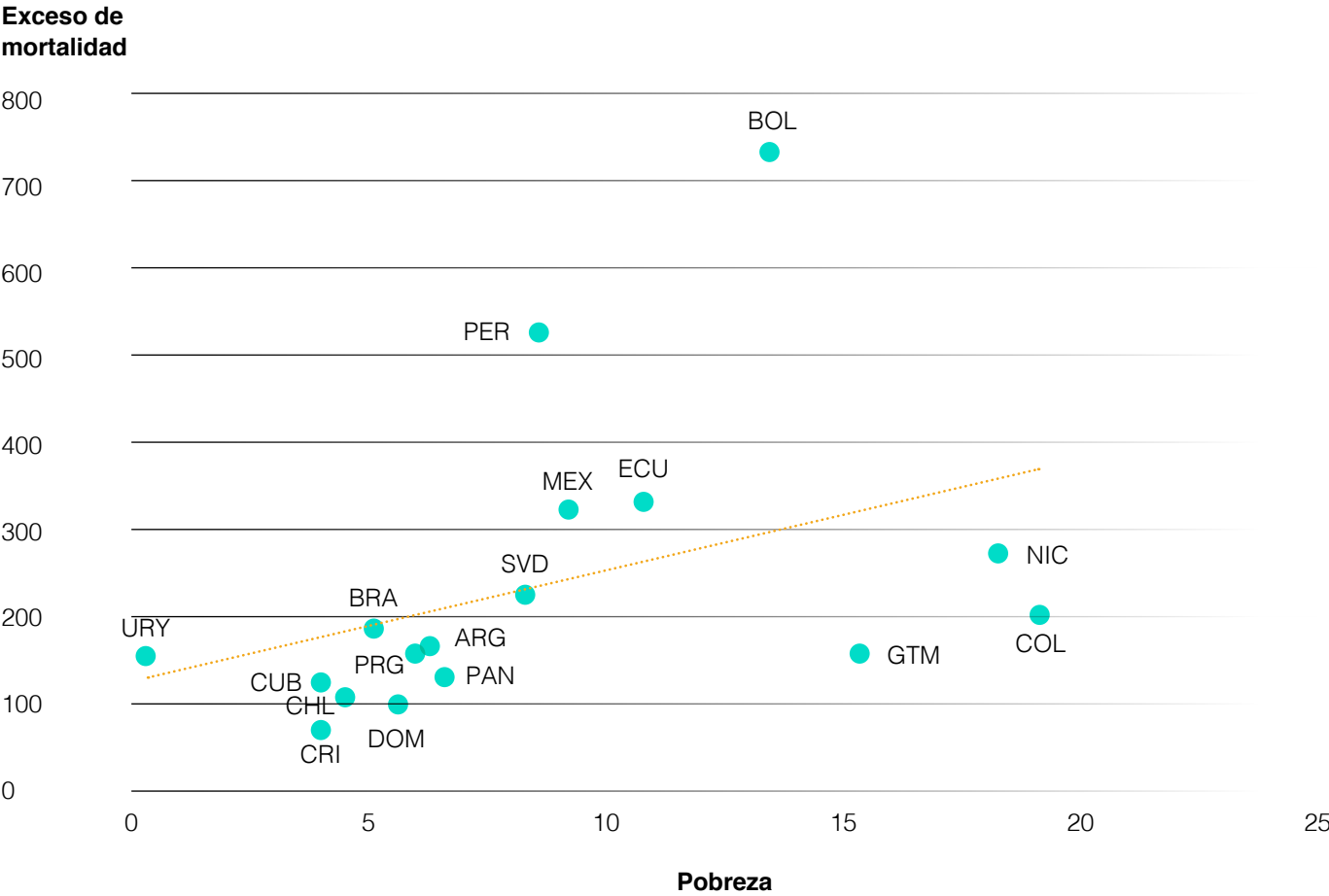
mortalidad no correlacionaron con la tendencia de los otros países, tal vez explicada por sus altos niveles de informalidad (Figuras 12a y 12b) (Cid & Marinho, 2022). Estos resultados corroboraron estudios previos a la pandemia que mostraban el mayor impacto de la informalidad laboral en el estado de salud, lo que significó que durante

la pandemia esta población no pudiera respetar el aislamiento, pues debían salir a trabajar, y tampoco tuvieron protección social suficiente (Cid & Marinho, 2022). Pero las consecuencias para la salud no solo se tradujeron en fallecidos. Encuestas realizadas en países de ALC durante el 2020 mostraron claros efectos del aislamiento sobre la salud

Figura 12b. Exceso de mortalidad (muertes por 100 mil habitantes), según la informalidad laboral (porcentaje), 2020-2021, ALC (16 países).

Fuente: elaboración propia a partir de Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). COVID-19 Excess Mortality Estimates 2020-2021 y CEPALSTAT.

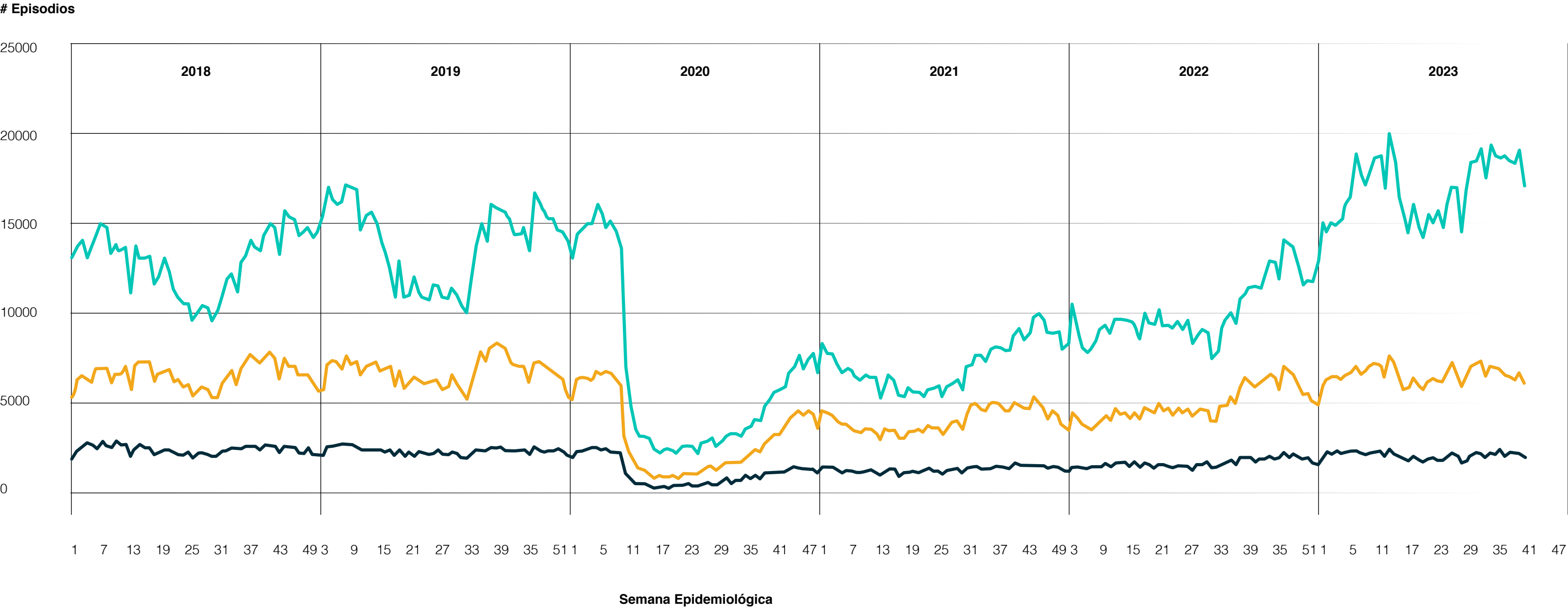
*** Países incluidos:** Argentina, Estado Plurinacional de Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana y Uruguay.



mental de niñas, niños y de adultos, que ocasionó ansiedad, depresión y violencia doméstica (Guerrero, 2021). Adicionalmente, ha aparecido una nueva entidad crónica relacionada con la persistencia de síntomas respiratorios, gustativos y músculo-neurológicos, más allá de tres meses de duración en personas sobrevivientes al COVID-19, el COVID

persistente o COVID largo; cuyas consecuencias e implicaciones para los servicios de salud y de rehabilitación, en particular no han sido aún determinados (Cadme Llerena, 2023; Torres-Castro, 2022). Por otro lado, las medidas de distanciamiento social y confinamiento que tomaron los países de ALC disminuyeron los niveles de producción,

movilidad humana y, por ende, los contaminantes ambientales del aire (PM_{2.5}, NO₂ y SO₂) en varias ciudades, mejora que desapareció -rápidamente- una vez que se levantaron las medidas (CEPAL, 2020a; López-Feldman et al., 2020). Lamentablemente, no se cuenta con evidencia clara del impacto de dichos cambios en las enfermedades relacionadas con la contaminación ambiental del aire.



Finalmente, el COVID-19 tuvo un efecto positivo sobre algunas enfermedades infecciosas, como la diarrea aguda. En Perú, el número de episodios de diarrea aguda notificados disminuyó drásticamente en todos los grupos de edad en 2020, respecto a 2019 y años anteriores, y volvió a los valores prepandemia en 2022 (Figura 13). Esta variación en la notificación se corroboró con una variación en la prevalencia de diarrea aguda en niños menores de cinco años, medida mediante encuesta en hogares, que pasó de 15 % en 2019, 10,7 % en 2020 a 12,4 % en 2021 y en 2022 los valores regresaron a

15,1 % (IC 95 % 14,3-16,0) (CDC MINSA, 2023; INEI/Perú, 2023a). No hay evidencias claras sobre las causas de esta variación en la notificación y prevalencia de diarrea aguda en el Perú, pero las hipótesis van desde una mejor higiene personal y de los alimentos hasta una menor exposición a factores de riesgo ambientales fuera del hogar, por causa del aislamiento.

Gasto en salud y uso de servicios de salud

Hasta antes de la pandemia, los países de ALC, dentro los que se

encuentran algunos países miembros de CAF, se han caracterizado por un gasto total en salud inferior a otros países, como ser los estados miembros de la OECD. Pero más alarmante es el elevado “gasto de bolsillo” (más del 20 % del PBI per cápita) que hacían las personas al momento de usar servicios de salud ya que estos no estaban cubiertos por el Estado, no contaban con un seguro de salud o se atendían de forma particular (Fajardo-Dolci et al., 2015; Montañez, 2018).

Un análisis del gasto de bolsillo en salud en México y Perú, en 2020 respecto a años previos, mostró

que este aumentó 42 % en México, mientras que disminuyó en 14 % en Perú. Simultáneamente, el gasto de consumo de los hogares disminuyó 8,5 % en México y 18,6 % en Perú. Paralelamente, el uso de servicios de salud públicos y privados disminuyó en ambos países en 2020, aunque la porción de uso de servicios privados aumentó (Haakenstad et al., 2023).

Figura 13. Número de episodios de diarrea aguda según grupos de edad, Perú (2018-2023).

Fuente: Centro Nacional de Epidemiología y Control de Enfermedades (MINSA), hasta la semana epidemiológica (SE) 43 de 2023.

- < 1 año
- 1 a 4 años
- 5 a + años

Educación y enseñanza

Una de las primeras medidas de aislamiento social implementadas en los países de ALC fue el cierre de los centros educativos y la interrupción de la enseñanza presencial, desde el nivel básico hasta el superior. Ello conllevó a una masiva “virtualización de emergencia”, creando o adaptando portales digitales, algunos de los cuales estaban en funcionamiento desde inicios del siglo XX (Cruz-Aguayo et al., 2022).

Sin embargo, los escolares de nivel primario y secundario fueron los más afectados por tal interrupción. El promedio de suspensión total o parcial de clases presenciales en países de ALC, fue de 70 semanas, entre febrero de 2020 y marzo de 2022 (Figura 14).

Desde antes de la pandemia, la UNESCO, CEPAL y UNICEF habían advertido que los países de ALC corrían el riesgo de no alcanzar las metas del ODS 4 relativas a educación primaria y

secundaria, situación que acontecía desde 2015 y empeoró durante la pandemia (UNESCO, 2022).

Como señaló la CEPAL, “A pesar de que en la mayoría de los países se implementaron estrategias de continuidad de la educación vía remota, con los medios disponibles y con la generación de innovaciones pedagógicas en tiempo récord, el impacto de uno o más años de interrupción de educación presencial ha sido devastador. En la región más desigual del mundo, este impacto ha afectado más a las poblaciones expuestas a mayor vulnerabilidad y, por lo mismo, la pandemia implica un potencial aumento de las brechas en logros educativos preexistentes” (Huepe et al., 2022).

Un desafío importante enfrentó la enseñanza superior de las ciencias de la salud, particularmente medicina. Las universidades tuvieron que hacer grandes adaptaciones del currículum para ofrecer sesiones teóricas en forma virtual, pero la práctica clínica estuvo muy limitada por la saturación

de los establecimientos con pacientes de COVID y la falta inicial de equipos de protección y de vacunas para los estudiantes (Lucey & Johnston, 2020).

Pobreza

Según el Banco Mundial, “es posible que las tasas de pobreza en ALC no hayan aumentado como se temía inicialmente, en gran parte debido a los programas a gran escala de transferencias sociales. Con todo, las tasas de pobreza se han disparado en algunos países”.

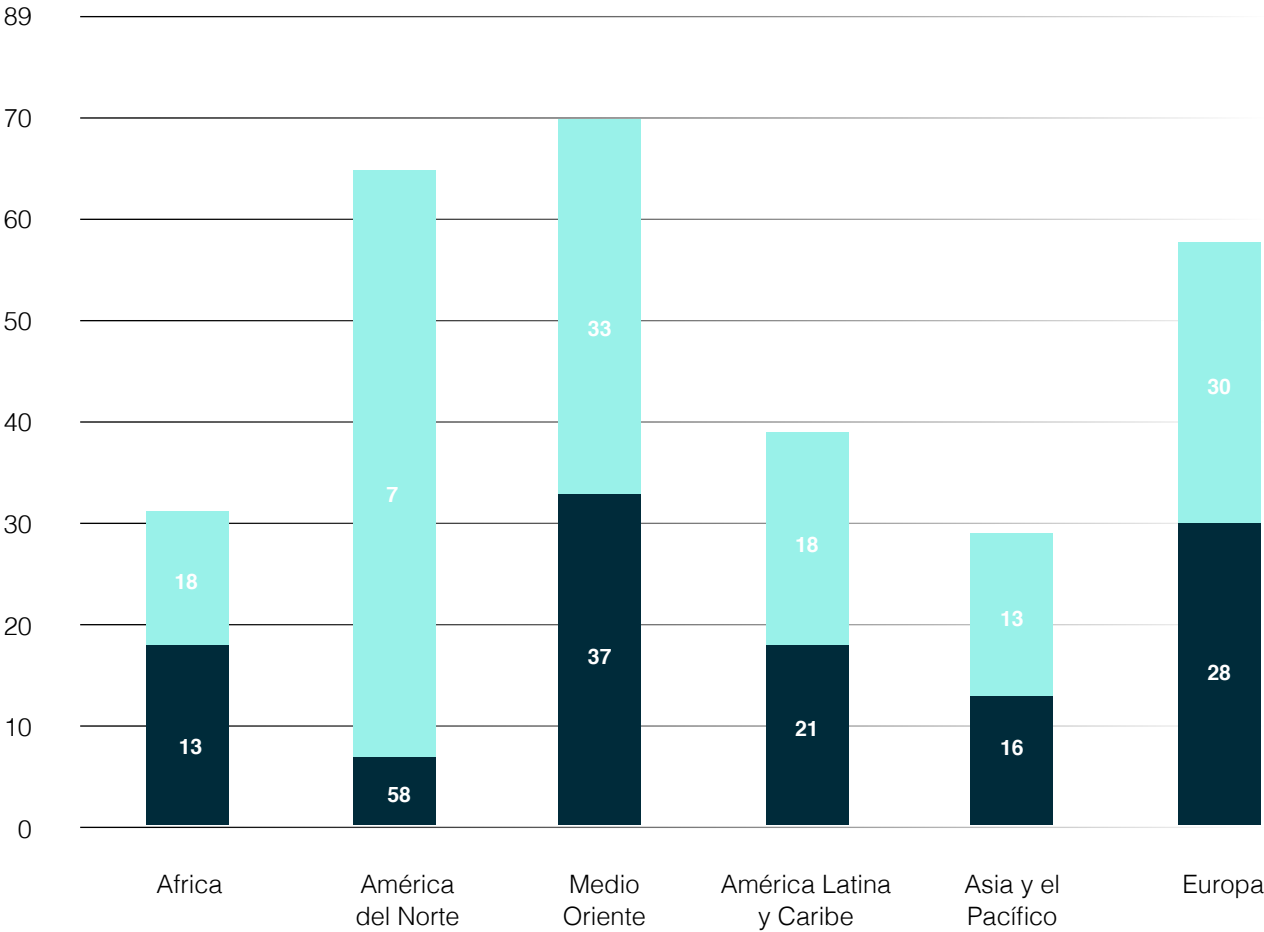
De acuerdo con el método de “microsimulaciones”³, la pobreza en ALC aumentó de 22 % a 26,5 % entre 2019 y 2020. Al mismo tiempo, 21 millones de personas, mayormente de Brasil, podrían haber salido de la pobreza en 2020. También hubo una ligera disminución de la pobreza en Chile, República Dominicana y Paraguay. En todos los demás países de ALC la pobreza aumentó, siendo Perú, Bolivia, Honduras y México los más afectados (Banco Mundial, 2021).

Figura 14. Número de semanas de cierre completo o parcial del sistema educativo presencial (educación primaria y secundaria) entre el 16 de febrero de 2020 y el 31 de marzo de 2022.

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), disponible en <https://covid19.uis.unesco.org/data>

Cerrado completo
Cerrado Parcial

Semanas





4

Respuesta sanitaria a la pandemia de COVID-9

Rectoría y gobernanza	66
Grupos asesores	68
Conspiraciones, negaciones y falsos tratamientos	70
Organización de la atención	72
Vigilancia, rastreo y seguimiento de casos y contactos	74
Pruebas para diagnóstico	76
Aislamiento de casos y sus contactos	78
Vacunación contra COVID-19	80
Información y comunicación social	84
Comunicación e investigación científica	86
Tecnologías de información y comunicación	88
Retorno a la nueva normalidad	90

Los países con mejor desempeño en la respuesta a la pandemia también fueron los que tuvieron mejor gobernanza.

**María Victoria
Álvarez (2022).**



La pandemia de COVID-19 constituyó también una crisis en la capacidad de liderazgo y organización de las instituciones de salud a nivel nacional, regional y global. La OMS, autoridad directiva y coordinadora de la acción sanitaria a nivel mundial, fue acusada de demora en la toma de decisiones para detener el brote iniciado en China. Sin embargo, luego de la incertidumbre inicial, se reconoce que la OMS actuó desarrollando una estrategia basada en identificar y caracterizar el virus y sus variantes; coordinar la investigación y desarrollo de pruebas diagnósticas, vacunas y tratamientos; e informar y educar sobre formas de contagio y prevención (Peters et al., 2022).

Para ALC la pandemia significó también una crisis de gobernanza regional, demostrada cuando los países respondieron de forma unilateral, tanto en las medidas tomadas, la búsqueda de recursos materiales y humanos, y la negociación para acceder a vacunas. Todo ello a pesar de contar con una variedad de instituciones de cooperación, de integración y organismos financieros regionales, algunos de los cuales

mostraron mejor desempeño que otros (Álvarez, 2022).

Desde el punto de vista individual, los países de ALC encontraron considerables obstáculos para responder en forma integral y efectiva, fundamentalmente por la fragmentación y segmentación de las que sufren muchos países, lo que conllevó, entre otras, a falta de coordinación del sector salud y de cooperación entre los gobiernos centrales y subnacionales (Báscolo et al., 2023).

Un caso ejemplar en ALC fue el de Costa Rica, cuyo sistema de salud integrado y centralizado permitió el mantenimiento de servicios esenciales y atender a la emergencia (Exemplars in Global Health, 2024).

Varios estudios han puesto en evidencia que los países con mejor desempeño en el manejo de la crisis de COVID-19, expresada en la tasa de letalidad o en el exceso de mortalidad, son aquellos que tenían mejores indicadores de gobernanza, como voz ciudadana⁵ y rendición de cuentas, estabilidad política, ausencia de violencia y terrorismo, efectividad gubernamental,

calidad regulatoria, imperio de la ley y control de la corrupción.

Vale notar que estos criterios no están incluidos en el Global Health Security (GHS) Index, con el cual se mide la capacidad de respuesta de los países ante el COVID-19 (Kusumasari et al., 2023; Rose et al., 2021).

Merece resaltarse el caso de República Dominicana, que luego de un impacto severo inicial de la pandemia, un nuevo liderazgo disminuyó la letalidad, manteniendo los servicios esenciales (Exemplars in Global Health, 2024).

A partir de marzo de 2020, los países de la Región de las Américas emprendieron medidas, desde el distanciamiento social hasta el confinamiento general de la población, teniendo como sustento la declaración de un “estado de emergencia”, el uso de legislación vigente relativa a salud pública o emergencias nacionales y la aprobación de nueva legislación de emergencia (von Bogdandy et al., 2020). Algunos tomaron estas medidas antes de confirmar el primer caso en sus países, pero otros lo hicieron poco después (Tabla 3).

Tabla 3. Medidas de distanciamiento social y confinamiento en ALC.

Fuente: Pagés et al. (2020).

País	Fecha de primeras medidas de distanciamiento social	Tipo de aislamiento actual	Fecha de cuarentena total	Fecha de primer caso confirmado de COVID-19
Argentina	14-Mar	Total	20-Mar	3-Mar
Bahamas	19-Mar	Total	24-Mar	16-Mar
Barbados	16-Mar	Parcial		17-Mar
Belice	20-Mar	Parcial		23-Mar
Bolivia	12-Mar	Total	22-Mar	11-Mar
Brasil	19-Mar	Parcial		26-Feb
Chile	15-Mar	Parcial		3-Mar
Colombia	12-Mar	Total	24-Mar	6-Mar
CostaRica	12-Mar	Parcial		6-Mar
Ecuador	11-Mar	Total	17-Mar	1-Mar
El Salvador	11-Mar	Total	21-Mar	19-Mar
Guatemala	16-Mar	Parcial		14-Mar
Guyana	16-Mar	Parcial		12-Mar
Haití	19-Mar	Total	19-Mar	11-Mar
Honduras	12-Mar	Total	20-Mar	11-Mar
Jamaica	13-Mar	Parcial		11-Mar
México	20-Mar	Parcial		28-Feb
Nicaragua		Ninguno		19-Mar
Panamá	16-Mar	Total	25-Mar	10-Mar
Paraguay	9-Mar	Total	20-Mar	8-Mar
Perú	15-Mar	Total	15-Mar	6-Mar
República Dominicana	16-Mar	Parcial		1-Mar
Surinam	14-Mar	Parcial		14-Mar
Trinidad y Tobago	13-Mar	Total	29-Mar	12-Mar
Uruguay	13-Mar	Parcial	14-Mar	
Venezuela	12-Mar	Total	17-Mar	14-Ma

Desde hace muchos años, las comunidades de expertos y sus redes *transgubernamentales* han sido reconocidas, a nivel global, como mecanismo que ayuda a la transferencia del conocimiento y a la toma de decisiones en lo que refiere a las políticas basadas en evidencia o, al menos, basadas en criterios empíricos razonables. Aunque tienen capacidad de influir, la forma como se conectan con los tomadores de decisiones puede limitar su capacidad de actuación, especialmente cuando existe falta de cohesión interna o cuando ceden a la interferencia política (Coronado Martínez, 2021).

A nivel global, el Reglamento Sanitario Internacional (RSI 2005) es el acuerdo internacional que guía la respuesta de los países ante una epidemia y el riesgo de pandemia.

El RSI 2005 establece que el director general de la OMS establecerá un comité de emergencias que asesorará sobre si un evento constituye una emergencia de salud pública de importancia internacional (ESPII), y que la OMS y su director general deberán considerar los principios científicos, la evidencia científica disponible, la información en la evaluación de un brote y todos los diferentes componentes de la respuesta (OMS, 2008).

Los grupos asesores o expertos científicos constituyeron un mecanismo importante en el modelo de gobernanza que surgió en varios países de ALC durante la pandemia. Algunos fueron bastante exitosos al inicio de la crisis, pero progresivamente fueron perdiendo influencia ante los tomadores de decisiones (Tabla 4).

Tabla 4. Grupos asesores en ALC durante la pandemia de COVID-19.

Fuentes: Bertoní et al. (2022); Coronado Martínez (2021); Ramacciotti & Rayez (2020); Ruiz-Rodríguez et al. (2023); Aravena & Latorre (2021).

País	Grupos asesores	Observaciones
Uruguay	Grupo Asesor Científico Honorario (GACH) a la Presidencia de la República	Despolitizó inicialmente las recomendaciones preventivas del Gobierno y visibilizó capacidades técnicas del país. Luego tuvo lugar un “desacople” entre el GACH y el Ejecutivo.
Argentina	Comité de Expertos Médicos y Científicos	Su discurso político y decisiones se basaron en datos e ideas de científicos al inicio. Posteriormente ocurrió distanciamiento.
México	Redes de expertos dentro y fuera del aparato gubernamental	Expertos gubernamentales aceptaron actuaciones presidenciales mientras que expertos externos fueron críticos en varias ocasiones.
Colombia (Santander)	Grupos de trabajo colaborativos entre academia y autoridades sanitarias	Participación voluntaria activa y productos importantes al inicio. Disminución paulatina de la participación cuando sus recomendaciones no fueron acogidas.
Chile	Mesa Social COVID-19	Conformada por autoridades, investigadores y académicos, condujo a importantes acuerdos para la respuesta, pero diferencias con el Gobierno produjeron el retiro de algunos miembros.

Conspiraciones, negaciones y falsos tratamientos

La desinformación, cuyo objetivo es cuestionar el juicio de los expertos, potenciar la incertidumbre o atacar la credibilidad de científicos e instituciones investigadoras, no es un fenómeno nuevo. Sin embargo, durante la pandemia de COVID-19 se vio ampliada y facilitada por el uso de internet y por ciertos políticos e *influencers* en las redes sociales (García-Marín & Merino-Ortego, 2022).

Gran parte de la desinformación estuvo dirigida hacia la aparición del virus y la enfermedad, lo que sería resultado de acciones para producir un “arma biológica”. Otra teoría, entre muchas, sostuvo que la pandemia fue parte de una estrategia de los Estados Unidos para desacreditar a China en la lucha comercial entre dichos países. Más adelante, surgieron teorías

conspirativas acerca de las vacunas (Golman, 2020; Almeida-Filho, 2022).

Adicional a lo anterior, se difundieron mensajes alentando el tratamiento con drogas y productos de eficacia no comprobada como cloroquina, un antihelmíntico de uso veterinario; un medicamento para piojos y acarosis; un enema rectal de ozono y, en otros casos, tratamientos altamente riesgosos para la salud, como dióxido de cloro o clorito de sodio (Almeida-Filho, 2022; Chaparro, 2020; OPS, 2020d), promovidos de manera intensa en la región, incluso por médicos y algunos líderes de opinión.

Por un lado, las teorías negacionistas sobre la importancia y gravedad del COVID-19 fueron enfrentadas por las autoridades nacionales de la mayoría de los países aprovechando a los asesores

expertos convocados y por la propia comunidad científica. Por otro, como en los casos de Brasil y México, ciertos optaron por una política negacionista o de minimizar el problema sanitario usando falsos expertos, artículos científicos aislados que contradecían el consenso científico y el uso de malas interpretaciones o falacias lógicas (Rigoli, 2021; Martí i Puig & Alcántara Sáez, 2020; Malamud, 2020).

En el caso de las creencias conspirativas sobre las vacunas contra el COVID-19, un estudio realizado a fines del 2021 en Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú mostró alrededor de una tercera parte de las personas encuestadas estaba de acuerdo con las creencias de conspiración o daño producido por las vacunas (Caycho-Rodríguez et al., 2022).



“¿Cómo es posible que un país (Perú) que se enriqueció tanto y que disminuyó la pobreza monetaria, no fue capaz de desarrollar un sistema de salud mínimamente aceptable?”
Eugenio Villar (2023).

La pandemia constituyó un punto de inflexión a la forma como estaba organizada la atención en todos los países. El aumento de la demanda en un periodo corto de tiempo y en una extensión nunca antes vista, significó la reorientación de los servicios a la atención de casos de COVID-19 con perjuicio de otros servicios, como la vacunación regular y la atención de enfermedades crónicas no transmisibles, situación que se agravó cuando el personal de salud que presentaba “factores de riesgo” fue retirado de la atención o cuando el personal de salud sufrió contagio de la enfermedad (Astorga et al., 2022; Savedoff et al., 2022; OPS, 2023a).

La respuesta de cada país estuvo de acuerdo con su modelo de gobernanza y grado de madurez de la coordinación interinstitucional, su modelo de atención y nivel de financiamiento de la salud.

A lo anterior se sumaron condiciones prepandemia, que impactaron la capacidad de respuesta: baja cobertura de los servicios de salud; escasez de recursos humanos, de camas en general y de cuidados intensivos en particular; escasez de equipos para ventilación asistida, material de protección personal; elevada prevalencia de población vulnerable y desinformación y desconfianza en los sistemas de salud (Astorga et al., 2022; Bardález Del Aguila & Villar Montesinos, 2023).

Si bien, la mayoría de los países de ALC fortalecieron y ampliaron la infraestructura y equipamiento sanitario en el segundo y tercer nivel de atención, este esfuerzo no fue suficiente para cerrar la enorme brecha previa a la pandemia. Según la OMS, la cantidad mínima de camas de hospitalización debe ser entre 2,5 y 4 por cada 1.000 habitantes, y de camas

UCI entre 6 y 8 por 100.000 habitantes, pero algunos autores sugieren que en caso de crisis sanitarias del tipo COVID-19, el estándar de camas UCI debería ser 10 por 1.000 habitantes (Flores, 2010; Torres, 2020). Al comenzar la pandemia, en todos los países miembros de CAF, a excepción de República Dominicana y Trinidad y Tobago, el número de camas hospitalarias no superaba el estándar. Paraguay contaba con la menor disponibilidad de estas camas (OECD, 2021). En cuanto a camas UCI, solo Uruguay (19,9), Argentina (19,0), Colombia (11,2), Panamá (8,1), Brasil (8,0) y Chile (7,0) superaban el estándar mínimo de la OMS.

Entre 2020 y 2021, la mayoría de los países, salvo Trinidad y Tobago, aumentó la dotación de camas UCI. Incluso Chile (12,0), Brasil (20,6), Uruguay (23,2), Colombia (23,7) y Argentina (25,8), que

antes de pandemia superaban al estándar sugerido por la OMS. Sin embargo, el aumento en la dotación de camas UCI resultó insuficiente para la demanda. En el caso de México, que superó largamente el estándar propuesto de 10 camas UCI por 100.000 habitantes, al inicio de la pandemia en un centro de referencia de COVID-19 en la Ciudad de México, el 45 % de los pacientes que no sobrevivieron no lograron ser admitidos a una cama UCI por falta de cupo, a pesar de estar justificada su admisión (Olivas-Martínez et al., 2021).

Sin embargo, la atención del primer nivel de servicios de salud (establecimientos de salud de baja complejidad) se vio afectada enormemente, comprometiendo la continuidad de servicios esenciales en 2020 en zonas periurbanas, rurales e indígenas, sobre todo por

escasez de vacunas, medicamentos e insumos, dispositivos médicos y equipos de protección personal, además de dificultad para brindar servicios de telemedicina (OPS, 2020a; Savedoff et al., 2022).

A pesar de lo anterior, hubo casos destacados de buena organización. Por ejemplo, el plan de respuesta al COVID-19 en el Servicio de Salud Araucanía Sur, en Chile. Apenas declarada la ESPII, elaboraron un plan de contingencia que, entre otras actividades, rediseñó el flujo de todos los pacientes para disminuir el tiempo de permanencia en los establecimientos; se impulsó la atención vía telemedicina; se implementó un flujo diferenciado para pacientes sospechosos de COVID-19, entrega domiciliaria de medicamentos e insumos; y se implementó un servicio de visita domiciliaria (Astorga et al., 2022).

Vigilancia, rastreo y seguimiento de casos y contactos

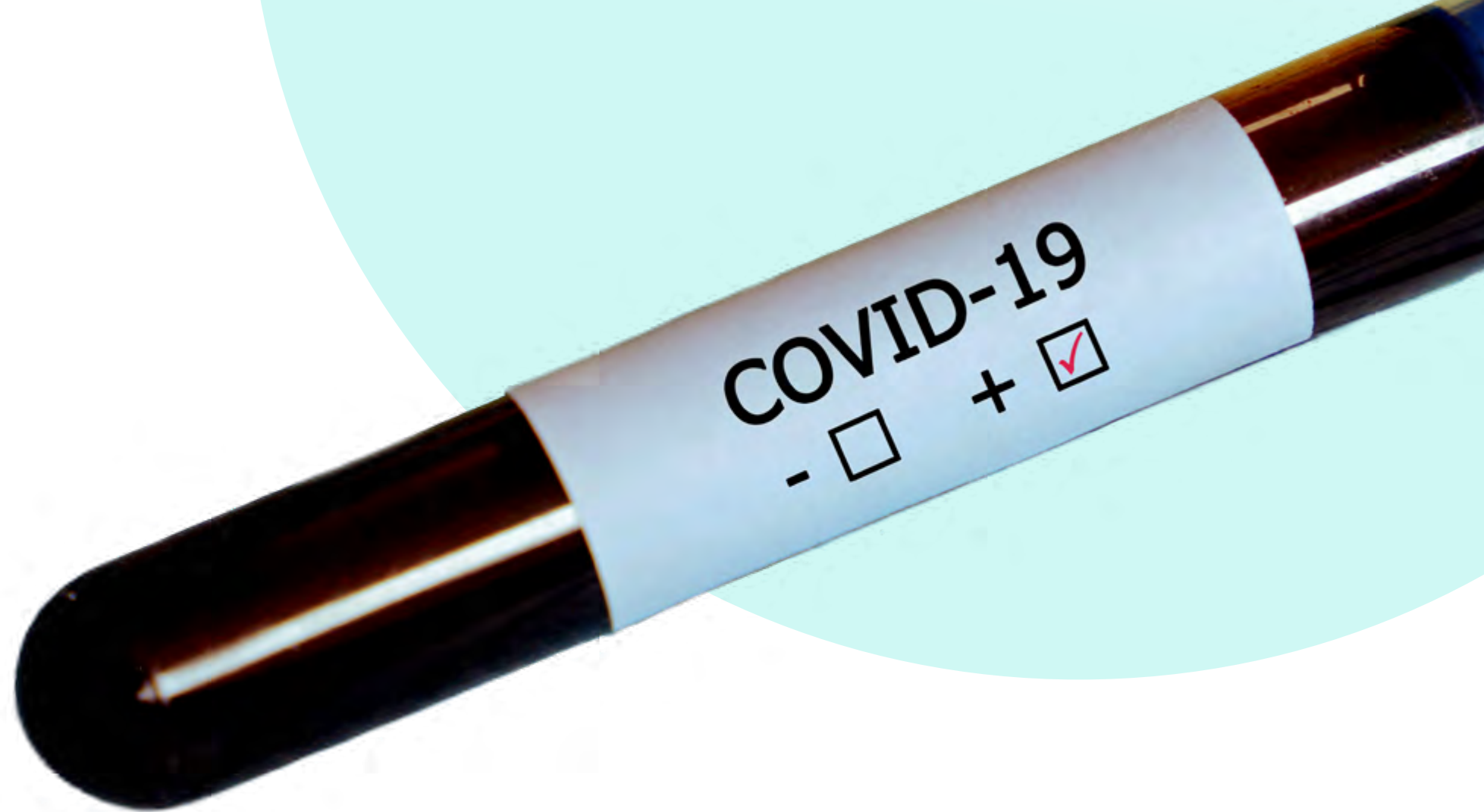
La piedra angular para prevenir y controlar una epidemia como la de COVID-19 es la vigilancia epidemiológica. Sin embargo, a pesar de sus esfuerzos para actualizar sus normas y procedimientos para la vigilancia basada en indicadores y sindrómica, muchos países de ALC tuvieron dificultades para la identificación, diagnóstico y notificación de casos, debido a la debilidad previa de sus sistemas de vigilancia y monitoreo (Khamis Ibrahim, 2020; Savedoff et al., 2022).

A inicios de la pandemia, Uruguay exhibió una alta capacidad para testear, hacer seguimiento y aislar los casos haciendo uso de redes integradas de laboratorio y vigilancia, lo cual a su vez fue facilitado por el desarrollo de *kits* locales de testeo y la creación rápida de una red de laboratorios para procesarlos (Haldane et al., 2022).

Otros países implementaron mecanismos similares recién cuando

la transmisión comunitaria se había extendido, como ocurrió en el caso de Argentina y Ecuador. Además, pocos países implementaron sistemas de seguimiento de contactos desde inicios de la pandemia (Haldane et al., 2022). Una revisión de los tipos de vigilancia empleados por los países durante la pandemia a nivel mundial identificó cerca de 20 tipos (Khamis Ibrahim, 2020), varios de los cuales fueron empleados en los países miembros de CAF durante 2020 y 2021 (Anexo 2).

Un estudio sobre el seguimiento de contactos en 40 países del mundo, que incluyó a Chile y México, identificó que aquellos países que utilizaron métodos integrales de seguimiento tuvieron tasas de letalidad más bajas por COVID-19, al margen del número de pruebas diagnósticas realizadas o de las medidas de control no farmacéuticas implementadas por los gobiernos (Yalaman et al., 2020).



“La falla del sistema de vigilancia (en Uruguay), y la falta de previsión para modificarlo cuando se visualizó el desborde, fue lo que llevó a perder el control, porque no se pudo diagnosticar a tiempo, ni detectar contactos ni seguirlos en forma adecuada”

Jacqueline Ponzo (2023).

Pruebas para diagnóstico

Las pruebas (*tests*) son una pieza importante, pero no la única, en una estrategia para prevenir la transmisión comunitaria de un agente epidémico. En el caso del COVID-19, el desarrollo y disponibilidad de pruebas estuvieron condicionados por el resultado de estudios microbiológicos, las características de transmisión del virus, la identificación de *tests* rápidos para ser usados por personal no entrenado, la capacidad de producción y la posibilidad de adquisición de los países. A ello se sumaron problemas de aceptabilidad y acceso a gran escala por la población (Manabe et al., 2020).

Al inicio de la pandemia, la urgencia y escasa preparación de los laboratorios llevó al uso de una tecnología convencional, PCR en tiempo real o test molecular, que debía ser procesada en laboratorios centrales. Sin embargo, con la progresión de la pandemia se hizo necesario contar con pruebas que pudieran ser usadas en los puntos de atención, desarrollándose *test* para detectar serológicos o de anticuerpos y otros para detectar antígenos. Sin embargo, incluso los esquemas de testeo más amplios no pudieron

detectar a muchos individuos infectantes, dada la transmisión por personas presintomáticas o asintomáticas (Mercer & Salit, 2021).

En el caso de ALC, como muchos países de bajos y medianos ingresos del mundo, el poco desarrollo de laboratorios para procesar pruebas moleculares y, en su momento, la imposibilidad de adquirir internacionalmente los *kits*, hizo que se recurriera a *tests* serológicos, cuyo uso y efectividad para el diagnóstico agudo y manejo clínico han sido cuestionados, aunque sí se ha reconocido su utilidad para estudios de seroprevalencia en la comunidad y para medir la presencia de casos asintomáticos (Peeling et al., 2020; Peña et al., 2021; Vial et al., 2022).

A la par del desarrollo de pruebas para la detección del virus, la pandemia ha fortalecido la capacidad mundial para la vigilancia genómica de COVID-19. En ALC se creó en 2020 la Red Regional

de Vigilancia Genómica COVID-19 como mecanismo para fortalecer la capacidad de secuenciación de los laboratorios participantes y para incrementar la cantidad de datos de secuenciación disponibles, que a su vez sirven para mejorar los protocolos de diagnóstico, generar información para el desarrollo de vacunas y entender los patrones de evolución molecular del SARS-CoV-2. Al 23 de marzo de 2023, en ALC se habían realizado 858.556 secuencias de virus en los laboratorios de El Salvador, Ecuador, Perú, Brasil, Bolivia, Paraguay, Uruguay y Argentina, con capacidad interna de secuenciación, en los laboratorios nacionales que envían muestras para secuenciación externa en Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, México, Panamá, Trinidad y Tobago y Estados Unidos de América, países que también realizan la secuenciación de muestras de sus propios países (Figura 15) (OPS, n.d.).

Figura 15. Laboratorios de secuenciación genómica de SARS-CoV-2 en la Región de las Américas (2020).

Fuente: OPS, n.d.



Aislamiento de casos y sus contactos

La incertidumbre inicial producida por el desconocimiento preciso de la forma y duración de la transmisión, agravada por la escasez y poca validez de las pruebas diagnósticas, condujo a adoptar medidas de aislamiento de los casos confirmados y cuarentena de los contactos, ciertos o probables, en algunos casos drásticas. Estas medidas individuales han sido muchas veces usadas incorrectamente como sinónimos de distanciamiento social y confinamiento⁶.

Todos los países de ALC implementaron medidas de aislamiento para los casos sospechosos o confirmados y, dependiendo de la gravedad, se llevó a cabo en establecimientos de salud,

sitios adecuados para tal efecto o en hogar. Adicionalmente, se indicó a los contactos de casos sospechosos o confirmados que guardaran cuarentena en sus hogares. Algunos países implementaron, al inicio de la pandemia, la cuarentena forzosa de viajeros provenientes de países donde había circulación comunitaria del virus.

Pero estas medidas de aislamiento y cuarentena no estuvieron siempre soportadas con servicios integrales de protección económica y atención médica. Destacaron en ese sentido Argentina, Brasil, Chile, Colombia y Costa Rica (Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, 2022) (Anexo 1).



Vacunación contra COVID-19

En abril de 2020 varios laboratorios farmacéuticos transnacionales (Moderna, Pfizer, Johnson & Johnson y AstraZeneca) habían completado sus investigaciones preclínicas y desarrollado “candidatas” a vacunas para COVID-19. Sus ensayos fase III terminaron antes de diciembre del mismo año y obtuvieron autorización de comercialización a nivel mundial (Molecular Devices, 2022).

Algunos países de ALC con capacidad en biología molecular y biotecnología, como Argentina, Brasil, Chile, Cuba, México y Perú, con el apoyo de sus respectivos gobiernos, se abocaron a proyectos de desarrollo de vacunas, en un esfuerzo para contrarrestar la competencia y precios de aquellas desarrolladas por las transnacionales (Vargas, 2020). Sin embargo, el clima de emergencia e incertidumbre inicial “generó la ruptura de algunos principios éticos y regulatorios, bajo la presión política y de grupos interesados en conseguir acceso a la vacuna experimental” en Perú, lo que se llegó a denominar *vacunagate* (Lanata et al., 2023).

En adición a lo anterior, todos los países de ALC diversificaron iniciativas para la negociación y adquisición de vacunas de

diferentes fuentes: de farmacéuticas transnacionales, de otros países, donaciones o mediante el mecanismo COVAX, organizado por la OMS con el apoyo de la Alianza Global para Vacunas e Inmunizaciones, GAVI (Sepúlveda Marín, 2022).

Diseñado como un medio de colaboración transversal, para que todos los países del mundo tuvieran acceso equitativo a las vacunas para COVID-19, COVAX tuvo que lidiar con el nacionalismo de los países más ricos, la mayoría también productores de vacunas y que las priorizaron para sus propios habitantes (Pushkaran et al., 2023).

Al año de iniciada la pandemia, COVAX había suministrado 43 millones de dosis a 119 países, lo que equivalió al 2% de la meta para el 2021. Alrededor de 70 países no habían recibido ninguna dosis. Se criticó al mecanismo su excesiva confianza en la solidaridad global, la ocasional falta de transparencia de la información, que afectó su credibilidad, y la demora en las negociaciones. Sin embargo, funcionarios de COVAX han respondido que, a pesar de los problemas, a enero de 2022 se habían distribuido 2.200

millones de dosis, en particular a los países más pobres, que no las hubieran obtenido negociando en forma particular (Berkley, 2021; Taylor, 2021; Usher, 2021).

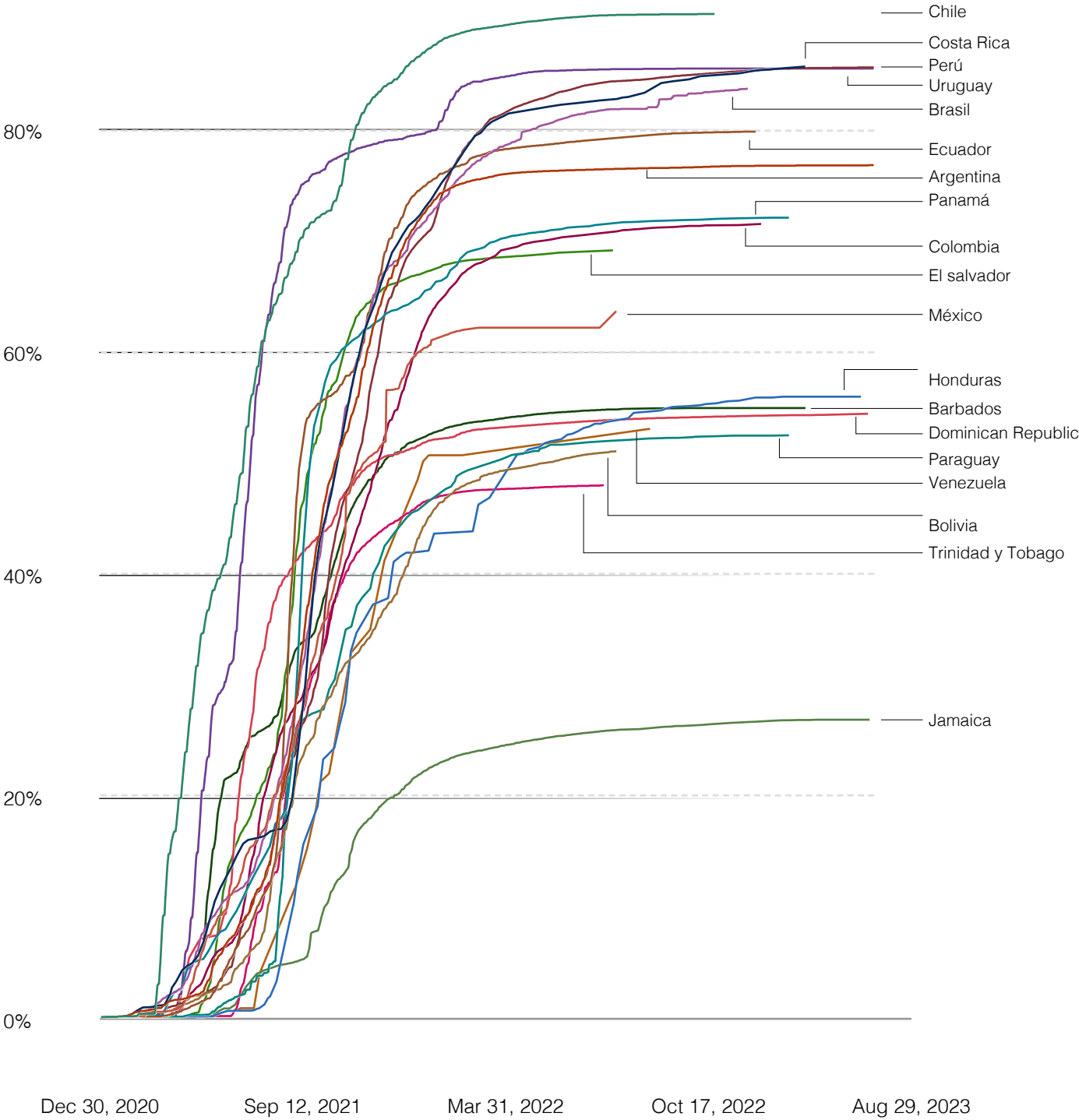
En octubre de 2021, la OMS estableció una meta de cobertura de vacunación del 40 % para 31 de diciembre del 2021, y del 70 % para el 30 de junio de 2022. Para esta última fecha, 17 de 51 países y territorios de las Américas habían alcanzado la meta del 70 % con la serie primaria, 41 alcanzaron el 40 % de cobertura y 10 países estaban por debajo del 40 %. Hay que mencionar que los países priorizaron la vacunación a trabajadores de la salud y otros grupos de riesgo, y a medida que se dispuso de mayor cantidad de vacunas se fueron incorporando otros grupos de población (OPS, 2022).

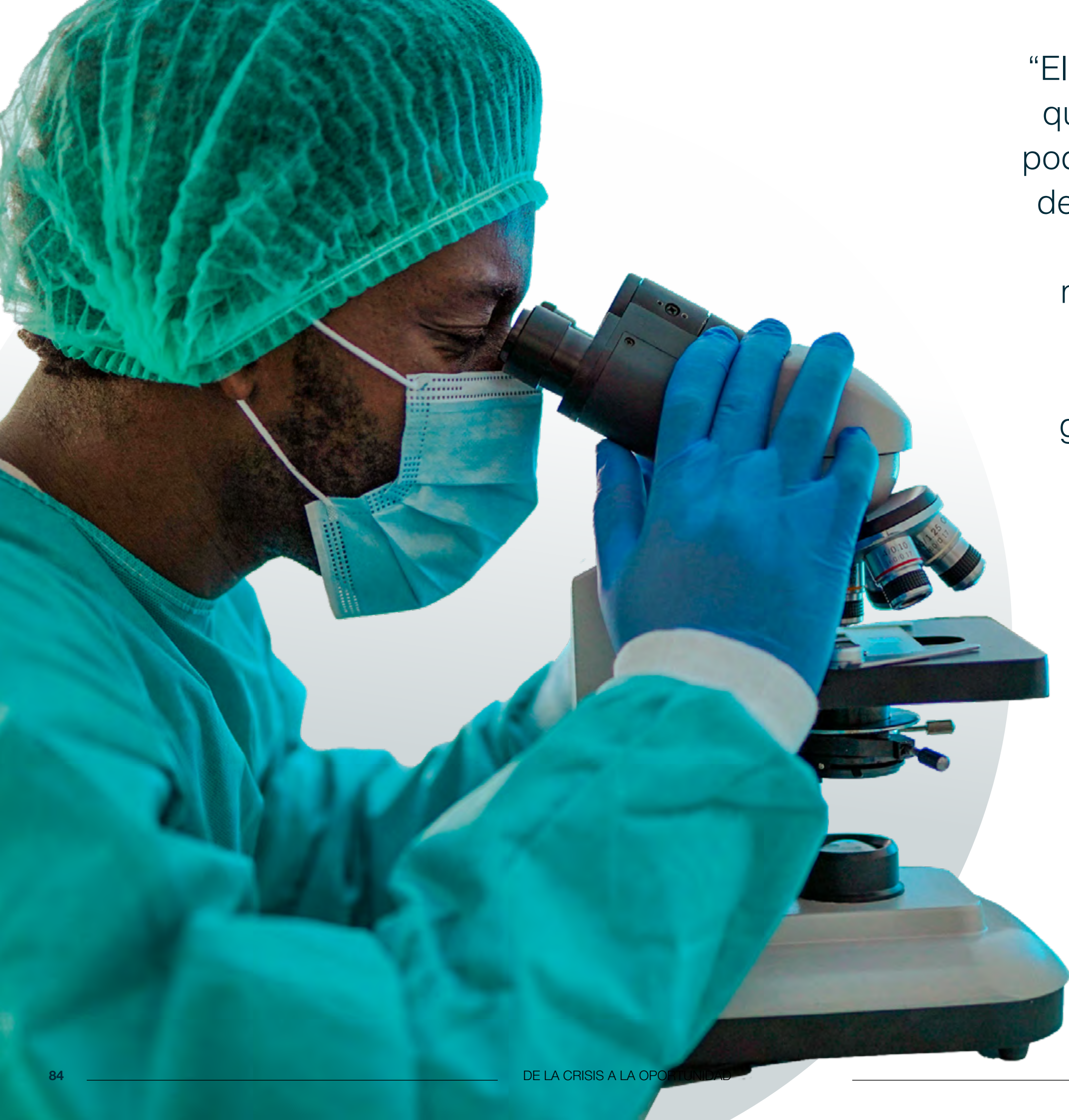
Para el caso de los países miembros de la CAF, Chile y Uruguay alcanzaron coberturas del 80 % hacia el final del 2021, y las han mantenido desde entonces; Perú, Costa Rica, Brasil y Ecuador alcanzaron coberturas del 80 % al final del primer trimestre del 2022, pero el resto de los países solo habían alcanzado coberturas del 70 % o menos (Figura 16) (Mathieu et al., 2020).

Figura 16. Proporción de la población que recibió el esquema de vacunación primario completo⁷ en los países miembros de la CAF (diciembre de 2020 - agosto de 2023).

Fuente: información oficial en Our World in Data.
Disponible en: <https://ourworldindata.org/coronavirus>

Nota: las definiciones alternativas de una vacunación completa, por ejemplo, haber estado infectado por el SRAS-CoV-2 y haber recibido una dosis de un protocolo de dos dosis, se ignoran para maximizar la comparabilidad entre países.





“El mundo está mejor con COVAX que sin él. Pero un año después, podemos ver lo lejos que estamos de la meta y los factores que han impedido el éxito. Y, lo que es más importante, ahora tenemos algo sobre lo que construir y mejorar para futuras crisis globales” Andrea Taylor (2021).

Información y comunicación social

Si bien la OMS declaró al COVID-19 como Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII) en enero de 2020, la mayoría de los países de ALC estudiados por Haldane et al. recién implementó campañas de información y comunicación social para contener la transmisión del virus hacia mediados del 2020, salvo Argentina y El Salvador, que comenzaron sus campañas ese mismo enero (Haldane et al., 2022).

Dichas campañas tuvieron que enfrentar el aluvión de conspiraciones, remedios caseros y recomendaciones infundadas que circularon por redes sociales, de la prensa y otros medios tradicionales, en lo que se llegó a denominar “infodemia” o “des infodemia”: brotes de desinformación con impacto en la salud pública, tan reales o peores como la misma epidemia (Vicol et al., 2020; Tardáguila, 2020; Almeida-Filho, 2022).

Los países de ALC implementaron estrategias de comunicación de riesgos⁸ para que sus poblaciones adoptaran medidas de autocuidado y de prevención de contagios. Un estudio realizado en 2020 en

ciudades latinoamericanas mostró buenos niveles de cumplimiento de la mayoría de las medidas; especialmente, el uso permanente de mascarilla (95 %), lavado de manos (82 %-92 %) y respeto del distanciamiento físico (80 %). Porcentaje menor de cumplimiento lo obtuvieron el aislamiento voluntario y limpieza de superficies. También se evidenció que las personas de mayor edad, instrucción y capacidad de teletrabajar tuvieron mayor adherencia a las medidas de autocuidado, mientras que los migrantes recientes a las ciudades presentaron menor cumplimiento (Liberona Durán et al., 2022).

Sin embargo, para los estratos socioeconómicos más desfavorecidos, les fue difícil adoptar las medidas de autocuidado, especialmente el aislamiento en sus casas, dada la imposibilidad de hacer teletrabajo y la necesidad de salir a buscar ingresos por medio del comercio informal y otras fuentes, lo que a su vez generó altos niveles de contagio y muerte, mayores que en los estratos económicamente más favorecidos (Lust, 2021; Moreno et al., 2020; Mujica & Pachas, 2021).



“La pandemia desnudó las falencias del sistema de salud, de la educación en salud y de la comunicación en salud, desde el órgano rector de la salud”

Antonieta Rojas de Arias (2023).

Comunicación e investigación científica

La súbita aparición y acelerada diseminación del SARS-CoV-2, provocó un desarrollo masivo y rápido de investigaciones como nunca antes se había visto. En solo 11 días se obtuvo la secuenciación de su genoma y fue publicado en forma abierta para que científicos de todo el mundo pudieran usarlo en sus investigaciones, y para conocer su forma de transmisión y procedimientos para su detección.

Paralelamente, las principales editoriales científicas crearon centros de recursos abiertos sobre todo lo que se publicaba sobre COVID-19; se habilitaron portales para compartir todo lo que se sabía sobre el nuevo virus y se publicaron resultados de investigaciones *pre-print*, antes de que tuvieran revisión de pares. Si bien estas últimas contribuyeron con el acceso a la información, en algunos casos indujeron a malinterpretaciones y aplicaciones

erróneas de sus resultados (Dadalto et al., 2020; Ortiz-Núñez, 2020).

La producción científica mundial fue enorme en los primeros meses de la pandemia. Solo en *SCOPUS* se publicaron 676 artículos de acceso abierto entre diciembre de 2019 y abril de 2020. Entre las revistas científicas más productivas estuvieron *The Lancet*, *International Journal of Infectious Diseases* y *British Medical Journal*. Desde el punto de vista de calidad, *The Lancet* obtuvo un SCImago Journal Rank (SJR)⁹ de 15,87, muy por encima de las demás revistas. El 95 % de las publicaciones fueron mencionadas al menos una vez en las redes sociales, especialmente Twitter y Facebook, siendo los trabajos más citados los referidos a caracterización y evolución de la enfermedad en pacientes y los resultados de ensayos clínicos sobre tratamiento (Ortiz-Núñez, 2020).

Una revisión de la producción sobre COVID-19 en ALC, indexada en PubMed entre enero y abril de 2020, encontró 257 artículos, el 3 % de la producción mundial. Más de la mitad correspondieron a artículos de revistas y el resto se dividió en cartas, editoriales, revisiones, reportes de casos, ensayos clínicos y guías de práctica clínica. Si bien los 257 artículos procedían de 16 países, más de la mitad de las publicaciones se originaron en Brasil, seguido de Colombia, México y Argentina (Torres Pascual & Torrell-Vallespín, 2020).

“La labor de los científicos
fue fundamental. Por
sus investigaciones, su
resistencia al poder y sus
redes internacionales”
Marcos Cueto (2023).



“Los países con mayor infraestructura de banda ancha fueron capaces de contrarrestar parcialmente los efectos negativos al inicio de la pandemia”
Mauricio Agudelo (2020).

El aislamiento social impuesto por los países forzó a un gran número de personas a utilizar aplicaciones digitales para el teletrabajo, educación a distancia, realización de trámites, interactuar con otras personas y como esparcimiento, pero en ALC era manifiesta una brecha digital importante y, lo que es peor, una desigualdad en el acceso y uso de las tecnologías digitales (Haldane et al., 2022; Agudelo et al., 2020).

En el caso de salud digital, en 2018 el Informe Final de la Estrategia y Plan de Acción sobre eSalud señaló los principales logros alcanzados y algunos desafíos pendientes, que fueron consistentes con los resultados de la Tercera Encuesta Global de eSalud de la OMS (OPS, 2016), y que para los países miembros de CAF se podrían resumir en:

- » **la mayoría de países estaban en fase de formulación de una política o estrategia nacional de eSalud con objetivos, metas y**

prioridades claras, por ejemplo, en sistemas de información de salud y formación en uso de las TIC y salud en línea.

- » **pocos países contaban con financiación para desarrollar y apoyar programas de registros electrónicos de salud y tampoco contaban con legislación que apoyara su uso.**

- » **solo un tercio de los países se referían directamente a telesalud en sus políticas o estrategias nacionales de salud,** a pesar de que muchos utilizaban los términos telemedicina y telerradiología.

- » **todos los países disponían de programas de salud móvil,** siendo el menos implementado el apoyo a las decisiones clínicas. Pocos programas eran patrocinados por los gobiernos y muchos menos disponían de una entidad responsable de

la supervisión de la calidad, seguridad y fiabilidad de estos.

- » **la mayoría de los países utilizaban el aprendizaje digital en la formación de estudiantes de las ciencias de la salud y educación continua de profesionales,** siendo la principal motivación el acceso a contenidos y expertos.

- » **no todos los países contaban con legislación que proteja la privacidad de los datos relacionados con la salud o que permita a las personas el acceso electrónico a sus propios datos. En pocos países,** las personas pueden especificar qué datos pueden compartirse con los profesionales de la salud.

- » **si bien no todos los países contaban con una estrategia sobre el uso de redes sociales en salud,** en casi todos estas

eran utilizadas por la población para aprender acerca de salud.

- » **algunos países tenían una política que regula el uso de grandes volúmenes de datos en el sector salud,** pero muy pocos regulaban su uso por empresas privadas.

La pandemia aceleró la implementación de soluciones digitales para fortalecer la capacidad de vigilancia epidemiológica; aumentar la capacidad de atención porque el personal de salud era insuficiente, estaba enfermo o confinado; e informar a decisores de políticas, investigadores y a la población. Así se formularon políticas y normas, se desarrollaron aplicaciones y herramientas digitales para la trazabilidad, rastreo o seguimiento de casos e identificación de contactos, para informar a la población sobre prevención y brindar atenciones por medio de telemedicina (Chueke, 2023).

El uso de la telemedicina en ALC no fue tan intenso como en los Estados Unidos debido a barreras, tales como financiamiento, prejuicios y resistencia de algunos médicos, situación que cambió paulatinamente. Se estima que en México hubo un ahorro de 10 millones de pesos mexicanos en los costos de atención en 2020. En Brasil ocurrió un aumento del 76,8 % en consultas telefónicas durante la pandemia, y en Perú y Ecuador las teleconsultas aumentaron ante el temor de contagio al ir a los establecimientos de salud. En Argentina aumentó el uso de telemedicina y la edad promedio de quienes la requerían pasó de 30 a 65 años (Nittari et al., 2022).

Adicionalmente, durante 2020 la mayoría de los gobiernos respondieron al llamado de la OMS a abrir los datos referentes al COVID-19 para apoyar las respuestas con base en la evidencia. CEPAL publicó la situación de los datos abiertos en países miembros de CAF como

Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, México y Uruguay, y concluyó que la calidad de los datos publicados varió en forma importante; que los gobiernos desarrollaron mecanismos para colaborar con la academia y la sociedad en el análisis y uso de los datos; que el uso de datos se centró en la respuesta, pero poco en actividades prospectivas de recuperación; y que, si bien se desarrollaron aplicaciones para el rastreo de contactos, no fue posible evaluar sus resultados (Vásquez Valdivia, 2021).

En términos generales, los países con mayor infraestructura de banda ancha fueron capaces de contrarrestar parcialmente los efectos negativos al inicio de la pandemia; la pandemia produjo un aumento del tráfico en las redes, cuyo efecto en salud no ha sido determinado; y la desigualdad en el acceso digital afectó la recepción de información sanitaria y otros servicios (Agudelo, 2020).

Retorno a la nueva normalidad

“La estela del Covid parece que se está pareciendo a una oportunidad perdida, incomprensida y hasta existe un deseo por olvidarla. Debemos evitarlo”
Marcos Cueto (2023)

El origen de la expresión “nueva normalidad” no es claro, aunque parece vinculado con la economía y las finanzas para describir las nuevas condiciones luego de la crisis de 2008. A partir de la pandemia de COVID-19 viene siendo utilizada para describir cuáles serán las características de la sociedad una vez terminada la emergencia sanitaria, o una vez se declare que el COVID-19 ya no es una ESPII, aunque sigamos conviviendo con el virus (Redacción, n.d.).

Pero la expresión también lleva implícita la descripción de las políticas e iniciativas que fueron implementando los países para pasar de un estado de aislamiento social y cierre de centros educativos y

laborales, a una etapa de liberación y apertura progresiva de actividades.

Ya en medio de la primera ola de casos y muertes por COVID-19, diversas instituciones y autores llamaron la atención sobre la necesidad de tomar en cuenta ciertas consideraciones al momento de reanudar las actividades, reconociendo que sería una decisión muy difícil dados los altos niveles de incertidumbre. Se propuso robustecer la gobernanza para articular gobierno, sector económico y agentes sociales; mejorar la infraestructura, adquisición y logística de equipos y suministros sanitarios; proteger la salud física y mental de los trabajadores de salud; ampliar la vigilancia, detección y aislamiento de casos y seguimiento

de contactos; y aplicar estrategias de comunicación eficaces, ya que el control recaerá mayormente en la conducta de las personas (OPS, 2020a; Pagés et al., 2020).

La poca evidencia empírica disponible en ALC sobre los resultados diferenciados de los países en el control de la pandemia mostraron que los que mejor respondieron fueron aquellos que tenían sistemas de salud más robustos, resilientes y equitativos y que, aprendiendo de epidemias pasadas, se prepararon para emergencias futuras (Savado et al., 2022).



Apoyo de CAF para la respuesta de los países frente a la pandemia

La pandemia como acción prioritaria de CAF	94
Acciones desplegadas y articulación con agencias multilaterales	96
Mecanismos de financiamiento y montos	100

La pandemia como acción prioritaria de CAF

Ayudar a enfrentar los retos estructurales que afectan la capacidad de desarrollo de sus países miembros es la misión de la CAF, y la pandemia de COVID-19 potenció dichos retos, particularmente en cuanto a la productividad, la desigualdad social y la sostenibilidad ambiental. Por lo tanto, acompañar a los países con servicios financieros, apoyo técnico y de conocimiento se constituyó en prioridad para la institución (Díaz-Granados, 2021).



Acciones desplegadas y articulación con agencias multilaterales

En 2020, CAF reaccionó de forma ágil y contundente mediante un paquete integral que contenía diversos instrumentos (CAF, 2021). En marzo de 2020 se brindó una línea de crédito contingente regional por 340 millones de dólares para eventos extremos del clima, sismos, accidentes contaminantes y epidemias, cuyo objetivo fue fortalecer la capacidad de respuesta de los sistemas de salud para atender la emergencia sanitaria.

Posteriormente, en abril del mismo año, se aprobó y se concedió una línea de crédito contingente regional por 4.100 millones de dólares para otorgar apoyo anticíclico, con el objetivo de complementar las medidas fiscales de los gobiernos y mitigar los efectos de la pandemia en los sectores económico, financiero y social, y en la calidad de vida de las personas.

En mayo del 2020, el Programa FIDE, Fondo de Inversión y Desarrollo Empresarial, aprobó operaciones por 4,7 millones de dólares para la inversión en empresas y emprendimientos innovadores con impacto en la respuesta al COVID-19. Este programa apoyó proyectos

con impacto a corto plazo para dar respuesta a la crisis de la pandemia en los sectores de cadenas de salud (insumos médicos, equipos, pruebas de diagnóstico), soluciones para empresas (soporte tecnológico, plataformas digitales, plataformas de trabajo remoto) y Govtech¹⁰.

En junio se aprobó una facilidad para bancos de desarrollo, nacionales o subnacionales, por 1.600 millones de dólares para ser utilizados en: i) financiamiento de programas dirigidos a la atención de la emergencia de población vulnerable o el apoyo a empresas de sectores esenciales con relación al COVID-19 (salud, alimentos, transporte y logística, entre otros); ii) financiamiento de empresas, en particular MIPYMES, orientadas a mitigar los efectos de la crisis y apoyar el proceso de recuperación de la actividad económica; y iii) financiamiento de iniciativas de fortalecimiento institucional de los bancos de desarrollo, tales como: gobierno corporativo,

transformación digital, innovación, inclusión financiera, desarrollo de productos y gestión de procesos.

También en junio se aprobó un programa que permitió diferir cuotas de amortización de capital e intereses, y reestructurar los saldos de cartera para las instituciones microfinancieras (IMF) clientes de CAF, con el fin de afrontar la crisis económica generada por el COVID-19 en Bolivia, Colombia, Ecuador, Panamá y Perú.

Igualmente, en el directorio de diciembre se aprobó una facilidad regional para financiar las necesidades de liquidez de las empresas prestadoras de servicios públicos (energía, gas, agua y saneamiento), tanto nacionales como subnacionales, de los países accionistas de la institución, por 1.200 millones de dólares.



Tabla 5. Apoyo financiero de CAF en respuesta a la pandemia de COVID-19 en la región, 2020-2021.

Fuente: CAF. (2020-2021). Informe anual.

Líneas aprobadas	Fecha	Montos desembolsados (en millones de dólares)
Línea de crédito contingente regional para eventos extremos del clima, sismos, accidentes contaminantes y epidemias	Marzo de 2020	300
Línea de crédito contingente regional para otorgar apoyo presupuestario anticíclico	Abril de 2020	4.100
Programa Fondo de Inversión y Desarrollo Empresarial (FIDE)	Mayo de 2020	4,7
Facilidad regional para bancos de desarrollo, nacionales o subnacionales, de los países accionistas de CAF	Junio de 2020	400
Facilidad regional para empresas prestadoras de servicios públicos (energía, gas, agua y saneamiento),	Diciembre de 2020	1.200
Asistencia técnica y recursos no reembolsables para apoyar acciones de prevención y control de contagios	2020	6,2
Respuestas para mitigar los impactos de la pandemia	2021	8.889

Durante el 2021, las operaciones de CAF ofrecieron respuestas ágiles para mitigar los impactos del complejo entorno global. En medio de los retos derivados de la pandemia, se aprobaron 13.192 millones de dólares y se realizaron desembolsos por 8.889 millones, principalmente destinados a préstamos de mediano y largo plazo para el sector soberano.

Además del apoyo financiero, se brindó asistencia técnica y se otorgaron recursos no reembolsables por 6,2 millones de dólares para paliar los efectos más inmediatos de la crisis sanitaria mediante el apoyo de las acciones de prevención y contención de los contagios en los países de la región. Una de las modalidades fue la Ayuda Humanitaria de Emergencia, operaciones de rápida aprobación y ejecución con las que se financiaron diversas actividades, acciones y

contrataciones asociadas a los planes nacionales de control y mitigación del COVID-19 en cada país.

Entre los diversos usos dados a estos recursos se puede mencionar el financiamiento de equipos de protección para los profesionales de la salud (mascarillas, guantes, uniformes, etc.), equipamiento para hospitales (respiradores, oxígeno, camas), kits de detección temprana, reforzamiento de la vigilancia y de la capacidad de atención de casos en los centros de salud, estrategias de comunicación con la población, educación de medidas preventivas, alimentación, entrega de ropa y gestión de alojamientos, entre otros.

En materia de generación y gestión del conocimiento destacan los avances en cuanto al desarrollo de indicadores de evolución de pandemia y de capacidades de respuesta en

políticas de salud; la generación de bases de datos sobre indicadores de impacto económico y social, y políticas públicas en respuesta a la emergencia; la coordinación de iniciativas de conocimiento en temas de ciudades y de infraestructura y desarrollo.

La generación de mecanismos de capacitación virtual mediante cursos gratuitos en línea, seminarios, foros y charlas con reconocidos expertos en temáticas como salud, educación, nutrición, PYMES, productividad, ciudades, gobierno digital, finanzas y género, entre otros, sumado a publicaciones como *Las oportunidades de la digitalización en América Latina frente al COVID-19*, aportaron elementos fundamentales para que los países puedan diseñar sus estrategias de recuperación económica manteniendo los logros sociales alcanzados en las últimas décadas.

Mecanismos de financiamiento y montos

En 2020 y 2021, la CAF honró el rol anticíclico como uno de los bancos multilaterales más relevantes de la región, ayudando a los países miembros con aprobaciones de préstamos directamente destinados a paliar los efectos sanitarios y socioeconómicos de la pandemia. Estos préstamos, sumados a las operaciones de largo plazo en infraestructura, agua y saneamiento, movilidad urbana, digitalización y educación, entre otras áreas, produjeron un total de aprobaciones de más de 14 mil millones de dólares para el desarrollo de los países de América Latina, una cifra récord para la institución.

En cuanto a las emisiones de bonos en los mercados internacionales,

CAF ejecutó 29 transacciones por aproximadamente 3.950 millones de dólares, que incluyeron tres emisiones *benchmarking*, una en el mercado europeo y dos en el mercado estadounidense, por un monto total de 2.320 millones.

Uno de los hitos en este sentido fue la transacción realizada en el mercado europeo, correspondiente al primer bono social público de CAF, orientado a dar respuesta a la emergencia sanitaria y económica generada por la pandemia en los países miembros. Esta emisión consolidó a CAF como un emisor líder en la región en instrumentos de deuda socialmente responsables.



Lecciones aprendidas



Fortalezas y debilidades en la respuesta a la pandemia	106
Aprendizajes clave para enfrentar futuras crisis sanitarias	108
Reflexiones sobre las implicaciones políticas y económicas	112

The Lancet Infectious Diseases señaló, en agosto de 2023: “Aunque la respuesta mundial a la pandemia de COVID-19 desarrolló rápidamente contramedidas médicas, no logró prevenir por completo la morbilidad y la mortalidad en los países de ingresos altos y en los países de ingresos bajos y medios. A medida que siguen surgiendo nuevas variantes y condiciones posteriores a la COVID-19 que afectan a los sistemas de salud y las economías, aún no se ha sentido el costo total humano y económico. Deberíamos ahora aprender de estas deficiencias e implementar marcos más inclusivos y equitativos para prevenir los brotes y responder a ellos” (Alakija, 2023).

“Ahora que vivimos una pandemia, que sabemos que es muy probable que ocurra otra, la preparación del sistema de salud y de otros sectores, se necesita una decisión política para mantener el enfoque de riesgo”

José Ruales (2023).

Fortalezas y debilidades en la respuesta a la pandemia

» Las autoridades nacionales de salud se constituyeron en los líderes técnicos naturales para conducir la respuesta a la pandemia, con el apoyo de expertos asesores, pero no siempre pudieron coordinar efectivamente sistemas de salud fragmentados y segmentados, y menos coordinar con otros sectores y con las máximas autoridades de gobierno con quienes, en algunos casos, entraron en conflicto por intereses políticos y económicos (Lal et al., 2021; Ramacciotti & Rayez, 2020; Rigoli, 2021)2020; Rigoli, 2021.	información apropiados (Alvarez, 2022; CAF, 2021; Cejudo et al., 2020; Díaz-Granados, 2021).	confianza para contrarrestar efectivamente la desinformación que circuló por medios tradicionales y no tradicionales (Alakija, 2023; PAHO, 2023a).	atención para priorizar la asistencia sanitaria, en ciertas ocasiones exclusiva de casos de COVID-19, pero las deficiencias en infraestructura, equipamiento, medicamentos y personal de salud hicieron que los establecimientos se desbordaran y no pudieran controlar el exceso de la demanda y de la mortalidad por COVID-19, y que se dejaran de prestar servicios esenciales, tanto curativos como preventivos, a enfermos crónicos, niños y gestantes (Alakija, 2023; Zar et al., 2020).	de alerta, lentos y tímidos, no fueron capaces de detectar y hacer seguimiento completo de los casos y sus contactos, en parte por el centralismo de sus órganos de vigilancia, el escaso uso de herramientas digitales para transmisión de datos, poco uso de la vigilancia centinela y de la basada en eventos (Johnson & Clark, 2022; Savedoff et al., 2022).	favorablemente la contaminación ambiental, y posiblemente en enfermedades infecciosas agudas distintas al COVID-19, pero dicho efecto no fue sostenido, pues no se tradujeron en políticas públicas que resultaran en cambios en el modelo de producción, en el transporte público y en la higiene de personas y alimentos.
» Gobiernos, organismos multinacionales y la banca de desarrollo implementaron apoyos sociales y económicos para minimizar las consecuencias en la población y los sistemas de salud. Sin embargo, no todos los apoyos llegaron a los que más los necesitaban, entre otras razones por la carencia de sistemas de	» La colaboración científica global desarrolló vacunas en tiempo récord, pero los países de ALC, sin coordinación regional y sin tecnología suficiente para producirlas, se vieron forzados a negociar individualmente la adquisición de vacunas, en competencia con los países de altos ingresos que hicieron compras masivas anticipadas, impusieron barreras para el acceso de otros países y no participaron en el mecanismo COVAX como se esperaba (Alakija, 2023; Matus-López, 2023; Taylor, 2021).	» Las intervenciones de salud pública, como lavado de manos, uso de mascarillas, prohibición de reuniones, cierre de escuelas y centro laborales, confinamiento y toque de queda, fueron dispuestas prontamente y pudieron contener la diseminación del virus, pero la insuficiente cobertura de servicios de agua y saneamiento, y la necesidad de generar ingresos para sobrevivir hizo que la población de menores ingresos, carente de protección social adecuada, incumpliera las prohibiciones y se arriesgara al contagio (Alakija, 2023; Brito Quintana, 2022; PAHO, 2023a).	» A partir de la promulgación del RSI 2005, y siguiendo sus recomendaciones, los países de ALC informaron periódicamente a la OMS niveles altos de desempeño en cuanto a capacidad de vigilancia y alerta temprana ante epidemias. Sin embargo, una vez declarada la emergencia sanitaria mundial, los sistemas	» Los gobiernos se apuraron a cerrar la brecha histórica en infraestructura, equipamiento, personal de salud y financiamiento de hospitales para atender la emergencia, pero se descuidó el primer nivel de atención, tradicionalmente más relegado, y no es seguro que los ajustes por la emergencia se vuelvan permanentes (Micah et al., 2023; Savedoff et al., 2022)	» No hay evidencia del efecto a corto plazo de la pandemia en la mortalidad y morbilidad infantil, aparte de la diarrea aguda, ni en la salud de mujeres en edad gestacional. Sin embargo, ante la afectación de determinantes de la salud como la desigualdad, seguridad alimentaria, vacunación, educación y orfandad, se prevé que redunden en indicadores que retrocedan a valores de décadas atrás (Akseer et al., 2020; Kabir et al., 2020; Pérez-Escamilla et al., 2020; Zar et al., 2020).
	» Los gobiernos reconocieron e impulsaron campañas masivas de educación e información para disminuir los contagios, promover la vacunación y orientar la atención de los casos, pero no fueron efectivos en edificar	» Los sistemas de salud nacionales reorganizaron sus flujos de		» Las medidas de distanciamiento y aislamiento social impactaron	

Aprendizajes clave para enfrentar futuras crisis sanitarias

A la luz de lo acontecido y de las lecciones aprendidas, se proponen las siguientes recomendaciones para que los países de ALC estén preparados, desde el punto de vista sanitario, a enfrentar futuras crisis como la del COVID-19:

- » fortalecer la gobernanza y liderazgo en salud que permita construir confianza, coordinación y colaboración efectiva de todos los actores sociales involucrados en la preparación y respuesta a emergencias sanitarias nacionales e internacionales.
- » desarrollar sistemas de salud más resilientes, equitativos e inclusivos y cuya meta sea la cobertura universal de salud con un enfoque integral de atención primaria de salud (APS).¹¹
- » aumentar y sostener el financiamiento no segmentado

del sector salud, en particular del primer nivel de atención, fortaleciendo las funciones esenciales de salud pública, especialmente las relacionadas con vigilancia y preparación para emergencias, y las redes integradas de servicios sanitarios.

- » fortalecer la vigilancia epidemiológica, articulando múltiples fuentes de información descentralizadas, adaptable a los diferentes momentos de una emergencia y utilizando metodologías diversas como seguimiento basado en eventos, vigilancia centinela e impacto de las contramedidas adoptadas.
- » aplicar intervenciones no farmacológicas de salud pública en caso de emergencia, como lavado de manos, distanciamiento y confinamiento, que sean específicas a cada contexto

sociodemográfico y momento de la emergencia, basadas en evidencias científicas.

- » implementar abogacía, comunicación de riesgo y compromiso de las comunidades, especialmente de las más vulnerables, para construir confianza pública y asegurar la adherencia a las intervenciones no farmacológicas.
- » fortalecer la colaboración y coordinación regional, utilizando mecanismos existentes, para apoyar el financiamiento del exceso de demanda, la negociación y adquisición de medicamentos e insumos esenciales, que respondan oportuna y equitativamente a las emergencias sanitarias
- » impulsar la implementación de tecnologías digitales que mejoren

la información para la gestión y toma de decisiones en salud en general, y en emergencias sanitarias en particular, y faciliten el intercambio de conocimientos y aprendizajes.

- » invertir en el fortalecimiento de las capacidades técnicas de los países para la producción de vacunas, medicamentos, equipos y otros insumos sanitarios tanto en situaciones normales como epidémicas.
- » alertar a los organismos regulatorios sobre los peligros existentes en la conducción de ensayos clínicos durante una emergencia sanitaria, de modo que aseguren el cumplimiento de los principios éticos.
- » mantener y fortalecer servicios de salud esenciales, como vacunación regular, atención

materna e infantil, a la salud mental y a las enfermedades crónicas no transmisibles.

- » invertir en recursos humanos: trabajadores suficientes, capacitados, certificados, incentivados, con lugares de trabajo adecuados y protegidos tanto física como mentalmente en casos de emergencias sanitarias.



“Las nuevas amenazas de
pandemia son inevitables,
pero las pandemias son
una opción política”

**Ellen Johnson &
Helen Clark (2021)**



Reflexiones sobre las implicaciones políticas y económicas

El Panel Independiente de Preparación y Respuesta a la Pandemia de la OMS señaló recientemente que son necesarios profundos cambios en la gobernanza de la salud global, regional y nacional, y en los mecanismos e instrumentos para prepararse y responder a las epidemias, y que está en manos de los políticos la oportunidad de lograr dichos cambios (Johnson & Clark, 2023).

ALC ha sido prolífica en formular propuestas a propósito de la pandemia, que lleven a los países a una situación ventajosa frente a futuras amenazas, enfrentando no solo los determinantes inmediatos sino los más distantes o estructurales. Una de las primeras plantea la necesidad de construir consensos entre gobierno y sociedad y la prioridad de construir planes estratégicos con análisis prospectivos. En segundo lugar, revisar la orientación productiva y de exportación de sus economías. En tercer lugar, revisar el modelo

productivo de algunos países, principalmente los basados en actividades extractivas. En cuarto lugar, enfrentar la desigualdad socioeconómica que erosiona las posibilidades de crecimiento de los países. En quinto lugar, abordar el cambio tecnológico, pero sin aumentar las desigualdades producto del desempleo o subempleo. En sexto lugar, se debería mejorar la recaudación eficiente de tributos mediante reformas fiscales eficientes. Por último, en séptimo lugar se debería procurar un sistema financiero estable y efectivo que impulse el crecimiento económico, la ocupación y el empleo (Alarco Tosoni & Sanchium, 2023; Villar et al., 2024)

Por su parte, el BID remarcó que la pandemia mostró de forma dramática que la salud es absolutamente fundamental y por lo tanto se requiere invertir en ella. Si no se

hace, “las actividades económicas y sociales enfrentarán perturbaciones periódicas a escalas masivas”, con consecuencias iguales o peores a las del COVID-19 (Svedoff et al., 2022).

Finalmente, se evidenció un riesgo cada vez mayor de que las siguientes epidemias y pandemias sean de origen animal por el intercambio de virus entre humanos y animales, condición favorecida por la crisis climática. Por lo tanto, cobra relevancia enfrentar la preparación para futuras epidemias bajo el modelo de “Una Salud” y la transición de los países hacia una economía verde. No considerarlo, conllevaría pérdidas humanas y económicas catastróficas (Agarwal, 2021; Díaz-Granados, 2021; Vora et al., 2022).

“Como banquero, escucho a la gente decir: ‘El tiempo es oro’. En el ámbito de la salud mundial, el tiempo es vida”

Ruchir Agarwal (2021).



Anexo 1.

Servicios integrales a personas infectadas para aislarse y a sus contactos para ponerse en cuarentena en países miembros de CAF, 2020-2021.

Fuente: (Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, 2022)

Argentina	El Ministerio de Salud (MSAL) creó el programa “DetectAR” para la detección y atención de personas contagiadas y sus contactos. La atención incluye visitas domiciliarias y/o traslado a un centro de aislamiento donde los casos más graves pueden ser monitoreados de cerca. Sin embargo, no hay evidencia pública de que “DetectAR” se haya implementado siguiendo un plan preformado o utilizando recursos previamente identificados. Los sitios web del Ministerio de Salud y de la Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud no contienen información adicional sobre los servicios integrales para permitir que las personas infectadas y sus contactos se aislen o pongan en cuarentena según lo recomendado.
Barbados	No hay pruebas de que Barbados proporcione servicios integrales que permitan a las personas infectadas y sus contactos autoaislarse o ponerse en cuarentena según lo recomendado, en particular apoyo económico y atención médica. Además, se esperaba que el Gobierno proporcione 60.000 paquetes de atención para personas vulnerables.
Bolivia	No hay pruebas suficientes de que Bolivia proporcione servicios integrales que permitan a las personas infectadas y sus contactos autoaislarse o ponerse en cuarentena según lo recomendado, en particular apoyo económico y atención médica. En el Plan de Contención, Mitigación y Recuperación posconfinamiento en respuesta al COVID-19 se ofrece telemonitoreo, teleconsulta y teleorientación a las personas contagiadas y visitas de seguimiento después de la primera visita.
Brasil	La atención médica está disponible de forma gratuita para cualquier persona en Brasil (independientemente de su nacionalidad o situación migratoria) a través del Sistema Único de Salud (SUS). Para quienes practican el aislamiento social en casa, el SUS también visita los hogares de las personas para brindarles atención médica básica. Este servicio existía antes del estallido de la pandemia de COVID-19. No hay evidencia de que se haya puesto a disposición una cobertura especial para los casos o casos sospechosos de COVID-19 en el sitio web del Ministerio de Salud. De manera similar, no hay más evidencia de políticas que garanticen servicios integrales para las personas aisladas como resultado de otro tipo de enfermedad infecciosa.

Chile	Durante la emergencia de Covid-19, el país ha proporcionado servicios integrales para permitir que las personas infectadas y sus contactos se aislen o pongan en cuarentena según lo recomendado, en particular apoyo económico (cheque de pago, seguridad laboral) y atención médica, pero no hay evidencia de que esto pueda aplicarse a futuras emergencias de salud pública. En medio de la pandemia de Covid-19 el Gobierno ha emitido múltiples aclaraciones respecto al sistema de protección social, indicando que: los trabajadores que hayan sido contagiados con el Covid-19, así como aquellos que hayan estado en contacto con ellos, tendrán derecho a la asistencia médica correspondiente y beneficios, ya sea de la Administradora del Seguro de Accidentes de Trabajo (si el contagio es ocupacional) o de la agencia de pensiones de salud, ya sea Fonasa (pública) o Isapre (régimen privado) (cuando se originen por causas no laborales). Además, tendrán derecho a licencia médica y a subsidio por enfermedad. Sin embargo, estas aclaraciones no especifican que sean para personas que están en cuarentena/aislamiento.
Colombia	A través del decreto 1109 de 2020, el gobierno introdujo aclaraciones sobre los derechos a prestaciones por invalidez de las personas diagnosticadas con Covid-19. El artículo 8 establece: Las personas afiliadas al régimen contributivo de seguridad social que sean diagnosticadas con Covid-19 podrán reclamar pagos de incapacidad por enfermedad general o enfermedad profesional, según corresponda, según lo reconozcan las Entidades Promotoras de la Salud (EPS) o las Administradoras de Riesgos Laborales (ARL).) para garantizar su cumplimiento del aislamiento. Quienes sean diagnosticados con Covid-19 pero a juicio de un médico no requieran la condición de discapacidad por sus condiciones físicas, deberán disponer del trabajo en casa durante el aislamiento obligatorio. Los afiliados al régimen subsidiado de salud que sean diagnosticados con Covid-19, tienen derecho al pago de una Compensación Económica Temporal (Decreto Legislativo 538 de 2020), equivalente a siete días de salario mínimo diario legal vigente una sola vez por cada hogar, siempre y cuando a medida que se cumple el aislamiento.
Costa Rica	No hay evidencia disponible públicamente de que Costa Rica brinde servicios integrales para permitir que las personas infectadas y sus contactos se aislen o pongan en cuarentena según lo recomendado, particularmente apoyo económico y atención médica. Costa Rica ha emitido pautas generales para el aislamiento en el hogar para todos los costarricenses, que diferencian a los ciudadanos urbanos/rurales de los indígenas, así como lineamientos para tratamientos diferenciados, sin embargo, ninguno de ellos menciona servicios integrales. En 2020 el Gobierno emitió una serie de medidas para proteger trabajadores y empresas de los efectos económicos de la pandemia, lo que comprendía los servicios integrales prestados por el Estado, donde, por ejemplo, se detallan medidas específicas para aliviar las cotizaciones sociales, habilitar el teletrabajo, prevenir el desempleo y dar estímulo económico a las personas y sectores más afectados por la pandemia, sin embargo, estos servicios no son específicos para personas a las que se les solicita aislamiento o cuarentena por ser casos sospechosos o positivos de una enfermedad infecciosa.
Ecuador	No hay evidencia pública suficiente de que Ecuador brinde servicios integrales que permitan a las personas infectadas y sus contactos autoaislarse o ponerse en cuarentena según lo recomendado, particularmente apoyo económico y atención médica. En junio de 2020, el gobierno aprobó la Ley de Apoyo Humanitario que incluía apoyo a personas durante la pandemia de COVID-19. Las acciones para apoyar a las personas incluyen: reducir las tasas escolares y aumentar las becas; suspensión de desalojos durante el estado de emergencia; congelar los aumentos de precios de los servicios públicos; flexibilización de los requisitos de seguridad social para aumentar la cobertura y brindar flexibilidad a las personas que se atrasan en los pagos; alivio temporal obligatorio para los deudores y renegociación con los acreedores; y un régimen especial para que empleadores y empleados negocien acuerdos laborales flexibles y reducidos con el objetivo de preservar el empleo y las empresas. La ley no describe servicios integrales específicos para personas que deben aislarse por sí mismas.

El Salvador	No hay evidencia pública suficiente de que El Salvador brinde servicios integrales de atención médica para permitir que las personas infectadas y sus contactos se aíslen o pongan en cuarentena según lo recomendado, particularmente atención médica. El Plan de Contingencia contra el Virus del Ébola de 2014 y el Plan de Respuesta a Emergencias y Desastres de 2017 del Ministerio de Salud (MINSAL) no mencionan servicios integrales para permitir que los casos y casos sospechosos se autoaislen como se recomienda.
Honduras	No hay evidencia de que Honduras brinde servicios integrales que permitan a las personas infectadas y sus contactos autoaislarse o ponerse en cuarentena según lo recomendado, particularmente apoyo económico y atención médica. No hay evidencia por parte de la Secretaría de Salud y gobierno general sobre atención médica para permitir el autoaislamiento y cuarentena. Ni el Plan Nacional de Salud 2021, emitido en 2005, ni el plan institucional de la Secretaría de Salud para 2018-2022 mencionan servicios integrales para pacientes que necesitan aislamiento.
Jamaica	No hay pruebas suficientes para confirmar que Jamaica proporcione servicios integrales que permitan a las personas infectadas y sus contactos autoaislarse o ponerse en cuarentena según lo recomendado, en particular apoyo económico y atención médica. Existen medidas generales de apoyo económico en respuesta a la pandemia de COVID-19, pero no son específicas para quienes están en cuarentena, y no existen medidas específicas para apoyar la atención médica de quienes están en cuarentena. El gobierno ha criticado algunas prácticas de los empleadores de suspender a los empleados que se aíslan a sí mismos. El gobierno ha afirmado que dichos empleados están protegidos por las disposiciones de la Ley de Vacaciones Pagadas y los avisos en el boletín publicados en virtud de la Ley de Gestión de Riesgos de Desastres. Los avisos del boletín publicados en virtud de la Ley de Gestión de Riesgos de Desastres especifican cómo se debe ejecutar la cuarentena y ciertas responsabilidades de los empleadores (como facilitar el trabajo desde casa cuando sea posible). La Ley de Vacaciones Pagadas también describe las circunstancias en las que los empleadores deben proporcionar licencia por enfermedad remunerada. Sin embargo, una revisión de esas leyes no revela ninguna disposición que apoye específicamente a quienes se aíslan a sí mismos como resultado del COVID-19 u otra enfermedad. Las disposiciones sobre licencia por enfermedad previstas en la Ley de Vacaciones Pagadas parecen demasiado limitadas para garantizar la seguridad en el empleo (se limitan a ciertos tipos de empleo y están vinculadas a la duración del empleo). Además, la ley no menciona la cuarentena. Del mismo modo, no hay pruebas de que se garantice atención médica para quienes se aíslan por sí mismos.
México	En México, no hay evidencia pública suficiente de que el Gobierno brinde servicios integrales para permitir que las personas infectadas y sus contactos se aíslen o pongan en cuarentena según lo recomendado, particularmente apoyo económico y atención médica. En materia de atención médica, el sistema de salud pública de México tiene la obligación de brindar atención a todas las personas del país. La lista de medidas económicas del Gobierno en respuesta al COVID-19 no menciona el apoyo a las personas en autoaislamiento. Una revisión de 2020 de los programas de respuesta social y económica al COVID-19 realizada por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) no incluye ningún programa que brinde apoyo a personas en aislamiento. El Gobierno de la Ciudad de México brinda un kit de apoyo a personas con síntomas de COVID-19 que se aíslan. El kit incluye insumos médicos, una canasta de alimentos y una tarjeta prepago con fondos. Hasta junio de 2020, el Gobierno local había proporcionado 12.500 kits a particulares. Otros Gobiernos locales en México han brindado apoyo alimentario, pero este ha estado dirigido a personas de bajos ingresos que han perdido sus empleos y no menciona ni se dirige específicamente a personas con síntomas que se están autoaislando.

Panamá	En Panamá, no hay evidencia pública suficiente de que el país brinde servicios integrales que permitan a las personas infectadas y sus contactos autoaislarse o ponerse en cuarentena según lo recomendado, particularmente apoyo económico y atención médica. El “Plan Operativo Nacional del Sistema de Salud para la Prevención y Control del Nuevo Coronavirus – (2019-nCov)” del Ministerio de Salud analiza el autoaislamiento de casos sospechosos y confirmados que no requieren hospitalización. El plan incluye visitas domiciliarias para dar seguimiento a estos casos, pero no señala apoyo económico ni disposiciones más específicas para atención médica. En la práctica, durante la pandemia de COVID-19, el Gobierno ha proporcionado alimentos y suministros de atención a algunas personas y familias en cuarentena o autoaislamiento, pero no hay pruebas suficientes sobre el alcance de este programa. El Gobierno también ha brindado apoyo económico a personas de bajos ingresos, pero esto no se ha vinculado explícitamente al autoaislamiento de las personas infectadas y sus contactos. En cambio, el apoyo se ha dirigido a personas y familias afectadas por el cierre económico. El plan de respuesta al Ébola de 2018 del MINSA no menciona servicios integrales para apoyar el autoaislamiento.
Paraguay	No hay pruebas suficientes de que Paraguay proporcione servicios integrales que permitan a las personas infectadas y sus contactos autoaislarse o ponerse en cuarentena según lo recomendado, en particular apoyo económico (cheque de pago, seguridad laboral) y/o atención médica. Según el Decreto 1.860/50, el Instituto de Previsión Social apoya a los convalecientes mediante un subsidio de al menos el 50 % de su salario.
Perú	En Perú, no hay evidencia pública suficiente de que el Gobierno brinde servicios integrales para permitir que las personas infectadas y sus contactos se aíslen o pongan en cuarentena según lo recomendado, particularmente apoyo económico y atención médica. En 2020, después de declarar órdenes de quedarse en casa, el Gobierno brindó apoyo económico a familias pobres y extremadamente pobres en marzo y en mayo proporcionó un segundo pago de apoyo al 75 % de las familias del país. Sin embargo, estos pagos no estaban dirigidos a personas a las que se recomendó aislarse, sino a grupos socioeconómicos para mitigar los efectos del cierre económico. Para muchas familias, el apoyo fue insuficiente y, como resultado, los expertos señalaron que el confinamiento en Perú fue ineficaz. En términos de servicios de apoyo médico, equipos de respuesta rápida han visitado diferentes secciones de la capital, Lima, para brindar tratamiento y pruebas, pero estos equipos no han llegado a todas las regiones del país.
República Dominicana	No hay evidencia de servicios integrales que permitan a las personas infectadas y sus contactos autoaislarse o ponerse en cuarentena como se recomienda, en particular apoyo económico y atención médica. El sitio web del Ministerio de Salud publicó en 2013 la Guía para la elaboración del Plan Hospitalario para Respuesta a Emergencias y Desastres, que no incluye información sobre los servicios integrales y no hay evidencia que sugiera que alguna vez se haya redactado un plan general. Durante el brote de COVID-19, se han implementado diversas medidas para brindar apoyo económico; sin embargo, estas iniciativas no se aplican específicamente a los casos y casos sospechosos de COVID-19, sino que se aplican a nivel nacional a todas las personas que califican. Además, en el caso del COVID-19, el Gobierno se comprometió a brindar pruebas gratuitas a todas las personas que lo necesiten, así como un canal de comunicación con los médicos para brindar indicaciones de tratamiento y atención médica gratuita en instituciones públicas y privadas. No hay evidencia de que tales medidas, que se han implementado en el contexto de COVID-19, puedan encontrar aplicación más allá.

Trinidad y Tobago

No hay pruebas suficientes de que Trinidad y Tobago proporcione servicios integrales en términos de apoyo económico o atención médica para permitir que los casos y los casos sospechosos se autoaislen según lo recomendado. En abril de 2020, el Ministerio de Finanzas anunció la “Subvención de Alivio Salarial Covid-19”, que era una subvención de hasta 1.500 dólares por hasta tres meses, “disponible para trabajadores que hayan perdido su empleo o salario como resultado de Covid-19”. Sin embargo, en este programa de subvenciones de ayuda no se menciona que sea especialmente para quienes se encuentran en aislamiento. Además, el Ministerio de Salud publicó en su sitio web información sobre cómo ponerse en cuarentena, pero no menciona apoyo económico y solo que un profesional médico supervisará el proceso de cuarentena. Además, un estudio de junio de 2020 del American Journal of Tropical Medicine and Hygiene titulado “Health Systems’ Resilience: Covid-19 Response in Trinidad and Tobago” informa que “todas las personas (incluidos los no nacionales) pudieron acceder a servicios gratuitos relacionados con la COVID-19” y que “por lo tanto, no había barreras financieras directas a la atención”. Sin embargo, una vez más, no hay ninguna mención específica al apoyo económico para quienes se encuentran en aislamiento.

Uruguay

El Gobierno implementó una serie de medidas para brindar apoyo a ciertos grupos que han sido afectados por la pandemia de COVID-19; para ello, el Gobierno aprobó un paquete económico de aproximadamente 22 millones de dólares para quienes necesitan asistencia social. Se brindó cobertura médica domiciliaria a pacientes con sospecha de infección por coronavirus y sus familiares, a través de la Administración de los Servicios de Salud del Estado o proveedores privados del interior del país. Sin embargo, no hay evidencia de que esta cobertura médica sea aplicable en general más allá del COVID-19. Finalmente, los sitios web del Ministerio de Salud Pública y del Sistema Nacional de Emergencia no documentan ni publican evidencia relacionada con la prestación de servicios integrales para permitir que las personas infectadas y sus contactos se autoprotejan, o ponerse en cuarentena según se recomienda, particularmente apoyo económico y/o atención médica.

Venezuela

No hay pruebas de que el país proporcione servicios integrales que permitan a las personas infectadas y sus contactos autoaislarse o ponerse en cuarentena según lo recomendado, en particular apoyo económico y atención médica. La “Base Legal de Indemnización por Incapacidad Temporal para el Trabajo”, que se encuentra en la página web del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales, dependiente del Ministerio del Poder Popular para los Servicios Sociales y el Trabajo, establece normas para brindar alivio económico y social a la población con diagnóstico médico específico. Hay otros formularios disponibles en el mismo sitio web, pero ninguno detalla específicamente qué deben hacer los casos autoaislados o infectados, sino que asumen una “enfermedad diagnosticada general”, que debe ser determinada por un médico general o cualquier otro tipo de médico. Como respuesta al COVID-19, el 15 de abril de 2020 se publicó un artículo en el que se detallan las medidas integrales y de protección social para los trabajadores en caso de la enfermedad. Según el artículo, los empleadores deberían considerar conceder a los trabajadores licencia por enfermedad remunerada y recomendarles que visiten el centro médico más cercano para recibir atención médica primaria. Durante estas licencias, los empleadores deben pagar a los empleados un tercio de su salario como compensación por enfermedad de acuerdo con la legislación laboral y de seguridad social venezolana, más el beneficio de alimentación. Sin embargo, esto pertenece al empleador y no es un beneficio del Estado.

Anexo 2.

Tipos de vigilancia empleados por los países miembros de CAF, 2020-2021.

	Basada en Indicadores						Basada en Eventos	Observaciones
	Sindrómica	Activa	Centinela	Laboratorio	Mortalidad	Atención	Digital	
Argentina	X	X		X	X	X	X	Vigilancia obligatoria de COVID-19 (Ministerio de Salud - Argentina, 2020a). Desarrollo de app CUIDAR para autodiagnóstico, detección temprana y seguimiento de casos (Ministerio de Salud - Argentina, 2020b). Vigilancia basada en laboratorio incluyó vigilancia genómica (Ministerio de Salud - Argentina, 2021a) . Tablero de control interactivo de recursos (Ministerio de Salud - Argentina, 2020c, 2021b)
Bolivia				X		X		Vigilancia de casos, fallecidos y personas vacunadas (Ministerio de Salud y Deportes - Bolivia, 2021). Vigilancia genómica con el apoyo de la Fundación Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) de Brasil y de la Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS) de Argentina.
Brasil	X		X	X	X	X	X	Vigilancia de COVID-19 implementada sobre la base de vigilancia de influenza (Ministerio da Saude, 2020b, 2020d, 2020f, 2021a). Vigilancia de laboratorio incluyó secuenciamiento genético (Ministerio da Saude, 2020e). Vigilancia nacional de mortalidad se ajustó a COVID-19 (Ministerio da Saude, 2020c). Se incluyó vigilancia de insumos para diagnóstico (Ministerio da Saude, 2020a), vigilancia en trabajadores de salud y vigilancia sindrómica (Ministerio da Saude, 2020g). Desarrolló app Coronavirus-SUS para el autodiagnóstico y notificación de casos (Ministerio da Saude, 2021b).

Basada en Indicadores							Basada en Eventos	Observaciones
Chile	X	X		X	X		X	Vigilancia de COVID-19 implementada sobre la base de vigilancia de infección respiratoria aguda que pasó a vigilar signos no respiratorios, incluyó vigilancia de fallecidos y de contactos (Ministerio de Salud - Chile, 2021a). Se notifican casos probables, confirmados, positividad de testeo, casos hospitalizados y fallecidos (Ministerio de Salud - Chile, 2021c, 2021b). Incluye vigilancia de vacunados (Gobierno de Chile, 2021). Desarrollo de CoronApp que permite autodiagnóstico e informar eventos de alto riesgo.
Colombia	X	X		X	X	X	X	Vigilancia de COVID-19 implementada sobre la base de vigilancia de infecciones respiratorias agudas (Ministerio de Salud y Protección Social - Colombia, 2020a, 2020b; Ospina-Martínez et al., 2020; INS - Colombia, 2021) Implementación de CoronApp Colombia para auto-reporte por ciudadanos (INS - Colombia, 2020b). Seguimiento de casos y contactos a través del SIVIGILA (INS - Colombia, 2020a). Reporte de cobertura vacunación COVID-19 (Ministerio de Salud y Protección Social - Colombia, 2021)
Ecuador	X	X		X		X	X	Vigilancia de COVID-19 sobre la base de la vigilancia de enfermedad respiratoria aguda, incluye vigilancia en poblaciones cautivas (Ministerio de Salud Pública - Ecuador, 2020). Vigilancia cobertura vacunación COVID-19 (Ministerio de Salud Pública - Ecuador, 2021)
México	X	X	X	X	X	X		Vigilancia de COVID-19 implementada sobre la base de la vigilancia de enfermedad respiratoria viral y vigilancia centinela en las Unidades de Salud Monitoras de Enfermedad Respiratoria Viral, USMER. Incluye vigilancia en personal de establecimientos de salud y vigilancia genómica (Secretaría de Salud - México, 2021a, 2021b). Implementación de vigilancia de camas y respiradores (Secretaría de Salud - México, 2021c)
Panamá	X	X		X	X	X		Vigilancia de COVID-19 implementada sobre la base de la vigilancia de infección respiratoria aguda (Ministerio de Salud - Panamá, 2020b; OPS, 2021b), se complementa con VIGMOR para la vigilancia de mortalidad (Ministerio de Salud - Panamá, 2020c), vigilancia de personal afectado (Ministerio de Salud - Panamá, 2020a), app móvil para identificación y seguimiento de contactos (Ministerio de Salud - Panamá, 2021) y vigilancia de vacunación (OPS, 2021a).

Basada en Indicadores						Basada en Eventos	Observaciones	
Paraguay	X	X	X	X	X	X	Vigilancia de COVID-19 incorporada en la vigilancia de influenza e infección respiratoria aguda grave y estableció pasar a vigilancia centinela una vez confirmada la transmisión comunitaria sostenida (Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social - Paraguay, 2020). Incorporó monitoreo de uso de camas, llamadas a call center (eventos) (Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social - Paraguay, 2021a) y registro nominal voluntario de vacunados (Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social - Paraguay, 2021b).	
Perú	X	X		X	X	X	X	Vigilancia del COVID-19 establecida sobre la base de la vigilancia de la infección respiratoria aguda, incluye definición de fallecido por COVID-19 y uso de aplicativos para notificación de casos y búsqueda activa y seguimiento de contactos (MINSA - Perú, 2020). Se reporta continuamente casos, pruebas de laboratorio, fallecidos, hospitalizados, disponibilidad de camas y ventiladores y cobertura de vacunación (Ministerio de Salud - Perú, 2021). Incluye vigilancia genómica del virus SARS-CoV-2 (INS - Perú, 2021). Vigilancia de eventos sanitarios en medios de comunicación y otras fuentes (CDC MINSA, 2021).
República Dominicana	X	X		X	X	X		Vigilancia de COVID-19 incorporada en vigilancia de infección respiratoria aguda grave, incluye vigilancia de mortalidad (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social- República Dominicana, 2021a). Implementación de vigilancia de ocupación de camas y de cobertura de vacunación (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social - República Dominicana, 2021)
Trinidad y Tobago	X	X		X	X	X		Vigilancia de COVID-19 con base en vigilancia de infección respiratoria aguda o influenza establecida por la Caribbean Public Health Agency (CARPHA, 2020). Vigila y reporta casos confirmados, casos hospitalizados, fallecidos por COVID-19 y personas vacunadas (CARPHA, 2021a; Ministry of Health - Trinidad and Tobago, 2021; CARPHA, 2021b)
Uruguay	X	X		X	X	X		Vigilancia de COVID-19 con base en vigilancia sindrómica de infección respiratoria aguda grave y enfermedad tipo influenza (Ministerio de Salud Pública - Uruguay, 2020). Se reporta casos confirmados por laboratorio, ocupación de camas, personas vacunadas y fallecidos por COVID-19 (Ministerio de Salud Pública - Uruguay, 2021)
Venezuela	X		X					Vigilancia de COVID-19 con base en vigilancia de infección respiratoria aguda e influenza (Ministerio del Poder Popular para la Salud - Venezuela, 2021). Notifica casos y fallecidos por COVID-19 (Patria, 2021).

Notas

1.

Hacia inicios de 2024, se sumó México (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, ENSANUT, 2023), mientras que Bolivia, Colombia, Guatemala y Haití, se encontraban en proceso de actualización de información a partir de encuestas de base poblacional.
2.

“Exceso de mortalidad” se refiere a un aumento significativo en el número de muertes en comparación con lo esperado para un período o población específicos, generalmente debido a situaciones excepcionales como pandemias, desastres o crisis
3.

“Los enfoques habituales para medir la pobreza se basan principalmente en las encuestas de los hogares, cuyo desarrollo, procesamiento y análisis requieren tiempo. La incertidumbre se amplifica aún más en el caso de la crisis del COVID-19 porque efectuar entrevistas en persona es incompatible con el distanciamiento físico ... Una forma justificable de abordar estas dificultades de medición es llevar a cabo microsimulaciones. Para ello, se utilizan los datos de encuestas de los hogares disponibles previamente y se ajusta cada observación individual en función de la información agregada o sectorial que sea pertinente en su caso. Una vez hechos los ajustes correspondientes, la tasa de pobreza se estima como la participación de hogares cuyos ingresos ajustados caen por debajo de la línea de pobreza seleccionada, por ejemplo, 5,50 dólares (USD) por persona y día a precios de PPA” (Banco Mundial, 2021).
4.

Se entiende por rectoría a “la capacidad de liderazgo de las autoridades de salud para conformar y apoyar una acción colectiva que permita la creación, el fortalecimiento o el cambio de las estructuras de gobernanza del sistema de salud”. Gobernanza son “los arreglos institucionales que regulan a los actores y los recursos críticos que tienen influencia sobre las condiciones de cobertura y acceso a los servicios de salud” (Hufty et al., 2006; OPS, 2020c).
5.

“Se refiere a la capacidad de expresar opiniones e intereses que generalmente están dirigidos a influir en las prioridades del gobierno o en el proceso de toma de decisiones del gobierno” (O’Neill et al., 2007).
6.

Aislamiento: es separar a las personas enfermas o infectadas de los demás, para evitar que se propague la infección. Cuarentena: consiste en restringir el movimiento de las personas sanas que pueden haber estado expuestas al virus, pero no están enfermas (OPS, 2020b). Distanciamiento social: consiste en alejarse de lugares concurridos y restringir la interacción entre las personas, tomando cierta distancia física o evitando el contacto directo entre ellas. Confinamiento: es
7.

Vacunación con el esquema primario completo se calcula como el coeficiente entre el número de personas que recibieron la última dosis del esquema primario recomendado (incluye la segunda dosis si el esquema es de dos dosis, la tercera dosis si el esquema es de tres dosis y la dosis única en un esquema de dosis única) con respecto al número de personas sujeto de vacunación contra COVID-19 (OPS, 2022)
8.

Comunicación de riesgos: consiste en el intercambio, en tiempo real, de información, consejos y opiniones entre los expertos, los líderes comunitarios, los funcionarios públicos y las personas en situación de riesgo para que entiendan y adopten las medidas de protección que corresponden. Al mismo tiempo, permite a autoridades y expertos escuchar y atender las preocupaciones y necesidades de la población, lo que a su vez contribuirá a que los consejos que emitan sean pertinentes, fidedignos y aceptables (OMS, 2018).
9.

SJR es un factor de medición que establece la calidad de las publicaciones científicas basándose en el recuento de citas obtenidas por cada publicación. El cálculo de este índice se realiza contabilizando el número de citas recibidas ponderando la importancia o prestigio de las revistas de las que proceden dichas citas (SCImago, n.d.).
10.

Ecosistema donde los gobiernos colaboran con startups, scale-ups y MIPYMES, que utilizan inteligencia de datos, tecnologías digitales y metodologías innovadoras para proveer productos y servicios que resuelven retos públicos.
11.

Por enfoque integral de APS se entiende: i) abordar las necesidades de las personas, de las familias y comunidades; ii) garantizar la continuidad en el acceso a servicios de promoción, prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y apoyo; iii) impulsar acciones intersectoriales para abordar los determinantes sociales de la salud a lo largo del curso de vida; iv) fomentar la participación social inclusiva; y v) renovar los compromisos del Pacto APS 30-30-30 para la Salud Universal (Fitzgerald, 2023)
- una intervención que se aplica a nivel comunitario cuando las medidas mencionadas anteriormente han sido insuficientes para contener el contagio de una enfermedad y consiste en un estado donde se combinan estrategias para reducir las interacciones sociales como el distanciamiento social, el uso obligatorio de mascarillas, restricción de horarios de circulación, suspensión del transporte, cierre de fronteras y otras (Sánchez-Villena & de La Fuente-Figuerola, 2020).

Bibliografía

Agarwal, R. (2021, diciembre). Lecciones de la pandemia. *Finanzas y Desarrollo*, 50-51.

Agudelo, M. (2020). *El estado de la digitalización de América Latina frente a la pandemia del COVID-19*. CAF. http://ikels-dspace.azurewebsites.net/bitstream/handle/123456789/1540/El_estado_de_la_digitalizacion_de_America_Latina_frente_a_la_pandemia_del_COVID-19.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Agudelo, M., Chomali, E., Suniaga, J., Núñez, G., Jordán, V., Rojas, F., Negrete, J., Bravo, J., Bertolini, P., Equipo Editorial de DPL News, Katz, R., Callorda, F., & Jung, J. (2020). *Las oportunidades de la digitalización en América Latina frente al COVID-19*. CAF y CEPAL.

Akseer, N., Kandru, G., Keats, E. C., & Bhutta, Z. A. (2020). COVID-19 pandemic and mitigation strategies: Implications for maternal and child health and nutrition. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 112(2), 251-256. <https://doi.org/10.1093/ajcn/nqaa171>

Alakija, A. (2023). Leveraging lessons from the COVID-19 pandemic to strengthen low-income and middle-income country preparedness for future global health threats. *The Lancet Infectious Diseases*, 23(8), e310-e317. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(23\)00279-7](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(23)00279-7)

Alarco Tosoni, G., & Sanchium, T. (2023). *La economía en tiempos de pandemia: Origen, reacciones y respuestas*. Otra Mirada. https://otramirada.pe/sites/default/files/La_Economia_en_los_tiempos_de_pandemia.Completo.Final_.pdf#overlay-context=

Almeida-Filho, N. de. (2022). Sindemia, infodemia, pandemia de COVID-19: Hacia una epidemiología de enfermedades emergentes. *Salud Colectiva*, 17, e3748. <https://doi.org/10.18294/sc.2021.3748>

Alvarez, M. V. (2022). *La gestión de la pandemia de COVID-19 y el regionalismo en América Latina y el Caribe. Aprendizajes y desafíos pendientes*. Fundación Carolina. <https://doi.org/10.33960/issn-e.1885-9119.DT71>

Aravena, C., & Latorre, B. del C. y R. (2021, marzo 2). *Lo bueno, lo malo y lo que se debe hacer ahora: El balance de la Mesa Social Covid-19 en el primer año de la pandemia*. La Tercera. <https://www.latercera.com/earlyaccess/noticia/lo-bueno-lo-malo-y-lo-que-se-debe-hacer-ahora-el-balance-de-la-mesa-social-covid-19-en-el-primer-ano-de-la-pandemia/YEETNE3RE5EPFB7NOY5YS5PVE/>

Astorga, I., Henríquez, C., Fábrega, R., Quinlan, R., Romero, C., Ruiz Casares, B., & Savignano, M. C. (2022). *Hospitales, tecnologías y redes: La evolución de la infraestructura de salud post COVID-19* (Nota Técnica 2579; p. 78). <https://publications.iadb.org/publications/spanish/viewer/Hospitales-tecnologias-y-redes-la-evolucion-de-la-Infraestructura-de-salud-post-COVID-19.pdf>

Bachelet, M., Sachs, J., Shailaja, K. K., Happi, C., Soper, K., & Sáenz Madrigal, M. del R. (2021, diciembre). *Reflexiones sobre una sociedad saludable*. Diciembre 2021, 20-23.

Banco Mundial. (2021). *¿Volver a Crecer? Informe Semestral de la Región de América Latina y el Caribe*. Banco Mundial. <https://openknowledge.worldbank.org/bitstreams/cf061779-5895-5b64-b7ba-cd2cd455cce9/download>

Banco Mundial. (2022). Capítulo 1. Los impactos económicos de la crisis de la COVID19. En *Informe sobre el desarrollo mundial 2022*. <https://www.bancomundial.org/es/publication/wdr2022/brief/chapter-1-introduction-the-economic-impacts-of-the-covid-19-crisis>

Banco Mundial. (2023a). *Banco de datos del Banco Mundial*. <https://databank.bancomundial.org/home.aspx>

Banco Mundial. (2023b, abril 4). *América Latina y el Caribe: Panorama general* [Text/HTML]. World Bank. <https://www.bancomundial.org/es/region/lac/overview>

Bardález Del Aguila, C., & Villar Montesinos, E. (2023). *América Latina tras el COVID-19. Crisis Sanitaria*. Fondo Editorial Cayetano. <https://fondoeditorial.cayetano.edu.pe>

Báscolo, E., Houghton, N., Del Riego, A., Fitzgerald, J., & Jarboe, R. (2023). Aportes del nuevo marco para las funciones esenciales de salud pública a la lucha contra la pandemia de COVID-19. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 46, e8. <https://doi.org/10.26633/rpsp.2022.8>

Bayona, E. (2020, marzo 26). *Keynesianismo contra el virus: Seis billones para rescatar la economía planetaria*. Público. <https://www.publico.es/economia/emergencia-coronavirus-keynesianismo-virus-seis-billones-rescatar-economia-planetaria.html>

Béjar-Tinoco, V., Valenzo-Jiménez, M. A., Madrigal-Moreno, F., Madrigal-Moreno, S., Montesinos-López, O. A., Béjar-Tinoco, V., Valenzo-Jiménez, M. A., Madrigal-Moreno, F., Madrigal-Moreno, S., & Montesinos-López, O. A. (2022).

Comercio electrónico y hábitos de los consumidores durante la pandemia por COVID-19 en México. *Innovar*, 32(86), 119-134. <https://doi.org/10.15446/innovar.v32n86.104665>

Berkley, S. (2021). COVAX: More than a beautiful idea. *The Lancet*, 398(10298), 388. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01544-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01544-0)

Bertoni, R., Davyt, A., Stuhldreher, A., Bertoni, R., Davyt, A., & Stuhldreher, A. (2022). Uruguay en tiempos de pandemia. Conocimiento Técnico, Políticas Públicas y Gobernanza. *Revista Uruguaya de Ciencia Política*, 31(2), 7-34. <https://doi.org/10.26851/rucp.31.2.1>

Brito Quintana, P. B. (2022). *Pandemia, Democracia y Salud*.

Cadme Llerena, D. C. (2023). *Secuelas patológicas del covid-19 en Latinoamérica a partir de una revisión documental*. <https://dspace.ucacue.edu.ec/handle/ucacue/14736>

CAF. (2021). *Informe Anual CAF 2020* (Informes anuales, p. 151). CAF. <https://scioteca.caf.com/handle/123456789/1707>

Cano, A. (2023). Impactos del COVID-19 en Guatemala: Un recorrido por los principales indicadores económico-sociales y. *Análisis*, 34. https://idl-bnc-idrc.dspacedirect.org/bitstream/handle/10625/62187/2023-06-29_Analisis-Coyuntura-Impactos_COVID19_Guatemala-Mayo2023.pdf?sequence=1

CARPHA. (2020). *Algorithm for the Management of Suspected COVID-19 Cases*. <https://carpha.org/Portals/0/Documents/Technical%20Guidance/Algorithm%20for%20the%20Management%20of%20Suspected%20COVID-19%20Cases.pdf>

CARPHA. (2021a). *COVID-19 Situation Report 200—October 11, 2021*. <https://carpha.org/Portals/0/Documents/COVID%20Situation%20Reports/Situation%20Report%20200%20-%20October%2011,%202021.pdf>

CARPHA. (2021b). *COVID-19 Vaccine Update 039 October 11, 2021*. <https://carpha.org/Portals/0/Documents/COVID-19%20Vaccine%20Updates/CARPHA%20COVID-19%20Vaccine%20Update%20039%20October%2011,%202021.pdf>

Casino, G. (2022). Comunicación en tiempos de pandemia: Información, desinformación y lecciones provisionales de la crisis del coronavirus. *Gaceta Sanitaria*, 36, S97-S104. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2022.01.003>

Caycho-Rodríguez, T., Gallegos, M., Valencia, P. D., Vilca, L. W., Moreta-Herrera, R., Puerta-Cortés, D. X., & Pinto

Tapia, B. (2022). Creencias en teorías conspirativas sobre vacunas COVID-19 en la Comunidad Andina de Naciones. *Boletín de Malariología y Salud Ambiental*, 62(2), 123-128. <https://doi.org/10.52808/bmsa.7e6.622.001>

CDC MINSA. (2021, octubre 13). *Vigilancia de eventos sanitarios*. <https://www.dge.gob.pe/portalnuevo/etiqueta/vigilancia-de-eventos-sanitarios/>

CDC MINSA. (2023). *Sala de Situación de Salud, Perú a la SE 43*. 2023. https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/asis-sala/asis-sala_202343_07_145639.pdf

Cejudo, G. M., Michel, C. L., & De los Cobos, P. (2020). *Respuestas para enfrentar la pandemia en América Latina y el Caribe: El uso de programas de transferencias monetarias y de sistemas de información de protección social* (Serie de Documentos de Política Pública, p. 29). PNUD América Latina y el Caribe. <https://www.undp.org/sites/g/files/zskgke326/files/migration/latinamerica/undp-rblac-CD19-PDS-Number24-transferencias-ES.pdf>

CEPAL. (2020a). *Efectos de las cuarentenas y restricciones de actividad relacionadas con el COVID-19 sobre la calidad del aire en las ciudades de América Latina*. United Nations. <https://doi.org/10.18356/9789210054324>

CEPAL. (2020b). *Los efectos del COVID-19 en el comercio internacional y la logística: Informe Especial COVID-19 No. 6* (6; Informe Especial COVID-10). CEPAL. <https://doi.org/10.18356/9789210054775>

CEPAL. (2021). *Estudio Económico de América Latina y el Caribe 2021: Dinámica laboral y políticas de empleo para una recuperación sostenible e inclusiva más allá de la crisis del COVID-19*. CEPAL. http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/47192/S2100608_es.pdf?sequence=58&isAllowed=y

CEPAL. (2022). *Estudio Económico de América Latina y el Caribe 2022: Dinámica y desafíos de la inversión para impulsar una recuperación sostenible e inclusiva*. CEPAL. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/48077/4/S2201058_es.pdf

CEPAL. (2023a). *Panorama Social de América Latina y el Caribe, 2022*.

CEPAL. (2023b). *Perspectivas del Comercio Internacional de América Latina y el Caribe 2022*. CEPAL. <https://>

repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/48650/S2200846_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Chaparro, L. (2020, mayo 26). *Falsas terapias frente a la COVID-19, un campo abonado para la picaresca y el fraude*. Agencia SINC. <https://www.agenciasinc.es/Reportajes/Falsas-terapias-frente-a-la-COVID-19-un-campo-abonado-para-la-picaresca-y-el-fraude>

Chaparro Moreno, L., & Alfonso, H. (2020). Impactos de la COVID-19 en la violencia contra las mujeres. El caso de Bogotá (Colombia). *Nova*, *18*(35), 115-119. <https://doi.org/10.22490/24629448.4195>

Chueke, D. (2023). Lo que la pandemia nos dejó: Avances regulatorios para la telemedicina y la telesalud en Argentina. *Telehealth and Medicine Today*, *8*(3). <https://doi.org/10.30953/thmt.v8.413>

Cid, C., & Marinho, M. L. (2022). *Dos años de pandemia de COVID-19 en América Latina y el Caribe: Reflexiones para avanzar hacia sistemas de salud y protección social universales, integrales, sostenibles y resilientes*. CEPAL. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/47914/S2200413_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Cigarroa, I., Bravo-Leal, M., Zapata-Lamana, R., Pavón-León, P., Herrera, C., Guzmán-Muñoz, E., Alonso-Palacio, L. M., Borja-González, J., Cigarroa, I., Bravo-Leal, M., Zapata-Lamana, R., Pavón-León, P., Herrera, C., Guzmán-Muñoz, E., Alonso-Palacio, L. M., & Borja-González, J. (2022). Factores socio demográficos y de estilos de vida asociados a un bajo nivel de actividad física durante el confinamiento producto del COVID-19 en adultos latinoamericanos. *Revista médica de Chile*, *150*(5), 634-642. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872022000500634>

Cipoletta Tomassian, G., & Abdo, T. (2021). *Financiamiento de la banca de desarrollo en el marco de la crisis del COVID-19 en América Latina y el Caribe* (Financiamiento para el Desarrollo). CEPAL.

Coronado Martínez, M. E. (2021). La gobernanza global de la salud y los límites de las redes de expertos en la respuesta al brote de la Covid-19 en México. *Foro internacional*, *61*(2), 469-505. <https://doi.org/10.24201/fi.v61i2.2836>

Cruz-Aguayo, Y., Mateo Díaz, M. M., Xhardez, V., Ramallo, V., De Marco, C., & Sessa, M. (2022). *Hacia una transformación digital del sector educativo: Aprendizajes de la virtualización de emergencia*. Inter-American Development Bank. <https://doi.org/10.18235/0003958>

Dadalto, L., Royo, M. M., & Costa, B. S. (2020). Bioética e integridad científica en la investigación clínica sobre covid-19. *Revista Bioética*, *28*, 418-425. <https://doi.org/10.1590/1983-80422020283402>

Díaz-Granados, S. (2021). CAF: El Banco de la Reactivación de América Latina y el Caribe. *Revista Peruana de Derecho Internacional*, *LXXI setiembre-diciembre 2021*(169), 61-85. <https://doi.org/10.38180/rpdi.v0i0.209>

Enríquez, A., & Sáenz, C. (2021). *Primeras lecciones y desafíos de la pandemia de COVID-19 para los países del SICA*. CEPAL. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/46802/1/S2100201_es.pdf

Enriquez-Martinez, O. G., Martins, M. C. T., Pereira, T. S. S., Pacheco, S. O. S., Pacheco, F. J., Lopez, K. V., Huancahuire-Vega, S., Silva, D. A., Mora-Urda, A. I., Rodriguez-Vásquez, M., Montero López, M. P., & Molina, M. C. B. (2021). Diet and Lifestyle Changes During the COVID-19 Pandemic in Ibero-American Countries: Argentina, Brazil, Mexico, Peru, and Spain. *Frontiers in Nutrition*, *8*. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fnut.2021.671004>

Exemplars in Global Health. (2024). *Cross-Country Synthesis: COVID-19 Response and Maintenance of Essential Health Services*. <https://www.exemplars.health/emerging-topics/ecr/cross-country-synthesis>

Fajardo-Dolci, G., Gutiérrez, J. P., & García-Saisó, S. (2015). Acceso efectivo a los servicios de salud: Operacionalizando la cobertura universal en salud. *Salud Pública de México*, *57*(2), 180-186.

Fernández, M. T. A., Ríos, J. T., & García, J. O. D. (2021). Hábitos de consumo modificados durante la pandemia de COVID-19. *Realidad Empresarial*, *11*, Article 11. <https://doi.org/10.51378/reuca.v0i11.6171>

Finquelievich, S. (2020). *Claroscuros de las Sociedades del Conocimiento en América Latina en tiempos del COVID-19*. https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/117518/CONICET_Digital_Nro.419cd247-abe5-4410-8054-45de50f07b25_A.pdf?sequence=2&isAllowed=y

Fitzgerald, J. (2023). Recomendaciones para el desarrollo de sistemas de salud resilientes en las Américas. *Revista Panamericana de Salud Pública*, *47*, e101. <https://doi.org/10.26633/rpsp.2023.101>

Flores, M. (2010). *Estándares para la planificación y evaluación de hospitales*. https://www.academia.edu/35604328/EST%C3%81NDARES_PARA_LA_PLANIFICACI%C3%93N_Y_EVALUACI%C3%93N_DE_HOSPITALES_VENEZUELA_2010

FMI. (2020). *La Política Fiscal en Tiempos de Pandemia: ¿Cómo les ha ido a América Latina y al Caribe?* <https://www.imf.org/-/media/Files/Publications/REO/WHd/2020/Oct/Spanish/Fiscal-SPA.ashx>

Fore, H. H., Dongyu, Q., Beasley, D. M., & Ghebreyesus, T. A. (2020). Child malnutrition and COVID-19: The time to act is now. *The Lancet*, *396*(10250), 517-518. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31648-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31648-2)

García, M. S. A. (2020). Mujeres, trabajo de cuidados y sobreexplotación desigualdades de género en México durante la pandemia por COVID-19. *Espacio I+D, Innovación más desarrollo*, *9*(25), Article 25. <https://doi.org/10.31644/IMASD.25.2020.a06>

García-Marín, D., & Merino-Ortego, M. (2022). Desinformación anticientífica sobre la COVID-19 difundida en Twitter en Hispanoamérica. *Cuadernos.info*, *52*, 24-46. <https://doi.org/10.7764/cdi.52.42795>

Gobierno de Chile. (2021, octubre 13). *Yo me Vacuno*. Gobierno de Chile. <https://www.gob.cl/yomevacuno/#vacunados>

Golman, L. (2020). El COVID-19, ¿conspiración real o relato? Una mirada crítica. *Boletín Informativo Grupo de jóvenes investigadores*, *2*(9), 55-57.

Gómez, A. F. L., & Romo, M. del C. G. (2021). Instrumento para determinar el cambio en los hábitos de consumo durante la pandemia causada por el COVID-19. *REVISTA ERUDITUS*, *2*(1), Article 1. <https://doi.org/10.35290/re.v2n1.2021.404>

González-Rubí, M. G., & Wuest Silva, T. J. (2022). Pandemia y sociedad: El sacrificio de la sociabilidad y la convivencia. *Política y Cultura*, *58*, Article 58.

Goyeneche, L., Boruchowicz, C., Lopez Boo, F., Tejerina, L., Roseth, B., & Nelson, J. (2022). *Pandemias, privacidad y adopción de tecnología: Percepciones sobre el uso de herramientas digitales y sobre la voluntad de compartir datos durante el COVID-19 en diez países latinoamericanos* (Nota Técnica IDB-TN-2576). <https://publications.iadb.org/es/pandemias-privacidad-y-adopcion-de-tecnologia-percepciones-sobre-el-uso-de-herramientas-digitales-y>

Guerrero, G. (2021). *Midiendo el impacto de la Covid-19 en los niños y niñas menores de seis años en América Latina* (p. 32). Programa de educación del Diálogo Interamericano y UNICEF. <https://repositorio.grade.org.pe/bitstream/handle/20.500.12820/685/Midiendo-el-impacto-de-la-Covid-19-en-los-ninos-y-ninas-menores-de-seis-anos-en-America-Latina.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Haakenstad, A., Bintz, C., Knight, M., Bienhoff, K., Chacon-Torrico, H., Curioso, W. H., Dieleman, J. L., Gage, A., Gakidou, E., Hay, S. I., Henry, N. J., Hernández-Vásquez, A., Méndez Méndez, J. S., Villarreal, H. J., & Lozano, R. (2023). Catastrophic health expenditure during the COVID-19 pandemic in five countries: A time-series analysis. *The Lancet Global Health*, *11*(10), e1629-e1639. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(23\)00330-3](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(23)00330-3)

Haldane, V., Morales-Vazquez, M., Jamieson, M., Veillard, J., Marchildon, G. P., & Allin, S. (2022). Learning from the first wave of the COVID-19 pandemic: Comparing policy responses in Uruguay with 10 other Latin American and Caribbean countries. *Health Policy OPEN*, *3*, 100081. <https://doi.org/10.1016/j.hpopen.2022.100081>

Headey, D., Heidkamp, R., Osendarp, S., Ruel, M., Scott, N., Black, R., Shekar, M., Bouis, H., Flory, A., Haddad, L., & Walker, N. (2020). Impacts of COVID-19 on childhood malnutrition and nutrition-related mortality. *The Lancet*, *396*(10250), 519-521. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31647-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31647-0)

Huepe, M., Palma, A., & Trucco, D. (2022). *Educación en tiempos de pandemia: Una oportunidad para transformar los sistemas educativos en América Latina y el Caribe* (Políticas Sociales, p. 100). CEPAL. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/48204/S2200803_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Hufty, M., Báscolo, E., & Bazzani, R. (2006). Gobernanza en salud: Un aporte conceptual y analítico para la investigación. *Cadernos de Saúde Pública*, *22*(suppl), S35-S45. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006001300013>

IEP. (2020, mayo). *Desigualdad, vulnerabilidades y estrategias frente al covid-19. Informe del IEP (mayo 2020)*. <https://iep.org.pe/wp-content/uploads/2020/06/IEP.-Desigualdad-vulnerabilidades-y-estrategias-en-la-crisis-del-covid-19-mayo-2020.pdf>

INEI/Perú. (2022). *Perú: Línea de Base de los Principales Indicadores Disponibles de los Objetivos de Desarrollo Sos-*

tenible-ODS 2022. https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1881/libro.pdf

INEI/Perú. (2023a). *Indicadores de Resultados de los Programas Presupuestales ENDES - Primer Semestre 2023*. https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2023/ppr/Indicadores_de_Resultados_de_los_Programas_Presupuestales_%20ENDES_Primer_Semestre_2023_FT.pdf

INEI/Perú. (2023b). *Perú. Encuesta Demográfica y de Salud Familia* $\square$ *ENDES 2022 Nacional y Departamental*. INEI. https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1898/libro.pdf

INEI/Perú. (2023c). *Perú: Indicadores de Resultados de los Programas Presupuestales, 2022* (INEI). <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/6154.pdf>

INS - Colombia. (2020a). *Planilla de seguimiento de contactos de casos positivos COVID-19*. <https://www.ins.gov.co/BibliotecaDigital/346-planilla-seguimiento-contactos.pdf>

INS - Colombia. (2020b). *Política de tratamiento de información (PTI) relacionada con la CoronApp Colombia*. <https://www.ins.gov.co/Normatividad/PolíticasInstitucionales/POLITICA-DE-TRATAMIENTO-DE-INFORMACION-CORONAPP-COLOMBIA.pdf>

INS - Colombia. (2021). *Estrategia de caracterización genómica muestreo probabilístico-SARS-CoV-2 en Colombia*. <http://www.ins.gov.co/BibliotecaDigital/Estrategia-caracterizacion-genomica-muestreo-probabilistico-SARS-CoV-2-Primer-muestreo.pdf>

INS - Perú. (2021, octubre 13). *Secuenciación Genómica del virus SARS-CoV-2 en el Perú*. INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. <http://web.ins.gob.pe/es/covid19/secuenciamiento-sars-cov2>

Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. (2022). *Global Health Security Index 2021* (https://www.ghsindex.org/report-model/#:~:text=Full%20Report%20%7C-,Data%20Model,-%7C%202019%2D2021.)).

Johnson, E., & Clark, H. (2022). *Transforming or Tinkering?* The Independent Panel. https://live-the-independent-panel.pantheonsite.io/wp-content/uploads/2022/05/Transforming-or-tinkering_Report_Final.pdf

Johnson, E., & Clark, H. (2023). *A road map for a world protected from pandemic threats*. The Independent Panel. [\[dependent-panel.pantheonsite.io/wp-content/uploads/2023/05/Final-Road-Map-Report_May-2023_Interactive.pdf\]\(https://live-the-independent-panel.pantheonsite.io/wp-content/uploads/2023/05/Final-Road-Map-Report_May-2023_Interactive.pdf\)

Jung, J., & Katz, R. \(2023\). *Impacto del COVID-19 en la digitalización de América Latina*. CEPAL. \[https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/48486/4/S2300183_es.pdf\]\(https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/48486/4/S2300183_es.pdf\)

Kabir, M., Saqib, M. A. N., Zaid, M., Ahmed, H., & Afzal, M. S. \(2020\). COVID-19, economic impact and child mortality: A global concern. *Clinical Nutrition*, *39*\(7\), 2322-2323. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2020.05.027>

Khamis Ibrahim, N. \(2020, julio\). Epidemiologic surveillance for controlling Covid-19 pandemic: Types, challenges and implications | Elsevier Enhanced Reader. *Journal of Infection and Public Health*, *13*\(2020\), 1630-1638. <https://doi.org/10.1016/j.jiph.2020.07.019>

Kusumasari, B., Munajat, M. E., & Fauzi, F. Z. \(2023\). Measuring global pandemic governance: How countries respond to COVID-19. *Journal of Management and Governance*, *27*\(2\), 603-629. <https://doi.org/10.1007/s10997-022-09647-4>

Lal, A., Erondy, N. A., Heymann, D. L., Gitahi, G., & Yates, R. \(2021\). Fragmented health systems in COVID-19: Rectifying the misalignment between global health security and universal health coverage. *The Lancet*, *397*\(10268\), 61-67. \[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\\(20\\)32228-5\]\(https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32228-5\)

Lanata, C., Ochoa, T., & Bancalari, E. \(2023\). *Uso de vacunas como respuesta a una emergencia sanitaria: Lecciones aprendidas del caso peruano* \(p. 14\). Academia Nacional de Medicina. \[https://anmperu.org.pe/sites/default/files/uso_de_vacunas_como_respuesta_a_una_emergencia_sanitaria_Lecciones_aprendidas_del_caso_peruano.pdf\]\(https://anmperu.org.pe/sites/default/files/uso_de_vacunas_como_respuesta_a_una_emergencia_sanitaria_Lecciones_aprendidas_del_caso_peruano.pdf\)

Larrea, N. \(2023, julio 26\). *Fenómeno El Niño y sistemas agroalimentarios de Latinoamérica y Caribe*. <https://www.caf.com/es/conocimiento/visiones/2023/07/el-fenomeno-de-el-nino-y-los-sistemas-agroalimentarios-de-america-latina-y-el-caribe/>

Liberona Durán, F., Castro-Correa, C. P., Sarmiento, J. P., & Arrieta, A. \(2022\). Comunicación del Riesgo en Latinoamérica: Una Evaluación de su Impacto frente a la Pandemia del COVID-19. *Revista de Estudios Latinoamericanos sobre Reducción del Riesgo de Desastres REDER*, *6*\(2\), 88. <https://doi.org/10.55467/reder.v6i2.102>](https://live-the-in-</p></div><div data-bbox=)

López-Feldman, A., Chávez, C., Vélez, M. A., Bejarano, H., Chimeli, A. B., Féres, J., Robalino, J., Salcedo, R., Viteri, C., López-Feldman, A., Chávez, C., Vélez, M. A., Bejarano, H., Chimeli, A. B., Féres, J., Robalino, J., Salcedo, R., & Viteri, C. (2020). COVID-19: Impactos en el medio ambiente y en el cumplimiento de los ODS en América Latina. *Desarrollo y Sociedad*, *86*, 104-132. <https://doi.org/10.13043/dys.86.4>

Lucey, C. R., & Johnston, S. C. (2020). The Transformational Effects of COVID-19 on Medical Education. *JAMA*. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.14136>

Lust, J. (2021). A Class Analysis of the Expansion of COVID-19 in Peru: The Case of Metropolitan Lima. *Critical Sociology*, *47*(4-5), 657-670. <https://doi.org/10.1177/0896920521991612>

Malamud, C. (2020, marzo 26). *AMLO y Bolsonaro ante el coronavirus: Tan distintos y, sin embargo, tan iguales*. Real Instituto Elcano. <https://www.realinstitutoelcano.org/blog/amlo-y-bolsonaro-ante-el-coronavirus-tan-distintos-y-sin-embargo-tan-iguales/>

Manabe, Y. C., Sharfstein, J. S., & Armstrong, K. (2020). The Need for More and Better Testing for COVID-19. *JAMA*. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.21694>

Marchiori Buss, P., & Tobar, S. (2021). *Salud global y diplomacia de la salud: Una visión desde América Latina y Caribe* (Fiocruz). https://drive.google.com/file/d/1ew_-ZHTxDggDJLvAfOS_FL-2qbWOP3zFI/view?usp=sharing&usp=embed_facebook

Marti i Puig, S., & Alcántara Sáez, M. (2020). *Política y Crisis en América Latina. Reacción e impacto frente a la COVID-19*. Marcial Pons. Ediciones Jurídicas y Sociales. https://books.google.com.pe/books?hl=es&lr=&id=-RwfEAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA5&dq=cuarentena+aislamiento+casos+COVID-19+Am%C3%A9rica+Latina&ots=RVCTSzQFf_&sig=Z2m7InhbHP1j6d1qKBBC4Nvo1RI

Martínez-Labrán, S., & Bivort, B. (2022). Conflicto trabajo-familia de mujeres en situación de teletrabajo a partir de la contingencia sanitaria por COVID-19 en Chile. *Investig. Fem (Rev.)*, *13*(1), 77-88.

Mathieu, E., Ritchie, H., Rodés-Guirao, L., Appel, C., Giattino, C., Hasell, J., Macdonald, B., Dattani, S., Beltekian, D., Ortiz-Ospina, E., & Roser, M. (2020, marzo 5). *Coronavirus Pandemic (COVID-19)*. Our World in Data. <https://ourworldindata.org/covid-vaccinations>

Matus-López, M. (2023). *La pandemia de COVID-19 como oportunidad de cambio: Avanzar hacia la salud universal en América Latina* (Documentos de Proyectos). CEPAL.

Mercer, T. R., & Salit, M. (2021). Testing at scale during the COVID-19 pandemic. *Nature Reviews. Genetics*, *22*(7), 415-426. <https://doi.org/10.1038/s41576-021-00360-w>

Micah, A. E., Bhangdia, K., Cogswell, I. E., Lasher, D., Lidral-Porter, B., Maddison, E. R., Nguyen, T. N. N., Patel, N., Pedroza, P., Solorio, J., Stutzman, H., Tsakalos, G., Wang, Y., Warriner, W., Zhao, Y., Zlavog, B. S., Abbafati, C., Abbas, J., Abbasi-Kangevari, M., ... Dieleman, J. L. (2023). Global investments in pandemic preparedness and COVID-19: Development assistance and domestic spending on health between 1990 and 2026. *The Lancet Global Health*, *11*(3), e385-e413. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(23\)00007-4](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(23)00007-4)

Ministerio da Saude. (2020a). *Boletim do COE 13h*. Secretaria de Vigilância em Saúde. <https://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2020/May/21/2020-05-19---BEE16---Boletim-do-COE-13h.pdf>

Ministerio da Saude. (2020b). *Boletim do COE 17*. [htps://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2020/May/29/2020-05-25---BEE17---Boletim-do-COE.pdf](https://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2020/May/29/2020-05-25---BEE17---Boletim-do-COE.pdf)

Ministerio da Saude. (2020c). *Boletim Especial do COE COVID-19*. Secretaria de Vigilância em Saúde. <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/May/09/2020-05-06-BEE15-Boletim-do-COE.pdf>

Ministerio da Saude. (2020d). *Boletim epidemiologico_SVS_04.pdf*. Secretaria de Vigilância em Saúde. https://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2020/janeiro/23/Boletim_epidemiologico_SVS_04.pdf

Ministerio da Saude. (2020e). *Boletim do COE COVID-19*. <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/April/19/BE12-Boletim-do-COE.pdf>

Ministerio da Saude. (2020f). *Boletim Especial: Doença pelo coronavirus 2019*. Secretaria de Vigilância em Saúde. <https://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2020/April/06/2020-04-06-BE7-Boletim-Especial-do-COE-Atualizacao-da-Avaliacao-de-Risco.pdf>

Ministerio da Saude. (2020g). *Boletim epidemiologico COVID 21*. <https://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2020/July/08/Boletim-epidemiologico-COVID-21-corrigido-13h35--002-.pdf>

Ministerio da Saude. (2021a, octubre). *Corona-virus Brasil*. <https://covid.saude.gov.br/>

Ministerio da Saude. (2021b, octubre 13). *Coronavírus-SUS: app com informações da doença no Brasil*. <http://rededeescolas.ensp.fiocruz.br/coronavirus-sus-lan-ca-app-com-informacoes-da-doenca-no-brasil>

Ministerio de Salud - Argentina. (2020a, marzo 5). *Vigilancia epidemiológica*. Argentina.gob.ar. <https://www.argentina.gob.ar/salud/coronavirus/vigilancia>

Ministerio de Salud - Argentina. (2020b, mayo 12). *Sistema y aplicación Cuidar*. Argentina.gob.ar. <https://www.argentina.gob.ar/jefatura/innovacion-publica/acciones-coronavirus/aplicacion-y-tableros-de-gestion>

Ministerio de Salud - Argentina. (2020c, agosto 6). *Table-ro de Control Interactivo de Recursos Críticos*. <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/233299>

Ministerio de Salud - Argentina. (2021a, enero 15). *AN-LIS Malbrán tendrá una nueva Plataforma Genómica de última generación*. Argentina.gob.ar. <https://www.argentina.gob.ar/noticias/anlis-malbran-tendra-una-nueva-plataforma-genomica-de-ultima-generacion>

Ministerio de Salud - Argentina. (2021b, octubre). *Datos Abiertos del Ministerio de Salud—Datos*. <http://datos.salud.gob.ar/>

Ministerio de Salud - Chile. (2021a, septiembre 27). *Actualización de la definición de casos para vigilancia epidemiológica ante pandemia de COVID-19 en Chile*. https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/09/ORD-3785-27-09-2021_DEF-CASO.pdf

Ministerio de Salud - Chile. (2021b). *Informe Epidemiológico No155 Enfermedad por SARS-Cov-2 (COVID-19) Chile*. Departamento de Epidemiología. <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/10/Informe-Epidemiol%C3%B3gico-155.pdf>

Ministerio de Salud - Chile. (2021c, octubre 13). *Casos confirmados en Chile COVID-19*. Ministerio de Salud – Gobierno de Chile. <https://www.minsal.cl/nuevo-coronavirus-2019-ncov/casos-confirmados-en-chile-covid-19/>

Ministerio de Salud - Panamá. (2020a). *Informe especial de personal que labora en instituciones de salud en Panamá*.

http://minsa.b-cdn.net/sites/default/files/publicacion-general/informe_especial_2_personal_de_salud_afectado.pdf

Ministerio de Salud - Panamá. (2020b). *Situación Epidemiológica de la Pandemia por COVID-19. República de Panamá*.

Ministerio de Salud - Panamá. (2020c). *Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad (VIGMOR)*. http://minsa.b-cdn.net/sites/default/files/publicacion-general/informe_especial_3_funciones_covid19_periodo_9_de_marzo_a_7_junio_2020.pdf

Ministerio de Salud - Panamá. (2021, octubre 14). *Protege-te Panamá*. <https://protegete.panamasolidario.gob.pa/>

Ministerio de Salud - Perú. (2021, octubre 13). *Covid 19 en el Perú*. https://covid19.minsa.gob.pe/sala_situacional.asp

Ministerio de Salud Pública - Ecuador. (2020). *COVID-19, Lineamientos Generales de Vigilancia Epidemiológica, Versión 6*. https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/08/Lineamientos_generales_COVID-19-04-08-2020-FE-DE-ERRATAS.pdf

Ministerio de Salud Pública - Ecuador. (2021, octubre). *Vacunómetro COVID-19*. <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrJoiMjgxODQyZDIhMTZiYi00ZjhmLWI0MzE-tYWJINzAxZDcwNWZlIiwidCI6IjcwNjlyMGRiLTliMjktNGU5MS1hODI1LTl1NmIwNmQyNjlmMyJ9&page-Name=ReportSection5e050ac003d0b042a320>

Ministerio de Salud Pública - Uruguay. (2020, marzo 14). *Plan Nacional de Contingencia para la Infección (COVID-19) por el nuevo Coronavirus (SARS CoV2)*. Ministerio de Salud Pública. <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/plan-nacional-contingencia-para-infeccion-covid-19-nuevo-coronavirus>

Ministerio de Salud Pública - Uruguay. (2021, octubre). *Plan Nacional Coronavirus*. Ministerio de Salud Pública. <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/coronavirus>

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social - República Dominicana. (2021, octubre 12). *VacúnateRD*. <https://vacunate.gob.do/>

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social- República Dominicana. (2021a). *Procedimientos para la vigilancia de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19)*. Dirección General de Epidemiología. <http://www.digepisalud.gob.do/docs/Vigilancia%20Epidemiologica/Alertas%20>

<http://www.digepisalud.gob.do/docs/Vigilancia%20Epidemiologica/Alertas%20epidemiologicas/Coronavirus/Nacional/Procedimientos%20Vigilancia%20COVID-19%20Rev-02%20noviembre.pdf>

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social- República Dominicana. (2021b). *Boletín especial 571—COVID-19*. Dirección General de Epidemiología. <http://www.digepisalud.gob.do/docs/Vigilancia%20Epidemiologica/Alertas%20epidemiologicas/Coronavirus/Nacional/Boletin%20Especial%20COVID-19/Boletin%20especial%20571%20-%20COVID-19.pdf>

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social - Paraguay. (2020). *Guía de vigilancia epidemiológica y de laboratorio de la Enfermedad por Coronavirus-19 (COVID-19)*. <https://www.mspbs.gov.py/dependencias/portal/adjunto/5231da-Guiadevigilanciaepidemiologica.pdf>

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social - Paraguay. (2021a, octubre). *Monitoreo Covid-19 Paraguay*. <https://www.mspbs.gov.py/monitoreo-fases-covid19.html>

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social - Paraguay. (2021b, octubre 12). *Campaña de Vacunación COVID-19*. <https://www.vacunate.gov.py/index-listado-vacunados.html>

Ministerio de Salud y Deportes - Bolivia. (2021, octubre 13). *Boletín Bolivia No 97*. <https://www.unidoscontraelcovid.gob.bo/wp-content/uploads/2021/10/Salud-97.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social - Colombia. (2020a). *Directrices para detección temprana, control y atención ante introducción del nuevo coronavirus*. Instituto Nacional de Salud. <https://www.ins.gov.co/Normatividad/Circulares/CIRCULAR%20EXTERNA%200005%20DE%202020.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social - Colombia. (2020b). *Actualización de lineamientos sobre manejo de muestras e insumos sobre SARS-Cov-2*. Instituto Nacional de Salud. <https://www.ins.gov.co/Normatividad/Circulares/CIRCULAR%20EXTERNA%200019%20DE%202020.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social - Colombia. (2021, octubre). *Vacunación contra COVID-19*. <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/Vacunacion/Paginas/Vacunacion-covid-19.aspx>

Ministerio del Poder Popular para la Salud - Venezuela. (2021). *Guía para el Manejo y Tratamiento de Contactos y Pacientes con COVID-19*.

Ministry of Health - Trinidad and Tobago. (2021, octubre 12). *COVID-19 Daily Update—Tuesday October 12th, 2021*. <https://health.gov.tt/covid-19-daily-update-tuesday-october-12th-2021>

MINSA - Perú. (2020). *Directiva Sanitaria para la Vigilancia Epidemiológica de la Enfermedad por Coronavirus (COVID-19) en el Perú*. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1422276/RM%20N%C2%B0905-2020-MIN-SA%20DIRECTIVA%20SANITARIA%20122.pdf.pdf>

Molecular Devices. (2022, febrero 23). *COVID-19 Timeline: Diagnostics, Vaccines, and Therapeutic Antibody Development*. <https://www.moleculardevices.com/lab-notes/clone-screening/covid-19-timeline-diagnostics-vaccines-antibody-discovery>

Montañez, V. (2018). *Análisis del gasto de bolsillo en salud en Perú* [Universidad Complutense de Madrid]. <https://eprints.ucm.es/id/eprint/49480/1/T40330.pdf>

Moreno, A., Hernandez, J., Alfaro, I., & Troncoso-Palacio, A. (2020). Comportamiento Adoptado en América Latina Debido al covid-19. *Boletín de Innovación, Logística y Operaciones*, 2(1), Article 1. <https://doi.org/10.17981/bilo.2.1.2020.18>

Mujica, O. J., & Pachas, P. E. (2021). Desigualdades sociales en la mortalidad durante la COVID-19 en Lima y Callao. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 38(1), 183-184. <https://doi.org/10.17843/rpmpesp.2021.381.6740>

Mullen, L., Kaushal, N., Troeger, C., Kobokovich, A., Trotochaud, M., Guha, M., Bennett, S., & Nuzzo, J. B. (2024). The need to document lessons learnt and exemplary practices of maintaining essential health services during the COVID-19 pandemic. *BMJ Global Health*, 8(Suppl 6), e014643. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2023-014643>

Nittari, G., Savva, D., Tomassoni, D., Tayebati, S. K., & Amenta, F. (2022). Telemedicine in the COVID-19 Era: A Narrative Review Based on Current Evidence. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(9), 5101. <https://doi.org/10.3390/ijerph19095101>

OECD. (2021). *Health resources—Health spending—OECD Data*. theOECD. <http://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm>

Olivas-Martínez, A., Cárdenas-Fragoso, J. L., Jiménez, J. V., Lozano-Cruz, O. A., Ortiz-Brizuela, E., Tovar-Méndez, V. H., Medrano-Borromeo, C., Martínez-Valenzuela, A., Román-Montes, C. M., Martínez-Guerra, B., González-Lara, M. F., Hernandez-Gilsoul, T., Herrero, A. G., Tamez-Flores, K. M., Ochoa-Hein, E., Ponce-de-León, A., Galindo-Fraga, A., Kershenobich-Stalnikowitz, D., & Sifuentes-Osornio, J. (2021). In-hospital mortality from severe COVID-19 in a tertiary care center in Mexico City; causes of death, risk factors and the impact of hospital saturation. *PLOS ONE*, *16*(2), e0245772. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0245772>

OMS. (2008). *Reglamento Sanitario Internacional (2005)*. https://www.who.int/ihr/IHR_2005_es.pdf

OMS. (2018). *Comunicación de riesgos en emergencias de salud pública: Directrices de la OMS sobre políticas y prácticas para la comunicación de riesgos en emergencias*. Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/272852>

OMS. (2021). *Cronología de la respuesta de la OMS a la COVID-19*. <https://www.who.int/es/news/item/29-06-2020-covidtimeline>

OMS. (2023, abril). *La OMS pone en marcha una nueva iniciativa para mejorar la preparación frente a pandemias*. <https://www.who.int/es/news/item/26-04-2023-who-launches-new-initiative-to-improve-pandemic-preparedness>

O’Neill, T., Foresti, M., & Hudson, A. (2007). *Evaluation of Citizens’ Voice and Accountability: Review of the Literature and Donor Approaches*. (p. 78). DFID. https://cdn.odi.org/media/documents/237_bMUU1ef.pdf

OPS. (2016). *La eSalud en la Región de las Américas: Derribando las barreras a la implementación. Resultados de la Tercera Encuesta Global de eSalud de la Organización Mundial de la Salud*. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/31287/9789275319253-spa.pdf?sequence=3&isAllowed=y>

OPS. (2020a). *58o Consejo Directivo: La pandemia de COVID-19 en la Región de las Américas* (CD58/6).

OPS. (2020b). *COVID-19 Glosario sobre Brotes y Epidemias. Un recurso para periodistas y comunicadores*. <https://www.paho.org/es/file/64120/download?token=M2IXE-K4>

OPS. (2020c). *Las funciones esenciales de la salud pública en las Américas. Una renovación para el Siglo XXI. Marco conceptual y definición*. OPS.

OPS. (2020d, agosto 5). *La OPS advierte contra el uso de productos de cloro como tratamientos para COVID-19* OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud. <https://www.paho.org/es/noticias/5-8-2020-ops-advierte-contra-uso-productos-cloro-como-tratamientos-para-covid-19>

OPS. (2021a). *COVID-19 Informe de situación de Panamá N°64—Octubre 5, 2021*. <https://www.paho.org/es/documentos/covid-19-informe-situacion-panama-ndeg64-octubre-5-2021>

OPS. (2021b, octubre). *Informes de Situación para COVID-19 de Panamá*. <https://www.paho.org/es/panama/informes-situacion-covid-19>

OPS. (2022). *Análisis de la vacunación contra la COVID-19 en la Región de las Américas. Desglose por sexo y edad y en las subpoblaciones seleccionadas*. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/56734/OPSEGCCO-VID19220002_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y

OPS. (2023a). *Cuarta ronda de la encuesta nacional sobre la continuidad de los servicios esenciales de salud durante la pandemia de COVID-19. Resumen de resultados y conclusiones para la Región de las Américas. Noviembre 2022 – Enero 2023* (p. 40). https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/57793/OPSHSSPH230003_spa.pdf?sequence=7&isAllowed=y

OPS. (2023b, agosto 26). *Curvas Epidemiológicas Subregionales y de Países* OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud. <https://www.paho.org/es/curvas-epidemiologicas-subregionales-pais>

OPS. (n.d.). *Red Regional de Vigilancia Genómica de COVID-19* OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud. Influenza y Otros Virus Respiratorios. <https://www.paho.org/es/temas/influenza-otros-virus-respiratorios/red-regional-vigilancia-genomica-covid-19>

OPS/OMS. (2023, agosto 3). *Brote de enfermedad por el Coronavirus (COVID-19)*. <https://www.paho.org/es/temas/coronavirus/brote-enfermedad-por-coronavirus-covid-19>

Orozco, J. (2023). *Asociación entre la introducción de la vacuna contra el COVID-19 y el Índice Mensual de Actividad Económica*

en Costa Rica [Universidad de Costa Rica]. https://www.kerwa.ucr.ac.cr/bitstream/handle/10669/88943/Proyecto_John_Orozco_SEP_Revisado_Firmado.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Ortiz-Núñez, R. (2020). Metric analysis of the scientific production about COVID-19 in Scopus. *Revista Cubana de Información en Ciencias de la Salud*, *31*(3), 1-20.

Ospina-Martínez, M. L., Prieto-Alvarado, F. E., Walteros-Acero, D. M., Quijada-Bonilla, H., González-Duarte, M. A., & Huguet-Aragón, C. M. (2020). *Orientaciones para la vigilancia en salud pública de la COVID-19*. Instituto Nacional de Salud.

Pagés, C., Aclan, C., Alfonso, M., Arroio, R., Irigoyen, J. L., Mejía, I., Mendieta, C., Moreno, S., Muenta, A., Peñaherrera, S., Pombo, C., Regalía, F., Savedoff, B., Stein, E., & Tejerina, L. (2020). *Del confinamiento a la reapertura: Consideraciones estratégicas para el reinicio de las actividades en América Latina y el Caribe en el marco de la COVID-19*. Inter-American Development Bank. <https://doi.org/10.18235/0002349>

PAHO. (2023a). *Evaluation of the Pan American Health Organization Response to COVID-19 2020-2022. Volume II Annexes*. Pan American Health Organization. <https://doi.org/10.37774/9789275127476>

PAHO. (2023b, agosto). *GEO-Hub COVID-19—Information System for the Region of the Americas*. Geo-Hub COVID-19 - Information System for the Region of the Americas. <https://paho-covid19-response-who.hub.arcgis.com/>

Patria. (2021, octubre 12). *Esadísticas COVID-19 en Venezuela*. <https://covid19.patria.org.ve/estadisticas-venezuela/>

Peeling, R. W., Wedderburn, C. J., Garcia, P. J., Boeras, D., Fongwen, N., Nkengasong, J., Sall, A., Tanuri, A., & Heymann, D. L. (2020). Serology testing in the COVID-19 pandemic response. *The Lancet Infectious Diseases*, *20*(9), e245-e249. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30517-X](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30517-X)

Peña, E., Peralta, V., Castro, M., & Hernández, A. (2021). *Uso de pruebas serológicas para la detección de nticuerpos contra el SRAS-Cov-2* (Reporte Breve 01-2021; p. 48). Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación. http://www.essalud.gob.pe/ietsi/pdfs/covid_19/RB_01_2021.pdf

Pérez-Escamilla, R., Cunningham, K., & Moran, V. H. (2020). COVID-19 and maternal and child food and nutrition in-

security: A complex syndemic. *Maternal & Child Nutrition*, *16*(3). <https://doi.org/10.1111/mcn.13036>

Peters, M., Hollings, S., Ogunniran, M. O., & Green, B. (2022). The WHO, the global governance of health and pandemic politics. *Educational Philosophy and Theory*, *54*(6), 707-716.

Pushkaran, A., Chattu, V. K., & Narayanan, P. (2023). A critical analysis of COVAX alliance and corresponding global health governance and policy issues: A scoping review. *BMJ Global Health*, *8*(10), e012168. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2023-012168>

Ramacciotti, K. I. R., & Rayez, F. (2020). La pandemia de coronavirus y el consejo de los expertos médicos. Reflexiones desde la historia. *Prácticas de Oficio. Investigación y reflexión en Ciencias Sociales*, *25*, Article 25.

Ramsey, L. (2023, mayo 23). *WHO chief: World must prepare for deadlier outbreak than COVID-19*. News-Medical.Net. <https://www.news-medical.net/news/20230523/WHO-chief-World-must-prepare-for-deadlier-outbreak-than-COVID-19.aspx>

Redacción. (n.d.). *Nueva normalidad: Analizamos el origen de la expresión*. Reason Why. <https://www.reasonwhy.es/actualidad/nueva-normalidad-origen-uso-linguistico-oximoron>

Reyes, A., Vera, E., Sandoval, D., & González, C. (2022). Juventudes y ocio en crisis de la pandemia ¿De regreso a la nueva normalidad? *Revista de Arquitectura, Urbanismo y Territorios*, *XV*(24), 239-266.

Rigoli, F. (2021). The Politics of Populism in an Era of Pandemic Freedom and Contagion en Brazil. En *Pandemic Societies* (pp. 165-181). McGill-Queen’s University Press.

Rose, S. M., Pattera, M., Isaac, C., Bell, J., Stucke, A., Hagens, A., Tyrrell, S., Guterbock, M., & Nuzzo, J. B. (2021). Analysing COVID-19 outcomes in the context of the 2019 Global Health Security (GHS) Index. *BMJ Global Health*, *6*(12), e007581. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-007581>

Ruiz-Rodríguez, M., Linares-García, J., & Rodríguez-Villamizar, L. A. (2023). Trabajo colaborativo entre academia y autoridades de salud en tiempos de COVID-19: Experiencia en Santander, Colombia. *Salud UIS*, *55*. <https://doi.org/10.18273/saluduis.55.e:23007>

Sánchez-Villena, A. R., & de La Fuente-Figuerola, V. (2020). COVID-19: Cuarentena, aislamiento, distanciamiento so-

cial y confinamiento, ¿son lo mismo? *Anales de Pediatría*, *93*(1), 73-74. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2020.05.001>

Savedo, W., Bernal, P., Distrutti, M., Goyeneche, L., & Bernal, C. (2022). *Más allá de la normalidad: Los desafíos para el sector salud en América Latina y el Caribe que expuso el COVID-19*. Banco Interamericano de Desarrollo. <https://publications.iadb.org/publications/spanish/viewer/Mas-alla-de-la-normalidad-los-desafios-para-el-sector-salud-en-America-Latina-y-el-Caribe-que-expuso-el-COVID-19.pdf>

Savedoff, W., Bernal, P., Goyeneche, L., Bernal, C., & Distrutti, M. (2022). *Going Beyond Normal: Challenges for Health and Health in Latin America and the Caribbean Exposed by COVID-19*. Inter-American Development Bank. <https://publications.iadb.org/publications/english/viewer/Going-Beyond-Normal-Challenges-for-Health-and-Healthcare-in-Latin-America-and-the-Caribbean-Exposed-by-Covid-19.pdf>

SCImago. (n.d.). *Scimago Journal & Country Rank*. <https://www.scimagojr.com/aboutus.php>

Secretaría de Salud - México. (2021a). *Plataforma para la Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública*. gob.mx. <http://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/plataforma-para-la-red-nacional-de-laboratorios-de-salud-publica>

Secretaría de Salud - México. (2021b). *Lineamiento estandarizado para la vigilancia epidemiológica y por laboratorio de la enfermedad respiratoria viral*. Dirección General de Epidemiología. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/672708/Lineamiento_VE_y_Lab_Enf_Viral_20211008.pdf

Secretaría de Salud - México. (2021c, octubre). *Sistema de Información de la Red IRAG*. <https://www.gits.igg.unam.mx/red-irag-dashboard/reviewHome>

Sepúlveda Marín, M. N. (2022). Dinámicas geopolíticas de las vacunas (covid-19) a la luz de la teoría de la dependencia. *OASIS*, *36*, 7-20. <https://doi.org/10.18601/16577558.n36.02>

Tardáguila, C. (2020, enero 28). Coronavirus: Fact-checkers from 30 countries are fighting 3 waves of misinformation. *Poynter*. <https://www.poynter.org/fact-checking/2020/coronavirus-fact-checkers-from-30-countries-are-fighting-3-waves-of-misinformation/>

Taylor, A. (2021, abril 23). What have we learned in one year of COVAX? *Launch and Scale Speedometer*. <https://launchandscalefaster.org/blog/what-have-we-learned-one-year-covax>

The Independent Panel for Pandemic Preparedness and Response. (2021, mayo). *COVID-19. Hagamos que esta sea la última pandemia*. <https://theindependentpanel.org/wp-content/uploads/2021/05/COVID-19-SpanishFinal.pdf>

The Lancet Infectious Diseases. (2020). The COVID-19 infodemic. *The Lancet Infectious Diseases*, *20*(8), 875. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30565-X](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30565-X)

Torres, F. (2020, abril 9). *Sin respiro: Unidades de Cuidados Intensivos necesitan 700 médicos*. Salud con lupa. <https://saludconlupa.com/entrevistas/sin-respiro-unidades-de-cuidados-intensivos-necesitan-700-medicos/>

Torres Pascual, C., & Torrell-Vallespín, S. (2020). Análisis bibliométrico de la producción científica latinoamericana y del Caribe sobre COVID-19 en PUBMED. *Revista Cubana de Información en Ciencias de la Salud*, *31*(3). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2307-211320200003000008&lng=es&nrm=iso&tlng=pt

Torres-Castro, R. (2022). El futuro de la rehabilitación post COVID-19. *Colombia Medica*, *53*(2), e1005261. <https://doi.org/10.25100/cm.v53i2.5261>

UNESCO. (2022). *La encrucijada de la educación en América Latina y el Caribe: Informe regional de monitoreo ODS4-Educación 2030* (Educación 2030, p. 242). https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/48153/S2200834_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Unites Nations. (2023, julio 27). *Hottest July ever signals ‘era of global boiling has arrived’ says UN chief | UN News*. <https://news.un.org/en/story/2023/07/1139162>

Urquía, Y. J. M., Pereira, T. S. S., Enriquez-Martinez, O. G., Silva, D. A., Martins, M. C. T., Molina, M. del C. B., Urquía, Y. J. M., Pereira, T. S. S., Enriquez-Martinez, O. G., Silva, D. A., Martins, M. C. T., & Molina, M. del C. B. (2022). Alimentación, estilo de vida y distanciamiento social: Un estudio en el sureste brasilero durante la pandemia de COVID-19. *Población y Salud en Mesoamérica*, *20*(1), 165-188. <https://doi.org/10.15517/psm.v20i1.49840>

Usher, A. D. (2021). A beautiful idea: How COVAX has fallen short. *The Lancet*, *397*(10292), 2322-2325. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01367-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01367-2)

Vargas Mattar, L. (2020, agosto 20). *Ecommerce el ganador de esta pandemia*. Kantar. <https://www.kantar.com/latin-america/inspiracion/consumidor/ecommerce-el-ganador-de-esta-pandemia>

Vargas, V. (2020, agosto 24). América Latina se suma a la búsqueda global de vacunas contra el COVID-19. *Gente Saludable*. <https://blogs.iadb.org/salud/es/america-latina-vacunas-covid-19/>

Vásquez Valdivia, Á. V. (2021). *Apertura y uso de datos para hacer frente al COVID-19 en América Latina* (88; Gestión Pública, p. 53). <https://www.cepal.org/es/publicaciones/47172-apertura-uso-datos-hacer-frente-al-covid-19-america-latina>

Vial, P., González, C., Icaza, G., Ramírez-Santana, M., Quezada-Gaete, R., Núñez-Franz, L., Apablaza, M., Vial, C., Rubilar, P., Correa, J., Pérez, C., Florea, A., Guzmán, E., Lavín, M.-E., Concha, P., Nájera, M., & Aguilera, X. (2022). Seroprevalence, spatial distribution, and social determinants of SARS-CoV-2 in three urban centers of Chile. *BMC Infectious Diseases*, *22*(1), 99. <https://doi.org/10.1186/s12879-022-07045-7>

Vicol, D.-O., Tannous, N., Belesiotis, P., Tchakerian, N., & Stewart, R. (2020). *La desinformacion de salud. En África, América Latina y el Reino Unido: Impactos y posibles soluciones* (p. 41). <https://chequeado.com/wp-content/uploads/2022/01/La-desinformacion-de-salud.-Guia-Practica.-Chequeado-Investigacion.pdf>

Villar, E., Francke, P., & Loewenson, R. (2024). Learning from Perú: Why a macroeconomic star failed tragically and unequally on Covid-19 outcomes. *SSM - Health Systems*, *2*, 100007. <https://doi.org/10.1016/j.ssmhs.2023.100007>

von Bogdandy, A., Casal, J. M., & Morales, M. (2020). *La resistencia del estado democrático de derecho en América Latina frente a la pandemia de COVID-19. Un enfoque desde el ius commune* (2020-35; MPIL Research Paper series, p. 92). Max Planck Institute. https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3702467

Vora, N. M., Hannah, L., Lieberman, S., Vale, M. M., Plowright, R. K., & Bernstein, A. S. (2022). Want to prevent pandemics? Stop spillovers. *Nature*, *605*(7910), 419-422. <https://doi.org/10.1038/d41586-022-01312-y>

Yalaman, A., Basbug, G., Elgin, C., & Galvani, A. (2020). *Contact Tracing is Associated with Lower COVID-19 Case Fatality Rates: Evidence from 40 countries*. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-61325/v1>

Zar, H. J., Dawa, J., Fischer, G. B., & Castro-Rodriguez, J. A. (2020). Challenges of COVID-19 in children in low- and middle-income countries. *Paediatric Respiratory Reviews*, *35*, 70-74. <https://doi.org/10.1016/j.prrv.2020.06.016>

